وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار ثليجي الأغواط
كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية
قسم علم الإجتماع والديموغرافيا

العنوان :

المكانة والرعاية الإجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية (دراسة ميدانية لمرضى السكري لفئة الذكور بالعيادة المتعددة الخدمات بلقاسم زاغز ببلدية الأغواط)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم السكان
تخصص: التنمية والسكان

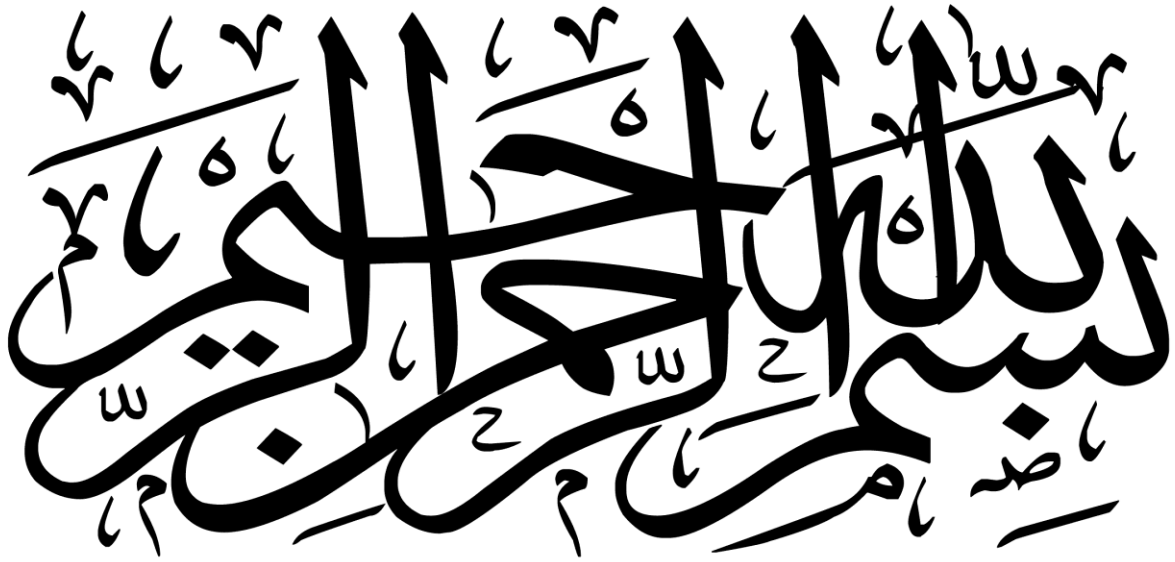
اعداد الطالب :
✓ جقيدل إسماعيل

اشراف الدكتورة :
* وهيبة عيساوة

لجنة المناقشة:

د. بوالي بن عون	رئيسا
د. بن سليم حسين	مناقشا
د. عيساوة وهيبة	مشرفة ومقررة

2017/2016


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

نشكر الله عز وجل ونحمده حمدا كثيرا على عطاءه لإنجاز هذا العمل المتواضع.

نتقدم بكل الإحترام والتقدير على كل من ساعدنا من بعيد أو قريب في إنجاز هذه المذكرة ونخص بالذكر:

– الأستاذة الفاضلة عيساوة وهيبة" على إشرافه على عملنا وتقديمه المعلومات والنصائح والتوجيهات.

وكل أساتذة قسم علم الإجتماع والديموغرافيا

كما نشكر الأساتذة : محمد تهامي ، بوخلخال علي ، بن يحي صدام حسين ، ونشكر الدكتورة زيزاح سعيدة و الدكتور بودالي بن عون ..

كما نشكر الأخ الذي أشرف على كتابة وإخراج هذه المذكرة.

فتحي

إسماعيل جقيدل

إهـــداء

بسم الله ذي الشأن العظيم السلطان الذي تقدست له الأسماء وكان لي العون والرجاء.

بسم من يطيب بذكره الإهداء وقرة عيني ونور صدري سيدنا محمد علية أزكى السلام

أزكي ثمرة جهدي إلى من خصها الرحمان بالطاعة التي حملتني وهنا على وهن وإلى التي غمرتني حنانها وعطفها وسهرت الليالي لراحتي إلى نور عيني وسندي ولحياتي أمي الحبيبة حفظها الله وأطال عمرها.

إلى روح أبي الطاهرة رحمه الله.

إلى نسائم إخوتي وإلى كل من يحمل لقب جقيدل.

إلى زوجات إخوتي.

إلى أولاد إخوتي محمد، أشرف، محمد، مسعود، محمد، عبد الهادي، محمد، عماد، فاطمة الزهراء رحاب، فاتن، هاجر.

وإلى كتاكيت المنزل إسلام عبد الغاني وإبراهيم وعبد القادر.

إلى كل من علمني حرف أكنت أجهله من الطور الإبتدائي حتى الطور الجامعي.

إلى كل طلبة علم الإجتماع والديموغرافيا التي جمعتني بهم اللحظات الجميلة.

إلى أصدقاء الدرب فتحي، العيد، مصطفى.

إلى الأخت مسعودة.

إلى كل من أحببت و من أحب و من سأحب.

اللّهم أجعل هدا العمل خير لي و لمن حولي و من يأتون من بعدي.

إلى كل من وسعهم قلبي ولم تسعهم ورقتي.

إسماعيل

ملخص الدراسة:

تسعي هذه الدراسة إلى التعرف على واقع المكانة والرعاية الاجتماعية لمرضي السكري داخل الأسرة بمدينة الأغواط في ظل التغيرات الاجتماعية والديموغرافية التي مست الأسرة الجزائرية على وجه الخصوص باعتبارهم يصنفون ضمن الفئات الهشة في المجتمع الجزائر وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- هل تتأثر المكانة الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية؟
- إلى أي مدى توجد الرعاية الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية؟

وتمت هذه الدراسة على عينة تمثيلية قدرت بـ(50) مبحوث مصاب بمرض السكري كلهم ذكور وتتراوح أعمارهم ما بين (30) سنة وما فوق (70) سنة، ولقد تم استخدام أداة الدراسة الإستمارة بالمقابلة وهذا من أجل قياس فرضيات الدراسة وتحقيق أهدافها وتوصلنا إلى:

- المكانة الإجتماعية تتغير لا محالة وتأخذ منحنى التنازل بعد الإصابة بمرض السكري، وهي نتيجة حتمية للعجز وقلة النشاط الاجتماعي والاقتصادي داخل الأسرة.
- هناك إهتمام والرعاية الصحية والمراقبة الطبية مما يؤدي إلى منح المريض بداء السكري حالة من الإستقرار والثبات في حياتهم اليومية.

فهرس المحتويات

الشكر	
إهداء	
ملخص الدراسة	
الفهرس	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
مقدمة	أ
الباب الأول: الإطار المنهجي للدراسة **الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة**	
الإشكالية	**4**
فرضيات الدراسة	**7**
أهمية الموضوع	**7**
أهداف الدراسة	**7**
صعوبات الدراسة	**7**
تحديد المصطلحات والمفاهيم الأساسية للدراسة	**8**
الدراسات السابقة	**13**
الفصل الثاني: الداء السكري	
تاريخ داء السكري	**20**
ماهية الداء السكري	**21**
انتشار داء السكري	**22**
أنواع وأسباب داء السكري:	**26**
أعراض ومضاعفات الداء السكري	**31**
تشخيص والعلاج لداء السكري	**35**
السمات الشخصية المميزة للمصابين بالسكري	**36**
المشاكل الناجمة عن الإصابة بداء السكري	**37**

الفصل الثالث: المكانة والرعاية الإجتماعية داخل الأسرة	
المكانة الاجتماعية	**43**
الرعاية الاجتماعية	**49**
الأسرة	**60**
الباب الثاني: جانب الميداني	
فصل الأول: الإجراءات الميدانية للدراسة	
مجالات الدراسة	**70**
المنهج المستخدم	**70**
أداة الدراسة	**71**
العينة	**72**
الفصل الثاني: عرض وتحليل البيانات	
عرض وتحليل البيانات الشخصية	**76**
عرض وتحليل بيانات الفرضية الأولى	**82**
عرض وتحليل بيانات الفرضية الثانية	**90**
نتائج الدراسة	**95**
الإستنتاج العام	**99**
الخاتمة	**101**
قائمة المصادر والمراجع	
الملاحق	

قائمة الجداول

العنوان	الصفحة
يبين معدلات الإصابة بالسكري في عدة دول	23
يبين توزيع المبحوثين حسب السن	76
يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية	77
يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	78
يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية	79
توزيع أفراد العينة حسب تاريخ الإصابة بالمرض	80
يوضح توزيع أفراد العينة حسب أسباب المرض المصرح بها	81
يوضح عملية إتخاذ القرار قبل وبعد الإصابة بالمرض السكري	82
يوضح العلاقة بين عملية إتخاذ القرار وذلك بعد الإصابة بالمرض السكري ومدى الإستجابة	84
يوضح عملية الإستشارة قبل وبعد الإصابة بالمرض السكري	85
يوضح العلاقة بين التكفل بالمصاريف الأسرية مع عملية إتخاذ القرار بعد الإصابة بمرض السكري	87
يوضح العلاقة وقلة النشاط مع تغير معاملة الأسرة	88
يوضح العلاقة بين الحالة المهنية والتكفل بمصاريف العلاج والأدوية	90
يوضح العلاقة بين من لديهم أبناء والمساهمة في المراقبة الطبية	91
يوضح العلاقة بين الحالة الزواجية بالمتابعة الغذائية للمريض	93
يوضح العلاقة بين الحالة الإجتماعية والإهتمام الأسرة بالرعاية الصحية	95

قائمة الأشكال

العنوان	الصفحة
يوضح نسبة الإصابة بالسكري حسب العمر والجنس في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	24
يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	76
يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	77
يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	78
يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة المهنية	79
يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير تاريخ الإصابة بالمرض	80
يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير أسباب المرض المصرح بها	81
يوضح مقارنة بين عملية إتخاذ القرار قبل وبعد الإصابة بالمرض	83
يوضح مقارنة بين عملية الإستشارة قبل وبعد الإصابة بالمرض السكري	86

لا يخفى على الواحد منا انتشار الأمراض وتنوعها في المجتمعات المتخلفة والنامية وحتى المتقدمة، حيث أصبحت سمة هذا العصر ومصدر معاناة البشرية لما تخلفه من أثار سلبية على الأفراد والمجتمعات حيث تعتبر سببا في الكثير من حالات العجز والعاهات وكذا الوفاة وكذا مصدرا لمختلف الضغوطات، ومن بين الأمراض الأكثر تفشيا الأمراض المزمنة التي شكلت وضعا متأزما لمختلف المرضى كونها تصاحبهم طيلة حياتهم وكذا عجز الطب عن اكتشاف أدوية شافية تماما في حالاتها ومن بينها مرض السكري الذي يعرف انتشارا واسعا في جميع بقاع العالم، ويصيب لأغنياء والفقراء، الرجال والنساء، الكبار والصغار، وهو يخلق ما يشبه الأزمة للمصابين به ويجعلهم في حالة استنفار دائم لما يتطلبه من متابعة دورية ومراقبة دقيقة ونظام غذائي منتظم وتتمثل خطورته في حدوث مضاعفات كثيرة وخطرة تمس مختلف أعضاء الجسم وتؤثر سلبا على وظائفها، ولذلك فقد سعت مختلف دول العالم جاهدة للتكفل بعلاج مرضى السكري من خلال إنشاء المراكز الصحية والعيادات والجمعيات ومحاولة تعبئة كل مواردها المادية والبشرية لخدمة المرضى والعناية بهم.

هذه هي الظاهرة التي زودت الدراسة بمتغيراتها فدراسة: المكانة والرعاية الإجتماعية لمرضى السكري وذلك داخل أسرهم.

ولقد تم تقسيم البحث إلى جانبين : الجانب النظري للدراسة ويحتوي على ثلاث فصول .

الفصل الأول: فقد خصص لموضوع الدراسة التي اشتملت على إشكالية البحث ووضحنا فيه الفرضيات التي تم افتراضها لحل إشكالية البحث و أهمية الموضوع وأسباب اختيار الموضوع وتوضيح أهدافه بالإضافة إلى تحديد المفاهيم الأكثر تداولا في البحث و خلصنا في نهاية الفصل الدراسات السابقة التي لها علاقة بمتغيرات الموضوع الدراسة.

الفصل الثاني: فخصص لداء السكري والذي يتناول في الداء السكري بصفة عامة حيث عرضنا فيه تاريخه وماهية انتشاره واعراضه ومضاعفاته وتشخيصه ومعالجته.

الفصل الثالث: والذي يتناول المكانة والرعاية الإجتماعية وجانب من الأسرة بصفة عامة.

أما في الجانب الميداني والذي قسم إلى فصلين:

الفصل الأول منهجية البحث والتعريف بميدان الدراسة وفيه تطرقنا إلى منهجية البحث التي تضم المنهج المستعمل، ثم عينة الدراسة، وكذا التعريف بميدان الدراسة وفيه تناولنا لمحة تاريخية عن ميدان الدراسة، لمحة جغرافية عن ميدان الدراسة، لمحة ديموغرافية، أهمية ميدان الدراسة ومدى ملائمته للبحث والمجال الزمني للدراسة.

أما الفصل الثاني فتناولنا فيه عرض وتحليل وتفسير البيانات الميدانية، ثم تطرقنا إلى عرض نتائج البحث وصولا إلى الاقتراحات والتوصيات.

1- الإشكالية:

تمثل الأمراض أحد أبرز معوقات التنمية في العالم، كما تشكل عبئاً اقتصادياً على الدول، لذا تسعى مختلف الدول إلى الحد من انتشارها، والبحث عن أسبابها والعمل على علاجها، وتوفير الخدمات الصحية المناسبة للحد من تأثيراتها المختلفة.

ومع التقدم المذهل في المجال العلمي، إلا أن الطب مازال لم يكشف عن مسببات الكثير من الأمراض والتوصل إلى علاج مناسب لها، ويعتبر داء السكري من الأمراض التي عرفتها البشرية منذ زمن بعيد، وهو أحد أمراض العصر المزمنة ذات الانتشار الواسع على مستوى دول العالم، وأصبح أحد أكبر التحديات الصحية التي يواجهها العالم حالياً، وذلك بسبب التزايد المطرد في نسبة المصابين به، والمضاعفات الصحية الكثيرة التي تنجم عن الإصابة به على صحته النفسية والاجتماعية، إضافة إلى تكلفته العلاجية الباهظة، وما يشكله من أعباء كبيرة على الخدمات الصحية في مختلف دول العالم، وهذا ما أدى إلى المنظمة الصحة العالمية أن تنادي بتطبيق برامج وطنية للتحكم بالمرض والوقاية منه ومن مؤشرات اهتمام الهيئات والمنظمات الصحية الدولية والإقليمية والمحلية بمرض السكري، أنه أحد الأمراض التي يقام لها يوم عالمي في كل سنة، وذلك منذ عام 1991 م، بهدف التوعية بخطورة المرض ومضاعفاته.

وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية أن مرض السكري هو السبب الخامس للوفاة، وأن هناك أكثر من 177 مليون شخص مصاب بالمرض عام 2000 م [1] ، ووفقاً لإحصائيات " الاتحاد الدولي للسكري" لعام 2010 فإن 285 مليون شخص في العالم والذين تتراوح أعمارهم بين 20 – 79 عاماً مصابين بمرض السكري أي ما يقارب6,6%من مجموع سكان العالم والذي يبلغ حوالي 7 مليارات نسمة ويتوقع أن يزداد هذا العدد بحلول عام2030، ليصبح ما يقارب 438 مليون شخص لنفس الفئة العمرية أي بنسبة 79% من مجموع السكان المتوقع أن يكون حوالي 8,4 مليار نسمة.

[1] موقع المنظمة العالمية لصحة2002 **www.who.int/mediacentre/factsheets** ، يوم الزيارة 2016/12/14 على الساعة 17:52.

وحسب دراسات منظمة الصحة العالمية فإن حوالي 80 % من وفيات السكري تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض ونصفها يحدث قبل سن السبعين عاماً[1] .

ويقول في هذا السياق الدكتور سمير عويش[*]" في حديثه للجزيرة نت " إن عدد مرضى السكري بالعالم زهاء 300 مليون إنسان، وهذا الرقم مرشح ليتضاعف ما بين عامي 2025 و 2030 إذا لم نقم بحملات توعية تقلل من مضاعفات داء السكري[2] " وخلص الاتحاد الدولي لمكافحة السكري إلى أن مرض السكري يكبد العالم إنفاقاً سنويا على الرعاية الصحية قيمته548 مليار دولار، وأن هذا الرقم سيزيد على الأرجح إلى 637 مليار دولار بحلول عام 2030 [3].

أما في الجزائر فقد قدر عدد المصابين وهي النسبة المسجلة في بلدان البحر الأبيض المتوسط، ويتضاعف الرقم في أمريكا ودول الخليج بالإضافة إلى خاصية سرعة انتشاره فهو يمس كل الفئات العمرية المختلفة من شيوخ وكهول وشباب وأطفال بتقديرات تقريبية ما بين 3-5 % مجموع السكان.

وقد " أثبتت مختلف الدراسات التي أجريت بالجزائر بين سنة **1998** و **2013** أن معدل الإصابة بداء السكري قد ارتفع من 8% إلى 16% ،الإحساس بعمق المشكلة دعي ببعض إلى التفكير في إنشاء سجل وطني لداء السكري يمكن من وضع إستراتيجية وطنية لمكافحة هذا الداء ومضاعفاته بطريقة فعالة مما يؤدي إلى إنقاص عدد الإصابات التي تسجل كل سنة، وأكد السيد **خدومي جمال الدين**[*] على الأهمية البالغة التي يكتسيها هذا السجل الوطني لداء السكري من أجل الوقاية من هذا الداء وقال أن " هذا السجل الوطني لداء السكري إذا ما تم اعتماده سوف يمكن من إحصاء عدد المصابين بصفة دقيقة، وتوفير الأدوية اللازمة وكذلك إجراء بحوث علمية بهدف إعداد برنامج وقائي لتفادي هذا المرض المزمن."

---

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

[2] موقع الجزيرة نت **www.aljazeera.net** ، يوم الزيارة 2016/12/20،على الساعة 19:45.

[3] **موقع منتدى قادة السكريwww.Diabete sleader shipforum** يوم الزيارة 2016/12/28 على الساعة14:15.

[*] الدكتور سمير عويش أستاذ مساعد في قسم أمراض السكري بمستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة و الأمين العام لجمعية دراسات أمراض السكري.

[*] جمال خيدومي طبيب مختص لدى الامن الوطني لولاية الجزائر .

ويشهد المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات العربية في ظل التغيرات الكبرى التي تعرفها المجتمعات المتقدمة والمختلفة لتحولات عدة، فقد عكفت جل الدراسات الاجتماعية والنفسية المتظافرة في هذا النطاق الواسع، إلى معالجة آثار ومواكبة التحولات التي مست الفئات الهشة في مجتمعنا، خاصة مع تزايد عدد الفئات الهشة مع مرور الزمن.

أما على مستوي مجتمع الدراسة " **الأغواط** " يعتبر مرض السكري فيها من أهم الأمراض المزمنة المنتشرة حاليا لدى الأفراد في ولاية الأغواط هي مرض السكري الذي " يصيب 7378 حالة منهم54,45% ذكور و % 45.54 إناث "[1] ، وبالتالي يحتاج الأفراد المصابون بمرض السكر إلى قدر عالي من التكيف في جميع أوجه الحياة فالسكر مرض مزمن سيعيش به المصاب طوال حياته مما يؤثر على الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للفرد والأسرة، لذلك يتطلب مرض السكر دوراً اقتصاديا ومشاركة فعالة من جانب الأسرة بهدف حماية ورعاية المريض من المشاكل والمضاعفات، ونظرا لحاجة هذه الشريحة للعناية والرعاية الدائمة والمستمرة بمختلف النواحي الاجتماعية والنفسية والصحية فقد سعت الدولة إلى إنشاء مؤسسات صحية وجهزتها بمختلف الأجهزة والأدوية لتقديم الخدمات الصحية.

ولقد تركزت إشكالية بحثنا حول مرضى السكري من خلال التقصي عن مكانتهم ورعايتهم الاجتماعية داخل الأسرة الجزائرية في ظل التحولات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية، وانطلاقا مما سبق نطرح التساؤل العام التالي:

– ماهي المكانة والرعاية الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية؟

ويمكن تجزئته إلى التساؤلات التالية:

1– هل تتأثر المكانة الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية؟

2– إلى أي مدى توجد الرعاية الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية؟

[1] مؤسسة الضمان الاجتماعي لولاية الاغواط 2013 .

2- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

_ لمرضى السكري مكانة ورعاية اجتماعية داخل الأسرة الاغواطية.

فرضيات الجزئية:

أ – تتأثر المكانة الإجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية.

ب– توجد رعاية اجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية.

3- أهمية الموضوع:

تنبع أهمية الدراسة من انتشار مرض السكر خاصة في مجتمعاتنا وذلك لأسباب عديدة منها وراثية ومنها مكتسبة نتيجة للعادات الغذائية الخاطئة أو التعرض لضغوط نفسية شديدة ومدى تأثير هذا المرض على الفرد خاصة في أحرج مراحل حياته ويمك توضيح ذلك في النقاط التالية:

- ✓ _ التهميش الذي تعاني منه فئة مرضى السكري في المجتمع الجزائري عامة والأغواطي خاصة.
- ✓ _ معرفة المكانة المعطاة للفرد المصاب بداء السكري في الأسرة.
- ✓ _ معرفة دور المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للأسرة الجزائرية وانعكاساتها على مرضى السكري.

4- أهداف الدراسة:

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

- ✓ الكشف عن المكانة الاجتماعية لمرضى السكري في الأسرة مقارنة مع قبل الإصابة.
- ✓ التعرف على دور الأسرة في حماية ومعاملة مرضى السكري.
- ✓ كيف تتكيف الأسرة مع المصاب بداء السكري وتقبلها لفكرة الإصابة.
- ✓ التعرف على حجم الإعالة الاقتصادية لمرضى السكري داخل الأسرة.

5- صعوبات الدراسة:

لا يخلو أي بحث علمي من وجود صعوبات سواء في الجانب النظري أو في الجانب الميداني ، إلا أنه يمكن تلخيص صعوبات هذا البحث فيمايلي:

- ✓ صعوبا التواصل مع أفراد العينة لحساسية الموضوع مما جعل البحث الميداني يأخذ الوقت والجهد.
- ✓ قلة وندرة المراجع في المكتبات الجامعية بالأغواط مما دفعني إلى البحث في مكتبات أخرى وبالتالي التأخر في الدراسة.
- ✓ نقص المرجع التي تتناول المكانة الاجتماعية.
- ✓ عدم توفر الإحصائيات الحديثة والمتعلقة بموضوع البحث.

6- تحديد المصطلحات والمفاهيم الأساسية للدراسة:

6-1 المكانة:

لغة: من كان، يكون، مكانة.

إصطلاحا: هي موقع الفرد كما يدركه هو بالمقارنة مع الآخرين في الجوانب الاقتصادية والعقلية والاجتماعية والجمالية والأخلاقية والانفعالية وتحدد المكانة نتيجة لظروف البيئة الداخلية للفرد[1].

وهي أيضا المنصب أو الموقع الذي يحتله الفرد ضمن البناء الاجتماعي والذي يتحدد من خلال التعليم أو الدخل أو المهنة أو المستوى الثقافي.[2]

كما تعرف أيضا أنها الموقع الفرد كما يدركه بالمقارنة مع الآخرين في الوقت الحاضر والذي يمثل ما حققه من هدفه من عمل في البحث عن المكانة في الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمهنية والشخصية والجمالية[3].

---

[1]- طوبيا نهى عبودي، **المكانة النفسية والاجتماعية لدى طلبة الجامعة من ذوي مركز الداخلي والخارجي**، رسالة ماجستير، جامعة المستنصرية، كلية الآداب، 1994، ص26.

[2]- نظمي فارس كمال، **الإعتقاد بعدالة العلم وعلاقة بالثقة الاجتماعية المتبادلة لدى طلبة الجامعة**، أطروحة دكتوراه، جامعة بغداد،كلية الآداب، 2001، ص 136.

[3]- العبودي ستار جبار غانم، **البحث عن المكانة النفسية والاجتماعية وعلاقة بين المتغيرات لدى الموظفين**، رسالة ماجستير، جامعة المستنصرية، كلية الآداب، 1996،ص 51.

2-6 المكانة الاجتماعية:

هي وضع لفرد معين في التركيب الاجتماعي لجماعة معينة فالأم مثلا لها مكانات وادوار اجتماعية متعددة في زوجة وأم وربة بيت.

كما تعرف أيضا أنها المركز الذي يشغله الفرد في النظام الاجتماعي وهذا المركز تحدده عدة متغيرات أهمها عمل الفرد وثروته وشرفه وقوته، ودرجة الاحترام والتقدير التي يحصل عليها من الآخرين[1].

التعريف الإجرائي للمكانة الاجتماعية : هي الوضع أي المنزلة الذي يكون للفرد في بناء الاجتماعي ويحدد من خلال تقييم المجتمع للفرد.

3-6 الرعاية الاجتماعية:

عرفها الدكتور محمد خيري محمد بأنها" عبارة عن وظيفة للتنظيم الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع" وتعني الوظيفة هنا تقديم الخدمات المختلفة للأفراد والجماعات مثل: الخدمات التعليمية والطبية والعمرانية والاجتماعية.....الخ.

وكذلك قدم الأستاذ محمود حسن تعريفا للرعاية الاجتماعية باعتبارها مجموعة من الجهود التي تبذلها الحكومات والهيئات والمؤسسات الخاصة لكي يتمكن الفرد من التكيف الايجابي مع البيئة التي يعيش فيها تكيفا يهيئ له قسطا من الراحة الجسمية والنفسية ويتحقق ذلك عن طريق استخدام الأساليب والوسائل التي تصمم من أجل تمكين الأفراد والجماعات والمجتمعات من مقابلة حاجتهم وحل مشكلاتهم .[2]

التعريف الإجرائي للرعاية الاجتماعية تعني :الحفاظ على الجماعة الإنسانية وحمايتها والقيام على حاجاتها

[1]- الهمشري عمر ،**التنشئة الاجتماعية للطفل**، ب ط، دار الصفاء، عمان، 2003، ص 67.

[2]- عبد المحي محمود صالح، **الرعاية الاجتماعية**، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 22.

6-4 تعريف الأسرة:

لغة الأسرة هي الدرع الحصينة ومنه قوله تعالى : ﴿ نحن خَلَقْنَاهُمْ وَشَدَدْنَا أَسْرَهُمْ وَإِذَا شِئْنَا بَدَّلْنَا أَمْثَالَهُمْ تَبْدِيلًا ﴾ [1]، وأما في الإصطلاح فهي القرابة التي تبدأ بالزوجين وتمتد لتشمل الأبناء والبنات والآباء والأمهات والإخوة والأخوات، "ولقد ظهرت في السنوات الماضية عدة تعريفات للأسرة تتجه جميعها إلى إبراز الارتباط الدائم بين الرجل والمرأة وما يترتب على ذلك من إنجاب ورعاية الأطفال وللقيام ببعض الوظائف التي لم تسقط عن الأسرة في تطورها من صورة لأخرى بتغير المجتمع والثقافة" .[2]

ويعرفها أوجست كونت بأنها" الخلية الأولى في جسم المجتمع وأنها النقطة الأولى التي يبدأ منها التطور وأنها الوسط الطبيعي الاجتماعي الذي ترعرع فيه الفرد"، أما نيمكوف فيقول بأنها ارتباط يدوم قليلا أو كثيرا للزوج وللزوجة بأطفال أو بدون أطفال ، وهو ارتباط رجل وامرأة فقط بالأطفال[3]."

أما على مستوي الفكر العربي هشام شرابي " تعرف العائلة كمؤسسة اجتماعية وهي الوسط بين شخصية الفرد والحضارة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد "، و حلمي بركات يقول هي نواة التنظيم الاجتماعي ومركز النشاطات الاقتصادية في المجتمع العربي القديم وتتمحور حياة الناس بالأسرة، وهي الوسيط بين الفرد والمجتمع فهي تنقل لأفرادها ثقافة المجتمع وتنشئتهم لإسهام بالمجتمع فتشكل وسيطا بينهم وبينه، والأفراد يساهمون في المجتمع ويتوارث الأفراد انتماءاتهم الدينية والطبقية والثقافية والسياسية في الأسرة[4] .

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

---

[1]- سورة الإنسان الأية : 28.

[2]- كمال الدسوقي ، **الاجتماع ودراسة المجتمع** ، ب ط ، مكتبة لأنجلو المصرية ، القاهرة، 1971 ، ص 43.

[3]- محمد أحمد بيومي و عفاف عبد العليم ناصر، **علم اجتماع العائلة**، ب ط ، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2005، ص 2

[4]- عطاء الله فؤاد الخالدي ودلال سعد الدين العلمي ، **الإرشاد الأسري والزواجي** ، ب ط، دارالصفاء ، عمان ، 2009 ص ص 24 ،25.

6-5 مفهوم المرض:

قاموس وليستر المرض باعتباره حالة:" أن يكون الإنسان معتدل الصحة وأن يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض والمعنى الحرفي لكلمة مرض هو الإحتياج للراحة "، ويعرف المرض أيضا :" أنه الحالة التي يحدث فيها زلل إما في الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شانه اعاقة قدرة الفرد على المواجهة اقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة"، ويعرف المرض أيضا :" بأنه فقدان الأحاسيس الجسمية والعقلية العادية".[1]

التعريف الإجرائي: هو عبارة " عن عجز أعضاء الجسم عن أداء وظائفها".

6-6 مفهوم الداء السكري:

ويعرف بأنه" ارتفاع منسوب سكر في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة، تكون عضوية (Organic) أو نفسية (Psyctric) في بعض الأحيان أو نتيجة تناول كميات عالية من الكربوهيدرات (Carbohydrates) وفي بعض الأحيان نتيجة ميول وراثية في الشخص نفسه (Genetic) وينتج عن أعراض مصاحبة"[2].

بالإضافة إلى ذلك يعرف انه اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر "الجلوكوز" في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية أو بسب الانخراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو تكون هناك توقف تام عن إنتاجه ويطلق عليه في هذه الحالة قصور الأنسولين أو أن الكمية المفروزة كبيرة في بعض الحالات بالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة مقاومة الأنسولين[3].

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

---

[1]- د نادية عمر، **العلاقات بين الأطباء والمرضى**، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993، ص 289.

[2]- عاطف لماضة، **السكر (الصديق اللدود)**، ب ط، دار النصر للطباعة الإسلامية، القاهرة، 1998، ص 19.

[3]- محمد بن سعد الحميد، **السكري(أسبابه، مضاعفاته، علاجه)**، ب ط، موقع القدم السكرية، 2007، ص 6.

التعريف الإجرائي لداء السكري: هو عبارة عن ارتفاع أو انخفاض في نسبة السكر في الدم و هذا المرض من الأمراض المزمنة التي قد ترجع إلى الوراثة.

6-7 مفهوم غدة البنكرياس:

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

تكون الغدة ذات السمك صغير كلما اتجهنا من الامام إلى الخلف، ويكون رأس هذه الغدة غليظا محاطا بالاثني عشر ويسمى القسم النهائي من هذه الغدة بذيل الغدة، تزن غدة البنكرياس مابين 80-100غ، كما أنها مشدودة في مكانها بعدد كبير من اللحاءات، تشكل غدة البنكرياس بالاشتراك مع الغدد اللعابية، الكبد والأنبوب الهضمي وما تحتوي عليه من غدد أخرى ما يسمى بالجهاز العصبي.[1]

إن تركيب غدة البنكرياس يشبه إلى حد بعيد تركيب الغدد اللعابية ولا يختلفان إلا بوجود نسيج داخل البنكرياس يقوم بإفرازات كثيرة منها الإفرازات الخارجية التي تصب في الاثني عشر(le suc panceratique)، أنظر إلى الملحق رقم (01).

6-8 مفهوم جزر لانجرهانس[2]:

تشكلت من الخلايا هنا وهناك أطلق هذا الاسم على هذه الجزر نسبة إلى العالم لانجرهانس الذي شبه هذه التكتلات داخل نسيج البنكرياس بالجزر، تمثل وزن جزر لانجرهانس 1% من وزن البنكرياس عددها مابين 2-3 مليون جزيرة، تتكون جزر لانجرهانس من 3 أنواع من الخلايا:

- ✓ خلايا ألفا: وظيفتها هي إفراز هرمون الجلوكاجون وظيفته إطلاق الجلوكوز (سكر العنب) المخزن في الكبد والعضلات ليرتفع منسوب السكر في الدم ويغطي حاجة الجسم من الجلوكوز هي تمثل نسبة مابين15-20% من جزر لانجرهانس ويتم افراز الجلوكاجون عادة عند احتياج خلايا الجسم للطاقة حيث تنخفض نسبة السكر الجلوكوز في الدم غن الحد الادنى لها، ويعتبر انخفاض منسوب الجلوكوز في الدم هو الحافز الرئيسي لإفراز الجلوكاجون من الخلايا لانجرهانس.
- ✓ خلايا بيتا: وظيفتها إفراز هرمون الأنسولين وهو هرمون الذي بفرز عادة بعد تناول الطعام وامتصاص النشويات والسكريات في الجهاز الهضمي ، حيث إن ارتفاع منسوب الغوكوز في الدم بعد

[1]- مراد بوزيت، **مرض السكري (أعراضه، أسبابه، طرق الوقاية، علاجه)**، ب ط، دار الهدى،عين مليلة، الجزائر، ب س، ص ص 4 ،5.

[2]- مراد بوزيت، المرجع السابق، ص 5.

تناول الطعام والإمتصاص هو العامل المحفز لإفراو الأنسولين، وتشكل خلايا بيتا نسبة ما بين 65-80% من خلايا لانجرهانس.

✓ خلايا دلتا: تشكل 5% وظيفتها إفراز هرمون السوماتوستاتين والذي يعمل على تقليل النشاط الهضمي أنظر إلى الملحق رقم(02).

7- الدراسات السابقة :

بعد الاستقصاء والبحث الذي قمت به في حدود امكانياتي العلمية والمادية المتواضعة غلب عليا ظني أن هذا الموضوع لم يسبق وأن تطرق إليه باحث بالشكل والمنهجية التي وضعتها لمعالجته، غير أن جزئيلته لم تعالج مطلقا في اطار البحوث العامة التي تندرج ضمن مايتعلق بحقوق الانسان، وعندما بحثت عن هذا النوع من الدراسة توصلت العثور على ثلاث دراسات علمية ذات صلة بجزئيات الموضوع وهي:

7-1 دراسة تتعلق بالمكانة الاجتماعية:

*دراسة الطالبة باوية نبيلة والمتعلقة بتقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي(2006)

قامت الطالبة بهذه الدراسة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي.

وقد انطلقت الباحثة من الاشكال التالي: ماهو تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي؟

واعتمدت على 5 فرضيات لتحقيق غرض الدراسة[1]:

1) يوجد فرق دال احصائيا في تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي بين الاساتذة والطلبة الجامعيين.

2) يوجد فرق دال احصائيا في تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي بين الاساتذة الجامعيين والاولياء.

3) يوجد فرق دال احصائيا في تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي بين الاولياء والطلبة الجامعيين.

4) يوجد فرق دال احصائيا في تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي بين فئة العاملين والبطالين.

5) يوجد فرق دال احصائيا في تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي بين فئة ذوي

[1] – باوية نبيلة، **تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي**،مذكرة لنيل شهادة الماجستير،قسم علم النفس والتربية،جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2006،ص 6، 11، 66، 78.

التعليم المرتفع وذوي التعليم المنخفض.

ولطبيعة موضوع الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي المناسب لذلك من اجل تحقيق الاهداف المرجوة والذي تتدرج منه الدراسات المقارنة التي اعتمدتها الباحثة لتفسير الوضع القائم للظاهرة والانتهاء او الوصول الى وصف عملي دقيق متكامل للظاهرة.

وتمثلت عينة الدراسة 28 فردا من الفئات التالية(أساتذة وطلبة جامعيين، وأولياء، عاملين وبطالين ذوي مستوى مرتفع/منخفض)، وقد اختيرت هذه العينة بطريقة عشوائية بالنسبة لكل الفئات.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- ✓ محاولة التركيز على مهنة التدريس بصفة عامة والاهتمام بها أكثر، انطلاقا من المخرجات الهامة التي تعود بها لصالح المجتمع وفائدته العامة.
- ✓ –محاولة التعرف على تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الأستاذ الجامعي لدى فئات أخرى لم تعتمد في الدراسة الحالة.
- ✓ –محاولة الكشف عن التقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الأستاذ الجامعي خارج مدينة ورقلة للتعرف على المكانة التي تحظى بها المهنة.

***دراسة سليمان حسين موسى المزين وسامي عبد الله محمد القاسم بعنوان العوامل المؤثرة في مكانة المعلم (2005/ 2006).**

انطلق الباحثان بهذه الدراسة لإبراز اهمية مكانة المعلم كأهم عناصر العملية التربوية ودوره الهام في تنشئة الابناء، ثم قام باستقصاء كل العوامل المؤثرة في مكانة المعلم سواء ماهو خاص به او ماهو عام ومايحيط به، وقد اعتمد على الاشكالية التالية:

ما العوامل المؤثرة في مكانة المعلم؟

حيث استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على التسلسل المنطقي للأفكار وذلك من خلال كفايات المعلم في الفكر التربوي الإسلامي وإعداده للمهنة وتحسين أدائه التربوي ثم التركيز على بعض المقترحات لتحسين أدائه في ظل الفكر التربوي الإسلامي.

كما اعتمد الباحثان على 5 فرضيات وهي:

–هناك علاقة تأهيل المعلم بالدور النوط به في العملية التربوية.

–هناك اثر وفرة الإمكانات المتاحة على فاعلية المعلم في العملية التربوية.

–المجتمع والطلاب لهم اثر على فاعلية المعلم في العملية التربوية.

-هناك علاقة بين جدوى العملية التربوية ودور المعلم.

-هناك اثر سياسات التعليم على مكانة المعلم.

وقد توصلت الدراسة الى مايلي:

-الاهتمام برفع مكانة المعلم فائدة لجميع فئات المجتمع.

-يوجد العديد من العوامل التي تؤثر في مكانة المعلم.

-العلاقة بين مكانة المعلم ورقي الامم والشعوب وتوفير الحياة الطيبة للمجتمع علاقة موجبة.

-لابد من تكاتف الجهود معا لترتفع مكانة المعلم[1].

-تنوع هذه العوامل وشولها بحيث بعضها خاص بالمعلم من حيث التأهيل التربوي الاجتماعي والنفسي والديني والعلمي وبعضها خاص بطبيعة المجتمع وسياسة ادارة التعليم والدولة والجدوى من عملية التعليم.

7-2 دراسة تتعلق بداء السكري:

***دراسة الباحثان عثمانة أحمد و شيخ مسال مليكة: الداء السكري عند الأطفال، رسالة لنيل شهادة الدراسات العليا فرع بيولوجيا الجزئية والخلوية تخصص الكيمياء الحيوية بجامعة سطيف، دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بسطيف، قسم طب الأطفال (2002/2001).**

من خلال نتائج هذه الدراسة التي تمت بالمستشفى تم إثبات أن أكثر الأطفال عرضة للإصابة بالداء السكري تتراوح أعمارهم بين5-8 و11-14 سنة وهذه النسب تقدرب 32و40% على التوالي يعود هذا الانتشار فيDID في السن حسب معطيات مرجعية إلى وجود نسبة كبيرة من السكر في الهيموغلوبين مع تناقص كبير في البيبتيد، وربما تدخل العوامل المناعية والوراثية يؤثر على ظهور نسبة أكثر في هذا السن رغم هذا يبقى مجرد افتراض.

كما تبين أن لجنس المصابين بالداء السكري دور في انتشار هذا الداء حيث وجدنا حوالي 72% من السكريين الأطفال عبارة عن ذكور و 28% إناث، وهذا يعود لاختلافات في طريقة تأثير الهرمونات الأنثوية والذكرية.

وعلى ضوء المعطيات النظرية ونتائج هذه الدراسة العملية توضح أنDID هو الأكثر شيوعا عند الأطفال خاصة في سن 11 إلى 14 سنة وهذا بنسبة 96% أماDIND تمثل 4% فقط.

[1] – سليمان حسين موسى المزين وسامي عبد الله محمد، **العوامل المؤثرة في مكانة المعلم**، رسالة ماجيستير ، جامعة دمشق 2006/2005، ص 3، 4، 5.

تفسر هذه الحالة DIND عند الأطفال إلى سمنة والتي تؤدي إلى حدوث فرط في إفراز الأنسولين في الدم ويرافق هذا الاصفرار غير عادي له نقص في عدد المواقع المستقبلة له مما يؤدي إلى عدم القدرة على تخزين الغلوكوز من قبل الخلايا المستهدفة وبالتالي زيادته في الدم وحدوثDNID إلىDID وهذا ربما لتدخل بعض المعطيات الوراثية والمناعية.

إضافة إلى ذلك يمكن تحديد انتشار هذا الداء حسب العوامل البيئية والوراثية إلا أنه بسبب نقص في عدد العينات المحصل عليها لم يتم الحصول على نتائج دقيقة رغم أهمية تأثيرهما في الإصابة بالسكري من النمط الأول عند الأطفال أكثر منه عند البالغين والمسنين[1].

***دراسة مرفت عبد ربه عايش مقبل: التوافق النفسي و علاقته بقوة الأنا و بعض المتغيرات لدى مرض السكر في قطاع غزة2010" .**

هدفت هاته الدراسة للكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي و أبعاده و قوة الأنا و كل من المتغيرات (عدد سنوات الإصابة بالمرض، نوع مرض السكري، مستوى الدخل،المستوى التعليمي، العمر، و النوع) لدى مرضى السكري.

و قد تم اختيار عينة الدراسة عشوائيا من المرضى المسجلين بمركز شهداء الرمال الحكومي، و بلغت العينة(300) مريض ومريضة.

وللوصول إلى نتائج الدراسة قامت الباحثة بتطبيق مقياس التوافق النفسي من إعداد شقير (2003) ومقياس قوة الأنا لبارون ترجمة أبو ناهية و موسى (1998) و قامت الباحثة بتطبيق المقاييس على عينة الدراسة، و توصلت الدراسة إلى ما يلي:

وجود علاقة طردية دالة إحصائيا بين النفسي و أبعاده(الشخصي، الصحي، الأسري، الاجتماعي، و التوافق النفسي العام) و قوة الأنا لدى مرضى السكري.[2]

[1] – عثمانة أحمد و شيخ مسال مليكة: **الداء السكري عند الأطفال**، رسالة لنيل شهادة الدراسات العليا فرع بيولوجيا الجزئية والخلوية تخصص الكيمياء الحيوية بجامعة سطيف، دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بسطيف، قسم طب الأطفال (2002/2001).

[2] – مرفت عبد ربه عايش مقبل، **التوافق النفسي و علاقته بقوة الأنا و بعض المتغيرات لدى مرض السكر** في قطاع غزة2010"

3-7 دراسة تتعلق بمتغير الرعاية الاجتماعية:

***دراسة علي أحمد وادي: المساعدة والرعاية الاجتماعية للفئات المستهدفة، رسالة ماجستير، جامعة الحديدة ، اليمن،2007.**

وجاءت هاته الدراسة للتعرف على:

- ✓ واقع العمل الاجتماعي (الرسمي، المدني والخيري) في مجال مكافحة الفقر في محافظة الحديدة وفق برامج الفقر المنفذ في محافظة الحديدة.
- ✓ قياس فاعلية برنامج المساعدات المالية في محافظة الحديدة من خلال الفرضيات الخاصة بالهدف:

1) لا توجد الفروق دالة إحصائيا في إعداد المستفيدين من البرنامج للسنوات (1997-2006).
2) لا توجد فروق دالة إحصائيا للمبالغ التي يقدمها البرنامج للفئات المستهدفة للسنوات (1997-2006).

ومن خلال مؤشرات نتائج البحث توصل الباحث إلى استنتاجات الآتية:

- ✓ تحققت استفادة من البرامج الرعوية عموما تمثلت في اعداد البنية التحية التي شملت بناء أو استئجار مقرات في المحافظة الحديدة والمديريات.
- ✓ بدء البرنامج يضيف الى نشاطاته التي كانت توزيع المساعدات المالية للمستفدين.
- ✓ توجد حاجة الشباب العاطل عن العمل الى المساعدة الاجتماعية والتوجيه المهني والحاقهم بالتعليم الفني والمهني، ثم توجيههم الى فرص العمل الانتاجي ربطهم بالسوق.[1]

[1] - علي أحمد وادي، **المساعدة والرعاية الاجتماعية للفئات المستهدفة**، رسالة ماجستير، جامعة الحديدة ، اليمن،2007.

تمهيد:

مرض السكر هو حالة مزمنة من ازدياد نسبة السكر في الدم عن المستوى العادي، و يحدث نتيجة عوامل بيولوجية كعطب في البنكرياس أو السمنة(كثرة الدهون)، أو بسبب وجود اضطرابات أو تلف عصبي يمس منطقة الهيبوتالاموس أو بسبب وجود اضطراب في وظائف بعض الغدد الصماء أو بسبب وجود فشل كلوي أو تليف كبدي أو بسبب الأحماض الأمنية و الكريات التي تزيد من نسبة السكر في الدم، و قد يحدث نتيجة عوامل وراثية أو عوامل نفسية اثر حادث مؤلم أو مفجع.

تشير الدراسات إلى نوعين من مرض السكري، أولها: مرض السكري النحيف المتعلق بالأنسولين، و الثاني: هو مرض السكري البدين غير المتعلق بالأنسولين، كما تشير إلى أن من بين أعراض مرض السكري، العطش الشديد، كثرة البول، التعب العضلي، نقص في الوزن مع زيادة الشهية (أعراض إكلينيكية)أما الأعراض البيولوجية فتتمثل في ارتفاع نسبة السكر في الدم و ظهور في البول وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

1/ تاريخ داء السكري:

مرض السكري ليس من الأمراض المستحدثة بل هو معروف منذ القدم حيث عرف عند المصريين منذ ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد، وقد وصف أعراضه طبيب هندي وهي التهابا مرتبطا بالمذاق الحلو للبول، العطش، النهم، الوهن Sechrona ستشرونا الرائحة الكريهة.[1]

ويرجع وصف مرض السكري في أوروبا إلى أرياطوس القيدوسي وكان ذلك في العقد الثاني من القرن الأول للميلاد، وأطلق عليه اسم " ديابيتسي وهي كلمة إغريقية تعني سيلان الماء من قلة أما "ميلتوس" فتعني باليونانية العسل أي البول العسلي لمذاقه الحلو.

وعرف هذا المرض عند العرب باسم البوال وقد قام كل من ابن سينا(960-1037) والرازي (860-932) بوصف مرض السكري وتحديد أعراضه في القرن الخامس الهجري، حيث وصفه ابن سينا في كتابه القانون في الطب بكثرة شرب الماء التي تصاحبها كثرة التبول[2].

أما من تمكن من كشف السكر بالبول هو العالم " وليس"(willst) سنة 1174 وهو الذي أضاف كلمة "ملتوس" إلى كلمة" ديابتسي".

وفي سنة1685 أخذ" كلود برنارد"bernard" قطعة من البنكرياس الكلب أصيب بالعطش وكثرة التبول وكذلك الجوع وهي نفسها أعراض السكري.

وقد تمكن" لانجرهانس Langherans " سنة 1869 من اكتشاف الخلايا المسؤولة عن إفراز الأنسولين وهي الخلايا بيتا Beta من جزر لانجرهانس التي سميت باسمه وقد أوضح ذلك في أضاف كلمة "ملتوس" إلى كلمة" ديابتسي".[3]

وقد بين كل من (voneme ring) ثم (mi nko wiski) أن البنكرياس هو عضو ضروري للاستقلاب الطبيعي للسكر، وكان أول كتاب ألف في هذا المجال لبرنارد بعنوان" مرض السكري" سنة 1898 وقد استطاع "رويلزر" "zuelzer" من تخفيض نسبة السكر الدم عند كلب مصاب بداء السكري بعد استئصال بنكرياسه عن طريق حقن خلاصة البنكرياس في اوردته. وقد عجز الاطباء آنذاك عن مساعدة المرضى السكري إلا بالنظام الغذائي الصارم، وكان تشخيص هذا المرض نذيرا

---

[1]- عبد السلام حجار، عبد الحفيظ زرقاط، **الداء السكري عند الأطفال**، ب ط، كلية الطب، جامعة دمشق، سوريا، 1988، ص 8.

[2]- جبالي نور الدين، **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية**، رسالة ماجيستير، جامعة عين شمس ، 1979،ص 79.

[3]- نفس المرجع ، ص 80.

بالموت أو بتخفيض سنوات العمر الباقية قبل اكتشاف هرمون بنكرياسي ذو فعل خافض لسكر الدم المسمى بالانسولين ويرجع الفضل في وضع نظرية وجوده سنة 1921 ببوخاريست إلى الطبيب "Paulesco".

وقد تابع أعمال"paulesco" كل من الحراح الكندي"Fredirick Bantig" وطالب الطب "Chales Best" في كندا سنة 1921 وقد نجحا في اكتشاف هرمون الأنسولين وبدأ استعماله في معالجة البشر بعد عام في أوائل يناير عندما حقن مريض بالسكري عمره 12 سنة، يدعى ليونارد بمستشفى تورينكو) وهو في حالة غيبوبة عميقة نتيجة ارتفاع سكر الدم إلى خمسة أضعاف المستوى العام بهرمون الأنسولين فانخفض السكر في دمه واستعاد وعيه، وكان هذا الطفل أول مريض في العالم يعالج بالأنسولين هذا الأخير الذي أنقذ حياة ملايين البشر فيما بعد.[1]

1-/ ماهية الداء السكري:

مرض السكر هو عبارة عن ارتفاع مزمن لنسبة السكر في الدم وينتج عن عدم مقدرة الجسم على طحن الكاروبوهيدرات هذا يسبب اضطرابا نوعيا ثانويا في عملية الطحن المعقدة الخاصة بالدهنيات والبروتينات[2].

كما يعرف على أنه: "مرض مزمن يحدث اضطرابا في الإستقلاب يصيب خاصة الكربوهيدرات وهو راجع إلى نقص الأنسولين"، كما يعرف حسب(terns Jens) على أنه " اضطراب أيضي للكربوهيدرات المرتبطة بنقص الأنسولين أو بمقاومة غير عادية لهذا الهرمون أين نجد تكديس السكري في الأنسجة " [3]، كما يعرفه مراد بوزيت على أنه: "ارتفاع مزمن بنسبة السكر في الدم".

وينتج ذلك عن عدم مقدرة الجسم على طحن الكاربوهيدرات كما ينبغي وهذا ما يسبب اضطرابا ثانويا في عملية الطحن المعقدة الخاصة بالدهنيات والبروتيدات، فنسبة السكرفي الدم عند الإنسان العادي تتراوح ما بين0,7 و1,1غ/ل أما عند المصابين فإنها تفوق ذلك.[4]"

---

[1]- عبد السلام حجار،عبد الحفيظ زرقاط ،المرجع السابق، ص 9.

[2]- ريوان وهيبة، **الضعف الجنسي لدى المصابين بداء مرض السكري وحالته النفسية** ، رسالة ماجستير، معهد علم النفس وعلوم التربية ، جامعة قسنطينة، 1998، ص 6.

[3]- نفس المرجع ص 7.

[4]- مراد بوزيت، المرجع السابق، ص 8.

2-/ انتشار داء السكري:

مرض السكري منتشر في جميع أقطار العالم وبين جميع الأجناس وفي مختلف الأعمار وانتشار السكري يختلف بين الأقطار المختلفة ففي بعض المجتمعات أكثر من ثلث المسنين مصابون بالمرض، وفي مجتمعات أخرى نجد أن هذه النسبة لاتتعدى من2% من المسنين.

ومن بين الدول الأكثر إصابة بالسكري الولايات المتحدة الأمريكية و ألمانيا والهند ومعظم الدول بسبب عادة الإكثار من تناول الأطعمة وخاصة الدهنيات[1].

بالرغم من الاعتقاد السائد أن السكري أقل انتشارا في الدول النامية إلا أن ذلك ناجم عن صعوبة البحث والاستقصاء، وقد لوحظ ازدياد كبير في نسبة الإصابة بداء السكري في المدن بشكل خاص في كثير من الدول الإفريقية والآسيوية ودول أمريكا اللاتينية وفي المجتمعات التي يكثر فيها تناول الأطعمة بدون حدود.

يكون النوع الثاني من السكري عادة أكثر انتشارا في النساء كما هو الحال في أوروبا وشمال أمريكا، وقد لوحظ في جنوب شرقي أسيا أن المرض أكثر انتشار في الرجال ويمكن القول بشكل عام أن السكري (النوع الثاني) أكثر انتشارا في البدينين والخاملين عن العمل والحركة الجسمانية بغض النظر عن العرق أو الجنس، وأقل انتشارا في النحيلين بغض النظر عن العرق أو الجنس، كما أن الظروف البيئية والمعيشية تلعب دورا هاما أكثر من العرق أو الجنس في تحديد الإصابة بالسكري خاصة في حاملي الصفة الوراثية، وللبدانة تأثير قوي في حدوث النوع الثاني من السكري حسب مدة ودرجة البدانة، وقد لوحظ أن فرصة الإصابة بالسكري تزداد حوالي أربع مرات في حالة البدانة المتوسطة وثلاثين مرة في حالة البدانة المفرطة.[2]

---

[2] عبد الله أحمد جنيد، **الداء السكري والعلاج**، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والتوزيع والنشر، دمشق، سوريا، 1998، ص 21.

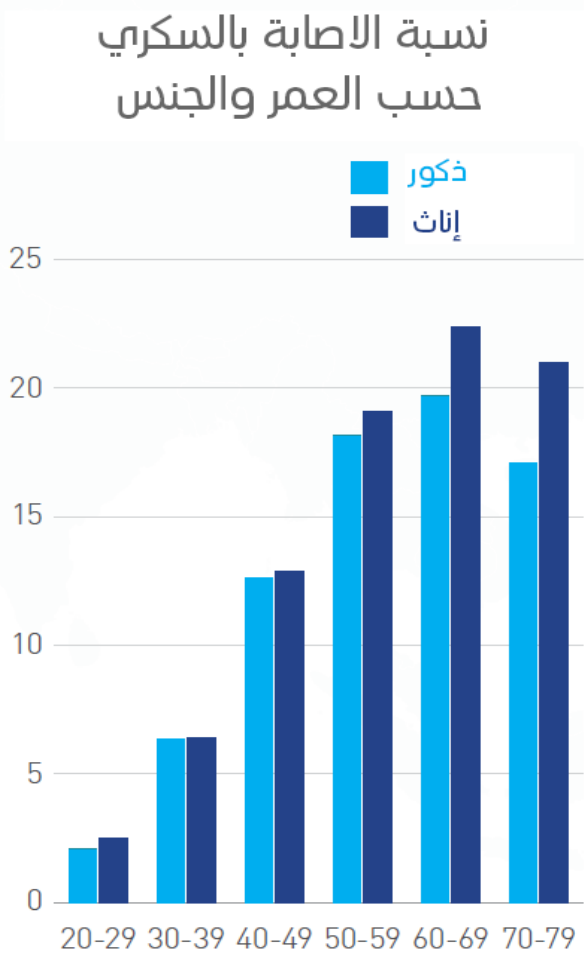
[2]- المرجع نفسه، ص 22،23.

الجدول رقم (01) يبين معدلات الإصابة بالسكري في عدة دول[1]

معدلات إصابة عالية	معدلات إصابة منخفضة
1_ كثير من قبائل الهنود الحمر في أمريكا	1_ فقراء في لندن وبرلين عام 1990
2_ الأغنياء الرجال البنغال(الهند)	2_ الهنود الحمر في شمال أمريكا عام1940وفي
3_ كثير من الهنود المهاجرين في مختلف انحاء	بعض القبائل
العالم.	3_ الإسكيمو
4_ مالطا	4_ الأكراد
5_ نساء السود في الولايات الأمريكية	5_ اليهود اليمنيون
6_الماليزيون في جنوب إفريقيا	6_ الجزائر
7_ كثير من اليهود	7_ المغرب
8_ الزيمبابوي	8_ سكان جنوب الصحراء الإفريقية
9_ ولش	9_ السود وهنود وفقراء البيض في أمريكا
10_ لوكسمبورغ	10_ هايتي وجاميكا وكوبا
11_ سكان المدن من الاستراليين الأصليين	11_ فقراء الريف في الهند
	12_ الصينيون والماليزيون في سنغافورة
	13_ الفلبين
	14_ تايلاندا

[1] – المرجع نفسه، ص 22.

الشكل رقم(01) يوضح نسبة الإصابة بالسكري حسب العمر والجنس في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا:[1]



وهذا حسب آخر احصائيات في عام 2015 تبين وجود 415 مليون بالغ يعاني من السكري و318 مليون آخرين لديهم عدم التحمل الغلوكوز مما يرشحهم لخطر الاصابة بالسكري مستقبلا.

35.4 مليون بالغ من الفئة العمرية بين [20–79] عام مصاب بالسكري في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، 40.6% منهم لم يتم تشخيصهم بعد.

أما الداء السكري المعتمد على الأنسولين (النوع الأول) الذي يتميز بظهوره في سن مبكرة عادة قبل 35من العمر وبشكل خاص عند الأطفال وأحيانا عند المسنين.

[1]– https://www.altibbi.com /3438_16/02/2017/15:40.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا تبلغ الإصابة تقريبا مريض واحد لكل 200 شخص أقل من 17 سنة من العمر بنفس النسبة بين الذكور والإناث وقد قدر عدد المصابين من الشباب المصابين بالسكري في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي 86000 مريض دون العشرين عام1973.

تختلف القابلية الوراثية للإصابة بالنوع الأول بين مختلف الأجناس ففي أوروبا و أمريكا حوالي (0,1 إلى 0,3) % من السكان خلال العشرين سنة الأولى من العمر معرضون بخطر الإصابة بالسكري وفي اليابان تقل هذه النسبة عن 0,02%.

أما في البلدان النامية والفقيرة فإن ظهور النوع الأول مرتبط بصور أساسية بسوء تغذية الأطفال خاصة في المناطق الاستوائية والمناطق المجاورة لها وذلك راجع للحرمان الطويل من البروتينات مما يؤدي إلى تهتك الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس ويطلق على هذا النوع بسكري جامايكا، أما في البلدان النامية الأخرى يستعمل نبات التوبيكه وهو نبات جذري نشوي يحضر عل شكل حلوى يعتبر غذاء شعبيا في بعض البلدان النامية مثل البرازيل، الهند، اندونيسيا، نيجيريا، أوغندا والزائير وهذا الغذاء غني بمادة سامة تدعى السيانيد لذا فإن الأطفال المصابين بسوء التغذية والحرمان من البروتين في الغذاء يفتقدون إلى الحموض الأمينية التي تخلصهم من هذه المادة السامة مما يؤدي إلى تّليف وتكلس البنكرياس (الغدة التي تفرز الأنسولين)وبالتالي السكري.[1]

ويعتبر داء السكري من بين الأسباب الثلاثة الأولى المسببة للوفاة بعد الأمراض الأوعية القلبية والدموية ثم السرطان، وينتشر هذا المرض انتشارا كبيرا حيث يقدر عدد المصابين به في كل من أمريكيا وكندا ب 7- 11مليون شخص، ومن مظاهر عدم الدقة والاهتمام بأمور الفرد الصحية أن هناك نحو 4 ملايين شخص من هؤلاء لا يعرفون أنهم مصابون به، ونظرا لخطورته وسرعة انتشاره تتوقع منظمة الصحة العالمية أن يتضاعف عدد المصابين بمرض البول السكري إلى 239 مليون شخص بحلول عام2010.

يقدر انتشاره بين 2-4% في الولايات المتحدة الأمريكية ويتوقع أن نسبة الإصابة بالبول السكري ما يزيد عن 25%في الخليج العربي ربما تصل إلى10%من عدد السكان.[2]

[1]- عبد الله أحمد جنيد، المرجع نفسه، ص 24 ،25.

[2] -**http// www.shura gov.**sa/ arabiesite/majalah38/sa7a.htm.25/02/2017.20:28

ويرتبط انتشار هذا المرض بكثير من المتغيرات الاجتماعية فلقد وجد في أمريكا أن النساء أكثر قابلية لإصابة عن الرجال، والأجناس غير البيضاء أكثر من الأجناس البيضاء، والفقراء أكثر من أبناء الطبقات المتوسطة، والأغنياء أكثر من متوسطي الدخل وقد يؤدي إلى الولادة المبكرة ووفاة المولود وقد يصيب الأطفال والشباب فليس لبدايته سنا محددة، ويرتفع مرض السكري بين السود وهنود الشيروكي ويكثر السكري المبكر في الجنس القوقازي، في أوروبا الشمالية ويندر في وسط الإسكيمو[1].

ومن كل ما تقدم فإن عدد المصابين بداء السكري في ازدياد مستمر أنحاء العالم بسبب:

_ ازدياد عدد السكان وعدد المسنين.

_ ارتفاع معدل حياة السكريين المعالجين.

_ زيادة الأبناء الحاملين للمورثة السكرية.

_ ازدياد البدانة.

_ انتشار الدوافع لكشف الداء السكري.

3-/ أنواع وأسباب داء السكري:

4-1/ أنواع الداء السكري: ليس هناك نوعا واحدا من مرض السكري بل هناك أنواع كثيرة نحاول عرضها فيما يلي:

4-1-1/ السكري البنكرياسي: يتميز هذا النوع باضطراب واضح في امتصاص الخلايا للغريسيدات إذ نلاحظ في هذا النوع وجود مادة الغلوكوز وهي مادة سكرية في البول وارتفاع في نسبة المادة ذاتها في الدم من جهة ثانية، وينتج السكري البنكرياسي عن اضطراب في استعمال الغلوكوز على مستوى الخلية، كما يمكن أن تسببه إصابة على مستوى الدماغ بالضبط على مستوى البطين الرابع (4eme ventricule) أو نشاط المفرط للغدة النخامية(hyperth yroiée) أو في القشرة اللحائية للغدة الكضرية (hypercorticisme survemal).

وكل هذه العوامل تؤدي إلى خلل في إفراز البنكرياس (الهرمون المسؤول عن تنظيم أو تعديل نسبة السكر في الدم)،[2] وينقسم هذا النوع بدوره إلى نوعين هما:

---

[1]- عبد الرحمان العيسوي، **موسوعة علم النفس الحديث**، ب ط، دار الراتب الجامعية سوشتير، بيروت، لبنان، ب س، ص 33.

[2]- أيمن الحسيني ، **أعشاب ونباتات من الطب الشعبي في خدمة مريض السكر**، ب ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع ، عيم مليلة، الجزائر، 1994، ص 9.

أ –**السكري الدسم:** يتميز هذا النوع من السكر البنكرياسي بانخفاض القدرة العضوية على تحويل السكريات أو الكربوهيدرات في عملية الايض ويصيب هذا النوع(3–4)%من المصابين بالسكري.
كما أنه يظهر عادة بعد سن الأربعين، بصفة أكثر لدى الأشخاص الذين يعانون من سمنة مفرطة أو ذوى الاستعداد الوراثي.
تتمثل أعراضه الإكلينيكية في كثرة التبول، الإحساس بالعطش الشديد وفي ظهور بعض الإصابات الناتجة عن التهابات متمركزة في اغلب الأحيان في الأعضاء التناسلية أو المناطق التي يكثر فيها إفراز العرق، وتعرف هذه الإصابات الجلدية باسم(Diabetides)هذه الأعراض الإكلينيكية غالبا ما تكون ظاهرة بوضوح وبذلك فإن الكشف عنها يتم عن طريق فحوصات بيولوجية أساسية هي : الكشف عن نسبة السكرفي الدم(Glocoserie) والكشف عن وجود السكر في البول مع العلم أن نسبة السكر العادية في حالة الصوم تتراوح مابين(0,7–1,1 غ/ل) فان زادت عن (1,3غ/ل) دلت على وجود المرض.[1]

ب –نحافة السكر: يتميز هذا النوع بغياب الأنسولين أو بعجز البنكرياس عن أو إفراز مادة الأنسولين ويصيب هذا النوع الأطفال والمراهقين كما ينتقل بفعل العامل الوراثي تتمثل أعراضه الإكلينيكية بنقص شديد في الوزن مصحوبا بالعطش الشديد وبكثرة التبول ويظهر مركبات ومواد عضوية في البول تعرف باسم الأسيتون.

4–1–2/ السكري الكلوي: ليس له علاقة بالنوع السابق بحيث يتميز بوجود مادة السكر في البول دون ارتفاع مستوى السكر في الدم ويتعلق الأمر هنا بالوراثة لا غير وتؤدي إلى عجز الكلى عن امتصاص مادة السكر أو الغلوكوز بشكل عادي يتحمل أن يكون مصدر هذا النوع عن تسمم.

4–1–3/ السكري عديم الطعم أو المذاق: هو مرض يمس عملية الأيض المتسبب الرئيسي فيه هو عجز أو خلل في الهرمون المضاد لإدرار البول الذي تفرزه الغدة النخامية مما يؤدي إلى ارتفاع كبير في حجم البول(10–15) لتر في اليوم مما يؤدي إلى عطش كبير أو احتمال الإصابة بالجفاف في حالة إنقاص المريض لكمية المشروبات.[2]

[1]– أيمن الحسيني، **أعشاب ونباتات من الطب الشعبي في خدمة مريض السكر** المرجع السابق، ص 10.
[2]– أيمن الحسيني، **عزيزي مرض السكر**، ب ط، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، ب س، ص 10.

4-2/ أسباب داء السكري:

4-2-1/ الأسباب العضوية:

لمرض السكري أسباب عديدة بعضها معروفة والبعض الآخر مجهولة، وهذه الأسباب كالآتي:

أ -**الوراثة:** الاستعداد للإصابة بالمرض السكري تكون في بعض حالاتها وراثية حيث ينتقل المرض عبر الأجيال(من أجيال الوالدين معا للأبناء)، والباعث للإصابة بمرض السكري هو وجود قصور في أعمال الغدد الصماء أي الغدد التي تفرز مختلف الهرمونات، غير أن طريقة توارث هذا المرض لا تزال غير واضحة تماما، كما أن لا أحد يستطيع أن يؤكد بشكل قاطع انتقاله إلى أبناء المريض بالسكري.

ب -**السمنة:** هناك علاقة وطيدة بين الجسم ومرض السكري، فمن الملاحظ أن أكثر المصابين بهذا المرض لهم علاقة وثيقة بالطعام والشراب مثل عمال المطاعم والفنادق.

كما أم مرض السكري يصيب الإناث أكثر من الذكور ذلك إلى استعدادهن الطبيعي لزيادة الوزن كنتيجة طبيعية لتكرار الولادة والحمل[1].

فكلما زاد وزن الجسم عن معدله الطبيعي زاد الاستعداد للإصابة بالسكري فزيادة الوزن ب 10%عن المعدل الطبيعي تؤدي إلى زيادة الاستعداد للإصابة بالسكري إلى مرض مرة ونصف عن الشخص الطبيعي، أما زيادته ب20% تؤدي إلى زيادة الاستعداد للإصابة بالسكري ب 3 مرات، في حين زيادته الوزن ب 25%تؤدي للاستعداد للإصابة بالسكري ب 9 مرات.

ولقد أظهرت بعض الدراسات التي أجريت حول تأثير الغذاء والبيئة على إحداث هذا الداء أن البداية عامل أساسي ومهم في ظهوره، فقد وجدت أن نسبة الإصابة بالسكري مرتفعة لدى المهاجرين من المناطق الفقيرة إلى المناطق الغنية فمثلا المهاجرين الهنديين إلى جنوب إفريقيا ارتفعت بينهم الإصابة إلى عشر أمثال أقاربهم الموجودين بالهند، بسبب تغيير عاداتهم الغذائية المتمثلة في زيادة تناول المواد السكرية والنشوية، حيث وجد أن متوسط استهلاك الفرد للمواد النشوية والسكرية في الهند بلغ 5 كلغ سنويا بينما يرتفع هذا المقدار إلى 50 كلغ سنويا في جنوب إفريقيا[2].

---

[1]- عبد السلام حجار، عبد الحفيظ زرقاط، المرجع السابق، ص 22.

[2]- محمد رفعت، **قاموس مرض السكر**، الطبعة الأولى، دار مكتبة الهلال، بيروت، لبنان، 1997، ص 41.

وحتى في البلدان النامية فقد ارتفعت نسبة الإصابة بمرض السكري نتيجة لزيادة تناول المواد السكرية، ولقد وجد أن الأحماض الدهنية في أجسام مرضى السكري تضاد مفعول الأنسولين على الأنسجة، وقد أجريت تجارب على الخلايا المتشحمة ووجد أنه كلما امتلأت الخلية بالدهن وتشحمت قلة استجابتها للأنسولين يمس هذا النوع من داء السكري 60% من مجموع المرضى.

وأن عملية القضاء على مشكلة الإفراط في الوزن يساهم في اعتدال نسبة السكر إلى حد بعيد وينصح مرضى السكري البدينين بإنقاص أوزانهم ب10% من الوزن المثالي بالنسبة لأطوالهم وأعمارهم، وللقضاء على الإفراط في الوزن يتم إتباع الحمية وحدها أو الرياضة البدنية، إخضاع المريض إلى الحمية ونصحه بإتباع نوع معين من الرياضة البدنية بالإضافة إلى تناول أقراص الأدوية يختارها الطبيب دوما.[1]

ج –**تلف البنكرياس:** عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين بسبب الخلل الذي قد يصيب خلايا بيتا بجزر لانجرهانس المسؤولة عن إفراز الأنسولين أو سبب تلف البنكرياس إثر عملية جراحية كحالة الأورام السرطانية.

د –عامل السن:حيث تزداد نسبة السكر الإصابة بمرض السكري مع تقدم السن.[2]

هـ –بعض أمراض الغدد الصماء: كمرض العملقة أو تضخم الأطراف وفرط البول.

و –التهاب الغدد الدرقية : كحالات التسمم الدرقي.

ي –الحمل :قد يكون عاملا لحدوث داء السكري في النساء المستعدات الذي يظهر أثناء وبعد الولادة لكن قد تصبن به بصفة دائمة.

ن –الإصابات الفيروسية: هناك صلة مؤكدة بين الإصابات الفيروسية كالتهاب غدة النكاف والجديري وبين كيفية أداء البنكرياس لوظيفته وقد تم في أثناء التجارب التي تجرى على الحيوانات حقن مجموعة من الحيوانات صناعيا بالفيروسات فأصيبت بمرض السكري[3].

4-2-2/ الأسباب النفسية:

لقد بلغ اهتمام المجتمع كالمجتمع الأمريكي بمرض السكري أن أقر الكونجرس الأمريكي في عام 1974قانونا لإجراء البحوث القومية لوضع خطة شاملة (NCD) والتعليم في مجال السكر وتألفت

[1]– مراد بوزيت، المرجع السابق، ص 10.

[2]– أيمن الحسيني، **أعشاب ونباتات من الطب الشعبي في خدمة مريض السكر**، المرجع السابق، ص 8.

[3]– مراد بوزيت، المرجع السابق، ص11.

هناك الهيئة القومية للسكر لعلاج هذا المرض باعتباره مشكلة اجتماعية وصحية بالإضافة إلى أنه مشكلة نفسية كذلك، ومن أبرز ما أظهرته هذه الهيئة القضاء على فكرة أن مرض السكر مرضا مستقرا ويدخل ذلك في إطار التعليم الطبي أو الثقافة الطبية أو التثقيف الصحي، ولقد تبين من خلال البحوث تزايد نسبة الإصابة بمرض السكر بصورة مستمرة حيث تصل إلى6%سنويا مما يؤكد دعوانا بأنه أحد أمراض العصر الناجمة عن المعاناة النفسية التي يعيشها الإنسان في عالم متوتر ملئ بالانفعالات الحادة والصراعات والتوترات والتنافس والتطاحن.[1]

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

4-2-3/ الأسباب الاجتماعية:

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

ب -البطالة: تشترك البطالة مع الفقر في التأثير السلبي على نفسية الأفراد كونها تخلق وضعا اجتماعيا متأزما كقلة الإنتاج وضعف الاستثمار وانخفاض المداخيل مما يؤدي إلى ركود الاقتصاد وتفشي الوضعية المزرية للأسر والأفراد الذين فقدوا مناصب أعمالهم أو لم يجدوا مناصب أخرى أو لم يجدوا عملا بصفة كلية مما يجعل تلك الوضعية شغلهم الشاغل وهمهم اليومي وهذا يؤثر على صحتهم الجسمية وظهور مختلف الأمراض النفسية والجسمية ومنها مرض السكري.

ج -التفكك الأسري:

إن للأسرة دورا مهما في من حيث ما توفره من حب وحنان وشعور بالأمن والطمأنينة، وإذا افتقد الطفل هذا الحب والحنان اتسم سلوكه بالطابع العدواني أو الإنطوائي، كما أن الطفل الذي يعيش في

[1]- أيمن الحسيني، **أعشاب ونباتات من الطب الشعبي في خدمة مريض السكر**، المرجع السابق، ص 33.

أسرة مفككة يعقد مقارنات مستمرة بين حياته والحياة الأسرية التي يعيشها أقرانه، وعن طريق المقارنات التي يعقدها تظهر له طبيعة الحياة السعيدة التي يعيشونها مع آبائهم فينتابه شعور بالنقص والإحباط والملل وتضطرب حياته الدراسية وعلاقته مع الآخرين وقد يفقد أصدقاؤه القدامى وقد ينتمي إلى عصابات الجانحين.[1]

4-/أعراض ومضاعفات الداء السكري:

5-1/ أعراض الداء السكري:من أهم الأعراض هي:

_ ارتفاع مزمن لنسبة السكر في الدم.

_ الإعياء والوهن ورجفة عند الأطفال، القلق والاضطراب والانفعال الشديدين.

_ الأرق، انحطاط الذاكرة، التعلثم.

_ انخفاض وزن الجسم، العطش.

_ الحكة ألم الأسنان و كثرة التبول و آلام حادة في الرأس و بطؤ شفاء الجروح و الكدمات.

_ تعب العينين وغشاوة البصر.[2]

أنظر إلى الملحق رقم(03).

5-2/ مضاعفات داء السكري:

لمرض السكري مضاعفات عديدة تمس مختلف الأجهزة الداخلية للجسم، كجهاز الرؤية والجهاز العصبي، الجهاز الكلوي، وإلى جانب الالتهابات الجلدية والارتفاع في مستوى ضغط الدم...إلخ وهذه المضاعفات هي:

أ- تعب العينين:

يمكن اكتشاف هذه المضاعفات بدرجات متفاوتة في أكثر من90% من المرضى السكريين وذلك بعد 20سنة من الإصابة بالسكري السريري، وهو زيادة الضغط (gloucoug) فقد يتعرض مرضى السكري لمرض الجلوكوجا وهو عتامة العدسة إلا أن أهم المشاكل (cataracte) في العينين أو أمراض الكتاراكت الخاصة بالعينين التي يتعرض لها المريض السكري هي حدوث تلف في الأوعية الدموية على مستوى الشبكية أو ضعفها، كما يمكن تسرب من داخل الشعيرات الدموية إلى العين ليصل إلى منطقة الإبصار تدعى زجاجية العين مما يؤدي إلى ضعف قوة الإبصار أو فقدانها تماما،

[1]- محمود حسن، **الأسرة ومشاكلها**، ب ط، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1981، ص 222.

[2]- عبد السلام حجار، عبد الحفيظ زرقاط، المرجع السابق، ص 50.

وأنواع الإصابة العينية في الداء السكري كثيرة منها: اعتلال الشبكية، ساد وحيد أو ثنائي الجانب، نزف الخلط الزجاجي، التهاب العصب البصري، ضمور العصب البصري، الزرق، خلل رؤية الألوان، شلل عابر، أسواء انكسار، اضطراب المطابقة، ومن أهم الآفات المشاهدة هي اعتلال الشبكية والساد وفي دراسة أجريت في الجزائر بينت أن من بين 68 طفل مصاب بالسكري منهم 27 حالة يحملون إختلاطات عينية هي عبارة عن تكثيف في الجسم البلوري و7 حالات هي عبارة عن اعتلال الشبكية أما الحالات الباقية فهي عبارة عن آفات مختلفة [1].

ب- الإصابة الكلوية:

تمثل الكلية الآفة الثانية من الآفات الوعائية الناجمة عن داء السكري بفعل التهابات المسالك البولية التي يسببها العجز الكلوي، كما يعاني المرضى الذين تزيد فترة مرضهم عن 25 سنة من مشاكل بالكلية أهمها:لزوجة البول نتيجة خروج كمية من البروتينات مما يؤدي إلى تورم القدمين عند منطقة الرسغ، إحساس عام بالتعب والإنهاك نتيجة تجمع بعض المواد في الدم(اليوريا) ازدياد تدفق الدم إلى الكليتين مما يؤدي إلى تلف الشعيرات الدموية الموجودة بالكلية.

ج- تلف الأعصاب:

إن الاعتلال العصبي كثير الحدوث في حالات السكري طويل الأمد حيث يظهر عند المرضى الذين تزيد فترة مرضهم عن 25 سنة خاصة منطقة اليدين والقدمين، فمع زيادة نسبة السكر في الدم لفترات طويلة تبدأ كميات من السكر في التجمع داخل العصب مما يؤدي إلى تضخمه واختلال وظيفته، ثم تمنع زيادة السكر إنتاج نوع خاص من السكر يسمى ميوانيستول(Myoinistol) الهام جدا لوظيفة العصب، تكون الآفات العصبية السكرية أقل حدوثا عند الأطفال من الآفتين السابقتين (الإصابة العينية، الإصابة الكلوية).

د- المضاعفات الجلدية:

- ✓ المضاعفات الجلدية الناتجة عن ضعف الأجهزة الدفاعية :تتمثل في سهولة الاستعداد للإصابة بالأمراض الجلدية الناتجة عن مهاجمة الميكروبات للجسم نتيجة لعدم كفاءة الأجهزة الدفاعية مما يسمح للميكروبات بمهاجمة الجلد وإحداث أمراض جلدية منها:الدمامل والخراريج والحمرة، خمائر الجلد الأمراض الفطرية.[2]

[1]- عبد السلام حجار، عبد الحفيظ زرقاط، المرجع السابق، ص ص 149-151.

[2]- محمد رفعت، المرجع السابق، ص ص 216-221.

✓ المضاعفات الجلدية الناتجة عن إتلاف مرض السكري للدورة الدموية:

من مظاهر هذه المضاعفات إتلاف الشعيرات الدموية الدقيقة في جميع أنحاء الجسم الذي يظهر من خلال أعراض جلدية مميزة تظهر على شكل حبوب حمراء صغيرة غير مصحوبة بحكة، وتكون متناثرة وتظهر في الأطراف وخاصة الساقين، إذا لم تعالج تؤدي إلى إتلاف لوظائف العين والكليتين والكبد، كما تظهر في تصلب الشرايين مما يؤدي إلى ذبحة صدرية أو ضيق في التنفس أو ألم في الساقين خاصة بعد المشي الطويل مما يؤدي إلى غرغرينا في الأطراف.

✓ المضاعفات الجلدية الناتجة عن تأثير داء السكري على الجهاز العصبي:

من المضاعفات المصاحبة للإتلاف الجهاز العصبي الشعور بتنميل في الأطراف قد يتطور فيما بعد إلى عدم الإحساس كلية في الأطراف والذي يأخذ توزيعا معينا يعرف بالجورب والقفاز أي فقدان الإحساس في الجزء السفلي من الأطراف أي في مكان ارتداء القفاز والجوارب.

✓ المضاعفات الجلدية الناتجة عن اضطرابات التمثيل الغذائي:

قد ينشأ عن اضطراب التمثيل الغذائي وجود نسب عالية من نواتج هذا التمثيل مثل بعض أنواع الدهون، وخاصة الكوليسترول أو مادة الكاروتين وهي المادة الخام لفتامين(أ) أي التي يستخلص منها الكبد فيتامين(أ) نتيجة لتأثر وظائف الكبد بمرض السكري فإن كفاءته في تحويل هذه المادة إلى فيتامين(أ) تقل وبالتالي فإن معدلها في الدورة الدموية يرتفع محدثا اصفرارا عاما في الجلد وخاصة في راحة اليدين وباطن القدمين وبياض العين، كما أن ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم قد يؤدي إلى ترسبها في الأوعية الدموية محدثا تصلبا بالشرايين وترسيب المادة في الجلد يظهر على شكل حبوب صغيرة حول المفاصل أو في راحة اليدين أو الجفون.

✓ المضاعفات الجلدية الناتجة من تأشير عقاقير علاج السكر:

قد يؤدي الحقن بالأنسولين عند بعض الأشخاص إلى ضمور في النسيج الضام تحت الجلد، كما تؤدي بعض الأقراص المستعملة في علاج السكري إلى حدوث طفح جلدي قد يتعذر معه الاستمرار على هذا النوع من العلاج[1].

[1]– مراد بوزيت، المرجع السابق، ص ص 72–74.

هـ- الأسيدوسيطوز:

هي من المضاعفات الحادة التي كثيرا ما تحدث عند مريض السكري الذي يتداوى بالأنسولين وأقراص السيلونيلوري، حيث يرتفع عدد أجسام الأسيتون في الجسم، وترتفع معها مقاومة الجسم الذي يقاوم لأقصى درجة هذا الغزو ويقوم بتحرير هذه الأجسام السامة عن طريق الكلى مع البول.

وفي حالة غياب المريض عن الوعي يتطلب التدخل السريع لإنقاذ حياة المريض نظرا إلى تأزم حالته بين اللحظة والأخرى إلى غاية نقطة اللارجوع[1].

1- أسباب سقوط مريض السكري في مشكلة الاسيدوسيطوز :منها التعفنات، أمراض القلب والشرايين، الجراحة والتخذير، بعض الإصابات العصبية(هرمونية)، حدوث خطأ في حساب كمية الأنسولين الواجب حقنها، عدم استفادة الجسم من الكمية الكاملة من الأنسولين الذي تعود المريض على حقنه خاصة إذا بقي المريض مداوما على حقن الأنسولين في جهة معينة لأمد طويل، التباعد الكبير بين الوجبات الغذائية، فلا ننسى التيسير الرباني في القرآن الكريم" ليس على المريض حرج ".

2- العلامات التي تظهر على المريض في حالة وقوعه في مشكلة الإسيدو سيطوز:

- ✓ العلامات التي تخص الجهاز التنفسي: ملاحظة ازدياد عدد حركات القفص الصدري في الدقيقة(عدد الحركات العادية 15 = حركة دقيقة) حيث تصبح عملية التنفس سطحية وسريعة مع شم رائحة خاصة عند الاقتراب من وجه المريض.
- ✓ العلامات التي تخص الجهاز الهضمي: القيء، الإحساس أحيانا بنوع من الإقبال على القيء، الإحساس بالألم في البطن مباشرة تحد المنطقة الوسطى من القفص الصدري، إمكانية حدوث الإسهال صعوبة جس النبض، العلامات التي تدل جفاف الجسم من الماء، طي الجلد بين الأصابع جفاف الفم بغياب الغدد اللعابية، اضطراب وعي المريض أحيانا في غيبوبة هادئة.
- ✓ العلامات التي تخص العضلات :حدوث تشنج للعضلات.
- ✓ العلامات التي تخص ضغط الدم :يحدث تسرع قلبي كبير يؤدي في حالة عدم تدخل طبي سريع إلى انخفاض كبير لضغط الدم داخل الشرايين.
- ✓ العلامات التي تخص الجهاز البولي:كثرة تبول المريض في البداية وباستمرار هذه الحالة تقل كمية البول حتى تنعدم.[2]

---

[1]- نفس المرجع، ص 74.

[2]- مراد بوزيت، المرجع السابق، ص ص 75-76.

و- المضاعفات النفسية:

بانتشار داء السكري واستمراره مدة زمنية يؤثر على المريض من الناحية العضوية من خلال المضاعفات التي تنجم عنه مما يؤثر على نفسيته سلبا، فمريض السكري عادة ما يكون عبوسا، قلقا، سريع الاستثارة والاكتئاب كما يصاحبها آثار نفسية سيئة كالاضطراب الجنسي والنفسي مما يؤثر على سلوك المريض وتصرفاته وتكيفه الاجتماعي مع البيئة التي يعيش فيها.

وكذا أسلوب العلاج كاستعماله الحمية الذي تفرض حرمانه من أنواع معينة من الغذاء يشكل أعباء نفسية مما يدفعه إلى الاندفاع إلى تصرفات شاذة مخالفة للتعليمات الصحية مما يشكل خطرا على صحته.[1]

5-/تشخيص والعلاج لداء السكري:

5-1/ التشخيص:

يعتمد التشخيص على قياس نسبة السكر بالدم ويتم التحقق من التشخيص إذا ماتوفرت إحدى الشروط الآتية:

- إذا كانت نسبة السكر عشوائيا أكثر من 200 مغ/دسل مع وجود أعراض واضحة للمرض مثل كثرة التبول، العطش، فقدان الوزن.
- إذا كانت نسبة سكر الدم للصائم أكثر من 140 مغ/دسل في يومين مختلفين.
- إذا كانت نسبة سكر بالدم للصائم بين115-140 مغ/دسل.
- أثناء عمل فحص تحمل الغلوكوز وجود قراءاتان لنسبة السكر أكثر من200 مغ/دسل إحداهما بعد ساعتين من تناول الغلوكوز.

إذا تم تشخيص داء السكري فإنه يلازم المريض مدى الحياة ولابد من السيطرة الدائمة على المرض[2].

5-2/ العلاج:

- ✓ أخذ العلاج المناسب إما القرص أو حقن الأنسولين.
- ✓ العلاج بالحمية الغذائية المناسبة والمستمرة والمراقبة الكاملة للتغذية.
- ✓ الحفاظ على الوزن مناسب للجسم ومنع أي زيادة مفرطة في الوزن .

---

[1]- أحمد فايز النماس، **الخدمة الاجتماعية الطبية**، الطبعة الاولى، دار النهظة العربية ، بيروت، لبنان،1999، ص52.

[2]- **http://www.diabetes edu**. Com/Suger reason 4.html.25/02/2017/19:45.

- ✓ ممارسة الرياضة.
- ✓ الاعتناء بالنظافة الشخصية.
- ✓ ضرورة مقابلة الطبيب المختص لمراقبة السكري وفاعلية العلاج.

أنظر إلى الملحق رقم(04).

6-/السمات الشخصية المميزة للمصابين بالسكري:

إن الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين اضطراب السكري والجوانب النفسية قليلة وإن وجدت فهي غير مثمرة، كما أنها لم تنجح في مجملها في تحديد بروفيل واضح لشخصية هذه الشريحة من المرضى.

ومن المحاولات التي اهتمت برسم بروفيل نفسي لشخصية هؤلاء المرضى هي دراسة "دانبار"التي حددت شخصية هؤلاء المصابين بالسكري في النقاط التالية:

-من حيث المعطيات الفردية فان هؤلاء الأفراد يعيشون في صراع شبه حاد مع الأباء وغالبا ما يستمر هذا الصراع مدى الحياة مع ميلهم للعزوبة أو تحديد النسل في حالة الزواج لأن الأزواج في كثير من الأحيان يعيشون حالات من الانفصال[1].

-من حيث التوافق العام فمستوياتهم التحصيلية مرتفعة نسبيا مع أنه في بعض الحالات يقع انقطاع عن مواصلة التعليم (الدراسة) نتيجة للمرض.

-من حيث العمل فهم يكرهون المسؤولية ويهربون منها، ذلك لأنهم يعانون من صعوبة اتخاذ القرارات في المسائل المهمة، بالإضافة إلى صعوبة المحافظة على العلاقات الشخصية مع الآخرين والذي يكون غالبا سببا في ترك العمل.

-معاناة المرضى السكريين من اضطرابات جنسية مع ميول جنسية مثلية.

-معاناتهم من اضطرابات عصابية كالفوبيا والكوابيس والاكتئاب مع الميل للأفكار البارانويه.

-يتميزون بشدة الاهتمام بالطعام وإعداد كبيرة من المهن نتيجة للتردد وكذا ابتعادهم عن الرياضات التنافسية، وأهم صراعاتهم الداخلية هي الصراع بين الإتكالية والاستقلالية والنمو الجنسي.

-يتسمون بالتردد، حيث يتركون الآخرين يتخذون لهم القرارات بدا منهم ونادرا ما يقومون بعمل شيء وينتهون منه.

[1]- أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 45.

-معظم المصابين بالسكري يتمزقون في طفولتهم بين استياء آبائهم منهم وبين الخضوع لهؤلاء الآباء في وداعة.

-أكثر الأطفال المصابين بالسكري مدللين.

-الذكور المصابين يعتمدون على أمهاتهم في اتخاذ قراراتهم.

أما" الكسندر "فقد وصف شخصية هؤلاء المرضى بالإعتمادية فالمصابون بالسكري يحتفظون باتجاهات اعتمادية طفلية تتحول هذه الاعتمادية إلى عدوان موجه للجسد لأنها تلاقي الرفض من قبل الآخرين.

وتزيد نسبة السكر في دم هؤلاء حينما يتخلى الآخرون عن تلبية مطالبهم الاعتمادية وتفسر سلبية مرضى السكري حسب الكسندر بأنها مظهر لرغبتهم القوية في العودة إلى حالة من الطفولة المبكرة تتسم بحنين شديد إلى إطعام الغير وأن ذلك الحنين قد يطلق كميات كبيرة من السكر في الدم، ولما كان المصاب عاجزا عن إشباع رغباته الطفولية الفمية فقد يطلق وعي ذلك الطعام الذي يريده من مستودع السكر في جسده.[1]

7-/المشاكل الناجمة عن الإصابة بداء السكري:

أولا/ المشاكل النفسية:

تعتبر المشكلات النفسية من أهم المشكلات والآثار الناجمة عن الإصابة بداء السكري منها الشعور بالقلق والاضطراب والمخاوف التي تنتج من خلال إرهاق المريض في التفكير في ماضيه وحاضره ومستقبله، بالإضافة إلى القلق الناتج عن قصوره من أداء دور اجتماعي معين بالإضافة إلى الشعور بالذنب والنقص وأيضا الإحساس بأنه عبء على الأسرة والمجتمع وأنه سبب في انزعاج الآخرين[2]، ومن بين المشاكل النفسية التي يتعرض لها المريض بالسكري هي: القلق،الخوف، الملل الاكتئاب والعزلة، الصراعات النفسية الداخلية، المزاج العصبي، الهذيان، الأعصاب خلل القدرات الذهنية، اضطرابات السلوك والشخصية، عدم القدرة على الانسجام مع الواقع المرضي.

[1]- أحمد فايز النماس المرجع السابق، ص 45.

[2]- المرجع نفسه، ص 152.

ثانيا/ المشاكل الصحية:

وتتمثل في: الوفيات، اضطرابات بصرية سمعية، اضطرابات الجهاز الحركي، اضطرابات الجهاز البولي اضطرابات الجهاز التناسلي، اضطرابات الجهاز الغددي، اضطرابات القلب والأوعية الدموية اضطرابات التمثيل الغذائي، مشاكل متعلقة بتوفير الأغذية، مشاكل متعلقة بالدواء والاختبارات الطبية[1].

ثالثا/المشاكل الجنسية:

إن المرضى بداء السكري قد يفقدون قدراتهم الجنسية ومع فقد القدرة الجنسية قد تكون لهم بمثابة السلب لكل طاقتهم الشعور بالنقص والإحباط ينقص من القدرات الجنسية للمصابين بالداء السكري بصورة تدريجية، وهذا الضعف الجنسي ينتج عن التغيرات الفيزيولوجية والتغيرات النفسية التي تطرأ على المصاب[2].

رابعا/ المشاكل المهنية:

إن المشاكل المهنية التي يتعرض إليها مريض السكري معقدة ولها علاقة مرتبطة مع مستواه ونوعية تعليمه والمعطيات الشرعية التي تختلف من بلد لآخر.

والمرضى بالسكري المعالجين بالحمية القوتية(الغذائية) فقط أو بالحمية القوتية والأقراص المخفضة لسكر الدم يمنحون فرص العمل على شريطة إخبار جهة العمل بطبيعة مرضهم وكذا العلاج المتبع تجنبا لسوء الفهم الناجم عن بعض التقصيرات كالتغيب عن العمل الذي ينجم عنه تخفيض الأجر مما يؤثر على المريض صحيا واجتماعيا، واختيار المهن المناسبة لمرضى السكري ضرورة لابد منها لضمان إستمراريتهم في العمل وكذا تكيفهم الاجتماعي والصحي، وقد نشرت الجمعية الأوربية لمقاومة السكري وكذا نظيرتها الأمريكية لائحتين، إحداهما سلبية والثانية إيجابية، لكي يتمكن المرضى من اجتناب ما تحتويه الأولى من مهن، ومن اختيار المهن التي تنصح لهم بها اللائحة الثانية.

[1]– احمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 152.

[2]– محمد سيد فهمي، المرجع السابق، ص ص 123–124.

اللائحة الإيجابية تتكون من مهن تتوفر فيها الشروط الملائمة لحالة المصابين بالسكري وتدخل في هذا لنطاق المهن الطبية ولكن يستثنى من ذلك الممرضة المصابة بالسكري عندما تشتغل بالليل أو في قاعة الجراحة أو بأشغال الطب المكثف ولكنها يمكن أن تشتغل بالمخبر أو تساعد الطبيب في المعاينة.

أما اللائحة السلبية فتحظر على المصابين اختيار مهن تتعلق بسلامة الركاب مثل ربان الطائرة وسائق القاطرة والحافلات وكل من يعمل بآلة ميكانيكية قاطعة أو جارحة وقد تسبب آفات مهنية إذ يجب حظر المهن التي تمس سلامة الآخرين، فليس من المعقول أن يعمل المصاب بالسكري كرجل من رجال المطافئ أو في البنايات العالية إلى غير ذلك من المهن التي قد تودي بحياته أو تشكل خطرا على سلامته، وهناك لائحة من المهن يجب على المريض بالسكري أن يبتعد عنها بالرغم من أنها لا تمس غيره، فلا يمكن له مثلا أن يصبح خبازا أو بائعا للحلوى أو يشتغل كطباخ أو عامل في مطعم أو في مصنع للمشروبات المحلاة بالسكر مثل المرطبات والمياه الغازية.[1]

خامسا/ المشاكل الاجتماعية:

- عدم القدرة على التكيف الاجتماعي مع الأسرة والمحيط الاجتماعي .
- عدم القدرة على الاندماج الاجتماعي مع الوسط الاجتماعي المهني.
- الانقطاع أو فقدان المشاركات الاجتماعية.
- العزلة الاجتماعية.
- الخلافات والمشاحنات الأسرية[2].

سادسا/ المشاكل الاقتصادية:

- نقص في الدخل الشهري للفرد المصاب.
- معاناة أسرة المصاب من ظروف مادية سيئة بسب المرض ونقص الدخل الشهري.
- عدم القدرة المادية يجعل من المصاب غير قادر على توفير الاحتياجات الدوائية والغذائية له.
- يكلف المجتمع مبالغ باهضة من ميزانيته بسب زيادة نسبة المرضى والمشاكل الناجمة عن مرض السكري وذلك بتوفير متطلبات الوقاية والعلاج والإيواء وغيرها.[3]

---

[1]- عبد الله أحمد جنيد، المرجع السابق، ص ص 26، 27.

[2]- أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 153.

[3]- المرجع نفسه، ص 153.

خلاصة الفصل:

يمكننا استخلاص أن داء السكري عبارة عن مجموعة من الأمراض تصيب و تؤثر على طريقة استخدام الجسم لسكر الدم(الجلوكوز)، الذي يعتبر عنصر حيوي للجسم، حيث انه يمده بالطاقة اللازمة، بحيث يدخل الجلوكوز خلايا الجسم بشكل طبيعي عن طريق عامل الأنسولين و هو عبارة عن هرمون يفرز عن طريق البنكرياس، و يعمل على فتح الأبواب التي تسمح بمرور الجلوكوز إلى خلايا الجسم، وفي حالة داء السكر، يحدث خلل في هذه العملية حيث يتجمع الجلوكوز في المجرى الدموي في الجسم و يخرج في النهاية مع التبول، تحدث هذه العملية عادة إما لأن جسم المريض لا يفرز كمية أنسولين مناسبة أو لأن خلايا الجسم لا تستجيب للأنسولين بشكل سليم.

كما أن الإهمال في المعالجة و الوقاية من هذا الداء يعتبر من اخطر التصرفات التي يرتكبها الفرد، حيث ينتج عن هذا السلوك مضاعفات عديدة تؤدي إلى عجز و إتلاف في بعض خلايا العضوية، حيث أن الجهاز العضوي يفقد بعض وظائفه، واغلب هذه المضاعفات والأكثر شيوعا هي مشاكل الدورة الدموية والقلب والكليتين والعينين، وعليه يتطلب هذا الداء نوع من العلاج و الوقاية.

تمهيد:

تمثل الأسرة النظام الاجتماعي الرئيسي والحيوي للمجتمع وكانت هي الوسيلة الهامة لتوفير كافة الحاجات الإنسان البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية والصحية وغيرها من الحاجات وفي هذا الفصل سنتطرق إلى عناصر ترتبط بالأسرة وهي المكانة والرعاية الاجتماعية ففي عنصر المكانة الاجتماعية سنتكلم عن(مفهومها و النظريات المفسرة لها) أما عن الرعاية الاجتماعية فنتطرق إلى(نشأتها وتطورها والى خصائصها وأهدافها) أما عن الأسرة فنتكلم عن (مفهومها وأشكالها ووظائفها).

1- المكانة الاجتماعية:

1-1 مفهوم المكانة الاجتماعية:

اكتسب مصطلح المكانة العديد من المعاني والتفسيرات، والتي كانت تشير أغلبها إلى أن المكانة هي الوضع الذي يشغله الفرد في النسق الاجتماعي بالنسبة للآخرين، وقد حظي هذا المصطلح باهتمام العلماء في مجال علم النفس الاجتماعي، وهذا لما له من علاقة مباشرة بأهم المصطلحات في هذا المجال وهو التفاعل الاجتماعي، إذ أن مكانة الفرد الاجتماعية أو الاقتصادية، إنما تتحدد داخل بناء ونسق اجتماعي قائم على أساس علاقات اجتماعية.[1]

وتعرف المكانة الاجتماعية بالمعنى اللغوي بأنها المنزلة أو الرتبة أو المركز والمقام، أما المكانة بمعنى علم الاجتماع فتعتبر عن الوضع الذي يشغله الشخص أو الأسرة أو الجماعة القرابية في النسق الاجتماعي بالنسبة للآخرين، وقد يحدد هذا الوضع الحقوق والواجبات وأنواع السلوك الأخرى بما في ذلك طبيعة ومدى العلاقة بأشخاص آخرين لهم مكانات مختلفة، وتحدد المكانة الاجتماعية بالتعليم والدخل والممتلكات والتقييم الاجتماعي للمهنة وبعض الأنشطة الأخرى في المجتمع.[2]

كما عرف " رالف لينتون " المكانة ليعني بها وضع الفرد في المجتمع وحدده بانه مجوعة الحقوق والالتزامات أما الدور فهو الجانب السلوكي لتنفيذ هذه الحقوق والواجبات.

وتعرف المكانة بأنها المرتبة النسبية لدور اجتماعي معين طبقا لقيم أعضاء المجتمع، والمكانة الاجتماعية عند كارل ماركس تتحدد بالعامل المادي وعامل تقسيم العمل الذي يحدد المهنة التي يزاولها الفرد بالاضافة الظروف الاقتصادية، كما يؤكد ماكس فيبر على ثلاثة عوامل في تحديد المكانة الاجتماعية للفرد وهي العامل الثقافي والديني والسياسي، فالعالم أو السياسي أو رجل الدين قد يمثل مكانة مرموقة رغم عدم امتلاكه وسائل الإنتاج ومعنى هذا أن العامل المادي يحدد بدرجة معينة مكانة الفرد الاجتماعية. [3]

---

[1]-أحمد زكي بدوي، **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**، طبعة 5، مكتبة لبنان، بيروت، 1978. ص 47.

[2]-الحسن إحسان محمد، **النظريات الاجتماعية المعاصرة**، ب ط، دار الرسائل، بغداد، 2005، ص 129.

[3]-نفس المرجع، ص129.

1-2 مفردات المكانة الاجتماعية والاقتصادية:

1-2-1 مفردات المكانة الاجتماعية :

أولا / المنطقة السكنية: ان مساكن الفئات الاجتماعية المرهفة تتوفر فيها اكثر الخدمات الاجتماعية والشروط الصحية، حيث تتسم شوارعها بالسعة وتقل فيها الحارات والمباني القديمة وتقوم بها عمارات سكنية كبيرة، والوحدات الطبية والمدارس والشوارع المبلطة والماء النقي والكهرباء، بينما يتسم سكان مناطق المرفهة بقلة الوعي حيث أنهم لا يهتمون كثيرا بالنظافة مما يؤدي إلى إصابتهم بالأمراض والأوبئة، كالبلهارويا والديدان الطفيلية بأنواعها، وذلك لان هذه المناطق تكون ضيقة في الغالب وتكثر فيها المباني الآيلة للسقوط وتمتلئ شوارعها برائحة الكريهة[1].

ثانيا/ الأثاث والممتلكات المنزلية: إن مستوى المعيشة يعتمد على دخل الفرد، ذلك لان الدخل يساعد على اقتناء الفرد للسلع والأثاث المنزلي، فمستوى المعيشة للفئات المرفهة عال بسب ارتفاع الدخول، مما يجعلها قادر على التمتع بقسط من الرفاهية الاجتماعية التي تشير إلى ارتفاع المستوى المعاشي، بينما انخفاض معدل الدخل للفئات الغير المرفهة يحرمها من الحصول على السلع والخدمات ويحول دون تمتعها بأنشطة الفراغ والترويج ويبدل حياتها إلى حياة فقيرة وجامدة مما يؤثر سلبا على مستواها المعيشي والاجتماعي.[2]

ثالثا/ التحصيل العلمي: هي التجارب والدراسات التي يحصل عليها الفرد بطريقة رسمية في المدرسة او المعهد أو الجامعة المعترف بها، وهذه المؤسسات تمنح الشهادات العلمية التي تثبت من خلالها تعلمهم واكتسابهم الخبرات والمعلومات وحامل الشهادة في الدراسة أو اختصاص يستطيع مزاولة الأعمال المؤهلة للقيام بها وممارستها، وعند أدائه إياها يحصل على راتب أو اجر ويحصل على درجة علية من الاحترام والتقدير من الأشخاص العاملين معه ومن أبناء المجتمع الكبير[3].

---

[1] كمال أحمد وبرسوم كرم، **علم الاجتماع الحضري**ب ط،، دار السبيل، القاهرة، 1983، ص 135.

[2] حسين أحمد حسن، **الانعكاسات الاجتماعية لارتفاع المستوى المعاشي في العراق**، رسالة ماجستير، كلية الآداب،بغداد، 1995، ص 77.

[3] الحسن احسان محمد، **علم الاجتماع الاقتصادي**، ب ط، دار الرسائل، بغداد، 1990، ص 20.

رابعا/ الثقافة: الثقافة تميز بين فئة وأخرى، لذا نجد أن كل فئة تتميز بقدر من الإنحيازات ذات صله بعواطفها وأهوائها وأذواقها وميولها واعتزاز كل فئة بنفسها يجعل أفرادها يفاخرون في تقدير قيمة المهام التي يمارسونها والحط من قيمة الأعمال التي يصعب عليهم أدائها، لذا نجد فئة المثقفين ممن يشغلون بالعمل الفكري يحطون من شان العمل اليدوي والعكس، والثقافة ترتبط بالمهنة فنجدها عند الجامعيين والأطباء أكثر مما نجد عند المشتغلين بالصناعة والتجارة.[1]

1-2-2 المفردات الاقتصادية:

أولا/ المهنة: هي الفعاليات التي يمارسها الفرد ويعطيها للمجتمع مقابل راتب أوجر معين يستطيع الفرد من خلال دوره الاجتماعي في المؤسسة الاجتماعية مزاولة المهنة وتقديم نشاطه للمجتمع، ومقابل ذلك يحصل على راتب شهري ومقدار من التقدير الاجتماعي الذي يحدد مكانته الاجتماعية.

الدخل: يؤثر دخل الفرد في المستوى المعيشي، فإذا ارتفع معدل الدخل الرد ارتفع معه المستوى المعاشي، ومشتوى المعيشة هي ذلك المعيار الذي يقدر به مستوى حياة الانسان في النواحي الاجتماعية، ويقاس هذا المستوى بالدخل النقدي الذي يحصل عليه الفرد، كما يقاس بالاشباع النفسي للفرد وفي قناعته بداخله وامكانية استغلاله، فيما يعود عليه وعلى اسرته بالخير، لذا ترتبط مكانة الفرد بستواه المعاشي فزيادة حجم الاستهلاك من السلع تعتمد على قوة الشرائية أو الدخل الحقيقي للفرد.[2]

[1] بدوي والسيد محمد، **علم الاجتماع الاقتصادي**، ب ط ، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية، 1990، ص 36.

[2] حسين احمد حسين، المرجع السابق، ص 77.

1-3 النظريات المفسرة للمكانة الاجتماعية:

1-3-1 نظرية الجماعة المرجعية: Hyman Refence group throry

يرى هايمن أن المكانة لاتقتصر على امتلاك كل ما قاله بالناحية الاقتصادية بل هي أيضا تتضمن ماله علاقة بسيمات الشخصية في الجوانب العقلية والثقافية والأخلاقية والجمالية (الجسمية) والانفعالية، والمكانة تتحدد كما يرى هايمن من خلال تقويم الأفراد لأنفسهم في الجوانب المختلفة التي ذكرت أعلاه مقارنة بالجماعة المرجعية، وهي كأي جماعة تستعمل معيارا للتقييم الذاتي أو لتشكيل الاتجاه فالجماعة هنا تحاول وضع مجموعة من الاحكام لضبط السلوك، وهنا تسمى بالجماعة المرجعية للتقييم الذاتي كجماعة الزملاء والاصدقاء[1].

وفي دراسة لهايمن عام 1942 عن المكانة القائمة على إدراك الفرد لموقعه مقارنة بالآخرين، سأل (31) من الطلاب البالغين عما إذا كانوا يعتقدون أن مكانتهم أعلى أو اقل من الطلاب الآخرين في الجوانب الاقتصادية والعقلية والمزاجية والجمالية، ووجد أن تقييم الفرد لنفسه يقترن بإدراكه لمكانته في نوعين من الجماعات هما:

_ الجماعات العضوية مثل: تلك الجماعات التي ينتمي إليها فعلا.

_ الجماعات التي يهوى أن يكون عضوا فيها فالمعلم مثلا قد يقيم ذكائه مقارنة بزملائه في المدرسة مثلا (جماعة عضوية)، في أوقات أخرى قد يقيم ذكائه مقارنة نفسه بكيان المعلمين الآخرين(جماعة يرغب الانتماء إليها).[2]

[1] اندوز ، **مناهج البحث في علم النفس** ، ت يوسف مراد، ب ط ، دار المعارف، القاهرة،1968، ص 943.

[2] كريتش، **سيكولوجية الفرد**، ت حامد عبد العزيز الفقي والدكتور خير الله، مكتبة انجلو المصرية، ب ط، القاهرة ،1974، ص 170.

1-3-2 نظرية الجماعة المرجعية لكيلي نيوكمب وستوفر:

تنطلق هذه النظرية من فكرة اتساق الذات مع الآخرين، وهذا يعني أن الأفراد يقيمون مكانتهم من النتائج التي يحصلون عليها استنادا للسلوك والكفاءة التي يظهرونها مقارنة مع السلوكيات والنتائج التي يحصل عليها الأفراد الذين يقارنون أنفسهم بها نتيجة إدراك التشابه معا لأشخاص المرجعيين في جوانب عدة، ويحدث الاتساق مع الآخرين عندما تكون المكافأة او تقدير نتيجة الجهد المبذول من الآخرين، وقد وجد أصحاب هذه النظرية أن الجماعة المرجعية المقارنة لشخص معين يمكن أن تكون:

_ جماعة من المشابهين له(الزملاء، جماعة المهنة، الأصدقاء) وهي الجماعة المفضلة للمناقشة وتحديد المكانة.

_ جماعة متنوعة من الأشخاص مثل الأعضاء في تجمعات اجتماعية ينتمي إليها الفرد كالمصلين في المسجد.[1]

_ فئة لم يقابلها الفرد مطلقا مثل جماعة الممثلين (النجوم) أو جماعة ينتمون إلى طبقة اجتماعية معينة.

1-3-3 نظرية المقارنة الاجتماعية:

ترى هذه النظرية أن الأفراد أينما وجدوا فإنهم رهن عمليات المقارنة الاجتماعية فيصدرون الأحكام حول أنفسم، وحول بعض الناس وقد صاغ هذه النظرية العالم " ليون فستنكر"، وهي تؤكد على تأثير التفاعل الاجتماعي على الآراء والاتجاهات كما تشير الى ان عمليات التاثير الاجتماعي وانواعا معينة من السلوك التنافسي سببها الحاجة لتقويم الذات وتحديد المكانة وهذا لا يتحقق الا من خلال عمليات المقارنة مع الأشخاص الآخرين.[2]

[1] Cramo and messeon la social paychology priniciplesand themes of interpersonal behauiorllinois dorsa press 1982 p 85.

[2] الحسن احسان محمد، المرجع السابق، ص 45.

1-3-4 نظرية المقارنة الاجتماعية والاستقطاب:

تعد هذه النظرية التي جاء بها جونسون امتدادا لنظرية المقارنة الاجتماعية التي جاء بها (فستنكر) وتفترض إننا نقارن أنفسنا بالآخرين وغالبا ما يكونون زملائنا أو أصدقائنا المقربين، وترى هذه النظرية أيضا اننا لا نريد فقط ان نكون كالآخرين أو اعلى منهم بقليل، بل فوق المعدل أو أعلى بكثير لنستقطب الآخرين من حولنا.

وحسب رأي" والاش" و"نك"، فان هذا يؤدي الى الحصول على التوافق الشخصي والاجتماعي والمكانة العالية، فيوجه الفرد اهتماما نحو الخارج ويصبح مولعا بالناس ويتوافق مع توقعات الجماعة، وأما الفرد الذي يشعر بمكانة واطئة وبضعف القبول الاجتماعي له فانه يكون على العكس من ذلك، وهذا يجعله قلقا وإحساسا، وفي الثقافات التي تعطي أهمية ككبيرة للاستقطاب الاجتماعي يعد دليلا على النجاح في الحياة الاجتماعية، لذلك فان الفرد يقوم بنفسه في ضوء ذلك، ويظهر نجاحه أو فشله بعدد أصدقائه الذين يرفعون من مكانته ضمن جماعته[1].

1-3-5 نظرية التغير السلوكي والمعرفي:

تتناول نظرية التغير السلوكي والمعرفي ل "ميلتون روكيج"(Melton Rokeach) موضوع معتقدات الفرد عن نفسه، فهي ترى أن الفرد يشعر بمكانته العالية إذا كان راضيا عن نفسه لإدراكه انه ذكي وماهر، وكفء وخلوق ومقبول لدى الآخرين، والعكس صحيح أيضا وهو يحصل على الادراكات عن طريق المقارنة الاجتماعية، بمعنى أخر أن الحالة حصول عدم الرضا عن النفس بترتيب عليها حالة الهبوط في تقدير الذات والشعور بالمكانة الواطئة، مما يتبع هذا الوضع دافعا لتغيير لأن الفرد دائما يسعى لان يكون ذكيا وماهرا وكفء ومرغوب به من قبل الآخرين، وفي هذه الحالة فان عملية مواجهة الذات تبدأ بتحديد مواطن الضعف والتغلب عليها عندما يحصل التغيير الإدراكي والسلوكي لإزالتها وليدرك الفرد بعد ذلك انه راض عن نفسه وان مكانته قد سمت بعد إن كانت واطئة.[2]

[1]- اندوز، المرجع السابق ، ص 945.

[2]- Leon maun **socialpsychology** john wiley and sons 1969 p 37.

1-3-6 نظرية التفاعل الاجتماعي:

تؤكد هذه النظرية على وظيفة المكانة من خلال التفاعل، فاذا كان لدينا شخصان يتعرفان على بعضهما اول مرة في عملية التفاعل الاجتماعي، فان ذلك يتم من خلال المكانة التي يحتلها كل منهما استنادا الى العناصر الاسم والشهرة واللقب والمهنة والخصائص الشخصية لتحديد الاهمية النسبية لكل منهما اتجاه اخر وقد اشار الى هذه النظرية كل من " كولي"و"بارك"و" هوكيس" حيث بينوا أن الفرد يشعر بمكانته تاتي من خلال الانطباع الذي يتكون عنه لدى الآخرين، ان فكرة مفهوم الفرد عن نفسه وتحديد مكانته تاتي من خلال تصرف الآخرين إزاءه.[1]

2- الرعاية الاجتماعية:

2-1 نشأة وتطور الرعاية الاجتماعية:

2-1-1 الرعاية الاجتماعية في الحضارات القديمة وفي الأديان السماوية:

أ / **الرعاية الاجتماعية في الحضارات القديمة:** تعتبر الرعاية الاجتماعية قديمة قدم الإنسان بل لازمت الحياة الإنسانية أينما وجدت، فلم تمر فترة من الزمن لم تعرف فيها البشرية هذه الرعاية بأي شكل من الأشكال، وقد تطورت صور وبرامج الرعاية الاجتماعية بتطور الزمان والمكان. [2]

أولا: في مصر الفرعونية: عاشت مصر الفرعونية معظم فترات تاريخها يحكمها فرعون ينظر إليها على انه سليل الآلهة امتد سلطانه وجبروته ليشمل البلاد طولها وعرضها، وعلى الرغم من الحياة القاسية وتحكم الطبقة الحاكمة وسوء الحياة والقسوة التي يواجهها الفلاحون القدماء، إلا أن هناك بعض أوجه الرعاية الاجتماعية التي كانت تقدم عي مجالات متعددة منها:

أ ـ رعاية الجنود: كانت الدولة تعطي اهتماما كبيرا للجنود وتقدم لهم الكثير من أوجه الرعاية، فكانت تمدهم بالأرض وتملكها لهم بشرط أن يكون مالك الأرض مستعدا لأداء واجبه العسكري في أي وقت دفاعا عن الوطن، أما إذا عجز يؤدي ابنه واجبه، وإذا لم يوجد الابن ترد الأرض مرة أخرى إلى الدولة.

[1]- اندوز، المرجع السابق،ص 946.

[2]- عبد المحي محمود صالح، المرجع السابق، ص 55.

ب ـ رعاية الأسرة: كان المصريين القدماء يخدمون الأسرة ويعملون على تدعيمها وتماسكها وتقوية الروابط بين أفرادها، فكان الاحترام السائد لكل من رب الأسرة وكذلك الأم، وكانت المرأة تتمتع بمكانة ممتازة في المجتمع وكان لها الحق في ممارسة نواحي النشاط المختلفة من تجارة وزراعة بجانب رعايتها للأسرة.

ج ـ رعاية الصحية: كانت النظافة والاهتمام بالصحة من مظاهر مصر الفرعونية، فقد شرعت بعض القواعد الصحية العمة منها: تحريم تناول بعض الأطعمة مثل (البجع، والخنزير والصوم لفترة معينة) وكانت الدولة توفر أماكن لعلاج الشعب أشبه بالمستشفيات، وكان يتم في المعابد ، كما كانت الدولة توفر أماكن لعزل المرضى بأمراض معدية، أما ذوي الأمراض العقلية فكانت تعزلهم في المعابد بعيدا عن المجتمع ويمدوهم الغذاء والإمكانات المريحة وطلك حتى تقضي الآلهة في أمرهم.[1]

ثانيا: عند الإغريق: كما كانت تتمثل الرعاية الاجتماعية عند الإغريق رغم الظروف القاسية الذي كان يعانى منها الشعب الإغريقي من قانون الديون في الآتي:

1 – مظاهر الإحسان والمساعدات وبخاصة في حالات الكوارث.

2– التعليم: كانت الدولة تهتم بتعليم الأيتام (أيتام الحرب).

3– رعاية الأسرة والطفولة: كانت تهتم بتربية الأطفال وعملت نظام لتربية الأطفال منذ الولادة إلي أن يصبحوا جنودا.

4– رعاية الجنود وأسرهم وكانوا يتمتعون بكافة الرعاية والاحترام.

5– رعاية المسنين: كانوا يقدمون الرعاية لهم في مختلف أنواعها، مثل توفير الأكل والملبس للفئات المحتاجة والفقيرة.

6– القضاء: كان النبلاء يحكمون فى القضايا التي تعرض عليهم وفقا لمجموعة من الأحكام يتناقلونها شفاهة.[2]

[1]– علي ماهر أبو المعاطي، **مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية**(سلسلة مجلات وطرق الخدمة الاجتماعية، ط 2، دار الزهراء للطباعة والنشر، 2005، ص 25.

[2]– عبد المحي محمود صالح، المرجع السابق، ص ص، 60، 61.

ثالثا/ عند الرومان: رغم معانات المجتمع الروماني من التفرقة بين الأشراف الذي يسكنون التلال وبين العامة، وهم إتباع ملحقون بالأشراف لاحقون لهم إلا إنه هناك مظاهر واضحة للرعاية الاجتماعية في تلك الفترة الزمنية والتي تتمثل في الآتي :

1- خدمات الإحسان والمساعدات: كان مجلس الشيوخ يقدم معونات لإغاثة الشعب وذلك بتعين مندوباً للأسواق ليشتري كميات ضخمة من الحبوب يبيعها للناس بأثمان زهيدة.

2- المؤسسات الخيرية: شجع الرومان أعمال البر وأنشأوا المؤسسات الخيرية لرعاية الأحياء وإسعافهم بالغذاء والكساء وتوفير الثقافة والتعليم.

3- خدمات تشريعية: عمل الرومان على تدوين القانون حتى لا تصدر الأحكام على الهوى وبه ردت الحقوق للمواطنين، ومنعت التفرقة في الزواج بين العامة والأشراف، ومنح العبيد الحق في التظلم من معاملة الأسياد.

4- رعاية أسر المحاربين: كانت الدولة الرومانية تتولى رعاية اسر المحاربين الذين يقتلون فى الحرب أو يصابون بأي تشوهات أثناء المعارك لعجزهم عن العمل.

وهكذا يتضح لنا أن ملامح الرعاية الاجتماعية قد بدأت تظهر منذ عصور سحيقة على الرغم ما قد يوجه إليها من انتقادات من حيث نوعها والنظم التي تحكمها، فأنها تعبر عن وجود أشكال من الرعاية الاجتماعية شكلت الأساس التاريخ لما ظهر من ألوان الرعاية الاجتماعية في فترات لاحقة، وعبرت بوضوح عن حاجة المجتمع الإنساني إلى مثل هذه البرامج، لتعزيز الاستقرار والسلام الاجتماعي في المجتمع للحد من مظاهر التوتر التي يمكن أن يخلفها غياب مثل هذه البرامج، وإحساس أولئك المستهدفين بهذه النشاطات بواقع الظلم والإحباط والمهانة الذي قد يؤدي إلى خلق المزيد من بؤر التوتر في المجتمع.[1]

[1]- عبد المحي محمود صالح، المرجع السابق، ص 63.

ب / الرعاية الاجتماعية في الأديان السماوية:

أولا: اليهودية والرعاية الاجتماعية: تعتبر الشريعة الموسوية من أقدم الشرائع السماوية التي عرفت اليهود مبادئ العدل والمساواة بفضل وصايا موسى العشر، وبفضل التعاليم الدينية التي تحدد واجباتهم نحو الله والناس، عرف اليهود الإحسان الحقيقي فكانوا يتصدقون يومياً بالطعام وفى كل يوم جمعة كان رب العائلة يتنازل عن عُشر محصوله للرهبان والأغراب واليتامى والأرامل وللفقراء، واهتمت الشريعة الموسوية بتنظيم العدالة الاجتماعية واعتبرت ذلك جزءاً من العمل المقدس، وتضمنت الشريعة الموسوية العديد من ألوان الرعاية الاجتماعية التي قامت على ثلاث دعائم قوية، وهى الحق والعدل والمساواة.

وتتمثل أوجه الرعاية الاجتماعية في الديانة اليهودية في رعاية الفقراء والمحتاجين، وتعتبر ذلك واجب الأغنياء نحو الفقراء والمحتاجين، ورعاية اليتامى والأرامل، حيث يقدمون عُشورهم للإنفاق على الفقراء والمساكين، وكانوا يمارسون نظام الشورى باعتبار أن سيدنا موسى عليه السلام لم ينفرد بحكم بني إسرائيل وحده وتوجيه سياستهم، بل عمل بنظام الشورى، واهتم اليهود بالتعاليم حيث أسس المدارس ووضعت أسس وقواعد للتعليم وكان المعلم يتمتع بمركز ممتاز بالإضافة إلى الرعاية العمالية والذي فيه ينظم العلاقة بين العامل وصاحب العمل.[1]

ثانيا:الرعاية الاجتماعية في الديانة المسيحية : جاءت الديانة المسيحية مكملة للديانة اليهودية واستمرار لها في اتجاهاتها نحو الإحسان، ورعاية المحتاجين وتنظيم علاقات الناس بعضهم ببعض، واهتمت المسيحية بالأيتام والأرامل واعترفت بنظم اجتماعية كالتبني لليتامى والمساكين وإنشاء بيوت المحبة "الملاجئ " ورعاية الغرباء، وقد اهتمت الديانة المسيحية بالتعليم كوسيلة لنشر الدين، ورعاية المرضى والمعوقين بنظام القضاء بالصدقات، وكانت الأديرة المسيحية هي المؤسسات التي يقدم عن طريقها تلك الألوان المختلفة من ألوان الرعاية الاجتماعية، بالإضافة إلى نشاط الجماعات الدينية المختلفة التي تقوم بمساعدة الفقراء والمحتاجين بصورة مساعدات مالية، أو تقديم الطعام والملبس والمأوى للمحتاجين.[2]

---

[1]– عجوبة مختار ابراهيم، **الرعاية الاجتماعية واثرها على مداخل الخدمة الاجتماعيةالمعاصرة**، ط 1، دار العلوم للطباعة والنشر، 1990،ص 35.

[2]– علي ماهر ابو المعاطي، المرجع السابق، ص 42.

ثالثا:الرعاية الاجتماعية في الإسلام[1]: لقد كانت الديانة الإسلامية خاتمة المطاف في خط التطور الذي جاءت به الديانات السماوية للنظم والعلاقات الاجتماعية بين الناس، ولقد نجح الإسلام في إنشاء مجتمع إنساني متوازن متناسق، وفى خلق روح اجتماعية فياضة بالخير تهدف إلى مساعدة المحتاجين عن طريق الإحسان الفردي أو الزكاة، ومسئولية الأقارب عن إعالة ذوى قرباهم، ونظام الوقف الذي يقرر معاشات ثابتة للمحتاجين، فالرعاية الاجتماعية في الإسلام إذن تقوم على أساس تلقائي منظم، وفيما يلي عرض لأهم مظاهر الرعاية الاجتماعية في الإسلام :

أ_ التعايش السلمي: يهدف الإسلام إلى توفير الطمأنينة النفسية للمجتمع العالمي عن طريق إزالة أسباب الشقاق والتنازع بين المجتمعات والشعوب وتكاتفها، لدعم السلام بينها، كما شرع الله الحج لمن استطاع إليه سبيلا من وسائل التعايش السلمي بين الأمم والشعوب الإسلامية، كما قال سبحانه وتعالى: (وَأَذِن فِي الْنَاسِ بِالْحَجِ يَاتُوكَ رِجَالاً وعَلَى كُلِّ ضَامِرٍ يَاتِينَ مِنْ كُلِّ فَجٍّ عَمِيقٍ لِيَشْهَدُواْ مَنَافِعَ لَهُمْ وَيَذْكُرُواْ اسْمَ اللهِ فِي أَيَّامٍ مَّعْلُومَاتٍ عَلَى مَا رَزَقْنَاهُمْ مِنَ بَهِيمَةِ الأَنْعَمِ فَكُلُواْ مِنْهَا وَأَطْعِمُواْ الْبَائِسَ اَلْفَقِيرَ)"سورة الحج الآيتان 25-26 .

ب_ نظام الحكم في الشريعة الإسلامية : جاء الإسلام بمبدأ الشورى الذي يقصد به العرف على حاجات الشعب ومواجهتها وصياغة ما يراه الأفراد من أمور دينهم ودنياهم في القالب الذي يلائم الحياة الاجتماعية .

ج_ النفقة في الإسلام لتحقيق التكافل الاجتماعي: وهى تنقسم إلى عدة أنواع والمتمثلة في الآتي:

1- نفقة الحضانة: أي دفع النفقة لمن تحتضن طفلاً لرب الأسرة وجعل مسؤولية نفقة على كاهل والده .

2- نفقة الصغار: وهى تستحق على والدهم إذا كان قادراً ولا تستحق على والدتهم ولو كانت من الأثرياء .

3- نفقة الوالدين والأقارب : وهى النفقة التي يستحقها الوالدان أو الأقارب عند عجزهم عن العمل لكبرهما , فقال تعالى :"وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً إما يبلغن عند الكبر أحدهما

[1]- عبد المحي محمود صالح، المرجع السابق، ص ص 77، 78.

أو كلاهما فلا تقل لهما أفٍ ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً وأخفضْ لَهُمَا جَنَاح الْذُّلِ مِن الرَّحمَة وَقُّل ربِ اِرحَمْهُما كَما رَّبَيانِي صَغِيراً". سورة الإسراء الآية 23-24 .

4 – رعاية الأيتام : لقد حفظ القران الكريم حقوق الأيتام , ووضع شروطاً لرعايتهم, والمحافظة على أموالهم , وحدد مواقيت تسليمها إليهم، والطريق الذي يحافظ عليها، حيث قال الله تعالى في ذلك : " وَلَا تَقْرَبُواْ مَالَ اليَتِيمِ إِلاَّ بِالتِي هِيَ أَحْسَنْ حَتَّى يَبْلُغَ أَشُّدَهُ وَأُوفُّوا اَلْكَيْلَ وَالْمِيزَانْ بِالْقِسْطِ لاَ تُكَلِفُ نَفْساً إِلاَ وِسْعَهَا وَإِذَا قُلْتُمْ فَاعْدِلُوا وَلَو كَانَ ذَّا قُرْبَى وَبِعهدِ الله أُوفُوا ذَلِكم وَصَاكُمْ بِه لَعَلَّكُم تَذْكُرُونْ ". سورة الأنعام الآية 153.

5- الإحسان: وهو جزء من العبادات، ومن أركان الإسلام يتمثل في الزكاة وهي واجبة الأداء، وفى الصدقات وهى اختيارية يؤديها الإنسان، ليطهر نفسه ويكفر عن ذنوبه قال تعالى: " خُذْ مِن أَمْوالهم صَدَقَة تُطَهرْهُم وَتُزَكِيهمْ " سورة الأنعام الآيه 153.

6- التعليم: كان المسجد في الإسلام هو المؤسسة الاجتماعية والثقافية والدينية، ولقد كرم الله تعالى العلماء وألزم من يحفظ في صدره علما بأن يعلم غيره، وكان الأسرى في الحروب الإسلامية يقومون بتعليم المسلمين مقابل تسريحهم والإفراج عنهم، كما عنى الدين الإسلامي بفتح المدارس وتعليم الفقراء والأيتام وعنى بالمكتبات.

7- الرعاية الطبية: وتشمل توفير العلاج ونفقات الأغذية والأغطية والأثاث وما يلزم المريض وأسرته خلال فترة المرض مع التكفل بكل المستلزمات، وإذا توفي المريض يرعى أسرته من قبل بيت المال.

8- الوقف الخيري: وهو حبس جزء من الملك عن التصرف فيه بالبيع أو الهبة أو الوراثة ويستغل الإيراد على الصرف في أحد أوجه البر والخير، كالإنفاق على الفقراء والمساكين والشيوخ والعجزة أو الأيتام أو الأرامل وعلى المستشفيات أو المدارس التي تحفظ القرآن وتعلم النشئ.[1]

9- الأمومة والطفولة: لقد حرم الإسلام الإجهاض وخص الأم بحضانة الطفل، وعلى الوالد أن يتكفل بحضانة أبنه مالياً في غير منزله في حالة طلاق أمة.

[1]- عجوبة مختار ابراهيم، المرجع السابق، ص ص، 78، 80.

وقد سارت الدولة الإسلامية بعد وفاة النبي صلى الله عليه وسلم على النهج الذي وضعه , فقد استمر أبو بكر الصديق فى تنفيذ التكافل الاجتماعي وفى عهد أبي بكر شملت الرعاية الاجتماعية أهل البلاد المفتوحة من غير المسلمين، فقد نصت معاهدة الصلح مع أهل الخير المسيحيين على أن بعض المسنين والمرضى والفقراء من دفع الجزية بل وأنفق عليهم وعلى أولادهم من بيت مال المسلمين، وقد أنشأ عمر الخطاب الدواوين المقيدة بها أسماء المشمولين بقوانين التكافل الاجتماعي، كما توسع في تطبيق نظام التكافل الاجتماعي على غير المسلمين.

وهكذا نلاحظ من عرضنا لمظاهر الرعاية الاجتماعية في الديانات السماوية كيف كانت جميع هذه الديانات تحمل في جوهرها ثورات إنسانية، تهدف إلى تنظيم العلاقات الإنسانية، كما تعمل على تغيير الأوضاع السيئة التي كان يعاني منها البشر، ويربط الرعاية الاجتماعية بالديانات السماوية جعلها مسؤولية اجتماعية لا يمكن التهرب منها، بل وأعطى لها القوة والمسؤولية لكي تصبح حقا من حقوق البشر في المطالبة بها باعتبارها جزء من الإيمان والامتناع عن تلبية هذا الحق يعنى الكفر والعصيان.[1]

2-2 مفهوم الرعاية الاجتماعية:

حددت الجمعية القومية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين NASW الرعاية بأنها مجموعة الأنشطة المنظمة التي تمارسها هيئات حكومية وأهلية تطوعية تسعى من أجل توفير الحماية والوقاية والحد من آثار المشكلات الاجتماعية والعمل على علاجها، بإيجاد الحلول المناسبة لها، كما تهتم بتحسين مستوى معيشة الأفراد والجماعات والأسر والمجتمعات، وتستند هذه الأنشطة على جهود المتخصصين المهنيين كالأخصائيين الاجتماعيين والمحللين النفسيين والمعالجين والأطباء والممرضات والمحامين والمدرسين.....الخ.[2]

أما في ظل الفكر الاشتراكي فالرعاية ليست مجرد نظام يسعى الى تحقيق علاج المشكلات أو الحد منها أو مجرد إعادة توزيع الثروة والدخل أو أي صورة من الصور التي عرفتها وتمارسها الدولة في المجتمع الرأسمالي ولكنها في ظل الفكر الاشتراكي هي مهمة المجتمع أو بمعنى آخر، يكون الإنتاج موجها بالدرجة الأولى نحو إشباع حاجات الاستهلاك ويتمثل في هذا الهدف الغرض الأساسي

[1]- عجوبة مختار ابراهيم، المرجع السابق، ص 81.

[2]- عبد المحي مجمود صالح، المرجع السابق، ص ص 18، 19.

من الإنتاج الاجتماعي، وبمعنى آخر أن النشاط الإنتاجي وعلاقات الإنتاج في المجتمع الاشتراكي يوجه أساسا لتحقيق هدف محوري هو توفير حاجات السكان.

ولقد عرفت هيئة الأمم المتحدة الرعاية الاجتماعية بأنها نسق منظم للخدمات الاجتماعية والمؤسسات ينشا لمسعدة الأفراد والجماعات لتحقيق مستويات الملائمة للمعيشة الصحة، وتستهدف العلاقات الشخصية والاجتماعية التي تسمح للأفراد بتنمية أقصى قدراتهم وتحقيق تقدمهم حتى يتوافقوا مع حاجات المجتمع ويتضح من هذا التعريف الحقائق الآتية:

- أن خدمات الرعاية الاجتماعية تعتمد على التخطيط العلمي.
- تهدف الرعاية الاجتماعية إلى تحقيق مستوى أفضل لمعيشة الأفراد والجماعات والمجتمعات.
- تساعد برامج الرعاية الاجتماعية على توفير الفرص لتنمية قدرات الفرد وإمكانياته.[1]

كما قدم كل من هارولد ولينسكي وتشارلز ليبو"Harold Wilensk–Charles N.L" تعريفا للرعاية الاجتماعية باعتبارها كل "الأجهزة والتنظيمات والبرامج ذات التنظيم الرسمي التي تهدف إلى تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية لجميع أفراد المجتمع أو جزء منهم" ومن خلال التطورات التي مرت بها الرعاية الاجتماعية يمكن أن نميز بين مفهومين أساسيين هما:

أ ـ الرعاية الاجتماعية كوظيفة مؤقتة: وهنا يتدخل المجتمع من خلال بعض جهود الحكومية أو الأهلية لمساعدة المحتاجين بتوفير الحد الأدنى اللازم لمعيشتها ومن ثم تقتصر الرعاية الاجتماعية في هذه الحالة على بعض الفئات المحتاجة من المجتمع كالفقراء والعجزة والمسنين وغيرهم ممن لا يستطيعون كسب العيش والاعتماد على أنفسهم في توفير ما يلزمها والواقع أن بعض البرامج التقليدية في الرعاية الاجتماعية متأثرة بهذا الاتجاه مثل الملاجئ والإصلاحيات وبرامج المساعدات المادية.[2]

ب ـ الرعاية الاجتماعية كوظيفة دائمة أو إنمائية: هذا الفهم للرعاية الاجتماعية يتجاوز حدود مساعدة المحتاجين ليؤكد حقيقة أن كل المواطنين في المجتمع الصناعي الحديث يحتاجون إلى خدمات اجتماعية مختلفة لتنمية قدراتهم على أداء أدوارهم الإنتاجية والوصول إلى مستوى معيشي مناسب.

[1]– عبد المحي محمود صالح، المرجع السابق، ص 19.

[2]– على ماهر ابو المعاطي، المرجع السابق، ص 17.

2-3 أهداف الرعاية الاجتماعية:

تشمل الرعاية الاجتماعية على الأنشطة والبرامج الحكومية والأهلية المنظمة والتي تسعى إلى الوقاية والتخفيف، وكذلك الإنشاء والتأهيل للمشاكل والقضايا الاجتماعية، أي أن الرعاية تسعى إلى تحسن حالة الفرد والجماعات والمجتمعات، ويقوم بتأدية الخدمات والبرامج مجموعة من المهنيين في التخصصات المختلفة، ويمكن تحديد الأهداف العامة للرعاية الاجتماعية في الصور الآتية:

أولا: خدمات نظم الرعاية الاجتماعية العلاجية Curative:

هذه المؤسسات تقدم خدمات عند ظهور الحاجة إليها ومن أمثلتها الرعاية الصحية المجانية في حالات المرض، ومثال آخر للخدمات التي تقع في المجال القانوني والدفاع الاجتماعي والأمن والانضباط مثل (خدمات الشرطة، نظام المراقبة للأحداث المنحرفين، محاكم الأحداث، مؤسسات الإيداع.....).

ومثال آخر للرعاية الاجتماعية الخدمات التي تقدم للأسر كالمساعدات الخاصة بالأطفال المحرومين من الحب والرعاية الأسرية البديلة، والكوارث المتمثلة في الحرائق والفيضانات.....الخ.

ثانيا: خدمات نظم الرعاية الاجتماعية الوقائية Préventive:

هذه المؤسسات تسعى إلى منع المشاكل قبل حدوثها ومن بينها الخدمات الصحية والطب الوقائي وخدمات رعاية الأم والطفل وكذلك خدمات التأمينات الاجتماعية الصحية، وتقديم هذه الخدمات يؤدي إلى الوقاية من الانحرافات والتدهور الصحي وهذه الفئات تشمل الأطفال والأمهات والأرامل والشباب المقبل على الزواج، ومن أمثلة الخدمات الوقائية التعليم الأساسي الذي يتضمن الخدمات التعليمية للأطفال في المراحل المبكرة، هذا التعليم يضمن للتلاميذ زيادة الوعي في المراحل التعليمية اللاحقة، كذلك برامج رعاية الشباب من الجوانب الصحية والاجتماعية والثقافية وكذلك فرص العمل، بجانب البرامج الرياضية والمعسكرات وغيرها من البرامج.[1]

[1]- عبد المحي محمود صالح، المرجع السابق، ص ص 28، 29.

ثالثا: خدمات نظم الرعاية الاجتماعية التأهيلية Rehabiliative:

وهي تلك الخدمات التي تساعد من لديهم مشكلات وتساعدهم للتغلب عليها ومحاولة تجنبها في المستقبل، ومن أمثلة ذلك الاستشارات الزوجية لمن يمرون بمشاكل عائلية بحيث يمكن مساعدتهم للتكيف في مثل هذه المواقف وتنمية المواهب والقدرات والمهارات لديهم لإمكانية تجنب مواقف مماثلة في المستقبل، ومن الأمثلة الأخرى لهذا النوع من الرعاية نجده في المجال الخدمات العمالية للمتعطلين عن العمل وتشمل البرامج العاطلين وتدريبهم على المهارات تجنبهم التعطل في المستقبل، كما تشمل الرعاية التأهيلية المتخلفون عقليا وفكريا وكذلك المعوقين جسميا.

2-4 خصائص الرعاية الاجتماعية[1]:

توجد مجموعة من السمات والخصائص تتسم بها برامج الرعاية الاجتماعية المنظمة بالرغم من عدم ثبوتها بل هي تتغير وفقا لظروف المجتمع، ولكن هذه السمات تعبر عن مجموعة من المعايير تمثل أنواع الرعاية الرسمية:

أولا: التنظيم الرسمي (المنظم):

التنظيم الرسمي ويقصد به " أن البرامج الرعاية الاجتماعية تعتبر جهودا منظمة تنظيما رسميا، ويتم تقديم هذه البرامج من خلال منظمات وهيئات ومؤسسات ينشاها المجتمع كاستجابة لإشباع احتياجاته المختلفة وكل منظمة من هذه المنظمات لها بناء رسمي سواء من الناحية الإدارية كالقواعد التي تنظم طبيعة العلاقة بين من يحصل على الخدمة وبين من يقدم هذه الخدمة أو تحديد للوظائف والأدوار، وتتعدد المؤسسات وفقا لنوع البرامج المقدمة، وهذه المؤسسات هي التي تتحمل عبء تقديم الرعاية بصورة منظمة وعملها الأساسي هو ميدان الرعاية الاجتماعية.

[1]- علي ماهر ابو المعاطي، المرجع السابق، ص ص، 88، 91.

ثانيا:المسؤولية المجتمعية (الحماية الاجتماعية):

ويقصد بذلك أن الرعاية الاجتماعية في العصر الحديث تعتبر من مسؤوليات المجتمع، ويعني هذا أن جميع المسؤوليات والأجهزة حكومية أو أهلية مسئولان عن إشباع احتياجات الأفراد بصورة ملائمة هذه

الخدمات التي تقدمها أجهزة الرعاية الاجتماعية تمثل نوع من الحماية الاجتماعية التي يقدمها المجتمع لأعضائه، ومن ثم فهي مسؤولية المجتمع لتوفيرها ولذلك لابد وان يكون هناك اتفاق وتعاون بين هذه المؤسسات.[1]

ثالثا: البعد عن الربح:

تعتبر خدمات الرعاية الاجتماعية من أنواع الحقوق التي يحصل عليها المواطنين بدون مقابل سواء قدمت هذه الخدمات من المؤسسات أهلية أو مؤسسات حكومية، لذا يجب أن يستبعد كل دوافع الربح المادي وتعتبر الأنشطة التي يدفع فيها الفرد مقابل مادي خارجة عن إطار مفهوم الرعاية الاجتماعية، وكذلك السلع التي يشتريها الإنسان بمقابل مادي تخرج عن مفهوم الرعاية اللاحقة.

رابعا: الشمول والتكامل:

ويعني أن البرامج الرعاية الاجتماعية لابد أن تكون متكاملة في نظرتها للإنسان فلا تشبع بعض الاحتياجات وتترك الأخرى، لأن ذلك يعتبر قصورا في برامج الرعاية الاجتماعية ويترتب عليها الكثير من المشكلات، كما يعني الشمول والتكامل أيضا ألا تكون برامج الرعاية الاجتماعية قاصرة على فئة دون أخرى أو مجتمع آخر، فالرعاية الأطفال يجب أن تتلازم مع رعاية الأسرة وهكذا.

خامسا: الاهتمام بالحاجات الإنسانية:

تهدف البرامج الرعاية الاجتماعية إلى تحقيق الأهداف للإنسان وذلك عن طريق إشباع احتياجاته، فعن طريق الخدمات المختلفة وتحسين الموارد وحماية الإنسان، فهي تصبح ذات تأثير مباشر على الإنسان، ويمكن تقسيم الخدمات الرعاية الاجتماعية إلى نوعين هما:

أ ـ الخدمات الضرورية : وهي التي تهتم أساسا بمطالب الإنسان والتي قد يكون لها تأثير غير مباشر على الفرد مثل (خدمات الدفاع، المياه الصالحة، الكهرباء، المرافق العامة....).

[1]– عبد المحي محمود صالح، المرجع السابق، ص ص، 29، 30.

ب ـ الخدمات ذات التأثير المباشر لمواجهة الأفراد والأسر مثل (المؤسسات التعليم، مؤسسات الضمان الاجتماعي.....).

أو بمعنى آخر أن النوع الأول يعني بالخدمات التي تعتبر عن اهتمامات عامة في المجتمع كله، وبذلك تصبح خدمات عامة، أما النوع الثاني ويتمثل في اهتمام فئة معينة ولذلك يدخل في إطار برامج الرعاية الاجتماعية.

3- الأسرة:

تعريف الأسرة: تعرفها سناء الخولي " أنها تتكون من مجموعها على شخصين بالغين هما الذكر والأنثى اللذان يعرفان أنهما الأبوين البيولوجيان للأطفال إلا أنهما يقومان بالالتزامات الاقتصادية اتجاه الوحدة الأسرية وكذلك الضغوط الاجتماعية التي تفرض طاعة هذه القواعد وهذه المعايير للأبناء والأزواج والآباء ، بطريقة سلوكية وتعامله وشعورهم في هذا النوع من الوحدة الاجتماعية " [1].

وعرفها " لندرج " بأنها النظام الأول ومن أهم وظائفها إنجاب أطفال للمحافظة على النوع الإنساني كما أن النظم الأخرى تمتد أصولها في الحياة الأسرية أي أنماط السلوك الاجتماعي والاقتصادي والضبط الاجتماعي والترفيه والتربية تنمو أولا في الأسرة.

أما "مصطفى الخشاب " فيعرفها بأنها الجماعة الإنسانية التنظيمية المكلفة بالواجب والاستقرار وتطور المجتمع [2].

كذلك عرفها " ميفروبيرغ " بأنها جماعة دائمة مرتبطة عن طريق علاقة جنسية بصورة تمكن من إنجاب الأطفال ورعايتهم ، وقد تكون الأسرة علاقة أخرى ولكنها تقوم على معيشة الزوجين معا ، وهما يكونان مع أطفالهما وحدة متميزة [3].

---

[1]- سناء الخولي ، **الأسرة والحياة العائلية** ، ب ط، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت ، 1984، ص 39 .

[2]- جابر عوض السيد ، **الاتجاهات المعاصرة في دراسة الاسرة والطفولة** ، ب ط، المكتبة الجامعية ، الاسكندرية ، 2000 ، ص 8 .

[3]- محمود حسن ، **مقدمة في الخدمة الاجتماعية** ، ط 2 ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، الاسكندرية ،2001، ص 251 .

أما " عبد المنعم شوقي " فيعرفها بانها نسق اجتماعي يقوم على معيشة رجل و امرأة أو أكثر معا في مكان مشترك – قيام علاقات جنسية يقرها الدين والمجتمع وإنجاب الأطفال ورعايتهم وتربطهم علاقات متينة تتم بالخصوصية والاستمرار [1].

3-1 أشكال الأسرة :

3-1-1 الاسرة الممتدة:

هي الأسرة التي تتكون من عدة اسر زواجية تنظم في أسرة واحدة تربط بين أفرادها رابطة الدم ، وتضم الزوج والزوجة وابنائها المتزوجين ، كما تضم الأعمام والاخوال والعمات والخالات والجد والجدة من ناحية الأم والأب ، ويعيش أفرادها تحت سقف واحد ومثل هذه الأسر موجودة في المجتمعات العربية .

كما انها تعرف على انها الجماعة التي تتكون من عدد الأسر المرتبطة ، سواء كان فيها النسب الى الرجل او المرأة ويعيشون تحت سقف واحد .

3-1-2 الاسرة النووية:

يعرفها " جابر عوض " و " خيري خليلي " في كتابهما " الاتجاهات المعاصرة في الأسرة والطفولة «: « عبارة عن جماعة تتكون من الزوجين وأبناءها غير المتزوجين ».

أما " طلعت ابراهيم لطفي في كتابة " مدخل الى علم الاجتماع " فيعرفها " بانها تتكون من الزوج والزوجة والأبناء وبتعبير آخر هي أسرة تتكون من الوالدين والأبناء الذين يعيشون معا بمفردهم في معيشة واحدة مستقلة " [2].

[1]– عبد القادر القصير ، **الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية**، ط 1 ، دار النهضة العربية ، مصر ، 1991 ، ص 33.

[2]– طلعت إبراهيم لطفي ، **مدخل الى علم الاجتماع** ، ب ط، دار غريب ، القاهرة ، (د . س) ، ص 178 .

3-2 وظائف الأسرة :

هناك الكثير من المجتمعات قائمة بالفعل دون أن يكون لها نسق رسمي للسوق أو نسق قانوني أو سياسي محدد إلا انه لا يوجد اي مجتمع في العالم ليس له بناءات أسرية محددة رسميا ، ففي كل مجتمعات العالم تحدد المكانة أو الوضع الاجتماعي للأطفال عن طريق انتمائهم إلى اسر معينة ، حيث يربون وينشئون ويخضعون للضبط الاجتماعي[1] .

ويرى كثير كمن المفكرين والفلاسفة الخياليين إن وظائف الأسرة يمكنان تتحول إلى هيئات أخرى إذ يرى هؤلاء أن الشباب يجب أن يتدربوا وفقا لمهاراتهم ومقدراتهم الشخصية وليس وفقا لانتماءاتهم العائلية ، كما يجب إلا يسمح للذكور أو الإناث بتكوين أسر مستقلة وإنما أن يعيشوا في مجتمع كميوني أو شيوعي ، ولا يقوم الآباء بتربية أطفالهم وإنما يتلقون هذه التربية عن طريق جهات متخصصة في المجتمع .

ونستطيع أن نقدم مثالا حيا على ذلك بالتجربة الروسية في هذا المجال فقد قامت الثورة 1917 في ظل مناخ فكري في ظل مناخ فكري حمل اتجاهات مضادة لأنماط العلاقات الأسرية القائمة أدى الى وجود مبررات قوية لتغيرها ، فالأسرة كانت في رأي قادة الثورة ، وراء دافع الملكية الخاصة ، ولهذا تعرضت الأسرة الروسية بنمطها الممتد لمحنة فريدة في نوعها في تاريخ الثقافات البشرية الحديثة نتيجة للتقلبات التي حدثت خلال التجارب الثورية وخاصة عندما شرع في إعادة تنظيمها لتتوافق مع المجتمع الذي يتغير بناؤه ووظائف الأسرة ، فقد توقفت الحكومة عن السير في هذا الطريق إلى نهاية المطاف، وبدأت تقدم للمزارعين المسكن الخاص وتمليكهم حديقة البيت وحظيرته وإتاحة الفرصة أمام الأسرة لتأدية وظائفها مع البقاء على مصادر الإنتاج والأنشطة في المزارع الجماعية وبذلك يتحقق التوازن بين الوظائف الخاصة للأسرة وبين الملكية الجماعية.

ومع ذلك يوجه النقد الآن للأسرة الحضرية المعاصرة لفقدها كثيرا من وظائفها التقليدية التي كانت تقوم بها في الماضي ، وبتتبع التاريخ المكتوب نجد أن الأسرة في العصور السابقة كانت هي النظام الاجتماعي الرئيسي ، وقد صاحب التغيرات التي تعرضت لها المجتمعات مثل : زيادة التخصص

[1]- سناء حسنين الخولي ، **الأسرة والحياة العائلية** ، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ،عمان ، 2011 – 1432 هـ ، ص 65 – 71 .

وتعقد المجتمع الحديث ، تغيرات في الوظائف التي كانت الأسرة تقوم بها من قبل ، الأمر الذي أدى إلى انتقال عدد كبير منها إلى مؤسسات أو تنظيمات خارج نطاق الأسرة .

وقد أكد ويليام أجبرن" William Orburn" أن مأساة الأسرة الحديثة تكمن في فقدانها لأغلب الوظائف التي كانت تقوم بها وهي :

1- الوظيفة الاقتصادية: حيث كانت الأسرة في الماضي وحدة اقتصادية مكتفية ذاتيا لأنها تقوم باستهلاك ما تنتجه وبالتالي لم تكن هناك حاجة للبنوك أو المصانع أو المتاجر.
2- وظيفة منح المكانة: كان أعضاء الأسرة يستمدون مكانتهم الاجتماعية من مكانة أسرهم في الوقت الذي كان اسم الأسرة يحظى بأهمية وقيمة كبرى.
3- الوظيفة التعليمية: كانت الأسرة تقوم بتعليم أفرادها ولا يعني ذلك تعليم القراءة والكتابة وإنما يعني الحرفة أو الصناعة ، أو الزراعة والتربية البدنية ، والشؤون المنزلية .. الخ
4- وظيفة الحماية : كانت الأسرة أيضا مسؤولة عن حماية أعضائها ، فالأب لا يمنح لأسرته الحماية الجسمانية فقط وإنما يمنحهم أيضا الحماية الاقتصادية والنفسية وكذلك يفعل الأبناء لآبائهم عندما يتقدم بهم السن .
5- الوظيفة الدينية: مثل صلاة الشكر عند تناول الطعام، وصلوات الأسرة الجماعية، وقراءة الكتب المقدسة، وممارسة الطقس الدينية .
6- الوظائف الترفيهية: كانت الوظيفة الترفيهية محصورة أيضا في الأسرة أو بين عدة أسر وليس في مراكز خارجية مثل المدرسة، أو المجتمع المحلي، أو وسائل الترفيه المختلفة.

ونتيجة لفقدان الأسرة لهذه الوظائف فان اجبرن يرى أنها أصبحت مفككة والدليل على ذلك هو زيادة عدد الأسر المنهارة بسبب الطلاق ، وقد تعرضت آراء أجبرن لكثير من النقد حيث يرى بعض علماء الاجتماع أنه من الخطأ التأكيد على المحتوى التقليدي والشكل المعين للوظائف بدلا من النظر إلهيا باعتبارها وظائف تقلص أداؤها بالنسبة للأسرة ، وليس هناك شك في أن الأسرة فقدت بالفعل بعض وظائفها التقليدية ، إلا أن هذا الفقدان ينطوي على تغير في الشكل وليس المضمون ، ومثال على ذلك إن الأسرة في المجتمعات الصناعية المتقدمة لم تعد وحدة اقتصادية منتجة في المحل الأول ، ولكنها أصبحت وحدة اقتصادية مستهلكة .

إن النظرية البنائية الوظيفية التي قدمها " بارسونز " Parsins لم تفسر التغيرات الحديثة في أنماط الأسرة على أنها انهيار أو تفكك ، بل على العكس من ذلك تماما نجد ان " بارسونز " كان واضحا عندما أكد أن (عملية التمايز) تؤدي الى تزايد المؤسسات والهيئات والوحدات التي تقوم بوظائف محددة ، ومعنى هذا أن الوظائف التي كانت تقوم بها في الماضي وحدة واحدة (الأسرة) أصبحت تضطلع بها وحدات عديدة متخصصة ، بينما تقتصر الوحدة الأصلية على وظائف محدودة ، ويشير "بارسونز" الى ان التغيرات التي تحدث في الأسرة تنطوي على مكاسب كما تنطوي على خسائر ، والوحدة التي تفقد بعض أوكل وظائفها ، وتصبح أكثر حرية في تبني وظائف أخرى : " عندما تكون وظيفتان مستغرقتان في نفس البناء ثم يحدث أن يقوم بأدائها بناءان مختلفان ، فإنهما تؤديان بدقة وعناية أكثر وبدرجة أكبر من الحرية . وإذن فتحرر الأسرة من أعمال عديدة التي كانت تقوم بها في الماضي يجعلها قادرة على أداء الأعمال المتبقية بطريقة اكثر نجاحا كما تصبح في المركز يسمح لها بتلبية احتياجات العاطفية والشخصية لكل من البالغين والأطفال" ويؤكد بارسونز إن الأسرة أصبحت أكثر تخصصا عما كانت عليه من قبل ولكن هذا لا يعني إنها أصبحت أقل أهمية لأن المجتمع أصبح يعتمد عليها أكثر في آداء عديد من وظائفه المختلفة [1].

ويتحدث هوبارت hobart أهمية الوظائف الوسيطة للأسرة الأمريكية لوظائفها ويركز على توفير الصحبة والأمن العاطفي باعتبارهما الوظائف الأساسية والعامل الأهم وراء قيام أسرة اليوم[2].

وعموما تحدد المراجع العلمية وظائف الأسرة المعاصرة فيما يلي:

- ✓ إنجاب الصغار .
- ✓ المحافظة الجسدية لأعضاء الأسرة .
- ✓ منح المكانة الاجتماعية للأطفال والبالغين .
- ✓ التنشئة الاجتماعية.
- ✓ الضبط الاجتماعي.

[1] – T .parsons and bales **. the family K socialization and interaction process** .the free press 1955 .pp . 10 – 11 . –

[2] –charleshobart , commitment **, value conflict and the fature of the american family living** , 25 (novembre , 1963) pp . 405 – 412 .

✓ هذا بالإضافة إلى وظيفة جديدة لم يهتم بها التحليل السوسيولوجي من قبل وهي (الوظيفة العاطفية affection function) وتعني بها التفاعل العميق بين الزوجين وبين الآباء والأبناء في منزل مستقل مما يخلق وحدة أولية صغيرة تكون المصدر الرئيسي للإشباع العاطفي لجميع أعضاء الأسرة وقد أصبحت هذه الوظيفة من الملامح المميزة للأسرة الحضرية الحديثة ، بعكس الحال فيس الأسرة الممتدة في المجتمعات الزراعية ، حيث يتم التفاعل الأولي بين حلقة كبيرة من الأقارب الذين يعيشون متجاوزين .

✓ وقد ترتب على هذه الوظيفة الجديدة إن أصبحت الأسرة النواة تحمل عبئا ثقيلا لأنها أصبحت المصدر الوحيد الذي يستمد منه الأفراد الحب والعاطفة ولهذا لا يريد الأفراد البالغون الزواج فقط وإنما يريدون السعادة.

خلاصة الفصل:

ونستخلص من هذا الفصل من أن المكانة والرعاية الاجتماعية إحدى مصادر التغير الاجتماعي وتحسي المستوى المعيشي وغيرها فالأسرة تعتبر أول منظمة اجتماعية في الوجود تتولى رعاية أفرادها من الصغار والمسنين وتبذل جهودها للمرضى أو ذوي العاهات والأرامل وغيرها من مصنفات المجتمع.

تمهيد:

اذا كان الجانب النظري يتضمن النظريات العلمية والتراث المعرفي المكتوب الذي يحيط بمتغيرات الدراسة، ويبقى التصور الذهني لسلوك الانسان، هو عبارة عن جهود العلماء والمختصين، فإن الجانب الميداني من هذه الدراسة يعد ثمرة جهد الطالب ووسيلة للتدريب على بناء وتطبيق الاختبارات واختيار العينات وتحديد اطارها الزماني والمكاني، واختيار ما يتناسب من الادوات لجمع البيانات وأساليب تكميميها وطريقة تفسيرها وهذا ما سنوضحه في هذا الفصل.

1- مجالات الدراسة :

1-1 المجال المكاني

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

ومدينة الأغواط هي إحدى المدن الجزائرية، تبتعد عن العاصمة حوالي **400** كلم، تقع شمالاً على خط عرض **33.5** وعلى خط طول حوالي **3** شرقا، أما ارتفاعها عن سطح البحر يبلغ**750** م على السفوح الجنوبية للأطلس الصحراوي، تقدر مساحة مدينة الأغواط بـ**400** كيلو متر مربع حيث يسكنها حوالي **212696** نسمة ، وهذا اعتمادا على احصائيات سنة**2009**.

ولقد تم إقتناء العينة من العيادة المتعددة للخدمات الكائنة بحي الضلعة والتي كانت في مسماها القديم معهد باستور وتم فتحها من جديد وإضافة إليها مصلحتين جديدتين وهي قسم السكري وقسم للغدة الدرقية وتم فتحها في 2009/03/12 وجاء مسماها الجديد زاغز بلقاسم.

1-2 المجال البشري:

تمثل المجال البشري لهذه الدراسة في مجموعة من المرضى السكري من ذكور فقط وتتراوح اعمارهم مابين 30 ومافوق 75 سنة، وقد ضمت العينة الدراسة الى 50 مبحوث.

1-3 المجال الزمني:

انطلقت هذه الدراسة في توزيع إستمارة المقابلة في 2017/03/15 إلى غاية 2017/03/28 وذلك بغية الحصول على البيانات التي نحتاجها في دراستنا.

2- المنهج المستخدم:

المنهج مهما إختلف نوعه فهو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة ولقد كان المنهج الكمي والكيفي الأكثر لياقة لدراسة هذا الموضوع، ويعبر المنهج الوصفي عن جمع البيانات بنوعيها الكيفي والكمي حول الظاهرة محل الدراسة من أجل تحليلها وتفسيرها لاستخلاص النتائج لمعرفة طبيعتها وخصائصها وتحديد العلاقات بين عناصرها وبينها وبين الظواهر الأخرى والوصول إلى تعميمات[1].

[1]- عمار بوحوش، **دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية**، ب ط، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر،1985 ، ص 2.

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

3- أداة الدراسة:

لغرض التحقق الميداني الذي لا يتم إلى بالاتباع أداة معينة أو مجموعة من أدوات البيانات التي يستخدمها الباحث كوسيلة للكشف عن البيانات كمية أو كيفية عن طريقها يتم اختبار صحة الفروض أو خطئها حتى يصل إلى الإجابة عن الأسئلة التي طرحت في الإشكالية واستخدمنا أداتين هما:

أ- الاستمارة:

كأداة أساسية وتعرف بأنها:" نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف ويتم تنفيذها إما عن طريق المقابلة الشخصية أو أن ترسل إلى المبعوثين عن طريق البريد".[1]

واعتمدنا الاستمارة بالمقابلة نظرا لطبيعة الموضوع حيث يستلزم جمع المعلومات عن المصابين بالسكري وكذا معرفة المكانة الاجتماعية داخل اسرهم من خلال معرفة اتخاذ القرار والاستشارة وكذالك معرفة قدرة الاسرة اقتصاديا وكذلك الرعاية الاجتماعية من خلال معاملة الاسرة للمريض والاهتمام بالتغذية وكذلك بالرعاية الصحية وهذا بغاية الاجابة عن فرضيتي الدراسة.

واعتمدنا الاستمارة بالمقابلة مع المرضى بالسكري وهذا نظرا لهذه الفئة ولقد شملت الإستمارة 24 سؤال تمخضت في ثلاث محاور:

المحور الأول: يتعلق بالبيانات الشخصية.

المحور الثاني : يتعلق بالمكانة الإجتماعية.

المحور الثالث: يتعلق بالرعاية الطبية.

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

ب- الملاحظة:

تعرف بأنها من أهم الوسائل التي يستخدمها الباحثون في جمع المعلومات وذلك من خلال ملاحظة الظواهر وتفسيرها وايجاد ما بينها من علاقات، وهذا فهي وسيلة هامة تسهم اسهاما كبيرا في البحوث الوصفية والكشفية والتجريبية، وتكمن اهمية هذه الوسيلة في التعرف على سلوكيات المبحوثين و تصرفاتهم وما يطرأ عليهم، من ردود أفعال تجاه بعض الاسئلة وطريقة الاجابة عليها.[1]

4-العينة:

تعتبر هذه المرحلة أساسية في البحث العلمي، إذ لايتسنى للباحث دراسة جميع أفراد مجتمع البحث، لذا يتعين عليه اختيار عينة تمثيلية لإجراء الدراسة عليها، ويمكن تعريف العينة بأنها نموذجا يشمل جانبا أو جزءا من وحدات المجتمع الأصل المعني بالبحث، وتكون ممثلة له بحيث تحمل صفاته المشتركة، وهذا النموذج أو الجزء يغني الباحث عن دراسة كل وحدات ومفردات المجتمع الأصل خاصة في حالة صعوبة أو استحالة دراسة كل تلك الوحدات.[2]

إن كل بحث علمي يمر بمراحل مهمة في إنجازه، ومن بينها أسلوب اختيار العينة وذلك لما لها تأثير على مجريات البحث وصحة النتائج المتحصل عليها، وبما أننا بصدد دراسة المكانة الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة في مدينة الأغواط استخدمنا العينة القصدية الأكثر تلائماً للموضوع ويتم اللجوء إلى هذا الصنف من العينة عندما لا يتوفر للباحث أي اختيار لسحب عينة إلا القيام بالتحقق على العناصر التي تقع في يده.

---

[1] – فاطمة عوض صابر وميرفت علي خفاجة، **اسس ومبادئ البحث العلمي**، ط 1، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية، الاسكندرية،2002 .

[2]– عامر إبراهيم قنديجلي، **البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات**، ب ط ، دار اليازوري العلمية، الاردن، 1999، ص 13.

العينة القصدية:

وهي عينة غير إحتمالية تتصف بأن عناصر مجتمع الدراسة الأصلي فيها لا يعطي الفرصة نفسها بالظهور في العينة بناءا على ذلك لا يمكن تحديد نسبة إحتمال ظهور كل عنصر في العينة بشكل مسبق.[1]

ويتم في العينة القصدية إنتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ، ولكون تلك الخصائص هي من الأمور المهمة بالنسبة للدراسة،[2]وعليه فإن تحديد حجم العينة يتم وفق أهداف الباحث من الدراسة.

وهذا ما قمنا به بالتوجه إلى العيادة المتعددة الخدمات زاغز بلقاسم بحي الضلعة بالأغواط في 4 مرات من أجل الحصول على العدد المطلوب وهو 50 مريض بالداء السكري وكلهم ذكور.

[1] – عبيدات محمد وآخرون، **منهجية البحث العلمي والقواعد والمراحل والتطبيقات**، ط 2، دار وائل، عمان، 1999، ص 95.

[2] – عبيدات محمد وآخرون، المرجع السابق، ص 51.

خلاصة الفصل:

لقد تناولنا في هذا الفصل أهم الخطوات المنهجية التي تسير عليها الدراسة، حيث اخترنا المنهج الوصفي التحليلي كمنهج للبحث وذلك لكونه يتماشى وطبيعة الفرضيات، ونوعية العلاقة بين العناصر التي تحتويها الفرضيات، وبعد ذلك تم التعرف على نوع العينة المختارة لهذا البحث، حيث كانت العينة قصدية مناسبة لهذه الدراسة، وتم تحديد العيادة المتعددة الخدمات بحي الضلعة بولاية الأغواط لانتقاء العينة ومكان اجراء البحث.

تمهيد:

فيما سبق تطرقنا في الفصل السابق إلى الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية وتحديد المنهج المتبع وعينة تحديد الأدوات المستعملة لجمع البيانات ، وسنتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها ثم مناقشتها وتفسيرها.

1-/ عرض البيانات المتعلقة بالبيانات الشخصية:

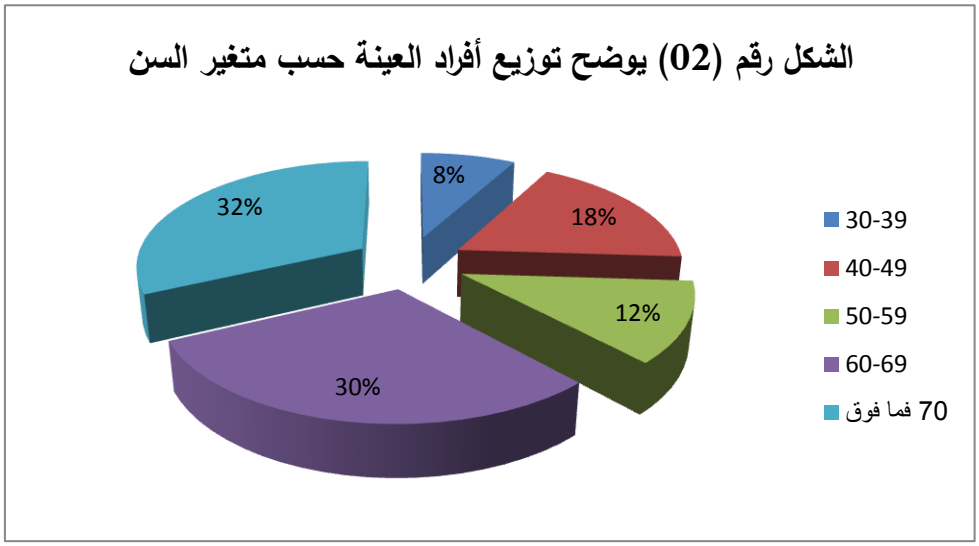
الجدول رقم (02) يبين توزيع المبحوثين حسب السن

السن	التكرار	%
30-39	4	8.0
40-49	9	18.0
50-59	6	12.0
60-69	15	30.0
70 +	16	32.0
المجموع	50	100

يوضح الجدول اعلاه توزيع المبحوثين حسب السن حيث لاحظنا ان اكبر نسبة 32.0 % سنهم يفوق 70 سنة في حين شكلت أقل نسبة 8.0 % من المرضى اللائي سنهم محصور بين (30-39) سنة.

- نستنتج من خلال العطيات السابقة أن اغلبية المرضى هم من الفئة التي سنهم فوق 70 سنة .

الشكل رقم (02) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن



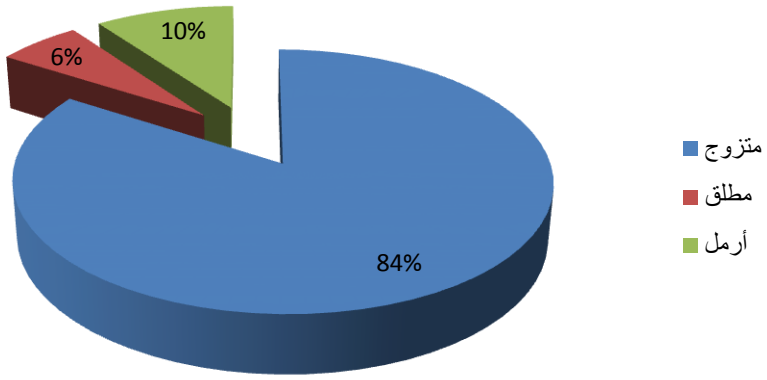
الجدول رقم(03) يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية

الحالة الإجتماعية	التكرار	%
متزوج	42	84.0
مطلق	3	6.0
أرمل	5	10.0
المجموع	50	100

يوضح لنا الجدول توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية فنلاحظ أن نسبة 84% تمثل الأفراد المتزوجون ثم تليها نسبة الأرامل والتي تقدر ب10% ثم تليها في الأخير نسبة 6% وهي للمطلقين.

ونستنتج أن المتزوجون هم الأكثر إصابة بهذا المرض بـ84%.

الشكل رقم (03) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الإجتماعية

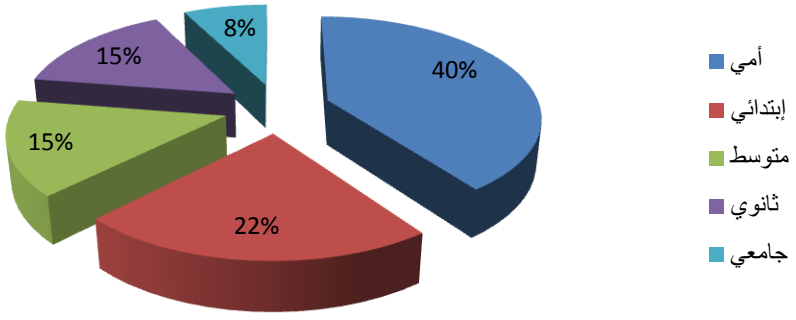


الجدول رقم (04) يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	%
امي	26	52.0
ابتدائي	9	18.0
متوسط	6	12.0
ثانوي	6	12.0
جامعي	3	6.0
المجموع	50	100

من خلال الجدول المبين والمتعلق بمتغير المستوى التعليمي نجد أكبر نسبة تمثلها أفراد العينة والذين لا يمتلكون أي مستوى أو(بدون مستوى) والتي تقدر بـ 52 % ثم تليها نسبة أفراد العينة ذوي مستوى إبتدائي والتي تقدر بـ 18% ثم تليها نسبة كل من أفراد العينة لكل من ذوي مستوى متوسط والثانوي والتي تقدر بـ 12 % وأخيرا تليها نسبة 6 % وهم أفراد ذوي مستوى جامعي.

الشكل رقم(04) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

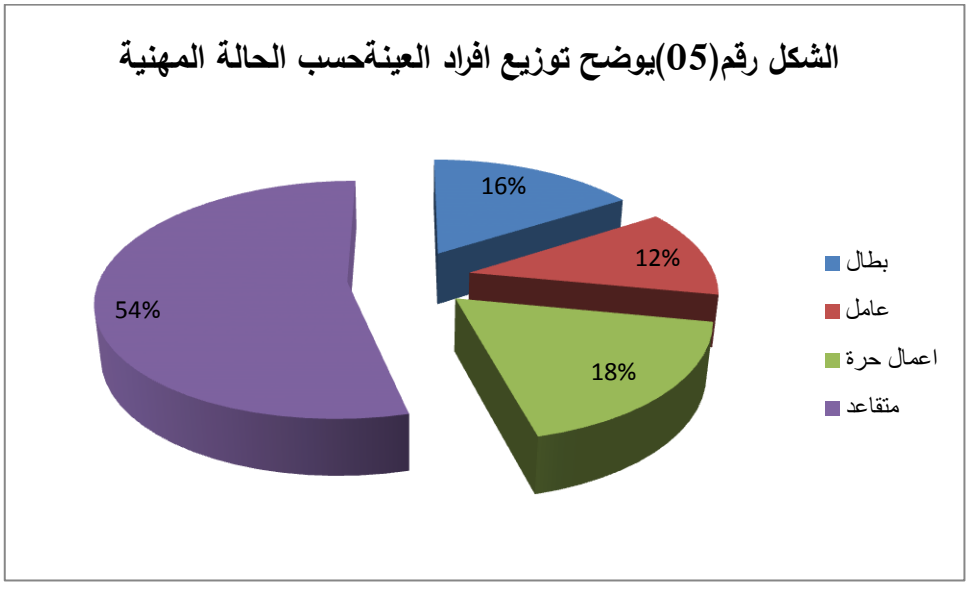


الجدول رقم(05) يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية

الحالة المهنية	التكرار	%
بطال	8	16.0
عامل	6	12.0
اعمال حرة	9	18.0
متقاعد	27	54.0
المجموع	50	100

من خلال الجدول الموضح أمامنا والذي يمثل الحالة المهنية لأفراد العينة حيث نلاحظ أن أفراد العينة المتقاعدون هم أكبر نسبة والتي تقدر بـ 54 % ثم تليها نسبة أفراد العينة الذين يزاولون أعمال حرة والتي تقدر بـ 18 % وفي الأخير تليها نسبة 12% لكل من العاملين، في حين سجلت فئة البطالين نسبة مقدرة بـ16%.

الشكل رقم(05)يوضح توزيع افراد العينةحسب الحالة المهنية

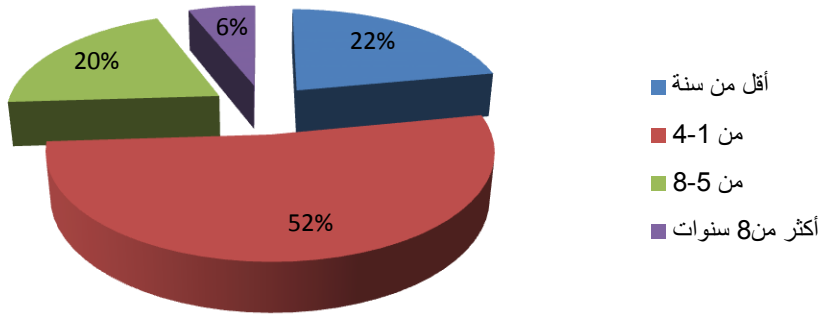


الجدول رقم(06) توزيع أفراد العينة حسب تاريخ الإصابة بالمرض

تاريخ الاصابة بالمرض	التكرار	%
اقل من سنة	11	22.0
من 1-4	26	52.0
من 5-8	10	20.0
اكثر من 8 سنوات	3	6.0
المجموع	50	100

من خلال الجدول المبين أعلاه والمتعلق بتوزيع تاريخ الإصابة بالمرض حسب أفراد العينة وجدنا أن نسبة 52 % مثلت المبحوثين أصيبوا بالمرض من (1-4) سنوات ثم تليها نسبة الأفراد العينة الذين تاريخ اصابتهم أقل من سنة والتي تقدر بـ 22 % ثم تليها نسبة 20 % للمبحوثين الذين تاريخ إصابتهم بالمرض من (5-8) سنوات وفي الأخير تليها نسبة 6 % للمبحوثين الذين تاريخ إصابتهم بالمرض أكثر 8 سنوات.

الشكل رقم (06) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير تاريخ الإصابة بالمرض

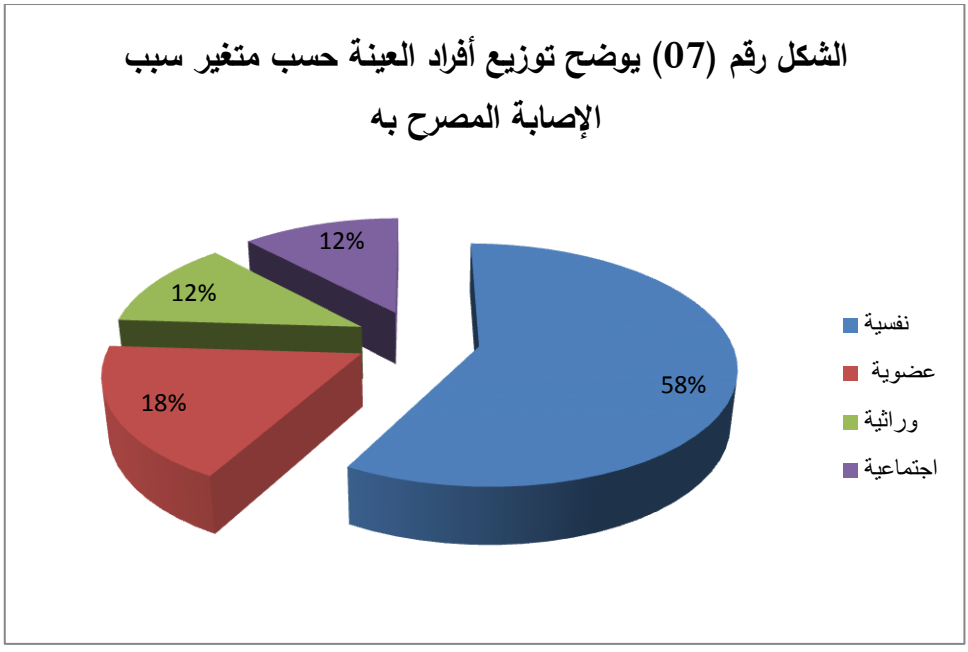


الجدول رقم(07) يوضح توزيع أفراد العينة حسب أسباب المرض المصرح بها

اسباب المرض المصرح بها	التكرار	%
نفسية	29	58.0
عضوية	9	18.0
وراثية	6	12.0
اجتماعية	6	12.0
المجموع	50	100

الجدول المبين أعلاه والمتعلق بأسباب المرض المصرح بها وجدنا أن نسبة 58 % والتي تمثل أكبر نسبة وتشمل أفراد العينة المصابين بالمرض سببهم نفسي ثم تليها نسبة 18 % والتي تمثل أفراد العينة سببهم عضوي وفي الأخير تليها كل من الأفراد العينة سبب إصابتهم بالمرض سواء وراثي أو اجتماعي والتي تقدر بـ12 %.

الشكل رقم (07) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير سبب الإصابة المصرح به

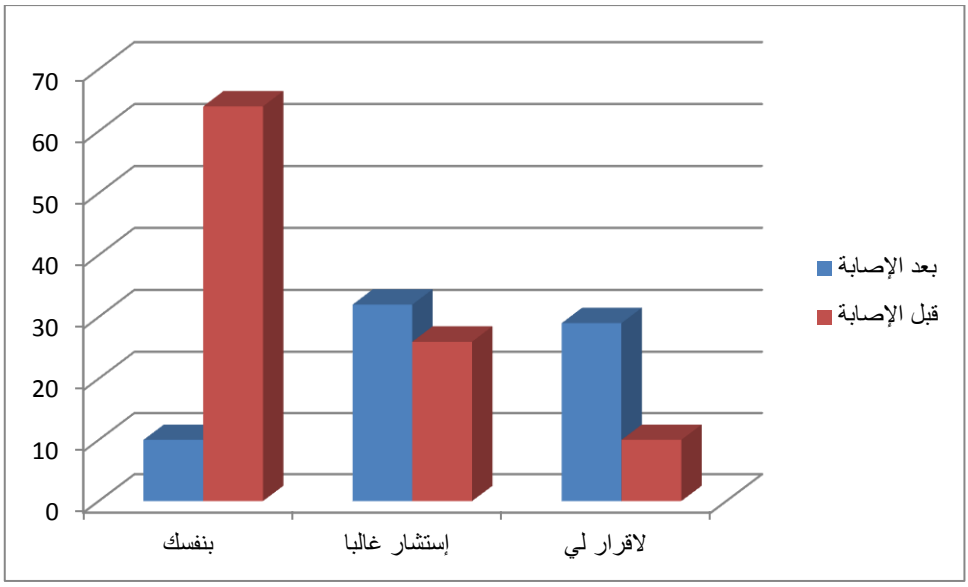


2-/ تحليل نتائج الفرضية الاولى:

الجدول رقم (08) يوضح عملية إتخاذ القرار قبل وبعد الإصابة بالمرض السكري

قبل الاصابة			بعد الاصابة		
من كان يتخذ القرار في الاسرة قبل الاصابة	التكرار	%	من كان يتخذ القرار في الاسرة قبل الاصابة	التكرار	%
بنفسك	32	64.0	بنفسك	5	10.0
الاستشارة غالبا	13	26.0	الاستشارة غالبا	16	32.0
لا قرار لي	5	10.0	لا قرار لي	29	58.0
المجموع	50	100	المجموع	50	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم(08)الذي يوضح عملية اتخاذ القرار داخل الأسرة قبل وبعد الإصابة بمرض السكري، فوجدنا أن هناك إختلاف كبير في النسب المئوي قبل وبعد الإصابة، فقبل الإصابة كانت عملية إتخاذ القرار فردية بنسبة وصلت إلى 64 %ولكن بعد الإصابة بالسكري انخفضت النسبة إلى 10% أي بانخفاض قدره 54 %، أما عملية الاستشارة في أغلب الأحيان كانت قبل الإصابة ب 26% لترتفع إلى 32% وهذا يعود إلى تقلص نسبة الاختيار الفردي، أما في ما يخص الإشتراك في عملية القرار داخل الأسرة فكانت النسبة قبل الإصابة بحوالي 10 % لتصل بعد الإصابة إلى 58%أي بزيادة 48 % ولتوضيح ذلك بيانياً أنظر إلى الشكل البياني التالي.



الشكل رقم(08) يوضح مقارنة بين عملية إتخاذ القرار قبل وبعد الإصابة بالمرض

تعتبر عملية إتخاذ القرار أحد استراتيجيات التفكير، التي تساهم في حل المشاكل وبدورها تتضمن مجموعة من الخطوات والعمليات تختلف عن بعضها البعض حسب طبيعة المكان والزمان، ويعرف البعض إجرائيا عملية إتخاذ القرارات بأنها حل للمشكلات الراهنة، وفق العديد من المهارات كالإستقراء والاستنباط، ولكن تتأثر هذه العملية بجملة من العوامل كالمرض والعجز وضعف الشخصية.. إلخ، ومن خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن عملية إتخاذ القرار داخل الأسرة الأغواطية يتأثر بالمرض والحالة الصحية

لرب الأسرة بشكل واضح وهذا يقيناً من الأسرة بأنساقها أن الفرد المريض غير قادر على التعامل مع مختلف المشاكل وهذا من شأنه أن يؤثر على نوع وجدية القرار من جهة، ومن جهة ثانية الحرص على عدم تفاقم المرض للمريض لذلك تفضل أن تعزله مباشرة عن هذا الوسط، ولكن هذا التغير وان يصب في مصلحة المريض لكن الكثير منهم يرون بأنه يفقد مكانته داخل الأسرة من مكانة رئيسية إلى مكانة ثانوية خاصة أن الرجال بحكم التكوين ونمط الشخصية هم أكثر حباً وتعصباً إلى الحكم والمسؤولية في ظل العديد من المتغيرات السوسيو إقتصادية التي طرأت على الأسرة الجزائرية بصفة عامة بسبب الإنفتاح السياسي والثقافي والإعلامي و الإجتماعي المنتهجة من طرف الدولة.

الجدول رقم(09)يوضح العلاقة بين عملية إتخاذ القرار وذلك بعد الإصابة بالمرض السكري ومدى الإستجابة

إتخاذ القرار / إستجابة للقرار	بنفسك		إستشارة غالبا		لا قرار لي		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
دائما	0	0.0	3	18.8	7	24.1	10	20.0
أحيانا	1	20.0	3	18.8	3	10.3	07	14.0
أبدا	4	80.0	10	62.5	19	65.6	33	66.0
المجموع	5	100	16	100	29	100	50	100

من خلال الجدول المبين أعلاه الرابط بين عملية إتخاذ القرار ومدى الإستجابة له، وجدنا أن نسة66% من مفردات العينة الذين لا يستجابون للقرار لهم والمدعمة بـ 80.% من المبحوثين الذين يتخذون القرار بنفسه مقابل 65.6% لا قرار لهم في حين شكلت أقل نسبة 14% يستجيبون للقرار أحيانا مدعمة بـ 20% يتخذون القرار بنفسه مقابل 18.8%يستشيرون غالبا.

كاف تربع (Valeur)	قيمة الإحتمال (s.a.b)	درجة الحرية (v)	مستوى الدلالة
2,103[a]	0.717	4	0.05

نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.717 اكبر من مستوى المعنوية لمنطقة الشك 0.05 وهذا يدل على قبول الفرضية الممثلة بعلاقة تأثير مؤشر المستقل والمتمثل في إتخاذ القرار بعد الإصابة بالمرض على مؤشر التابع والذي يشمل الإستجابة للقرار نستنتج أن هناك تحقق نسبي يدعم صحة الفرضية.

من خلال ماسبق يتبين لنا أنه لا توجد الإستجابة للقرارات داخل الأسرة يكون في إتخاذ القرار ما يستشار غالبا وهذا يعود طابع المجتمع الذي نعيشه الآن حيث كل ما يتعلق بإتخاذ القرارات المختلفة بشكل عام في الأسرة على حساسية الموضوع وإرتباطه على مدى تأثيره في المستقبل .

ومن الممكن أن تكون بعض الإستجابات للقرارات متشاركة وهذا بفضل الأسرة المتكاتفة بين أعضائها والمتكافلين بينهم وبما أن الأسرة والأبناء هم الخلايا الأساسية الأولى لأي مجتمع فبدون أسرة مستقرة لايكون هناك مجتمع كذلك الأبناء لا يعلو البناء الأسري والاجتماعي ولا تنظيم حياة الأسرة والمجتمع في آن واحد.

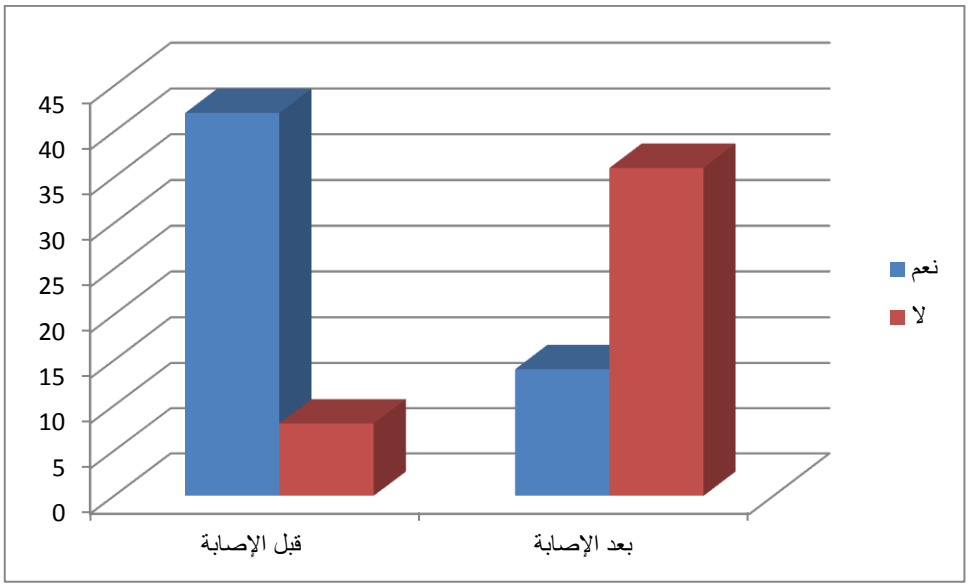
وتتشكل القرارات الأسرية بطابع معين، وذلك إستنادا إلى الأسس التي تتحدد بواسطتها عملية إتخاذ القرار حسب أنواعها، سواء كانت قرارات إقتصادية ومنها قرارات الشراء والإستهلاك، أو قرارات تمس العلاقات الإجتماعية داخل الأسرة وخارجها، ولما كانت نتيجة القرار الأسري تنعكس في سلوك يستند إلى عملية إختيار بدائل معينة لمواجهة مواقف مشكلة تتطلب حلولا معينة، فالقرارات الأسرية هي أدوات يتوصل بها غلى تحقيق الوظائف الموكلة إلى الأسرة كنسق الإجتماعي قائم في المجتمع.

الجدول رقم(10) يوضح عملية الإستشارة قبل وبعد الإصابة بالمرض السكري

قبل الاصابة			بعد الاصابة		
الاستشارة	التكرار	%	الاستشارة	التكرار	%
نعم	42	84.0	نعم	14	28.0
لا	8	16.0	لا	36	72.0
المجموع	50	100	المجموع	50	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) الذي يبين لجوء الأبناء لطلب الاستشارة قبل وبعدالإصابة بمرض السكري ، فوجدنا أن هناك إنخفاض ملموس في النسب المئوي قبل وبعد الإصابة، فقبل الإصابة كان طلب الاستشارة من طرف الأبناء بنسبة 84% ، ولكن بعد الإصابة بمرض السكري

إنخفظت النسبة إلى 28% أي بانخفاض يقدر ب 58 %، أما عدم الاستشارة كانت قبل الإصابة ب 16% ، لترتفع إلى 75 %بزيادة 60% وهذا يعود إلى إصابة أبائهم بالمرض، ولتوضيح ذلك أنظر إلى الشكل البياني التالي.



الشكل رقم (09) يوضح مقارنة بين عملية الإستشارة قبل وبعد الإصابة بالمرض السكري

في حقيقة الأمر اللجوء إلى الوالدين وطلب استشارة منهم يعتبر محطة من محطات التنشئة الإجتماعية السليمة، فاللجوء إليهم وتحدث معهم واشعارهم بأهميتهم وأهمية ما يقولون مهما كان تافها في نظر الأبناء يعتبر من حسن الأخلاق والتربية، ويقيناً منهم أن أرى الآباء مهم جداً في حياتهم اليومية خاصة ما يتعلق بالجوانب الأسرية والأخلاقية والدينية والتعليمية والمهنية، ولكن الواقع الإجتماعي يظهر عكس ذلك فكثير من الأبناء يرى أن اللجوء إليهم هو نابع عن ضعف الشخصية وعدم القدرة على إتخاذ القرار والتصرف في الأمور والقضايا الشبابية، ففي الأرقام الموضحة في الشكل البياني علاه نلاحظ أن عمليات الاستشارة تغيرت فقبل مرض وعجز الأب كانت هناك فئة كبيرة تقبل على استشارتهم وأخذ آرائهم ، ولكن سرعان ما تحولت هذا الإقبال إلى عزوف الأبناء على طلب الاستشارة من الوالدين بعد الإصابة بمرض السكري وكأنهم يبعثون برسالة ضعف وقهر إليهم وهو من شأنه أن يزيد من توتر وتدهور الحالة الصحية لهم من الناحية المعنوية والنفسية، مما يؤدي إلى تفاقم المرض والى الوفاة في كثير من الأحيان.

وبالتالي تغير نظرة الأبناء قبل وبعد المرض وكأنه أمر حتمي في نظر الآباء حيث صرح لي أحد مبحوثين رقم(36) قائلاً:" **هم يرون أننا هرمنا وانتهينا ولم نعد ننفعهم في الحياة وكأن وجودنا ثانوي ومؤقت فقط**" نفهم من خلال هذا القول أن هناك كثير من الحسرة والشعور بالضعف والتغير.

الجدول رقم(11) يوضح العلاقة بين التكفل بالمصاريف الأسرية مع عملية إتخاذ القرار بعد الإصابة بمرض السكري

التكفل بالأسرة / إتخاذ القرار	بمفردك		الزوجة		الأبناء		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بنفسك	-	-	-	-	5	17.2	5	10.0
إستشارة غالبا	2	25.0	6	46.2	8	27.6	16	32.0
لا قرار لي	6	75.0	7	53.8	16	55.2	29	58.0
المجموع	8	100	13	100	29	100	50	100

كاف تربع (Valeur)	قيمة الإحتمال (s.a.b)	درجة الحرية (v)	مستوى الدلالة
5,211[a]	0.266	4	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم(11) الذي يوضح العلاقة بين التكفل بالمصاريف الأسرية مع عملية إتخاذ القرار بعد الإصابة بمرض السكري، فكانت النتائج أن من لا قرار لهم بنسبة 58% والمدعمة بـ 75% بمن يتكفلون بنفسهم بالمقابل 55.2% من أفراد العينة أن الأبناء يتكفلون بالمصاريف الأسرية،

في حين أن 10% ممن يتخذون القرار بنفسهم والمدعمة بـ 17.2% الأبناء هم مت يتكفلون بالمصاريف الأسرية.

نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.266 اكبر من مستوى المعنوية لمنطقة الشك 0.05 وهذا يدل على قبول الفرضية الممثلة بعلاقة تأثير مؤشر المستقل والمتمثل في بالتكاليف الاسرية على مؤشر التابع والذي يشمل إتخاذ القرار نستنتج أن هناك تحقق نسبي يدعم صحة الفرضية الأولى.

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

الجدول رقم(12) يوضح العلاقة وقلة النشاط مع تغير معاملة الأسرة

العجز / تغير المعاملة	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	21	72.4	15	71.4	36	72.0
لا	8	27.6	6	28.6	14	28.0
المجموع	29	100	14	100	50	100

كاف تربع (Valeur)	قيمة الإحتمال (s.a.b)	درجة الحرية (v)	مستوى الدلالة
0,006[a]	0.939	1	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم(12) الذي يوضح العلاقة بين العجز وقلة النشاط مع تغير معاملة الأسرة للمريض، فتشير الإحصائيات في السياق العام أن نسبة 72 %يرون أنهم عاجزن وأن تغير في معاملة الأسرة لهم يعود إلى ذلك بدرجة الأولى بنسبة 72.4 % ومن يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم 71.4 % أما نسبة 28% يرون أن العجز لا يؤدي إلى تغير معاملة الأسرة والمدعمة بـ 28.6% يرون أن لا يعود عجزهم إلى تغير معاملة الأسرة لهم، بالمقابل يرون أن لا تتغير معاملة الأسرة لهم يعود إلى عجزهم.

نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.939 اكبر من مستوى المعنوية لمنطقة الشك 0.05 وهذا يدل على قبول الفرضية الممثلة بعلاقة تأثير مؤشر المستقل والمتمثل في قلة النشاط والعجز على مؤشر التابع والذي يشمل تغير المعاملة الأسرية له نستنتج أن هناك تحقق نسبي يدعم صحة الفرضية الأولى.

يرى الكثير من الآباء المصابون بداء السكري أن عجزهم أدى بشكل مباشر على تغير معاملة الأسرة لهم وأفقدهم مكانتهم ودورهم في الأسرة وتحولت هذه المكانة إلى الزوجة أو الأبناء وبالتالي فقد تغير دوره من معيل ومقرر إلى معال ومنصت كالطفل الصغير في المنزل، والكثير من المبحوثين يدركون حجم التغير وقلقون بشأنهم لأنهم في مرحلة يحتاجون إلى الكثير من العناية والإهتمام ليس بصفتهم عاجزين وانما حباً وتعلقاً بهم فالأمور العاطفية تفرغ معهم بشكل كبير أكثر من ماديات.

3-/ عرض وتحليل بيانات الفرضية الثانية:

الجدول رقم(13) يوضح العلاقة بين الحالة المهنية والتكفل بمصاريف العلاج والأدوية

الحالة المهنية / مصاريف العلاج والأدوية	بطال		عامل		أعمال حرة		متقاعد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بمفردك	-	-	-	-	3	33.3	-	-	3	6.0
الزوجة	-	-	-	-	5	55.6	7	25.9	12	24.0
الأبناء	8	100	6	100	1	11.1	20	74.1	9	70.0
المجموع	8	100	6	100	9	100	27	100	50	100

كاف تربع (Valeur)	قيمة الإحتمال (s.a.b)	درجة الحرية (v)	مستوى الدلالة
$27,125^a$	0.003	6	0.05

يوضح لنا الجدول أعلاه والمتمثل في الحالة المهنية للمصاب بالمرض السكري أن أفراد العينة يمثلون أكبر نسبة والمقدرة بـ 70% التي يقوم الأبناء بالتكفل بمصاريف العلاج، والمدعمة بـ 100% من أفراد العينة البطالين، في حين وجدنا أقل نسبة 6%من أفراد العينة الذين يقومون بتكاليف العلاج والأدوية بمفردهم و المدعمة بـ 33.3% من أفراد العينة الذين يزاولون أعمال حرة.

من خلال ما سبق اتضح لنا أن الأبناء هم من يتكفلون بمصاريف العلاج وهذا راجع لعدم قدرة رب البيت على التكفل بالأسرة ويرجع سبب عدم القدرة إلى عدة أسباب منها التقاعد أكبر السن أو عدم مزاولة العمل.

نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.003 وهي أقل من مستوى المعنوية لمنطقة الشك 0.05 وهذا يدل على عدم وجود علاقة والمتمثلة في تأثير العلاقة بين المؤشر المستقل والذي يمثل الحالة المهنية لأفراد العينة على مؤشر التابع والذي يشمل مصاريف العلاج والأدوية.

ويبدو أن تنظيم ميزانية المنزل تحتل أيضا حيزا كبيرا من اهتمامات علم الأسرة، إذ يشير المهندس الكهربائي محمد عبد اللطيف إلى وجود برنامج متخصص في تنظيم الدخل لمن يجد صعوبة في التعامل مع ميزانية المنزل اسمه"My Budget Keeper".

ويساعد البرنامج الأزواج أو غير المتزوجين على متابعة المصاريف والمشتريات وسائر النفقات وإمكانية التوفير، كما يقوم بطباعة تقارير دورية للزوجين، وهو يضم أربعة أجزاء رئيسية الأول بدخل الأسرة، والثاني للنفقات، والثالث للأشخاص، وللتقارير رابعا[1].

إلا أن النجاح ليس حليف كل تجربة يلجأ فيها الزوجان إلى اتباع ميزانية محددة للمصاريف، إذ كثيرا ما تبوء هذه المحاولة بالفشل، خصوصا إذا لم يأخذ كلا الزوجين الأمر بجدية من خلال عملية يومية لضبط المصروف.

الجدول رقم (14) يوضح العلاقة بين من لديهم أبناء والمساهمة في المراقبة الطبية

لديك أبناء / المراقبة الطبية	نعم		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	38	92.7	6	66.7	44	88.0
لا	3	7.3	3	33.3	6	12.0
المجموع	41	100	9	100	50	100

كاف تربع (Valeur)	قيمة الإحتمال (s.a.b)	درجة الحرية (v)	مستوى الدلالة
4,730[a]	0.06	1	0.05

[1]– جريدة الغد، جمانة مصطفى، ميزانية الأسرة (تنظيم العقلاني لمصروفيات الجنونية)، العدد1485 ص12.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) الذي يبين لنا العلاقة بين من لديهم الأبناء في الأسرة مع المراقبة الطبية الخاصة بالمريض، فوجدنا في الإتجاه العام أن الأسرة التي تهتم بمراقبة الطبية لمريضها بنسبة المقدرة بـ 88% والمدعمة بـ 92.7% من لديهم أبناء، في حين وجدنا نسبة 12% والمدعمة بـ 33.3% ممن ليس لديهم أولاد.

نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.06 اكبر من مستوى المعنوية لمنطقة الشك 0.05 وهذا يدل على قبول الفرضية الممثلة بعلاقة تأثير مؤشر المستقل والمتمثل في من لديهم أولاد على مؤشر التابع والذي يشمل المراقبة الطبية للمريض نستنتج أن هناك تحقق نسبي يدعم صحة الفرضية الثانية.

تمثل المراقبة الطبية للمريض عملية أساسية من الناحية الطبية والنفسية لأنها تمثل وقاية ورعاية من تفاقم المرض والاتجاه نحو التحسن الجيد، وتتمثل المراقبة الطبية للأسر للمرضي السكري في بعض الأمور الجدية التي من شأنها أن تمنح حياة مستقرة لمرضي السكري من خلال ما يلي:

- ✓ تناول الغذاء الصحي الغني بالخضار والفواكه والابتعاد عن تناول الوجبات الجاهزة والوجبات الدسمة عالية السعرات الحرارية والدهون، كما يجب التقليل من تناول الحلويات عالية النسبة من السكريات .
- ✓ ترك التدخين والابتعاد عن أماكن تجمع المدخنين لعدم استنشاق رائحة الدخان الضارة، محاولة الاسترخاء والابتعاد عن العصبية الزائدة، وممارسة التمارين الرياضية لتنشيط الدورة الدموية من جهة، ومن جهة أخرى للتخلص من الوزن الزائد والسمنة.

الجدول رقم(15) يوضح العلاقة بين الحالة الزواجية بالمتابعة الغذائية للمريض

الحالة الإجتماعية / الإهتمام بالتغذية	متزوج		مطلق		أرمل		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أبدا	13	31.0	-	-	2	40.0	15	30.0
أحيانا	9	21.4	-	-	3	60.0	12	24.0
غالبا	20	47.6	3	100	-	-	23	46.0
المجموع	42	100	12	100	5	100	50	100

كاف تربع (Valeur)	قيمة الإحتمال (s.a.b)	درجة الحرية (v)	مستوى الدلالة
8,841[a]	0.065	4	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم(16)الذي يوضح العلاقة بين الحالة الزواجية بالمتابعة الغذائية للمريض، وتشير الأرقام أن نسبة 46% من أفراد العينة الذين غالبا ماتهتم أسرهم بالتغذية والمدعمة بـ 100% من أفراد العينة المطلقين، في حين سجلت أقل نسبة والمقدرة بـ 24% والتي تمثل أفراد العينة أحيانا ماتهتم أسرهم بالتغذية والمدعمة بـ 60% ممن هم أرامل.

نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.065 اكبر من مستوى المعنوية لمنطقة الشك 0.05 وهذا يدل على قبول الفرضية الممثلة بعلاقة تأثير مؤشر المستقل والمتمثل في الحالة الإجتماعية للمرضى على مؤشر التابع والذي إهتمام الأسرة بالتغذية للمريض نستنتج أن هناك تحقق نسبي يدعم صحة الفرضية الثانية.

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

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

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

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

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

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

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

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

الجدول رقم(16) يوضح العلاقة بين الحالة الإجتماعية والإهتمام الأسرة بالرعاية الصحية

الحالة الإجتماعية / إهتمام بالرعاية الصحية	متزوج		مطلق		أرمل		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	25	61.9	3	100	5	100	34	68.0
لا	11	26.2	–	–	–	–	11	22.0
أحيانا	5	11.9	–	–	–	–	5	10.0
المجموع	42	100	3	100	5	100	50	100

كاف تربع (Valeur)	قيمة الإحتمال (s.a.b)	درجة الحرية (v)	مستوى الدلالة
$4,482^{a}$	0.345	4	0.05

من خلال الجدول المبين أعلاه والذي يوضح العلاقة بين الحالة الإجتماعية والإهتمام بالرعاية الصحية للمريض ووجدنا أن نسبة 68% التي تهتم أسرهم بالرعاية الصحية لمريضها والمدعمة بـ 100% من أفراد العينة المطلقين بالمقابل وجدنا كذلك من الأرامل نسبة المقدرة بـ100 %، في حين وجدنا أن أقل نسبة المقدرة بـ 10% احيانا ما تهتم أسرهم بالرعاية الصحية والمدعمة بـ 11.9% من أفراد العينة هم متزوجون.

نلاحظ أن قيمة الاحتمال 0.345 اكبر من مستوى المعنوية لمنطقة الشك 0.05 وهذا يدل على قبول الفرضية الممثلة بعلاقة تأثير مؤشر المستقل والمتمثل في الحالة الإجتماعية للمرضى على مؤشر التابع والذي إهتمام الأسرة بالرعاية الصحية للمريض نستنتج أن هناك تحقق نسبي يدعم صحة الفرضية الثانية.

إن الرعاية الصحية من أهم القطاعات الخدمة الاجتماعية التي تعني بها دول العالم لما لها من أثر مباشر في حماية أفراد المجتمع من خطر المرض وتوفير أسباب الرفاهية وتحقيق خطط وبرامج التنمية الإنتاج، كما أن مستوى الأمم وتقدمها يقاس بمستوى ماتيسره الأمة لأفرادها من رعاية صحية جادة فتحدد في تحقيق تكافؤ الفرص بين الجميع وتقديم تلك الرعاية في ظروف ميسرة وقادرة على الخدمة.

وتعتبر الرعاية الصحية إحدى مجلات الرعاية توليها المجتمعات إهتماما كبيرا ، فالرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية هدفها رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها مثل(الإهتمام بصحة البيئة من مسكن ومياه وغذاء وتصريف الفضلات وكذلك حملات التحصين والتطعيم التي تنظمها ضد الأمراض المعدية والخطيرة .

3/ نتائج الدراسة:

3-1- نتائج الفرضية الأولى:

أجمع كل أفراد مجتمع البحث أن المكانة الإجتماعية تتغير لا محالة وتأخذ منحنى التنازل بعد الإصابة بمرض السكري، وهي نتيجة حتمية للعجز وقلة النشاط الاجتماعي والإقتصادي داخل الأسرة وهذا ما أشارت إليه أغلب الأرقام الإحصائية، ففي عملية إتخاذ القرار نجدها تغيرت فقبل الإصابة كان إتخاذ القرار يتم بشكل فردي بنسبة64%وانخفضت إلى10% بعد الإصابة بالمرض وشعور الأسرة بعجز الآباء وعدم قدرتهم على إتخاذ القرار المناسب لهم، أما فيما يخص استشارة الأبناء لهم هي كذلك تغيرت، فقبل الإصابة كانت النسبة84% وانخفضت بعد الإصابة بالسكري إلى28% وهوما ترك فراغ وحرية كبيرة للأبناء في التصرف وأخذ القرارات سواء في حياتهم الخاصة أو فيما يتعلق بالأسرة.

أما على مستوي التكفل بمصاريف الأسرة فسجلنا أكثر من نصف مجتمع البحث تتكفل الأبناء بمصاريف الأسرة بنسبة55.2%وتأتي بعدهم الزوجة بنسبة 53% ثم من يتكفلون بأنفسهم، وهذا من شأنه أن يرسم مكانة الفرد داخل الأسرة، لأن من يتكفل مادياً بالأسرة هو صاحب القرار في الأسرة وهذا هو الواقع الإجتماعي الملموس وهو إرتباط المكانة الإجتماعية بالمادة وهذا حال كثير من الأسر الجزائرية عامة والأغواطية خاصة، إلى جانب ذلك أقر أفراد مجتمع البحث بتغير معاملة الأسرة لهم بعد الإصابة بالمرض بنسبة 72%.

3-2- نتائج الفرضية الثانية:

أما على مستوي الرعاية والعلاج والتكفل مادياً بمصاريف العلاج شراء الأدوية المريض فوجدنا أن هناك وعي كبير من الأسر ومتابعتها للمريض فمثلاً فيما يخص علاج وشراء الأدوية والحالة المهنية للمريض سجلنا نسبة70%ممن يتكفلون الأبناء في مصاريف العلاج وشراء الأدوية، أما على مستوى المراقبة الطبية ومن لديهم أبناء بنسبة قدرت بـ88%، أما على مستوي المتابعة الغذائية للمريض فهي تهتم غالباً بتتبع كل صغيرة وكبيرة حول ما يجب وما لا يجب تناوله بنسبة46%وهم من المطلقين وأحياناً بـ75%وهذه مؤشرات جيدة توضح كما قلنا سابقاً بمدى وعي الأسرة بالمراقبة الطبية والمتابعة الغذائية التي تمنح المريض بداء السكري حالة من الإستقرار والثبات في حياتهم اليومي، أما على مستوى الرعاية الصحية فنجد وعي كذلك من الأسرة بنسبة68% من الأسرة التي تهتم بالرعاية الصحية لمريضها

الإستنتاج العام:

من خلال النتائج المتحصل عليها نستنتج أن المكانة الإجتماعية لمرضى السكري تتغير داخل الأسرة الأغواطية ، وذلك من خلال إتخاذ القرارات الأسرية والإستجابة لها ومن حيث الإستشارة الأبناء في القرارات خاصة بعد الإصابة بالمرض وكذلك من خلال تغير المعاملة الأسرة لمريضها وهذا يعود إلى عجزه وقلة نشاطه بعد الإصابة بالمرض ومن خلال التكفل بمصاريف الأسرية خاصة وأن أغلبية مرضانا هم من المتقاعدون وكبار السن ولهذا نجد أن الزوجة والأبناء هم القادرون على التكفل بالأسرة خاصة، وهذا واقعنا الذي نعيشه .

أما فيما يخص الرعاية الإجتماعية لهذه الفئة المهمشة لابد من الأسرة أن تهتم بمريضها وهذا هو ديننا الحنيف الذي يوصينا الذي يوصي الأبناء على الولدين كما جاء في قوله تعالى:« **وَقَضَى رَبُّكَ أَلاَّ تَعْبُدُوْا إِلاَّ إِيَّاهُ وَبِالوَالِدَينِ إِحْسَنًا إِمَّا يَبْلُغُنَّ عِنْدَكَ الكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهَا أُفٍّ وَلاَ تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَولاً كَرِيماَ**»، لعل هذه الآية الكريمة التي نوصينا بالولدين هي خير دلالة على إتباعنا لديننا الحنيف ولكن في مجتمعتنا التي نعيشها ومع تغير الإجتماعي الذي يحصل للأسرة الآن في نمطها، ومع متابعتها لمريضها وجدنا أن الأسرة وبفضل الزوجة والأبناء.

لقد كان الهدف الأساسي من هذه الدراسة وهي (المكانة والرعاية الإجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الأغواطية) في ظل التغيرات الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية التي طرأت والتي مست الأسرة بوجه الخصوص، ولقد تغيرت المكانة الاجتماعية للمصاب بالداء السكري وهذا من خلال إتخاذ القرار والتكفل بمصاريف الأسرة، ووعي الأسرة بالمراقبة الطبية والمتابعة الغذائية التي تمنح المريض بداء السكري حالة من الإستقرار والثبات في حالتهم اليومية.

وختاما لهذه الدراسة يمكن تقديم جملة من التوصيات يمكن أن تكون نقطة تحول لدراسة جديدة.

- تشجيع المرضى السكري على تحقيق التكيف والتعايش مع المرض والخروج من العزلة النفسية
- تشجيع مرضى السكري على تحقيق الإستقلال النفسي.
- تشجيع مرضى السكري على الإنضمام إلى الجمعية العامة لمرض السكري.
- التكفل بهذه الفئة من المرضى وخاصة المعوزة من خلال برامج الحماية الإجتماعية.
- تكثيف الأيام التحسيسية والإعلامية من خلل برامج التوعية الصحية على مستوى الولايات.
- ضرورة زيارة الأخصائيين الإجتماعي والتغذية.

قائمة المصادر والمراجع

القرآن الكريم:

المراجع العربية:

1/ الكتب:

1. أحمد فايز النماس، **الخدمة الاجتماعية الطبية**، الطبعة الاولى، دار النهظة العربية ، بيروت، لبنان،1999.
2. اندوز ، **مناهج البحث في علم النفس** ، ت يوسف مراد، ب ط ، دار المعارف، القاهرة،1968.
3. أيمن الحسيني ، **أعشاب ونباتات من الطب الشعبي في خدمة مريض السكر**، ب ط، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع عين مليلة، الجزائر، 1994.
4. أيمن الحسيني، **عزيزي مرض السكر**، ب ط، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، ب س.
5. بدوي والسيد محمد، **علم الاجتماع الاقتصادي**، ب ط ، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية، 1990.
6. جابر عوض السيد ، **الاتجاهات المعاصرة في دراسة الاسرة والطفولة** ، ب ط، المكتبة الجامعية ، الاسكندرية ، 2000.
7. الحسن إحسان محمد، **النظريات الاجتماعية المعاصرة**، ب ط، دار الرسائل، بغداد، 2005.
8. الحسن احسان محمد، **علم الاجتماع الاقتصادي**، ب ط، دار الرسائل، بغداد، 1990.
9. حسين أحمد حسن، **الانعكاسات الاجتماعية لارتفاع المستوى المعاشي في العراق**، رسالة ماجستير، كلية الآداب، بغداد 1995.
10. سناء الخولي ، **الأسرة والحياة العائلية** ، ب ط، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت ، 1984.
11. سناء حسنين الخولي ، **الأسرة والحياة العائلية** ، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ،عمان 2011 .
12. طلعت إبراهيم لطفي ، **مدخل الى علم الاجتماع** ، ب ط، دار غريب ، القاهرة ، د س.
13. عاطف لماضة، **السكر (الصديق اللدود)**، ب ط، دار النصر للطباعة الإسلامية، القاهرة، 1998.

14. عامر إبراهيم قنديجلي، **البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات**، ب ط ، دار اليازوري العلمية، الاردن،1999 .

15. عبد الرحمان العيسوي، **موسوعة علم النفس الحديث**، ب ط، دار الراتب الجامعية سوشتير، بيروت، لبنان، ب س.

16. عبد السلام حجار، عبد الحفيظ زرقاط، **الداء السكري عند الأطفال**، ب ط، كلية الطب، جامعة دمشق، سوريا، 1988.

17. عبد القادر القصير ، **الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية**، ط 1 ، دار النهضة العربية ، مصر ، 1991.

18. عبد الله أحمد جنيد، **الداء السكري والعلاج**، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والتوزيع والنشر، دمشق، سوريا، 1998.

19. عبد المحي محمود صالح، **الرعاية الاجتماعية**، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003،.

20. عبيدات محمد وآخرون، **منهجية البحث العلمي والقواعد والمراحل والتطبيقات**، ط 2، دار وائل، عمان، 1999.

21. عجوبة مختار ابراهيم، **الرعاية الاجتماعية واثرها على مداخل الخدمة الاجتماعيةالمعاصرة**، ط 1، دار العلوم للطباعة والنشر، 1990.

22. عطاء الله فؤاد الخالدي ودلال سعد الدين العلمي ، **الإرشاد الأسري والزواجي** ، ب ط، دار الصفاء عمان ، 2009.

23. علي ماهر أبو المعاطي، **مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية**(سلسلة مجلات وطرق الخدمة الاجتماعية) ط 2، دار الزهراء للطباعة والنشر، 2005.

24. عمار بوحوش، **دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية**، ب ط، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر،1985.

25. فاطمة عوض صابر وميرفت علي خفاجة، **اسس ومبادئ البحث العلمي**، ط 1، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية، الاسكندرية،2002 .

26. كريتش، **سيكولوجية الفرد**، ت حامد عبد العزيز الفقي والدكتور خير الله، مكتبة انجلو المصرية، ب ط، القاهرة ،1974.

27. كمال أحمد وبرسوم كرم، **علم الاجتماع الحضري**ب ط،، دار السبيل، القاهرة، 1983.
28. كمال الدسوقي ، **الاجتماع ودراسة المجتمع** ، ب ط ، مكتبة لأنجلو المصرية ، القاهرة، 1971.
29. محمد أحمد بيومي و عفاف عبد العليم ناصر، **علم اجتماع العائلة**، ب ط ، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2005.
30. محمد بن سعد الحميد، **السكري(أسبابه، مضاعفاته، علاجه)**، ب ط، موقع القدم السكرية، 2007.
31. محمود حسن ، **مقدمة في الخدمة الاجتماعية** ، ط 2 ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، الاسكندرية ،2001 .
32. محمود حسن، **الأسرة ومشاكلها**، ب ط، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1981.
33. مراد بوزيت، **مرض السكري (أعراضه، أسبابه، طرق الوقاية، علاجه)**، ب ط، دار الهدى،عين مليلة، الجزائر، ب س.
34. **المرجع الوطني لتثقيف مرض داء السكري**، الإصدار الأول، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية، 2011.
35. مروان عبد المجيد إبراهيم، **أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية**، مؤسسة الوراق ، الأردن،2000 .
36. نادية عمر، **العلاقات بين الأطباء والمرضى**، ب ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993.
37. الهمشري عمر ،**التنشئة الاجتماعية للطفل**، ب ط، دار الصفاء، عمان، 2003.

2/ المذكرات والرسائل:

1. باوية نبيلة، **تقدير المكانة الاجتماعية لمهنة الاستاذ الجامعي**،مذكرة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس والتربية جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2006.
2. جبالي نور الدين، **علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية**، رسالة ماجيستير، جامعة عين شمس ، 1979.

3. ريوان وهيبة، **الضعف الجنسي لدى المصابين بداء مرض السكري وحالته النفسية** ، رسالة ماجستير، معهد علم النفس وعلوم التربية جامعة قسنطينة، 1998.
4. سليمان حسين موسى المزين وسامي عبد الله محمد، **العوامل المؤثرة في مكانة المعلم**، رسالة ماجيستير جامعة دمشق 2006/2005.
5. طوبيا نهى عبودي، **المكانة النفسية والاجتماعية لدى طلبة الجامعة من ذوي مركز الداخلي والخارجي**، رسالة ماجستير جامعة المستنصرية، كلية الآداب، 1994.
6. العبودي ستار جبار غانم، **البحث عن المكانة النفسية والاجتماعية وعلاقة بين المتغيرات لدى الموظفين**، رسالة ماجستير، جامعة المستنصرية، كلية الآداب، 1996.
7. عثمانة أحمد و شيخ مسال مليكة: **الداء السكري عند الأطفال**، رسالة لنيل شهادة الدراسات العليا فرع بيولوجيا الجزئية والخلوية تخصص الكيمياء الحيوية بجامعة سطيف، دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بسطيف، قسم طب الأطفال (2002/2001).
8. علي أحمد وادي، **المساعدة والرعاية الاجتماعية للفئات المستهدفة**، رسالة ماجستير، جامعة الحديدة اليمن،2007.
9. مرفت عبد ربه عايش مقبل، **التوافق النفسي و علاقته بقوة الأنا و بعض المتغيرات لدى مرض السكر** في قطاع غزة2010"
10. نظمي فارس كمال، **الإعتقاد بعدالة العلم وعلاقة بالثقة الاجتماعية المتبادلة لدى طلبة الجامعة**، أطروحة دكتوراه، جامعة بغداد، كلية الآداب، 2001.

3/ المعاجم والقواميس:

1- أحمد زكي بدوي، **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**، طبعة 5، مكتبة لبنان، بيروت، 1978.
2- محمد رفعت، **قاموس مرض السكر**، الطبعة الأولى، دار مكتبة الهلال، بيروت، لبنان، 1997.

4/ المراجع الأجنبية:

1- charleshobart , commitment **, value conflict and the fature of the american family living** 25 (novembre , 1963.
2- Cramo and messeon ,**la social paychology priniciplesand themes** of interpersonal behauiorllinois dorsa ,press 1982.

3- Leon maun **socialpsychology** john wiley and sons 1969.
parsons and bales **, the family K socialization and interaction process** ,the free press 1955 .

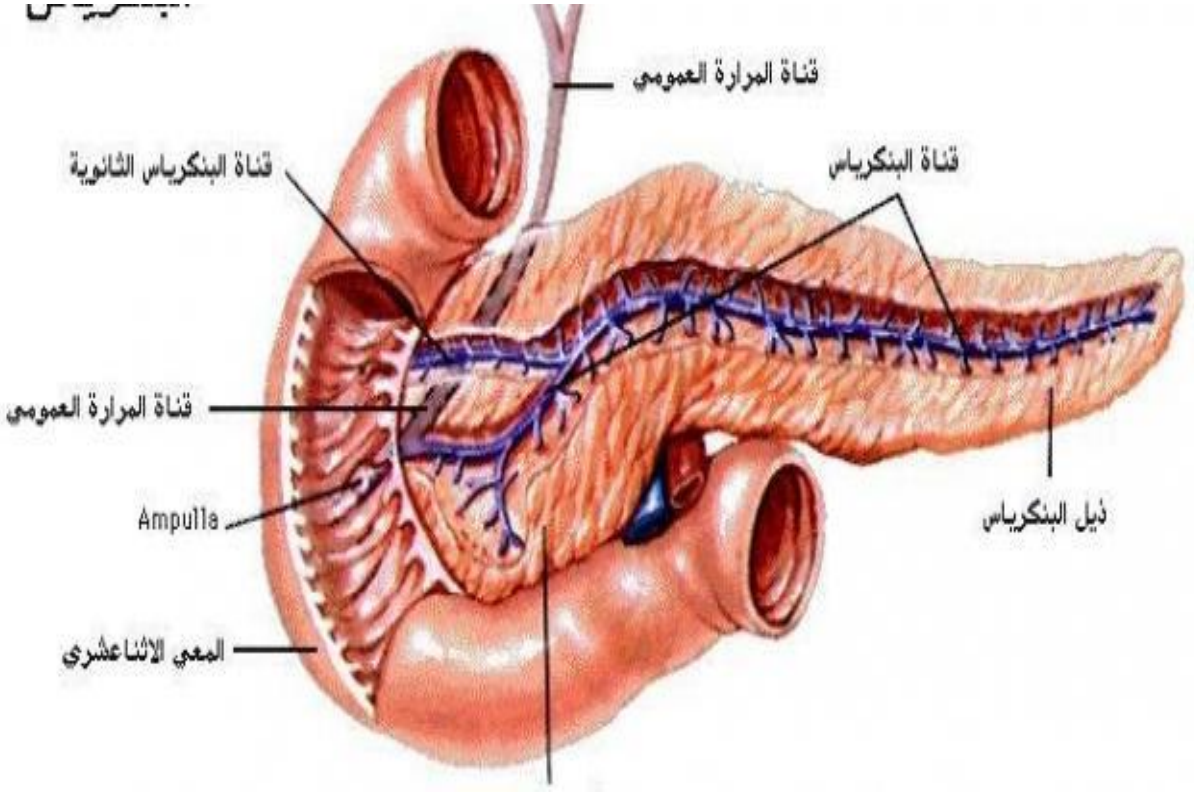
5/ الجرائد والمجلات:

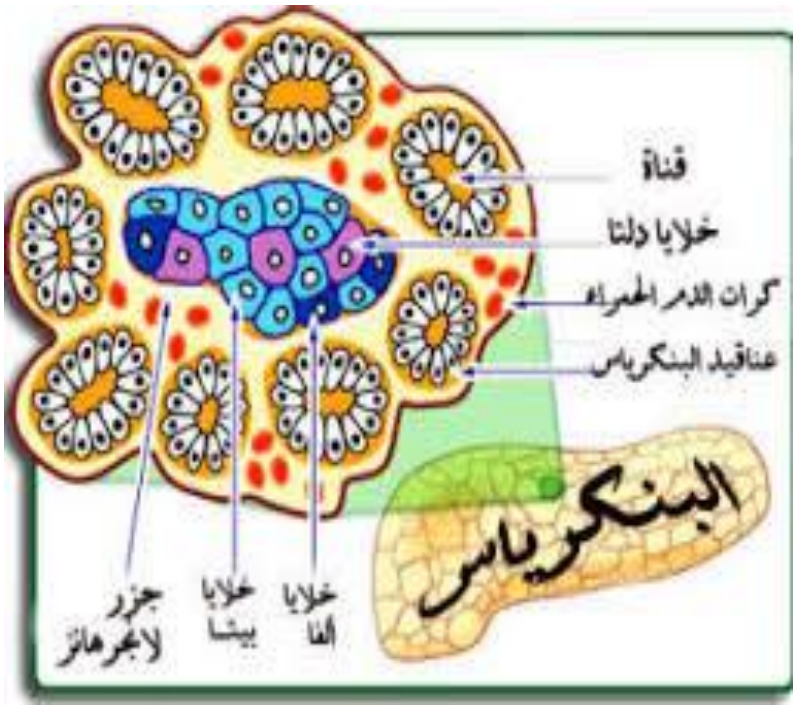
1. جريدة الغد، جمانة مصطفى، ميزانية الأسرة (تنظيم العقلاني لمصروفيات الجنونية)، العدد1485،2015.

6/ الإنترنيت:

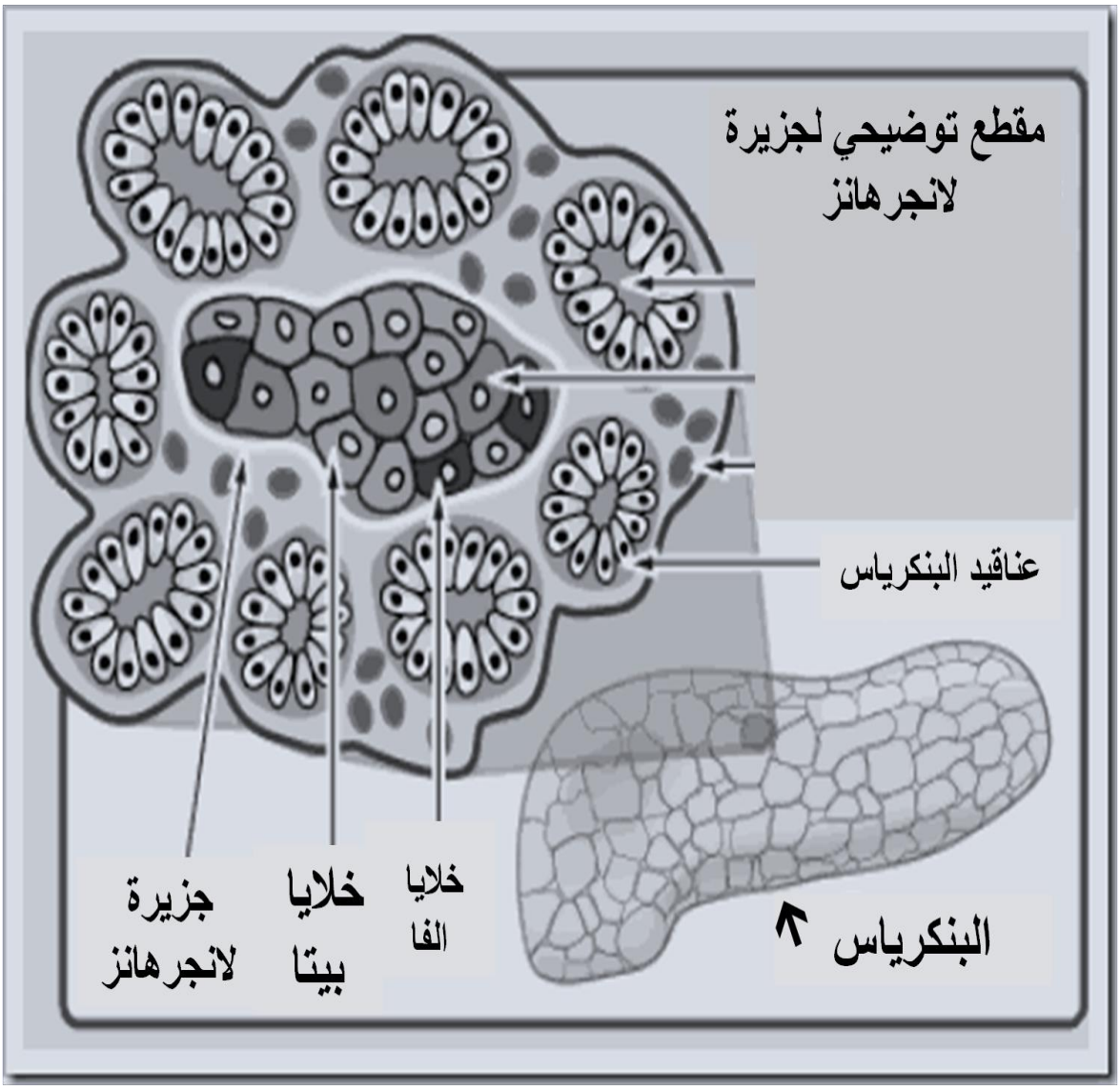
1. موقع المنظمة العالمية لصحة2002 **www.who.int/mediacentre/factsheets** ، يوم الزيارة 2016/12/14 على الساعة 17:52.
2. موقع منتدى قادة السكري**www.Diabete sleader shipforum** يوم الزيارة 2016/12/28 على الساعة14:15.
3. موقع الجزيرة نت **www.aljazeera.net** ، يوم الزيارة 2016/12/20،على الساعة 19:45.
4. **http://www.altibbi.com** /3438_16/02/2017/15:40.
5. **http://www.diabetesedu**. Com/Suger reason 4.html،25/02/2017/19:45
6. **http//www.shuragov**،sa/arabiesite/majalah38/sa7a.htm،25/02/2017، 20:28.

الملحق رقم (01)

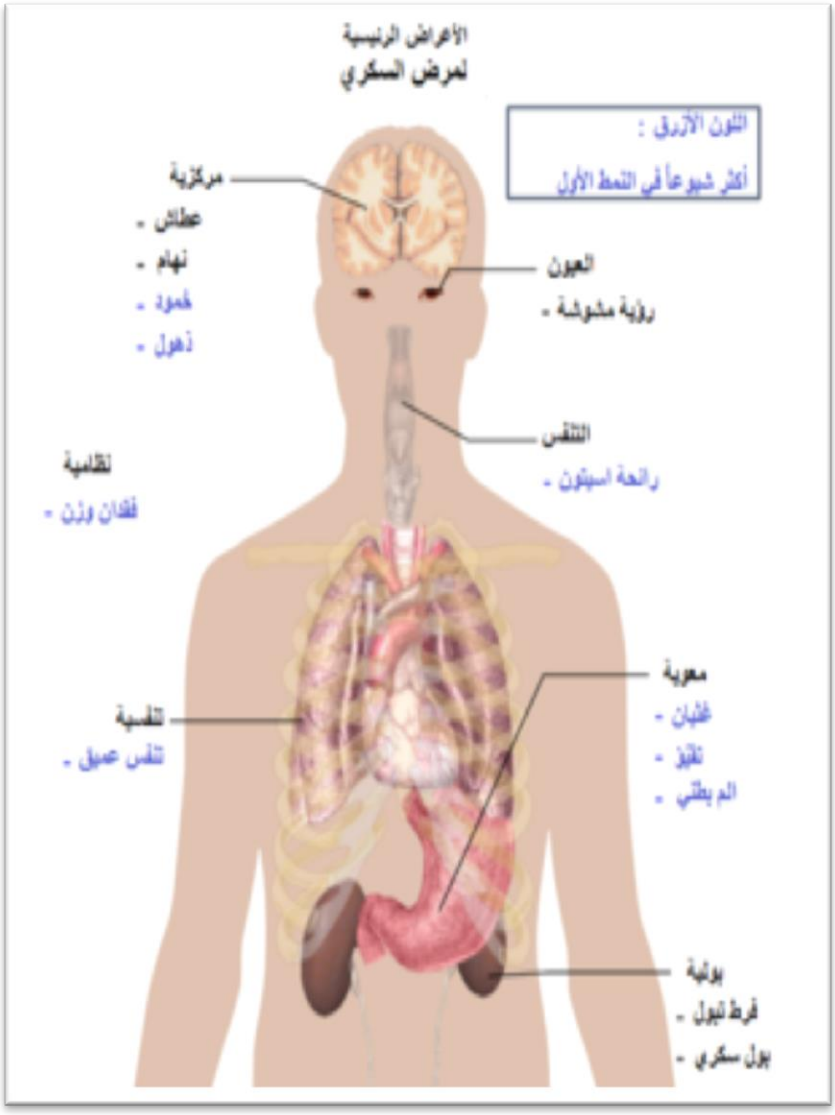




الملحق رقم (02)



الملحق رقم (03)



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي الأغواط

كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية

قسم: علم اجتماع والديموغرافيا تخصص: تنمية والسكان

نضع أمامكم هذه الاستمارة المتعلقة بالموضوع:

" المكانــة والرعايــة الاجتماعيــة لمرضــى الســكري داخــل الأســرة الأغواطيــة "

دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري بمدينة الاغواط

ونرجو منكم ملأ هذه الإستمارة مساهمة منكم في تشجيع البحث العلمي.

ملاحظة:

لملأ هذه الإستمارة يرجى الإجابة على هذه الأسئلة بوضع علامة(X) في المكان الذي ترونه مناسبا

وشكرا

من إعداد الطالب: تحت إشراف الدكتورة:

*جقيدل إسماعيل *وهيبة عيساوة

السنة الجامعية: 2017/2016

المحور الأول: البيانات الشخصية

1. السن: ☐
2. الحالة الزواجية: متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐
3. المستوى التعليمي: أمي ☐ يقرأ ويكتب ☐ إبتدائي ☐
   متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐
4. الحالة المهنية: بطال ☐ عامل ☐ اعمال حرة ☐ متقاعد ☐
5. تاريخ الاصابة بالمرض: أقل من سنة ☐ من1-4 سنة ☐ من 5-8 ☐
   أكثر من 8 سنوات ☐
6. أسباب المرض المصرح بها: نفسية ☐ عضوية ☐ وراثية ☐
   إجتماعية ☐

المحور الثاني: المكانة الاجتماعية

7. من كان يتخذ القرار في الأسرة قبل إصابتك بالمرض السكري:
   بنفسك ☐ إستشار غالبا ☐ لاقرار لي ☐
8. بعد الإصابة بمرض السكري من يتخذ القرارات داخل الأسرة :
   بنفسك ☐ إستشار غالبا ☐ لا قرار لي ☐
9. في حالة إتخاذ قرارات بنفسك هل يستجابون لها: دائما ☐ أحيانا ☐ أبدا ☐
10. هل لديك أبناء: نعم ☐ لا ☐
11. في حالة نعم عددهم: ☐
12. قبل إصابتك بالمرض هل كان أبناؤك يلجؤون إلى طلب الإستشارة منك: نعم ☐ لا ☐
    بعد إصابتك بالمرض هل مازال أبناؤك يستشيرونك: نعم ☐ لا ☐
13. من يقوم بالتكفل بمصاريف الأسرة بعد إصابتك بالمرض:
    بمفردك ☐ الزوجة ☐ الابناء ☐

المحور الثاني: الرعاية الطبية والصحية

14. هل تغيرت معاملة الأسرة لك بعد الإصابة بالسكري: نعم ☐ لا ☐
في كلتا الحالتين لماذا؟ .....

15. هل تغير معاملة الأسرة لك يعود إلى عجزك وقلة نشاطك: نعم ☐ لا ☐
في كلتا الحالتين لماذا؟ .....

16. من يتكفل بمصاريف العلاج والأدوية: بمفردك ☐ الزوجة ☐
الأبناء ☐

17. هل تهتم الأسرة بالأغذية التي تتناولها: أبدا ☐ أحيانا ☐ غالبا ☐

18. هل تسهر أسرتك على المراقبة الطبية المستمرة لك: نعم ☐ لا ☐
في كلتا الحالتين لماذا؟ .....

19. هل تهتم أسرتك بالرعاية الصحية: نعم ☐ لا ☐ أحيانا ☐

20. ما نوع هذا الاهتمام: دائم ☐ متقطع ☐ مؤقت ☐

21. هل تتلقى توعية الصحية: نعم ☐ لا ☐

22. من يقدمها لك: الأسرة ☐ الطبيب ☐ الأصدقاء ☐
آخرون ☐

السن

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	30-39	4 8%	8,0	8,0	8,0
	40-49	9	18,0	18,0	26,0
	50-59	6	12,0	12,0	38,0
	60-69	15	30,0	30,0	68,0
	70 +	16	32,0	32,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

الحالة الاجتماعية

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	متزوج	42	84,0	84,0	84,0
	مطلق	3	6,0	6,0	90,0
	ارمل	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

التعليمي المستوى

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	امي	26	52,0	52,0	52,0
	ابتدائي	9	18,0	18,0	70,0
	متوسط	6	12,0	12,0	82,0
	ثانوي	6	12,0	12,0	94,0
	جامعي	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

المهنية الحالة

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	بطال	8	16,0	16,0	16,0
	عامل	6	12,0	12,0	28,0
	حرة اعمال	9	18,0	18,0	46,0
	متقاعد	27	54,0	54,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

بالمرض الاصابة تاريخ

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنة من أقل	11	22,0	22,0	22,0
	سنة 4-1 من	26	52,0	52,0	74,0
	سنوات 8-5 من	10	20,0	20,0	94,0
	سنوات 8 من اكثر	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

بها المصرح المرض اسباب

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نفسية	29	58,0	58,0	58,0
	عضوية	9	18,0	18,0	76,0
	وراثية	6	12,0	12,0	88,0
	اجتماعية	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

بالمرض إصابتك قبل الاسرة في القرار يتخذ كان من

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	بنفسك	32	64,0	64,0	64,0
	غالبا استشار	13	26,0	26,0	90,0
	لي قرار لا	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

القرار كانيتخذ من إصابتك بعد

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	بنفسك	5	10,0	10,0	10,0
	غالبا إستشار	16	32,0	32,0	42,0
	لي قرار لا	29	58,0	58,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

طلب إلأى يلجؤون أبناؤوك كان هل بالمرض إصابتك قبل

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	42	84,0	84,0	84,0
	لا	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

يستشيرونك ابتناؤك مازال هل اصابتك بعد

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	14	28,0	28,0	28,0
	لا	36	72,0	72,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

لها يستجابون هل قرارات إتخاذ حالة في * القرار كانيتخذ من إصابتك بعد Tableau croisé

Effectif

			لها يستجابون هل قرارات إتخاذ حالة في			Total
			دائما	أحيانا	أبدا	
القرار كانيتخذ من إصابتك بعد		بنفسك	2	2	1	5
			20%	28.5%	3.0%	10.0%
		غالبا إستشار	4	2	10	16
			40%	28.5%	30.3%	32.0%
		لي قرار لا	4	3	22	29
			40%	43.0%	66.7%	58.0%
Total			10	7	33	50
			100%	100%	100%	100%

القرار كانيتخذ من إصابتك بعد * الاسرو مصاريف بتكلفة يقوم من Tableau croisé

Effectif

		القرار كانيتخذ من إصابتك بعد			Total
		بنفسك	غالبا إستشار	لي قرار لا	
الاسرو مصاريف بتكلفة يقوم من	بمفردك	5	0	3	8
		100%	0.0%	10.4%	16.0%
	الزوجة	0	7	6	13
		0.0%	43.8%	20.6%	26.0%
	الابناء	0	9	20	29
		0.0%	56.2%	69.0%	58.0%
Total		5	16	29	50
		100%	100%	100%	100%

الاصابة بعد الاسرة معاملة تغيرت هل * عجزك الى يعود لك الاسرة معاملة تغيرت هل Tableau croisé

Effectif

		الاصابة بعد الاسرة معاملة تغيرت هل		Total
		نعم	لا	
الى يعود لك الاسرة معاملة تغيرت هل عجزك	نعم	25	4	29
		69.4%	28.9%	58.0%
	لا	11	10	21
		30.6%	71.4%	42.0%
Total		36	14	50
		100%	100%	100%

والادوية العلاج بمصاريف يتفل من * المهنية الحالة Tableau croisé

Effectif

		والادوية العلاج بمصاريف يتفل من			Total
		بمفردك	الزوجة	الابناء	
المهنية الحالة	بطال	0	0	8	8
		0.0%	0.0%	22.8%	16.0%
	عامل	3	0	3	6
		100%	0.0%	8.5%	12.0%
	حرة اعمال	0	2	7	9
		0.0%	16.7%	20.0%	18.0%
	متقاعد	0	10	17	27
		0.0%	83.3%	45.7%	54.0%
Total		3	12	35	50
		100%	100%	100%	100%

Tableau croisé المستمرة الطبية المراقبة على أسرتك تسهر هل * أبناء لديك هل

Effectif

		المستمرة الطبية المراقبة على أسرتك تسهر هل		Total
		نعم	لا	
أبناء لديك هل	نعم	38	3	41
		86.4%	50.0%	82.0%
	لا	6	3	9
		13.6%	50.0%	18.0%
Total		44	6	50
		100%	100%	100%

Tableau croisé تتناولها التي بالأغذية الاسرة تهتم هل * الاجتماعية الحالة

Effectif

		تتناولها التي بالأغذية الاسرة تهتم هل			Total
		أبدا	أحيانا	غالبا	
الاجتماعية الحالة	متزوج	13	9	20	42
		86.7%	75.0%	87.0%	84.0%
	مطلق	0	0	3	3
		0.0%	0.0%	13.0%	6.0%
	ارمل	2	3	0	5
		13.3%	25.0%	0.0%	10.0%
Total		15	12	23	50
		100%	100%	100%	100%

Tableau croisé الصحية بالرعاية أسرتك تهتم هل * الاجتماعية الحالة

Effectif

		الصحية بالرعاية أسرتك تهتم هل			Total
		نعم	لا	أحيانا	
الاجتماعية الحالة	متزوج	29	9	4	42
		85.2%	81.8%	80.0%	84.0%
	مطلق	2	1	0	3
		5.9%	9.1%	0.0%	6.0%
	ارمل	3	1	1	5
		8.9%	9.1%	20.0%	10.0%
Total		34	11	5	50
		100%	100%	100%	100%