

العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري

د سلاف حمود**

سبأ سلوم*

(الإيداع: 27 كانون الثاني 2021، القبول: 19 أيار 2021)

الملخص:

يعد داء السكري مشكلة صحية عالمية، وتساهم عوامل عديدة في حدوثه منها العوامل البيئية، نمط الحياة، التاريخ العائلي، العرق والوراثة. إن داء السكري كمرض مزمن يتطلب مستوى عالي من المسؤولية الفردية لأن أغلب أنشطة العناية اليومية تقدم من قبل المريض نفسه. هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري. أجريت الدراسة في المركز السكري في محافظة اللاذقية في الفترة الواقعة بين 2020/5/29 وحتى 2020/7/29. وشملت الدراسة الحالية (150) مريض سكري من النمط الثاني. تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية المنتظمة. تم استخدام ثلاث أدوات، وتم ملء الأداة الأولى وهي استمارة البيانات الديموغرافية من قبل الباحث عن طريق المقابلة الشخصية ثم تم الطلب إلى جميع المشاركين في الدراسة الإجابة على الأداة الثانية (مقياس مركز الضبط الصحي) والأداة الثالثة (مقياس أنشطة الرعاية الذاتية). وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين مركز الضبط الخارجي المتعلق بالحظ والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري، كذلك وجدت علاقة ذات دلالة إحصائية بين مركز الضبط الصحي الداخلي والعمر ومستوى التعليم والعمل الحالي، حيث كان الضبط الداخلي أعلى لدى المرضى الأكبر سناً والحاصلين على تعليم جامعي والذين لديهم عمل حالياً. لذا يقترح بإجراء دورات تدريبية للكوادر الطبية والتمريضية في مراكز رعاية السكري حول المعالجة الغذائية للنمط الثاني من السكري و استخدام وسائل الإعلام وورشات عمل وندوات حول تعديلات نمط الحياة غير الصحية بمافي ذلك التغذية الصحية والرياضة وإيقاف التدخين وإنقاص الوزن.

الكلمات المفتاحية: مركز الضبط الصحي – الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية – مرضى السكري.

Relationship between health locus of control and compliance of self-care activities in patients with diabetes mellitus

Sulaf Hamoud**

Sabaa Saloum*

(Received: 27 January 2021, Accepted: 19 May 2021)

Abstract:

Diabetes is a global health problem and many factors contribute in its occurrence including environmental factors, life style, family history, ethnicity and heredity. Diabetes as a chronic disease requires a high level of individual responsibility because most of the daily care activities are performed by the patient himself. The aim of the study was to identify the relationship between health locus of control and compliance to self-care activities among diabetic patients. this study was conducted in the diabetes center in latakia. Data collected from 29/5/2020 to 29/7/2020. The sample comprised of (150) diabetes patient. They were chosen by the systematic random sampling method. Three tools were used, the first tool (demographic and clinical data sheet) was been filling by the researcher through a personal interview, then all patients who participated in the study were asked to answer on the second tool (health locus of control scale) and the third tool (self-care activities scale). This study found that there was an inverse significant statistical relationship between external health locus of control (chance) and adherence to self-care activities among diabetic patients, also there was a significant statistical relationship between internal health locus of control and age, level of education, current job, where internal locus of control was higher for older , college-educated patients who currently had a job. So, it is recommended to conduct training courses for medical and nursing staff in diabetes care centers, as well as to use the media, workshops and seminars on unhealthy lifestyle modifications, including healthy nutrition, sport, smoking cessation and weight loss.

Key words: health locus of control- compliance of self-care activities- diabetic patients.

*Postgraduate Student, Psychiatric and Mental Health Department. Nursing faculty. Tishreen University. Lattakia.

**Teacher, Psychiatric Nursing and Mental Health Department. Nursing faculty. Tishreen University. Latakia.

I. المقدمة:

يعتبر الداء السكري من الأمراض المزمنة والمعقدة التي تصيب عدداً كبيراً من الناس والذي ينتج عنه نتائج اقتصادية وطبية خطيرة . ووفقاً لإحصائيات الاتحاد الدولي لداء السكري لعام 2013 فإن 382 مليون شخص في العالم والذين تتراوح أعمارهم بين 40-59 عاماً مصابين بالداء السكري. والذي يتضمن 198 مليون للذكور و 184 مليون للإناث. ويتوقع أن يزداد هذا العدد بحلول عام 2035 ليصبح مايقارب 592 مليون أو واحد من كل 10 من البالغين سوف يصاب بالسكري. هذا يعادل تقريباً 3 حالات جديدة كل 10 ثواني، أو تقريباً 10 مليون كل سنة. وحسب دراسات منظمة الصحة العالمية(2009) فإن حوالي 80% من وفيات السكري تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض ، ونصفها يحدث قبل سن السبعين. لذلك يعتبر داء السكري مشكلة صحية عالمية، وتساهم العديد من العوامل في حدوثه منها العوامل البيئية، نمط الحياة، التاريخ العائلي، العرق والوراثة(1,2).

إن داء السكري كمرض مزمن يتطلب مستوى عالي من المسؤولية الفردية لأن أغلب أنشطة العناية اليومية تقدم من قبل المريض نفسه. لذلك تهدف العناية بمرضى الأمراض المزمنة إلى نقلهم من حالة المرضى المستفيدين غير الفعالين إلى مرضى فعالين مشاركين في العناية اليومية بصحتهم. ولإنجاز هذا التغيير، فإن تقوية التحكم في الذات سيكون المهمة الأساسية لمقدمي الرعاية الصحية، لتحقيق أفضل نتائج علاجية ممكنة. حيث يعتبر التحكم بالذات تركيب متعدد الأبعاد وبشكل عام يعرف بأنه "قدرة الفرد على التحكم بالأعراض والنتائج الاجتماعية النفسية والالتزام بالعلاج وتغيير نمط الحياة للتعامل مع المرض المزمن. ترسخ التحكم في الذات كمفهوم للرعاية الذاتية فهو يشير إلى قدرة الفرد نفسه على القيام بالأنشطة الضرورية للحفاظ على الصحة وتعزيزها (3).

لفت انتباه علماء النفس أن الأفراد يختلفون في طريقة إدراكهم لحجم السيطرة والضبط الذي يمتلكونه على حياتهم. لذا قدم روتر مركز الضبط الذي يعتمد على نظرية التعلم الاجتماعي التي صممها في عام 1954 ، حيث عرفه بأنه تركيب نفسي يحدد معتقدات الشخص حول درجة التحكم الشخصية التي يمكن أن يمارسها على حياته. بعد ذلك قدم **Waltson** وزملائه (1970) نظرية مركز الضبط الصحي. ويعرف بأنه "اعتقاد الشخص بأن صحته مسيطر عليها من قبل سلوكه أو قوى خارجية". فالذين لديهم مركز ضبط صحي خارجي يعتقدون بأن عوامل خارج أسلوب حياتهم مسؤولة عن حالتهم الصحية مثل: الأطباء والحظ والقدر، وذلك بعكس الذين يعتمدون على مركز الضبط الصحي الداخلي ، حيث يعتقدون أنهم أنفسهم مسؤولين عن حالتهم الصحية، حيث أن أفعالهم وسلوكياتهم بشكل مباشر تحدد صحتهم(4).

يعتقد الأفراد الذين لديهم مركز ضبط داخلي بأن نتائج أفعالهم هي حسيبة لجهودهم الذاتية الخاصة ولقدراتهم. وهم يعتقدون بأن العمل الجاد والقدرات الشخصية تؤدي إلى نتائج إيجابية. وهكذا فإن هؤلاء المرضى يفسرون التعزيزات التي يتلقونها من محيطهم بأنها مبنية على أفعالهم الخاصة. على العكس من ذلك ، يعتقد الأشخاص الذين لديهم مركز ضبط خارجي بأن أفعالهم تعتمد على عوامل خارجة عن سيطرتهم الشخصية، وأن نتائج السلوك تتم إدارتها بشكل عشوائي وتتم ضبطها من قبل قوى خارجية والتي تتضمن: قوى الآخرين، الحظ أو الصدفة ، القدر، والاعتقاد بأن العالم معقد جداً لدرجة لايمكن التنبؤ به. عموماً يقسم مركز الضبط الخارجي إلى: الضبط من قبل قوى الآخرين، والضبط من قبل الحظ أو الصدفة . يتردد أصحاب مركز الضبط الخارجي في تغيير سلوكهم ولا يرون أن سلوكهم هو المصدر الرئيسي لتغيير تعززاتهم. ويكون الأفراد الذين يمتلكون مركز ضبط داخلي أكثر قدرة على التكيف مع مشاكلهم من الأفراد الذين يمتلكون مركز ضبط خارجي ، فالأشخاص ذوي الضبط الخارجي يعتقدون بعدم وجود أي دور فعال لهم في السيطرة على حياتهم الخاصة ويظهرون سلبية في التعامل مع الأحداث التي تحصل معهم ولا يقومون بتقديم أسباب أو مبررات لأفعالهم(5).

ومن هذا المنطلق أظهرت العديد من الدراسات ارتباط مركز الضبط الصحي الداخلي لدى مرضى السكري بالحالة الصحية والنتائج العلاجية الجيدة كالدراصة التي قام بها (Abredari et al,2015) عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي وأنشطة الرعاية الذاتية على عينة مؤلفة من 120 مريض سكري في إيران حيث وجد أن هناك علاقة هامة وإيجابية بين مركز الضبط الصحي الداخلي وأنشطة الرعاية الذاتية وذلك بالمقارنة مع مركز الضبط الصحي الخارجي المتعلق بالحظ⁽⁶⁾. وفي دراسة أخرى ل (Morowatisharifabad et al,2009) عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بالحمية والعلاج في إيران على عينة مؤلفة من 120 مريض سكري حيث وجد أن الذكور أكثر ميلاً لمركز الضبط الداخلي والذي يزداد بالمستوى التعليمي مقارنةً بالإناث اللواتي أظهرن ميلاً لمركز الضبط الخارجي المتعلق بالحظ والذي يزداد بالعمر وينقص حسب المستوى التعليمي، ووجد أيضاً أن هناك علاقة إيجابية بين مركز الضبط الصحي الداخلي والالتزام بالحمية بينما العكس بالنسبة لمركز الضبط الخارجي المتعلق بالحظ⁽⁷⁾. وذكر (فايد، 2005) أن الدراسات قد أشارت إلى أن الأفراد ذوي الضبط الصحي الداخلي أكثر ميلاً للحصول على المعلومات الخاصة بالمرض والمحافظة على صحتهم⁽⁸⁾.

إن فهم الفريق التمريضي للخصائص النفسية مثل مركز الضبط لدى مرضى السكري يمكن أن يكون مفيداً في تحديد التداخلات الصحية و التمريضية الفعالة، والتي تلعب دوراً حيوياً في كون الفريق التمريضي والمرضى منفطحين على تعلم خبرات جديدة و نشر الوعي خاصةً أن هذا المكون النفسي يحدد التكيف الفعال مع المرض والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية (الحمية ، التمارين) حيث يفيد تحديد نوع الضبط لهم في تحديد البرامج التنقيفية والتدريبية لتعديل مركز الضبط الخارجي إلى مركز ضبط داخلي لتعزيز الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية الخاصة بمرضى السكري.

2. أهمية البحث وأهدافه:

2-1. أهمية البحث:

يعتبر مركز الضبط جانباً مهماً من جوانب الشخصية، حيث يعبر عن كيفية إدراك الفرد للمواقف الحياتية المختلفة وسيطرته عليها، فضلاً عن كونه سمة تساعد على التنبؤ بسلوك الفرد مما يجعله قادراً على اتخاذ القرارات حيال سلوكه والتوافق مع ذاته وبيئته. لذا من الضروري إعطاء الاهتمام لتحديد مركز الضبط الصحي لتحسين التزام المرضى. إن تحديد مركز الضبط يمكن الممرضين من تحديد مدى التنقيف الصحي اللازم لكل فرد. حيث لا توجد دراسة علمية في سوريا بحثت في تقييم العلاقة بين مركز الضبط والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية عند مرضى السكري لذلك جاءت الدراسة الحالية للتعرف على مصدر الضبط لدى مرضى السكري وعلاقته بالالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لتحديد البرامج والدراسات اللازمة فيما بعد.

2-2. هدف البحث: هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاقة بين نوع مركز الضبط الصحي و مدى الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري.

2-3. سؤال البحث:

ماهي العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري؟

3. مواد وطرق البحث:

تصميم البحث:

تم استخدام منهجية البحث الوصفي الارتباطي.

مكان وزمان البحث: أجري هذا البحث في مركز السكري التابع لوزارة الصحة في محافظة اللاذقية في الفترة الواقعة ما بين

2020/5/29 و لغاية 2020/7/29.

عينة البحث:

تم اختيار عينة مؤلفة من 150 مريض من مراجعي المركز من مرضى السكري بطريقة العينة العشوائية المنتظمة في كل يوم من أيام جمع البيانات. والذين تتوافر فيهم الصفات التالية: النمط الثاني من السكري، القدرة على التواصل اللفظي، الخلو من مضاعفات السكري (القدم السكرية، انفصال الشبكية....). وقد تم استبعاد المرضى ذوي الاضطرابات النفسية السابقة و الذين لديهم اضطرابات نفسية شديدة.

أدوات البحث:

تم جمع البيانات الخاصة بهذه الدراسة باستخدام ثلاث أدوات وهي:

الأداة الأولى: استمارة البيانات الديموغرافية الإكلينيكية:

قامت الباحثة بتطويرها وتضمنت معلومات حول (العمر، الجنس، العمل، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، تاريخ التشخيص....الخ).

I. الأداة الثانية: مقياس مركز الضبط الصحي Health Locus of Control Scale:

يهدف إلى قياس معتقدات الأفراد حول صحتهم، تم ترجمة المقياس من قبل (جبالي، 2007)⁽⁹⁾. ويتكون المقياس من 18 عبارة تقيس ثلاثة أبعاد تتمثل في: البعد الداخلي (العبارات الخاصة به: 1، 6، 8، 12، 13، 17)، والبعد الخارجي والذي يتمثل في: بعد ذوي النفوذ (العبارات الخاصة به: 1، 6، 8، 12، 13، 17) – وبعد الحظ (العبارات الخاصة به: 2، 4، 9، 11، 15، 16). وتتم الإجابة على العبارات وفقاً لمقياس ليكرت كالتالي: موافق تماماً = 5، موافق = 4، غير متأكد = 3، غير موافق = 2، غير موافق تماماً = 1. وبذلك تكون أدنى درجة 6 وأعلى درجة 30 في كل بعد من أبعاد المقياس الثلاثة، حيث كلما ازدادت الدرجات أشار ذلك إلى الاتجاه المرتفع للفرد في مصدر الضبط المتمثل بالبعد.

تم تصنيف اتجاهات المرضى في الدراسة نحو مركز الضبط الحي في أبعاد مقياس مركز الضبط الصحي كما يلي: ينقسم مقياس مركز الضبط الصحي إلى ثلاثة أبعاد في كل واحد منها 6 عبارات، حيث يتراوح مجموع إجابات المرضى على العبارات في كل بعد بين (6 و 30 درجة) فيكون مجال الإجابات (30-6=24)، وينقسم هذا المجال إلى ثلاثة فئات يكون طول الفئة الواحدة (8 = 24/3) وينتج لدينا الاتجاهات الثلاثة التالية:

1. توجه منخفض نحو مركز الضبط الصحي إذا كان مجموع الدرجات بين 6 – 14 درجة.
 2. توجه متوسط نحو مركز الضبط الصحي إذا كان مجموع الدرجات بين 15 – 22 درجة.
 3. توجه مرتفع نحو مركز الضبط الصحي إذا كان مجموع الدرجات بين 23 – 30 درجة.
- وبالنسبة للبعد الخارجي بجزأيه الحظ وذوي النفوذ فإن مجموع إجابات المرضى على العبارات في هذا البعد تتراوح (12 و 60 درجة) فيكون مجال الإجابات (60-12=48)، وينقسم هذا المجال إلى ثلاثة فئات يكون طول الفئة الواحدة (16 = 48/3) وينتج لدينا الاتجاهات الثلاثة التالية:

1. توجه منخفض نحو مركز الضبط الصحي إذا كان مجموع الدرجات بين 12 – 27 درجة.
2. توجه متوسط نحو مركز الضبط الصحي إذا كان مجموع الدرجات بين 28 – 43 درجة.
3. توجه مرتفع نحو مركز الضبط الصحي إذا كان مجموع الدرجات بين 44 – 60 درجة.

II. الأداة الثالثة: مقياس أنشطة الرعاية الذاتية Self-Care Activities Scale:

تم تنقيحه من قبل (Toobert et al, 2000)⁽¹⁰⁾، وبلغت درجة الثبات في الدراسة الحالية (0.79) نتيجة اختبار كرونباخ ألفا. يهدف المقياس لقياس مستوى التزام مريض السكري بأنشطة الرعاية الذاتية في الأيام السبعة السابقة لتطبيق المقياس. يتكون المقياس من 11 سؤال تمثل خمس مجالات كالتالي (الحمية: الأسئلة 1، 2، 3، 4، 5 – التمارين الرياضية: 6، 5 – قياس سكر

الدم: 7، 8 - العناية بالقدم: 9، 10 - التدخين: 11). يقوم المريض باختيار العدد الذي يمثل الأيام التي التزم بها الأنشطة السابقة وفقاً لمقياس ليكرت كالتالي: (0=0، 1=1، 2=2، 3=3، 4=4، 5=5، 6=6، 7=7) ما عدا السؤال الرابع يصح بالعكس والسؤال الحادي عشر، حيث يصح المريض المدخن = 1 وغير المدخن = 0. وبذلك تكون أدنى درجة 0 وأعلى درجة 71، حيث أنه كلما زادت الدرجة على المقياس كان المريض أكثر التزاماً بأنشطة الرعاية الذاتية.

تم تصنيف مستويات الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية: يتراوح مجموع إجابات المرضى على أسئلة مقياس أنشطة الرعاية الذاتية بين (0 و 71 درجة)، وينقسم هذا المجال إلى ثلاثة فئات يكون طول الفئة الواحدة ($23.67 = 3/71$) وينتج لدينا المستويات الثلاثة التالية:

1. مستوى التزام منخفض إذا كان مجموع الدرجات بين 0 - 23.66 درجة.

2. مستوى التزام معتدل إذا كان مجموع الدرجات بين 23.67 - 47.32 درجة.

3. مستوى التزام عالي إذا كان مجموع الدرجات بين 47.33 - 71 درجة.

طريقة البحث:

1. تم الحصول على الموافقة الرسمية اللازمة للقيام بالدراسة من كلية التمريض في جامعة تشرين و مديرية الصحة ومركز السكري في اللاذقية.

2. قامت الباحثة بترجمة (مقياس أنشطة الرعاية الذاتية) إلى اللغة العربية. تم عرض أداة الدراسة المترجمة على خبراء في المجالين التمريضي والطبي للتأكد من مدى مصداقية الترجمة وملائمة العبارات للبيئة السورية وسيتم إجراء التعديلات اللازمة عليها. كما أجريت دراسة استرشادية على 15 مريض من العينة (تم استبعادهم لاحقاً من الدراسة) للتأكد من وضوح الأداة وتحديد العوائق والمشاكل التي قد تحدث أثناء جمع البيانات. ولتحديد الوقت اللازم لإتمام جمع البيانات.

3. قامت الباحثة بأخذ الموافقة الشفوية من المرضى المشاركين في الدراسة بعد شرح هدف الدراسة وأهميتها. والتأكيد على سرية المعلومات والخصوصية، وضمان الانسحاب من الدراسة في أي وقت.

4. تم اختيار عينة المرضى من ضمن المراجعين لمركز السكري والذين تنطبق عليهم مواصفات العينة المشاركة بالدراسة وذلك بطريقة العينة العشوائية المنتظمة وذلك حسب الترتيب (المريض الأول ثم الثالث ثم الخامس.....).

5. تم الطلب إلى جميع المرضى المشاركين في الدراسة ملء استمارة أدوات الدراسة (الثانية، الثالثة) بعد ملء استمارة البيانات الديموغرافية الإكلينيكية، وتم ذلك بشكل فردي لكل مريض وبحضور الباحثة، واستغرق ملء الاستمارات (15-25) دقيقة لكل مريض.

6. تم حساب الثبات للأداة الثالثة من قبل الإحصائي.

7. تم في نهاية الدراسة تفرغ البيانات التي تم جمعها من المرضى وتحليلها إحصائياً باستخدام الوسائل الإحصائية المناسبة.

4.النتائج:

الجدول رقم (1): العلاقة بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية وكل من مصادر الضبط الصحي الثلاثة (داخلي، خارجي (ذوي النفوذ، حظ)) لدى مرضى السكري في العينة.

P. Value	R	SD	M	علاقة الارتباط بيرسون
0.590	0.044	14.316	37.28	الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية
		4.698	21.29	1. مصدر الضبط الداخلي
0.299	-0.085	14.316	37.28	الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية
		4.698	21.29	2. مصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ)
*0.050	-0.160	14.316	37.28	الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية
		4.107	14.29	3. مصدر الضبط الخارجي (الحظ)

$P \leq 0.05$ *

يبين الجدول (1) وجود علاقة ارتباط طردية بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية ومصدر الضبط الداخلي لدى مرضى السكري في العينة، حيث يزداد مستوى الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية كلما ازداد التوجه الداخلي لكن هذه العلاقة غير هامة من الناحية الإحصائية (مستوى المعنوية أكبر من 0.05). كما يبين وجود علاقة ارتباط عكسية بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية ومصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) لدى مرضى السكري في العينة، حيث يزداد مستوى الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية كلما انخفض التوجه الخارجي (ذوي النفوذ) لكن هذه العلاقة غير هامة من الناحية الإحصائية (مستوى المعنوية أكبر من 0.05). ويبين الجدول وجود علاقة ارتباط عكسية وضعيفة ($R = -0.160$) وهامة إحصائياً (مستوى المعنوية أقل من 0.05) بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية ومصدر الضبط الخارجي (الحظ) لدى مرضى السكري في العينة، بحيث أن الالتزام ينخفض كلما كان توجه المريض أكبر نحو مركز الضبط الصحي الخارجي (الحظ) لديه. بعد ملاحظة أن مصدر الضبط الخارجي (الحظ) هو المصدر الحائز على أهمية إحصائية في علاقته مع الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية.

الجدول رقم(2):الفروق في الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والسرييرية.

P. Value	قيمة t/f	الانحراف المعياري M	المتوسط الحسابي SD	العدد N	البيانات السرييرية والديموغرافية	
0.791	-0.266	15.31	36.9	69	ذكر	
		13.49	37.6	81	أنثى	
0.014*	2.482	13.56	39	110	50 – 40	
		15.56	32.9	40	60 – 51	
0.000**	16.278	12.03	30.8	60	اعدادي وما دون	
		11.55	35	23	ثانوي	
		14.31	43.9	67	جامعي وما فوق	
0.001*	5.972	14.32	46.8	16	عازبة/ة	
		13.55	35	120	متزوج/ه	
		14.46	38.9	9	مطلق/ة	
		12.19	53.8	5	أرمل/ة	
0.000**	4.950	13.40	43	70	يعمل	
		13.21	32.3	80	لا يعمل	
0.001**	-3.496	.8713	35.2	116	ضعيف	
		13.57	44.6	34	متوسط	
0.000**	8.933	10.04	33.2	15	أقل من 1 شهر	
		8.43	52.3	18	من 1 شهر حتى 6 أشهر	
		16.67	37.1	11	من 6 أشهر حتى 1 سنة	
		13.93	35.3	106	أكثر من 1 سنة	
0.357	1.112	14.71	38.8	97	لا يوجد	
		12.76	34.8	37	ارتفاع ضغط الدم	
		12752	30.7	11	التهاب المفاصل	
		0	51.0	1	ضخامة بروسنات	
		0	41.0	1	سرطان دم	

يبين الجدول رقم (2) الفروق في الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والسرييرية، حيث لوحظ وجود علاقة هامة إحصائياً بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية و العمر، كانت قيمة (P= 0.014) ، فكلما كان العمر أصغر كان الالتزام أفضل. كما يظهر الجدول وجود علاقة هامة إحصائياً بين درجة الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية ومستوى التعليم (P=

0.000) ، حيث كان المرضى ذوي الشهادة الجامعية وما فوق أكثر التزاماً من غيرهم، ولوحظ أيضاً من الجدول وجود علاقة هامة إحصائياً بين درجة الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية و الحالة الاجتماعية (P= 0.001)، حيث كان الآمل أكثر التزاماً من غيرهم. كما وجدت علاقة هامة إحصائياً بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية والعمل الحالي للمرضى (P= 0.000) ، فالمرضى الذين يعملون كانوا أكثر التزاماً من الذين لا يعملون. ويظهر الجدول أيضاً وجود علاقة هامة إحصائياً بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية والدخل الشهري فقد كانت قيمة (P= 0.001)، حيث كان المرضى ذوي الدخل المتوسط أكثر التزاماً من ذوي الدخل الضعيف. كما أظهر الجدول وجود علاقة هامة إحصائياً بين درجة الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية وتاريخ تشخيص المرض المبكر (P= 0.000)، فالمرضى الذين شُخص لهم المرض منذ 1 شهر حتى 6 أشهر كانوا أكثر التزاماً من غيرهم. في حين أن لم تؤثر الخصائص الأخرى (الأمراض المشخصة حالياً، الجنس) على درجة الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية فقد كانت قيمة (P= 0.357، p=0.791 على التوالي).

الجدول رقم (3): الفروق في التوجه نحو مركز الضبط الداخلي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والسريية

P. Value	قيمة t/f	الانحراف المعياري M	المتوسط الحسابي SD	العدد N	البيانات السريية والديموغرافية
0.311	1.016	3.75	.422	69	ذكر
		3.29	21.8	81	أنثى
0.001*	-3.378	3.46	21.5	110	40 – 50 سنة
		3.20	23.6	40	51 – 60 سنة
0.005**	5.418	3.81	21.1	60	اعدادي وما دون
		2.48	21.5	23	ثانوي
		3.30	23.1	67	جامعي وما فوق
0.263	1.344	2.18	21.1	16	عازب/ة
		3.61	22.3	120	متزوج/ة
		2.10	21.2	9	مطلق/ة
		5.65	20.0	5	أرمل/ة
0.006**	2.798	2.62	22.9	70	يعمل
		4.01	21.3	80	لا يعمل
0.195	-1.303	3.78	21.9	116	ضعيف
		2.30	22.7	34	متوسط
0.463	0.861	2.61	20.86	15	أقل من 1 شهر
		1.11	21.77	18	من 1 شهر حتى 6 أشهر
		2.73	22.90	11	من 6 أشهر حتى 1 سنة
		3.92	22.16	106	أكثر من 1 سنة
0.164	1.598	3.47	22.43	97	لا يوجد
		3.50	21.97	37	ارتفاع ضغط الدم
		3.66	19.63	11	التهاب المفاصل
		0	22.00	1	ضخامة بروتينات
		0	19.00	1	سرطان دم
		1.52	20.33	3	ربو

يبين الجدول رقم (3) الفروق في التوجه نحو مصدر الضبط الداخلي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والسريية، حيث يظهر وجود علاقة هامة إحصائياً بين التوجه نحو الضبط الصحي الداخلي والعمر فقد كانت قيمة (P=0.001)، حيث أن المرضى من الفئة العمرية (51-60 سنة) كانوا أكثر توجهاً نحو الضبط الصحي الداخلي. كما يظهر الجدول وجود علاقة هامة إحصائياً بين التوجه نحو الضبط الصحي الداخلي و مستوى التعليم (p=0.005)، فقد كان المرضى ذوي المستوى التعليمي جامعي وما فوق أكثر توجهاً نحو الضبط الصحي الداخلي بالمقارنة مع ذوي التعليم الثانوي و إعدادي و ما دون. كذلك أظهر الجدول وجود علاقة هامة إحصائياً بين التوجه نحو الضبط الصحي الداخلي والعمل الحالي (p=0.006)، فالمرضى الذين يعملون

كانوا أكثر توجهاً نحو الضبط الصحي الداخلي. في حين لم تؤثر الخصائص الديموغرافية والسريية الأخرى (الحالة الاجتماعية، تاريخ تشخيص المرض، الأمراض المشخصة حالياً، الجنس، الدخل الشهري) على التوجه نحو الضبط الصحي الداخلي ($p>0.05$).

الجدول رقم(4):الفروق في التوجه نحو الضبط الصحي الخارجي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والسريية

P. Value	قيمة t/f	الانحراف المعياري M	المتوسط الحسابي SD	العدد N	البيانات السريية والديموغرافية	
0.102	-1.643	6.57	.634	69	ذكر	الجنس
		6.67	36.4	81	أنثى	
0.015*	-2.466	6.38	.873	110	40 – 50 سنة	العمر
		7.01	.843	40	51 – 60 سنة	
0.006**	5.225	6.32	37.6	60	اعدادي وما دون	مستوى التعليم
		5.29	35.1	23	ثانوي	
		6.96	33.9	67	جامعي وما فوق	
0.000*	6.617	7.26	31.6	16	عازبة/ة	الحالة الاجتماعية
		6.28	36.7	120	متزوج/ه	
		3.51	30.9	9	مطلق/ة	
		7.66	29.6	5	أرملة/ة	
0.085	-1.732	6.76	34.6	70	يعمل	العمل الحالي
		6.49	6.53	80	لا يعمل	
0.010*	2.592	6.28	6.33	116	ضعيف	الدخل الشهري
		7.35	33.0	34	متوسط	
0.000**	5.225	5.94	36.0	15	أقل من 1 شهر	تاريخ تشخيص المرض
		3.58	29.8	18	من 1 شهر حتى 6 أشهر	
		7.06	31.6	11	من 6 أشهر حتى 1 سنة	
		6.51	37.9	106	أكثر من 1 سنة	
0.083	1.995	6.99	34.6	97	لا يوجد	الأمراض المشخصة حالياً
		5.21	38	37	ارتفاع ضغط الدم	
		6.63	37.4	11	التهاب المفاصل	
		0	26.0	1	ضخامة بروتينات	
		0	33.0	1	سرطان دم	
		6.02	34.7	3	ربو	

يبين الجدول رقم (4) الفروق في التوجه نحو الضبط الصحي الخارجي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية والسريية، حيث يظهر وجود علاقة هامة إحصائياً بين التوجه نحو الضبط الصحي الخارجي والعمر فقد كانت قيمة ($p=0.015$) أي أن المرضى الذين أعمارهم بين (40-50 سنة) أكثر توجهاً نحو الضبط الصحي الخارجي. كما يظهر من الجدول وجود علاقة هامة إحصائياً بين التوجه نحو الضبط الصحي الخارجي ومستوى التعليم ($p=0.006$)، فكلما ازداد مستوى التعليم انخفض التوجه نحو الضبط الصحي. كما لوحظ وجود علاقة هامة إحصائياً بين التوجه نحو الضبط الصحي الخارجي والحالة الاجتماعية ($p=0.000$)، حيث كان المرضى المتزوجين أكثر توجهاً نحو الضبط الصحي الخارجي. كذلك أظهر الجدول وجود علاقة هامة إحصائياً بين التوجه نحو الضبط الصحي الخارجي والدخل الشهري ($p=0.010$)، فالمرضى ذوي الدخل الضعيف أكثر توجهاً نحو الضبط الصحي الخارجي. أيضاً أظهر الجدول وجود علاقة هامة إحصائياً بين التوجه نحو الضبط الصحي الخارجي وتاريخ تشخيص المرض ($p=0.000$)، حيث كان المرضى الذين شُخص لهم مرض السكري منذ أكثر من سنة أكثر توجهاً نحو الضبط الصحي الخارجي. في حين أن لم تؤثر الخصائص الأخرى (الأمراض المشخصة حالياً، الجنس، العمل الحالي) على التوجه نحو مصدر الضبط الصحي الخارجي فقد كانت قيمة ($p>0.05$).

5. المناقشة:

توصلت الدراسة الحالية لوجود علاقة بين نوع مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري (الجدول 1). حيث أظهرت النتائج وجود علاقة غير هامة إحصائياً ارتباطية طردية بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية ومركز الضبط الداخلي لدى مرضى السكري في العينة، حيث يزداد مستوى الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية كلما ازداد التوجه نحو مركز الضبط الداخلي، كما أظهرت النتائج وجود علاقة هامة إحصائياً ارتباطية عكسية بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية ومركز الضبط الخارجي لدى مرضى السكري، حيث أن الالتزام ينخفض كلما كان توجه المرضى أكبر نحو مركز الضبط الصحي الخارجي (الحظ). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت له دراسة (Hameed, 2014) في الهند حيث وجدت أن المرضى ذوي الضبط الداخلي يديرون مرضهم بشكل أفضل، ويعانون مضاعفات أقل مرتبطة بالسكري النمط الثاني⁽¹¹⁾. في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع النتيجة التي توصلت لها دراسة (Al bargawi et al, 2016) في السعودية التي وجدت أن الغالبية العظمى من المرضى يعتقدون أن طبيبيهم قد أثر في إدارة مرضهم، وأن 90% منهم اعترفوا أيضاً بالقضاء والقدر أنه هو مركز الضبط الصحي المسيطر هؤلاء كانوا أكثر ميلاً للالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية⁽¹²⁾. ويمكن تبرير نتيجة الدراسة الحالية أن نتيجة الاختلاف في الاعتقاد لدى ذوي الضبط الداخلي التي تتمثل في أنهم بإمكانهم التحكم في الأحداث التي تؤثر عليهم وبالتالي يكونون أكثر استعداداً لاتباع توصيات العلاج لأنهم يعتقدون أن مسار تطور المرض قد يكون سلوكهم التعزيزي والذي يأتي من السيطرة بينما ذوي الضبط الخارجي الذين يعتقدون أن مصيرهم يتم تحديده عن طريق الصدفة أو بواسطة أشخاص آخرين وليس من خلال أفعالهم الخاصة لذلك يكونون أقل التزاماً بالعلاج لأنهم يشعرون بأن أفعالهم لا تؤثر على النتائج بشكل ملحوظ.

كما أظهرت نتيجة الدراسة الحالية وجود علاقة بين العمر والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية فكلما كان العمر أصغر كان الالتزام أفضل (الجدول 2). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت له دراسة (Bonger et al, 2018) في إثيوبيا حيث أظهرت أن مرضى السكري من الفئة العمرية (40-49) الأكثر ميلاً للالتزام بالحمية والعلاج من المرضى الذين أعمارهم أكثر من 60 عام⁽¹³⁾. في حين تختلف مع النتائج التي توصلت لها دراسة (Bensen et al, 2016) في تركيا والتي وجدت أن نشاطات الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري كانت أعلى لدى الفئة العمرية (50-60)⁽¹⁴⁾. ربما تعزى هذه النتيجة إلى أن (40%) من المرضى كان مستوى تعليمهم جامعي وما فوق فهم أكثر اطلاع على كل ما هو جديد فيما يخص مرض السكري والتزامهم

نتيجة خوفهم على صحتهم وعلى عائلتهم وتجنباً لحدوث المضاعفات الخطيرة لهم في حال عدم الالتزام، وكونهم في هذا العمر في حال الإنجاب للحفاظ على سلامة أبنائهم وإمكانية العمل بنشاط وبصحة جيدة كونهم في عمر الإنجاز. كذلك بينت نتيجة الدراسة وجود علاقة بين الحالة الاجتماعية و الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية حيث أن الأرامل والعازبين كانوا أكثر التزاماً من غيرهم (الجدول 2). وهذه النتيجة تتعارض مع دراسة (محمود، 2016) في سوريا التي وجدت أن الحالة الاجتماعية لا تؤثر على مستوى الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري⁽¹⁵⁾. يمكن أن تعزى نتيجة الدراسة الحالية بوجود علاقة بين الحالة الاجتماعية والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية بأن (80%) من المرضى كانوا متزوجين وهي نسبة عالية ستؤثر على النتيجة الإحصائية. كما أظهرت الدراسة الحالية وجود علاقة بين العمل و الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية حيث وجدت أن المرضى الذين يعملون كانوا أكثر التزاماً من الذين لا يعملون (الجدول 2). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت له دراسة (Raithatha et al, 2014) في الهند حيث وجدت أن ربات المنزل (الإناث غير العاملات) لديهم مستوى التزام ضعيف بأنشطة العناية الذاتية⁽¹⁶⁾. في حين تتعارض مع دراسة (Aschalew et al, 2019) في إثيوبيا حيث أظهرت أن العمل لا يؤثر على مستوى الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري⁽¹⁷⁾. ربما تعود هذه النتيجة إلى أن المرضى الذين يعملون يمارسون النشاط الفيزيائي بخروجهم من المنزل بشكل يومي وذلك يؤثر على الحالة النفسية لديهم ليعدل مزاجهم ويجعلهم يسيطرون على مستوى سكر الدم. كذلك أظهرت الدراسة الحالية أيضاً وجود علاقة بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية والدخل الشهري، فالمرضى ذوي الدخل المتوسط كانوا أكثر التزاماً من ذوي الدخل الضعيف (الجدول 2). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت له دراسة (Adramouch et al, 2020) في المغرب التي وجدت أن مرضى السكري ذوي الدخل المرتفع أكثر التزاماً بالنشاط الفيزيائي⁽¹⁸⁾. كما توصلت نتائج الدراسة الحالية لعدم وجود علاقة بين كل من الأمراض المشخصة حالياً، الجنس لدى مرضى السكري النمط الثاني و الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية (الجدول 2). وهذا يدعم ما توصلت له دراسة (Aschalew et al, 2019) في إثيوبيا والتي وجدت أن الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لا ترتبط بالأمراض المشخصة حالياً والجنس لدى مرضى السكري⁽¹⁷⁾. وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت له دراسة (Bensen et al, 2016) في تركيا والتي أظهرت وجود علاقة بين الجنس و درجة الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري حيث كان المرضى الذكور أكثر التزاماً من الإناث⁽¹⁴⁾.

أما بالنسبة للنتائج الخاصة بالعلاقة بين الخصائص الديموغرافية ونوع مركز الضبط عند مرضى السكري، فقد توصلت الدراسة الحالية لوجود علاقة بين نوع مركز الضبط والعمر لدى مرضى السكري، حيث كان الضبط الداخلي أعلى عند المرضى الأكبر سناً (الجدول 3) وكان الضبط الصحي خارجياً لدى المرضى الأكبر سناً (الجدول 4). وهذه النتيجة تختلف مع دراسة (عزوز، 2014) في الجزائر التي وجدت أنه لا توجد علاقة بين العمر ونوع مركز الضبط لدى مرضى السكري⁽¹⁹⁾. ويمكن أن يعود ذلك لطبيعة التنشئة العائلية للمرضى والتأثيرات الثقافية على معتقداتهم. فيما يخص مستوى التعليم، فقد توصلت الدراسة الحالية لوجود علاقة بين مستوى التعليم ونوع مركز الضبط لدى مرضى السكري، حيث لوحظ أن مركز الضبط الصحي الداخلي أعلى لدى المرضى ذوي التعليم الجامعي وما فوق (الجدول 3)، وكان مركز الضبط الصحي الخارجي أعلى لدى المرضى الحاصلين على التعليم الابتدائي (الجدول 4). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت له دراسة (عزوز، 2014) في الجزائر التي أظهرت أنه كلما انخفض المستوى التعليمي لمرضى السكري كلما كانوا أقل ميلاً للضبط الداخلي و اتجهوا أكثر نحو الضبط الخارجي⁽¹⁹⁾. في حين تختلف مع ما توصلت له دراسة (Abredari et al, 2015) في إيران التي بينت أن لا يوجد علاقة بين المستوى التعليمي لمرضى السكري ونوع مركز الضبط لديهم⁽⁶⁾. ويمكن تبرير هذه النتيجة بأن مركز الضبط الصحي يتأثر بالمستوى التعليمي للمرضى فكلما كان تحصيلهم العلمي أعلى كانوا أكثر ميلاً ليكونوا من ذوي الضبط الصحي الداخلي. بالنسبة للعمل، فقد توصلت الدراسة الحالية لوجود علاقة بين العمل و مركز

الضبط الصحي الداخلي حيث لوحظ أن المرضى الذين يعملون كانوا أكثر توجهاً نحو الضبط الداخلي (الجدول 3). وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت له دراسة (بركات، 2016) في سوريا والتي وجدت أن المريضات العاملات اللواتي كانت النسبة الأكبر منهن من ذوات مركز الضبط الداخلي⁽²⁰⁾. في حين تختلف مع ما توصلت له دراسة (Abredari et al, 2015) في إيران التي وجدت أنه لا يوجد علاقة بين العمل ونوع مركز الضبط لدى مرضى السكري⁽⁶⁾. ويمكن تبرير هذه النتيجة بأن المرضى ذوي الضبط الصحي الداخلي أكثر طموحاً ومعرفةً وبيدولون جهوداً للإنجاز ويتحملون المسؤولية. فيما يخص الحالة الاجتماعية، فقد توصلت الدراسة الحالية لوجود علاقة بين الحالة الاجتماعية ومركز الضبط الصحي الخارجي، حيث لوحظ أن المرضى المتزوجين كانوا أكثر توجهاً للضبط الخارجي (الجدول 4). وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت له دراسة (بركات) في سوريا عام 2016 التي وجدت أن نسبة مركز الضبط الخارجي تزداد عند مريضات سرطان الثدي الأرامل⁽²⁰⁾. يمكن أن تعزى نتيجة الدراسة الحالية بوجود علاقة بين الحالة الاجتماعية ومركز الضبط الصحي الخارجي بأن (80%) من المرضى كانوا متزوجين وهي نسبة عالية وبالتالي ستؤثر على النتيجة الإحصائية. فيما يتعلق بالدخل الشهري، فقد توصلت الدراسة الحالية لوجود علاقة بين الدخل الشهري ومركز الضبط الصحي الخارجي، حيث لوحظ أن المرضى ذوي الدخل الضعيف كانوا أكثر توجهاً للضبط الخارجي (الجدول 4). وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت له دراسة (Abredari et al, 2015) في إيران التي وجدت أن مرضى السكري النمط الثاني ذوي الدخل المرتفع يميلون أكثر للضبط الخارجي⁽⁶⁾. يمكن أن تعزى نتيجة الدراسة الحالية إلى أن المرضى بهذا الاعتقاد يتمكنون من توفير متطلبات الصحة كونهم غير قادرين على تحمل الأعباء المادية الأخرى بسبب الدخل الضعيف. فيما يخص تاريخ تشخيص المرض، فقد توصلت الدراسة الحالية لوجود علاقة بين تاريخ تشخيص المرض و مركز الضبط الصحي الخارجي، حيث لوحظ أن المرضى الذين شُخص لهم مرض السكري منذ أكثر من سنة أكثر توجهاً للضبط الصحي الخارجي (الجدول 4). وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت له دراسة (Morowatisharifabad et al, 2009) في إيران التي أظهرت أنه لا يوجد ارتباط بين تاريخ تشخيص المرض ونوع مركز الضبط لدى مرضى السكري⁽⁷⁾. ربما تعود هذه النتيجة إلى أن المرضى يعتقدون بأن مصدر صحتهم والسيطرة على مرضهم بيد الأطباء وذوي النفوذ، حيث كان أكثر من ثلثي العينة تجد أن اتباع إرشادات الطبيب أفضل وسيلة للحفاظ على صحتهم.

6. الاستنتاجات:

توصلت الدراسة الحالية إلى أن :

1. هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عكسية بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية ومصدر الضبط الخارجي الحظ لدى مرضى السكري.
2. كما وجدت الدراسة الحالية علاقة ذات دلالة إحصائية بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية والعمر ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية والعمل الحالي والدخل الشهري وتاريخ تشخيص المرض حيث كان مستوى الالتزام أعلى عند المرضى الأصغر سناً والحاصلين على الشهادة الجامعية وما فوق والأرامل والعازبين والذين يعملون حالياً وذوي الدخل المتوسط وممن شُخص لهم المرض منذ 1 شهر حتى 6 أشهر.
3. كذلك وجدت الدراسة علاقة ذات دلالة إحصائية بين مركز الضبط الصحي الداخلي والعمر ومستوى التعليم والعمل الحالي، حيث كان الضبط الداخلي أعلى لدى المرضى الأكبر سناً والحاصلين على تعليم جامعي والذين لديهم عمل حالياً.
4. كما وجد أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مركز الضبط الصحي الخارجي و العمر ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية والدخل الشهري وتاريخ تشخيص المرض، حيث كان مركز الضبط الخارجي أعلى عند المرضى الأصغر سناً

والحاصلين على تعليم ابتدائي والمرضى المتزوجين وذوي الدخل الضعيف والذين شخص لهم مرض السكري منذ أكثر من سنة.

6.التوصيات:

1. إجراء هذه الدراسة على عينة أكبر تشمل النوع الأول والثاني لمرضى السكري.
2. دراسة تأثير برنامج تدريبي حول مركز الضبط الصحي لتحسين مستوى الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى داء السكري.
3. إجراء دراسة حول دور الدعم الاجتماعي الأسري في درجة الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري.
4. إجراء دراسة حول العوامل المؤثرة في نوع مركز الضبط الصحي.
5. إجراء دراسة حول العوامل المؤثرة في مستوى الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري.
6. إجراء دورات تدريبية للكوادر الطبية والتمريضية في مراكز رعاية السكري حول المعالجة الغذائية للنمط الثاني من السكري .
7. استخدام وسائل الإعلام وورشات عمل وندوات حول تعديلات نمط الحياة غير الصحية بما في ذلك التغذية الصحية والرياضة وإيقاف التدخين وإنقاص الوزن.

8.المراجع:

- 1.Stringhini S, Sabia S, Shipley M, et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. JAMA. 2010; 303: p 1159–66.
- 2.Bener A, Zerie M, Musallam M, khader YS, Al-hamaq AOAA. Prevalence of metabolic syndrome according to Atp Syndr Relat Disord.2009,7:221–30.
- 3.Shaw J E, Sicree R A, &. Zimmet P Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes research and clinical practice (2010), 87(1), 4–14.
4. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Naides SA. The development and validation of the health-related locus of control (HLC) scale. Journal of consulting and clinical psychology.1976;44:580–585.
5. Anderson C R, Schneier C E. Locus of control, leader behavior and leader performance among management students. Academy of Management Journal. (1978);21(4):690–698.
6. Abredari H, Bolourchifard F, Rassouli M, Nasiri N, Taher M, Abedi a. Health locus of control and self-care behaviors in diabetic foot patients. Medical Journal of the Islamic republic of iran.2015.29(1):1083–1087.
- 7.Morowatishabad M, Mazloomy S, Baghianimog hadam M, Rouhani Tonekaboni N. Relationship between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. Journal of research in health sciences 2009;9(1):37–44.
- 8.فايد، حسين. ضغوط الحياة والضبط المدرك والمساندة الاجتماعية كمنبهات بالأعراض النفسيوسوماتية لدى عينة غير إكلينيكية، دراسات نفسية، المجلد 13، القاهرة، 2005.

9. جبالي، نورالدين. علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة باتنة، الجزائر، 2007.
10. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: result from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care* 2000, 23:943–950.
11. Hameed S. Diabetes management: Assessing health locus of control. *Asian review of social sciences*. ARSS Vol 3 No 1, 2014, pp.33–38.
12. Al Bargawi M, Senthen J, Gannas A, kelber Sh. Perception of persons with type 2 diabetes mellitus in Saudi Arabia. *Intrnational Journal of Nursing Sciences*.2016:39–44.
13. Bonger Z, Shiferaw S, Tariku E. Adherence to diabetic self-care practices and its association factors among patients with type 2 diabetes in Addis Ababa, Ethiopia.2018:12 963–970.
14. Bensen D, Gunusen NI. Predictor effect of locus of control (LOC) on self-care activities and metabolic control in individuals with type 2 diabetes. 2016. *PEERJ*.44–17.
15. محمود، وفاء. العوامل المرتبطة مع سوء ضبط سكر الدم عند مرضى السكري من النمط الثاني. مجلة التشخيص المخبري، المجلد 6، العدد 1، سوريا.2011.
16. Raithatha SH, Shankar s, Dinesh k. Self-care practices among diabetic patients in an and district of Gujarat.2014.
17. Aschalew A, Yitayal M, Minyihun A and Bisetegen T. Self-care practices and association factors among patients with diabetes mellitus on follow up at university of Gondar Referral Hospital, Gondar, Northwest Ethiopia.2019,12:159.
18. Adarmouch I, Sebbani M, Dahmash I, Amine M. Self-care activities among patients with type 2 diabetes in Morocco: Prevalence and Determinants. *Open Journal of Epidemiology*,2020,10:55–65.
19. عزوز، أسمهان. مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. أطروحة دكتوراه في علم النفس. كلية الآداب والعلوم الإنسانية. جامعة باتنة (الجزائر).2014.
20. بركات، فارس. العلاقة بين مركز الضبط والاكنتاب لدى مريضات سرطان الثدي في اللاذقية. رسالة ماجستير في التمريض النفسي والصحة العقلية. مجلة البحوث والدراسات العلمية في جامعة تشرين(سوريا). المجلد (38). العدد (6).2016.