دور المعرفة الصحية والدعم الاجتماعي في *التكيف النفسي لدى مرضى السكري دراسة في اطار صحة المجتمع*

نجوى رمضان الرويمي[1*]، فاطمة مفتاح المنتصر[2]، امال ونيس الصقر[3]

[1] القسم: الاعداد , كلية العلوم والتقنيات الطبية , طرابلس , ليبيا

[2]القسم: الصحة العامة , كلية العلوم والتقنيات الطبية , طرابلس , ليبيا

[3]القسم: الصحة العامة , كلية العلوم والتقنيات الطبية , طرابلس , ليبيا

Najwa Ramadan Al-Rawimi [1 *], Fatima Muftah Al-Muntasir[2], Amal Wanis Al-Saqr[3]

[1] Department of Preparatory, College of Science and Medical Technologies, Tripoli, Libya

[2, 3] Department of Public Health, College of Science and Medical Technologies, Tripoli, Libya

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل العلاقة بين الدعم الاجتماعي، والمعرفة الصحية، والحالة النفسية، وأثرها على مستوى التكيف النفسي لدى مرضى السكري في ليبيا. استخدم الباحثون المنهج الوصفي التحليلي الكمي، وجُمعت البيانات من عينة قصدية مكوّنة من 103 مشاركًا باستخدام استبيان إلكتروني مقنن يغطي ثلاثة محاور رئيسية: التكيف النفسي، الدعم الاجتماعي، والمعرفة الصحية. وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS، عبر اختبارات Tللعينات المستقلة، ومعاملات الارتباط، والانحدار الخطي.

أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في بُعدي الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية، بينما لم تكن الفروق دالة في التكيف النفسي. كما بيّنت النتائج وجود علاقات ارتباط موجبة دالة بين المتغيرات الثلاثة، وفسر نموذج الانحدار 49% من التباين في التكيف النفسي. توصي الدراسة بدمج الأبعاد النفسية والاجتماعية والمعرفية في تصميم برامج الرعاية الصحية، وبتوسيع الأبحاث لتشمل المتغيرات الاقتصادية والثقافية.

الكلمات المفتاحية: التكيف النفسي، الدعم الاجتماعي، المعرفة الصحية، مرض السكري، ليبيا.

Aabstract

This study aims to analyze the relationship between social support, health knowledge, and psychological wellbeing and their impact on the psychological adjustment of diabetic patients in Libya. A quantitative descriptive-analytical approach was adopted, and data were collected from a purposive sample of 103 participants using a structured online questionnaire covering three core dimensions: psychological adjustment, social support, and health knowledge. Data were analyzed using SPSS through independent samples T-tests, Pearson correlations, and linear regression analysis.

The results revealed statistically significant differences between males and females in social support and health knowledge, but not in psychological adjustment. Strong

positive correlations were found between all variables, and the regression model accounted for 49% of the variance in psychological adjustment. The study recommends integrating psychological, social, and cognitive components into diabetes care programs and expanding future research to include economic and sociocultural factors.

Keywords: Psychological adjustment, Social support, Health knowledge, Diabetes, Libya

مقدمة:

يُعد مرض السكري من أبرز التحديات الصحية المزمنة في القرن الحادي والعشرين، إذ تشير تقديرات الاتحاد الدولي للسكري إلى أن عدد المصابين عالميًا بلغ نحو 537 مليون شخص في عام 2021، ويتوقع أن يتجاوز 643 مليونًا بحلول عام 2030 (International Diabetes Federation [IDF], 2023). تتعدد آثار المرض لتشمل ليس فقط الصحة الجسدية، بل تمتد إلى الجوانب النفسية والاجتماعية والمعرفية، خصوصًا في البلدان النامية التي تفتقر إلى نظم دعم شاملة.

في ليبيا، يشكل السكري تحديًا معقدًا بسبب محدودية التثقيف الصحي، وضعف إدماج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي ضمن منظومة الرعاية الصحية. تشير دراسات محلية (قنون، 2023؛ موسى، 2021) إلى ارتفاع مستويات التوتر والاكتئاب بين مرضى السكري، ما يؤكد الحاجة إلى فهم أعمق للعوامل النفسية والاجتماعية والمعرفية التي تسهم في التكيف مع المرض.

تشير دراسات محلية إلى أن النظام الغذائي التقليدي في ليبيا، الذي يعتمد بشكل أساسي على أطعمة غنية بالكربوهيدرات مثل الكسكسي، الخبز الأبيض، والحلويات، يُعد من العوامل المؤثرة في ارتفاع معدلات السمنة بين النساء الليبيات. فقد أظهرت دراسة ميدانية أجريت في طرابلس أن ما نسبته 44% من النساء يعانين من السمنة، وكانت هذه النسبة مرتبطة بأنماط غذائية واجتماعية متكررة في الحياة اليومية (الشريف، 2020).

هذه المؤشرات تؤكد ضرورة النظر في أثر العادات الغذائية الليبية على التكيف مع الأمراض المزمنة، ومنها السكري، مما يبرز الحاجة إلى تحليل الأبعاد النفسية والاجتماعية والمعرفية المرتبطة بإدارة المرض

الإطار النظري:

ترتكز هذه الدراسة على ثلاثة نماذج نظرية رئيسية تُفسر آليات التكيف لدى مرضى الأمراض المزمنة:

أولا: نظرية المواجهة النفسية (Lazarus & Folkman, 1984)

تُعرّف التكيف بأنه العملية التي يقوم بها الفرد لتقييم مصادر الضغط والاستجابة لها باستخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية. تُصنّف المواجهة إلى موجهة نحو المشكلة أو نحو الانفعال، وكلاهما ضروري للتعامل مع الأمراض المزمنة كمرض السكري.

ثانيا: نظرية الدعم الاجتماعي (Cohen & Wills, 1985)

ترى أن الدعم الاجتماعي يعمل كعازل وقائي ((buffering effect) يخفف من تأثير الضغوط على الصحة النفسية. يُعد الدعم من الأسرة والمجتمع والمختصين عنصرًا حاسمًا في التكيف مع المرض، ويؤثر إيجابيًا على الامتثال للعلاج وتقليل أعراض الاكتئاب والقلق (.DiMatteo, 2004)

ثالثا: النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Engel, 1977)

الدراسات السابقة.

تنوعت البحوث السابقة التي تناولت التكيف مع مرض السكري بحيث:

تناولت دراسة إبراهيم (2018) التكيف النفسي والاجتماعي لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وخلصت إلى وجود فروق مرتبطة بالعمر والنوع، لكنها لم تُدرج البعد المعرفي ضمن نموذجها التحليلي.

ركزت دراسة عبد القادر (2021) على الدعم الأسري وتأثيره على التكيف النفسي، دون النظر إلى تأثير المعرفة الصحية، مما حصر التحليل في بعد واحد من أبعاد التكيف.

ناقشت دراسة موسى (2021) أثر التثقيف الصحي في تحسين وعي المرضى، لكنها لم تربط هذا العامل بالحالة النفسية أو الاجتماعية، مما جعل نتائجها غير تكاملية.

في السياق الأجنبي، أكدت دراسة Helgeson & Novak (2007) دور الدعم الاجتماعي في تحسين التكيف لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

بينت دراسة Funnell & Anderson (2004)أن المعرفة الصحية الجيدة تسهم في التفاعل الإيجابي مع المرض، لكنها لم تختبر العلاقة التنبؤية بين المعرفة والصحة النفسية بشكل إحصائي مباشر.

التحليل النقدي وتميز الدراسة الحالية:

ورغم القيمة العلمية للدراسات السابقة، إلا أنها تعاني من نقاط ضعف منهجية يمكن تلخيصها في:

- التركيز على بعد واحد أو بعدين فقط من أبعاد التكيف.
- غياب العلاقة التفاعلية بين المتغيرات الثلاثة (الدعم، المعرفة، التكيف).
- ضعف التوظيف المحلي للنماذج النظرية النفسية المتكاملة.

تُميز الدراسة الحالية نفسها عبر:

دمج الأبعاد الثلاثة (النفسي، الاجتماعي، المعرفي) في نموذج تحليلي واحد وايضا تميزت باختبار قدرة المتغيرات المستقلة على التنبؤ بالتكيف النفسي باستخدام تحليل الانحدار.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

مشكلة الدراسة:

رغم تعدد الدراسات الدولية والعربية التي تناولت بعض جوانب التكيف مع مرض السكري، إلا أن السياق الليبي لا يزال يفتقر إلى نموذج تحليلي شامل يدمج بين الأبعاد النفسية والاجتماعية والمعرفية. تشير دراسات محلية (إبراهيم، 2018؛ عبد القادر، 2021) إلى تباين واضح في مستوى الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية، مع غياب برامج نفسية تخصصية مرافقة لعلاج السكري. وتُظهر التقارير الوطنية نقصًا في دمج البعد النفسي والاجتماعي ضمن الرعاية الصحية العامة (وزارة الصحة الليبية، 2022).

بناءً عليه، تتجلى مشكلة الدراسة في التساؤل التالي: ما العلاقة بين الدعم الاجتماعي، والمعرفة الصحية، والحالة النفسية، وقدرتها التنبؤية بالتكيف لدى مرضى السكري في ليبيا؟

أهداف الدراسة:

1-قياس مستوى التكيف النفسي والاجتماعي والمعرفي لدى مرضى السكري في ليبيا.

2-تحديد الفروق في أبعاد التكيف وفقًا لمتغير الجنس.

3-تحليل العلاقة بين الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية والتكيف النفسي.

4-اختبار قدرة المعرفة الصحية والدعم الاجتماعي على التنبؤ بالتكيف النفسي.

أهمية الدراسة:

الأهمية العلمية:

تسهم هذه الدراسة في إثراء الأدبيات النفسية والاجتماعية في السياق الليبي من خلال دمج الأبعاد الثلاثة في نموذج تحليلي متكامل، وهو ما لم يتم تناوله محليًا من قبل.

الأهمية التطبيقية:

يمكن الاستفادة من النتائج في تصميم برامج دعم نفسي ومعرفي تستند إلى أدلة كمية، مما يعزز فعالية الرعاية الصحية الموجهة لمرضى السكري.

الأهمية المجتمعية:

تعزز نتائج الدراسة من وعي صناع القرار ومقدمي الخدمات الصحية حول أهمية دمج الجوانب النفسية والاجتماعية والمعرفية في خطط العلاج، خاصة في بيئات تعاني من تحديات تنموية.

منهجية الدراسة:

نوع الدراسة وتصميمها:

تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الكمي بهدف قياس وتحليل العلاقة بين المتغيرات الثلاثة.

مجتمع وعينة الدراسة:

يتكوّن مجتمع الدراسة من مرضى السكري في المدن الليبية الكبرى. تم اختيار عينة قصدية مكونة من (103) مشاركًا ممن تنطبق عليهم الشروط التالية:

الإصابة بالسكري منذ سنة على الأقل.

العمر فوق 18 عامًا.

القدرة على استخدام الإنترنت لملء الاستبيان.

وقد تم جمع البيانات باستخدام استبيان إلكتروني وُزّع عبر مجموعات طبية ومجتمعية على وسائل التواصل الاجتماعي. ورغم أن هذه الطريقة سمحت بالوصول السريع إلى المشاركين، إلا أنها قيدت التوزيع الجغرافي للعينة، حيث اقتصرت غالبًا على الأفراد القادرين على استخدام الإنترنت، مما قد يُضعف تمثيل المناطق خارج نقاط الاتصال و بهدف ضمان شمولية المشاركة، يُتاح للمرضى الذين يواجهون صعوبات في استخدام الوسائل الرقمية الاستعانة بشخص مُساعِد (كأحد أفراد العائلة أو مقدم الرعاية) لقراءة الأسئلة عليهم وتسجيل إجاباتهم بدقة، ومن ثم تعبئة الاستبيان إلكترونيًا وإرساله عبر النظام المُعد لهذا الغرض.

أداة الدراسة:

تم بناء استبيان مكوّن من ثلاثة مقاييس فرعية:

1-مقياس التكيف النفسي: 6 بنود

2-مقياس الدعم الاجتماعي: 6 بنود

3-مقياس المعرفة الصحية: 6 بنود

تم اعتماد مقياس ليكرت الخماسي (لا تنطبق إطلاقًا، لا تنطبق, محايد تنطبق, تنطبق تمامًا).

الصدق والثبات:

الصدق الظاهري تم التحقق منه من خلال عرض الأداة على لجنة من 5 خبراء.

الثبات الداخلي تم قياسه عبر معامل كرونباخ

الفرضيات الإحصائية:

نوع التحليل	الفرضية الصفرية(H_0)	الفرضية البديلة(H_1)
اختبارT	لا توجد فروق بين الذكور والإناث في التكيف الاجتماعي والمعرفي	توجد فروق دالة بين الذكور والإناث في التكيف الاجتماعي والمعرفي
معامل الارتباط كاي تربيع	لا توجد علاقة بين الجنس ومستوى الدعم أو المعرفة	توجد علاقة دالة بين الجنس ومستوى الدعم أو المعرفة
تحليل الانحدار	المعرفة والدعم لا يتنبآن بالتكيف النفسي(B=0)	المعرفة والدعم يتنبآن بالتكيف النفسي (B≠0)

التحليل الإحصائي

تم استخدام برنامج SPSS(الإصدار 26) لتحليل البيانات وفق الخطوات التالية:

- التحليل الوصفي (المتوسطات، الانحرافات المعيارية).
- اختبار Tللفروق بين الجنسين.
- معامل الارتباط بين الابعاد
- تحليل انحدار خطي لتفسير التكيف النفسي.

النتائج:

الثبات الداخلي (كرونباخ ألفا)

تم قياس الثبات الداخلي لمقاييس الدراسة باستخدام معامل كرونباخ ألفا، وكانت النتائج كما يلي:

ألفا وكانت النتائج:

الجدول (1): معامل الثبات (كرونباخ ألفا)

المقياس	معامل كرونباخ ألفا
التكيف النفسي	0.87
الدعم الاجتماعي	0.83
المعرفة الصحية	0.85

يوضح هذا الجدول معامل الثبات الداخلي (كرونباخ ألفا) لكل مقياس. جميع القيم تفوق 0.80، ما يدل على اتساق داخلي جيد جدًا، ويُشير إلى أن البنود داخل كل مقياس (التكيف، الدعم، المعرفة) تقيس المفهوم نفسه بموثوقية عالية. هذا الثبات ضروري لضمان دقة النتائج وعدم تشويهها بسبب أدوات قياس ضعيفة أو غير متسقة.

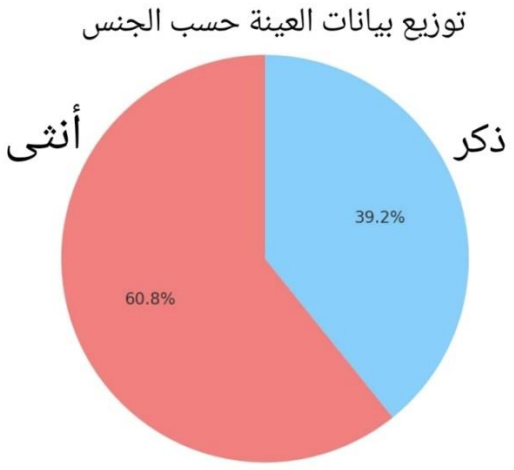
مما يشير إلى مستوى ثبات مرتفع في المقاييس الثلاثة وكانت جميعها أعلى من 0.80، مما يعكس اتساقًا داخليًا جيدًا وأداة موثوقة إحصائيًا.

البيانات الديموغرافية للعينة

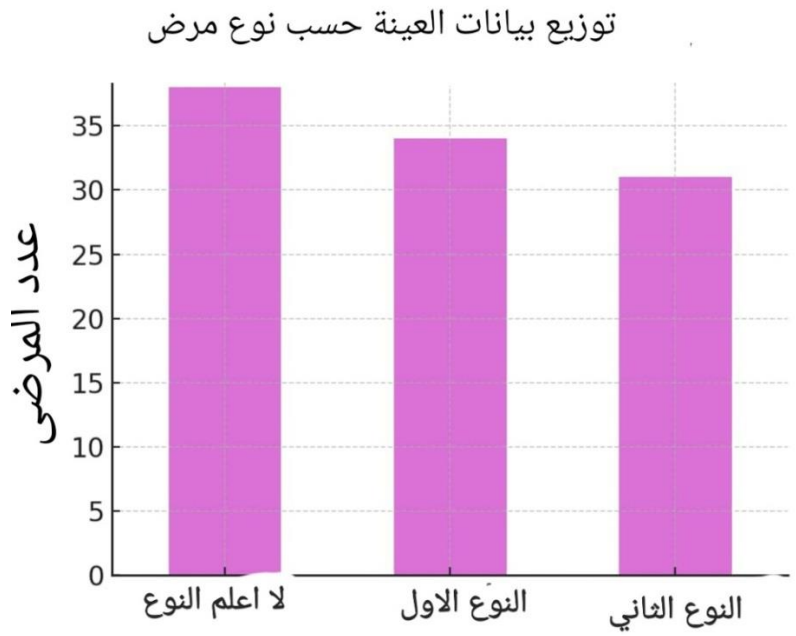
يعرض هذا القسم التوزيع التكراري للخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة، والتي تكونت من 103 مشاركًا من مرضى السكري في ليبيا .تُبرز هذه الخصائص تنوع العينة من حيث الجنس، الفئة العمرية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، نوع مرض السكري، ومدة الإصابة، مما يعزز من صلاحية النتائج.

الجدول :(1)التوزيع التكراري للخصائص الديموغرافية

المتغير	الفئة	التكرار
الجنس	أنثى	62
	ذكر	40
الفئة العمرية	أقل من 30	15
	30–39	13
	40–49	16
	50–59	43
	أقل من 30	15
الحالة الاجتماعية	متزوج	65
	أعزب	26
	أرمل/مطلق	2
المستوى التعليمي	ابتدائي أو أقل	24
	إعدادي	25
	ثانوي	39
	جامعي فأعلى	15
نوع السكري	لا اعلم	38
	النوع الأول	34
	النوع الثاني	31
مدة الإصابة (سنة)	أقل من سنة	9
	من 1 إلى 5 سنوات	27
	أكتر من 5 سنوات	67



الشكل البياني :(1)توزيع العينة حسب الجنس



الشكل البياني :(2)توزيع بيانات العينة نوع مرض السكري

تشير نتائج الجدول والاشكال البيانية إلى أن غالبية المشاركين كانوا من الإناث)حوالي (60%، مما قد يُعزى إلى استجابتهم الأكبر للاستبيانات الإلكترونية .كما كانت الفئة العمرية السائدة هي 59–50سنة، وهو ما يتماشى مع الدراسات التي تشير إلى زيادة انتشار السكري مع التقدم في العمر .معظم المشاركين كانوا متزوجين، مما قد يسهم في توفر دعم اجتماعي جيد .أما من حيث التعليم، فإن أغلب العينة كانت ضمن التعليم الثانوي أو أقل، مما يعكس أهمية التوعية الصحية المبسطة .كذلك، توزعت الإصابة بأنواع مختلفة من السكري، وكانت الغالبية مصابة منذ ثلاث سنوات، ما قد يشير إلى وعي حديث بالتشخيص

التحليل الوصفي لعينة الدراسة:

أولاً : التكيف النفسي لدى مرضى السكر .

الجدول (2) : المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعد التكيف النفسي

العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أشعر بالقلق من مضاعفات السكري	4.21	0.89
أستطيع السيطرة على مشاعري تجاه المرض	3.12	1.01
أعاني من نوبات اكتئاب بسبب حالتي الصحية	3.87	0.95
أشعر بالأمان عند تلقي الرعاية الطبية	2.95	1.11

أستخدم استراتيجيات فعالة للتأقلم مع السكري	3.49	0.84
أشعر بالإرهاق النفسي من المتابعة اليومية	3.55	0.91
متوسط التكيف النفسي الكلي	**3.53**	**0.72**

تشير النتائج ان المتوسط الكلي لبعد التكيف النفسي (3.53)إلى مستوى متوسط يميل إلى الإرتفاع ن مما يعكس وجود قدر مقبول من التكيف لدى العينة إلا أن ارتفاع متوسط عبارة " القلق من مضاعفات السكري " (4.21) يدل على وجود قلق واضح يجب التعامل معه نفسياً . كما أن انخفاض متوسط الشعور بالأمان (2.92) يشير إلى فجوة في الدعم الطبي أو النفسي يشعر بها المرضى .

ثانياً :التكيف الاجتماعي لدى مرضى السكري .

الجدول (2) : المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعد التكيف الاجتماعي

العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أحضى بدعم من العائلة في التعامل مع السكري	3.95	0.88
أشارك في المناسبات الاجتماعية كالسابق	3.41	1.02
أتعرض لمواقف أشعر فيها بالعزلة بسبب حالتي الصحية	3.18	0.96
أتمتع بعلاقات اجتماعية إيجابية بعد التشخيص	3.72	0.85
أتلقى دعماً من الأصدقاء في التعايش مع المرض	3.56	0.91
لدي القدرة على الحفاظ على نمط حياتي الاجتماعي	3.33	0.98
متوسط التكيف الاجتماعي الكلي	**3.52**	**0.67**

من خلال نتائج الجدول يعكس المتوسط الكلي (3.52) مستوى متوسطاً إلى مرتفع من التكيف الاجتماعي ، حيث حصلت عبارة "أحضى بالدعم الاجتماعي من العائلة"، على أعلى متوسط (3.95)، مما يدل على أهمية الدور الأسري . بالمقابل تعبير المرضى عن الشعور بالعزلة متوسط (3.18) يشير إلى تحدٍ اجتماعي يحتاج إلى مزيد من التدخل الاجتماعي .

ثالثاً : التكيف المعرفي لدى مرضى السكري .

الجدول (3) :المتوسطات والانحرافات المعيارية لبعد التكيف المعرفي

العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
لدي معلومات كافية عن مرض السكري ومضاعفاته	3.76	0.86
أعرف كيفية استخدام الأدوية وتنظيم الجرعات	3.94	0.79
أحرص على متابعة مستوى السكر بشكل منتظم	4.02	0.91
أتعلم باستمرار عن مستجدات العلاج	3.25	1.03
أواجه صعوبة في فهم التوجيهات	3.89	1.12

الطبية		
استطيع اتخاذ قرارات مناسبة بشأن نمط حياتي الغذائي	3.66	0.90
متوسط التكيف المعرفي الكلي	**3.59**	**3.59**

من خلال نتائج الجدول يعكس المتوسط الكلي (3.59) مستوى متوسطاً إلى مرتفع من التكيف المعرفي أحرص على متابعة مستوى السكر بشكل منتظم ، حيث حصلت عبارة " أحرص على متابعة مستوى السكر بشكل منتظم "، على أعلى متوسط (4.02)، مما يدل على أهمية الدور التوعوي للمريض . بالمقابل تعبير المرضى عن حرصهم على التعلم المستمر عن مستجدات المرض (3.25) يشير إلى ضرورة توفير البرامج التوعوية المستمرة للمريض.

اختبار T لعينتين مستقلتين حسب الجنس:

الجدول (4) : الفروق حسب الجنس في أبعاد التكيف باستخدام اختبار (T_Test) .

البعد	الجنس	المتوسط	الإنحراف المعياري	القيمة التائية T	الدالة الإحصائية (Sig)
التكيف النفسي	ذكر	3.45	0.62	1.32	0.19
	أنثى	3.31	0.65		
التكيف الاجتماعي	ذكر	3.64	0.58	2.14	0.035
	أنثى	3.41	0.71		
التكيف المعرفي	ذكر	3.71	0.61	2.67	0.009ا
	أنثى	3.43	2.82		

يُبيّن هذا الجدول الفروق بين الذكور والإناث في أبعاد الدراسة. يظهر أن الذكور سجلوا درجات أعلى بشكل دال إحصائيًا في الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية، وهو ما قد يُفسر بثقافة المجتمع الليبي حيث قد يحظى الذكور بدعم اجتماعي أكثر، ويصلون إلى مصادر المعرفة بشكل أسهل. أما التكيف النفسي، فلم تكن الفروق دالة، مما يعكس تقاربًا بين الجنسين في هذا الجانب.

معامل الارتباط:

الجدول (5) : معاملات الإرتباط بين أبعاد التكيف النفسي والاجتماعي والمعرفي لدى مرضى السكري

البعد	التكيف النفسي	التكيف الاجتماعي	التكيف المعرفي
التكيف النفسي	1	0.61 **	0.58**
التكيف الاجتماعي	0.61 **	1	0.66**
التكيف المعرفي	0.58 **	0.66 **	1

تكشف معاملات الارتباط عن علاقة موجبة قوية بين المتغيرات الثلاثة. وهذا يعني أنه كلما زاد الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية، زاد التكيف النفسي. ويُعزز هذا النمط من العلاقة صحة النموذج النظري المعتمد في الدراسة، ويؤكد ترابط هذه الأبعاد في تشكيل استجابة المريض لمرضه المزمن.

تحليل الانحدار:

الجدول (6) : نتائج تحليل الإنحدار الخطي المتعدد للتنبؤ بالتكيف النفسي من خلال التكيف الاجتماعي والمعرفي (ن =103

المتغير المستقل	معامل الإنحدار (B)غير المعياري	الخطأ المعياري (SE)	Beta المعياري	t	مستوى الدلالة (sig)
(الثابت)	11.24	1.78	-	6.32	0.000
التكيف الاجتماعي	0.45	0.12	0.42	3.75	0.000
التكيف المعرفي	0.29	0.11	0.31	2.64	0.000

يوضح تحليل الانحدار أن كلًا من الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية يساهمان بشكل دال في التنبؤ بالتكيف النفسي. فكل زيادة بمقدار وحدة واحدة في الدعم أو المعرفة تؤدي إلى ارتفاع ملحوظ في التكيف. ويبلغ تفسير النموذج (R^2) ما نسبته 49%، وهي نسبة مرتفعة نسبيًا في الدراسات النفسية والاجتماعية، ما يدل على قوة النموذج وتفسيره الجيد للسلوك التكيفي لدى مرضى السكري.

المناقشة:

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن مرضى السكري في ليبيا يتمتعون بمستوى متوسط يميل إلى الارتفاع من التكيف النفسي والاجتماعي والمعرفي، وهو ما يُعد مؤشرًا على قدرة هؤلاء الأفراد على تطوير استجابات تكيفية فعّالة في مواجهة متطلبات المرض المزمن. ويُفسَّر هذا المستوى التكيفي في ضوء الطبيعة المعقدة لمرض السكري، الذي يستلزم تعديلات دائمة في نمط الحياة والسلوك الصحي، ويحفز تفاعلات معرفية وانفعالية واجتماعية متعددة المستويات.

وقد بيّنت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقات ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين كل من الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية من جهة، والتكيف النفسي من جهة أخرى. هذا التداخل الوظيفي بين الأبعاد النفسية والاجتماعية والمعرفية يتسق مع الإطار النظري المعتمد في الدراسة، كما تؤيده نتائج سابقة مثل Helgeson & Novak (2007) وFunnell & Anderson (2004)، واللتين أبرزتا الأثر الإيجابي لكل من الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية في تعزيز المرونة النفسية والقدرة على ضبط الذات لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

وقد أكد تحليل الانحدار الخطي أن المتغيرين التفسيريين (الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية) يفسّران ما نسبته 49% من التباين في التكيف النفسي، وهي نسبة مرتفعة بالمعايير النفسية الاجتماعية. وتعكس هذه النتيجة مركزية البيئة الداعمة والمعلومات الصحية الموثوقة في تمكين المريض من تطوير استراتيجيات تكيفية فعالة، ما يعزز من الفرضية القائلة إن التكيف ليس عملية عفوية، بل هو ناتج عن توافر موارد معرفية واجتماعية مساندة.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين، فقد كشفت الدراسة عن تفوق الذكور في بعدي الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية، وهو ما يمكن تفسيره بامتيازات النفاذ إلى المعلومات والدعم الأسري التي غالبًا ما يحظى بها الذكور في المجتمع الليبي، تبعًا للأدوار الاجتماعية التقليدية. ورغم ذلك، لم تظهر فروق دالة في التكيف النفسي بين الجنسين، مما يشير إلى أن العبء النفسي الناتج عن المرض يتمثل كعامل مشترك، بغضّ النظر عن التباينات في مصادر الدعم.

تُبرز هذه النتائج الحاجة إلى إعادة هيكلة برامج الرعاية الصحية لتكون شاملة وتراعي الفروقات السياقية، بحيث تتضمن مكونات التثقيف الصحي والدعم النفسي إلى جانب الرعاية الطبية، مع اهتمام خاص بالفئات الهشة مثل النساء وكبار السن الذين قد يفتقرون إلى الموارد المعلوماتية والاجتماعية الكافية.

ومن بين العوامل المؤثرة التي سلّطت الدراسة الضوء عليها، التحديات الثقافية المرتبطة بالنظام الغذائي التقليدي في ليبيا، والذي يعتمد بصورة أساسية على أطعمة مرتفعة الكربوهيدرات كالخبز والأرز والكسكسي. فهذه الأطعمة، إلى جانب كونها عنصرًا غذائيًا، ترتبط بأنماط اجتماعية وعاطفية يصعب كسرها، مما يعوق التغيير السلوكي المطلوب في إطار خطة العلاج الغذائي. وعليه، فإن أية تدخلات صحية فعّالة يجب أن تأخذ في الاعتبار الأبعاد الثقافية والرمزية للطعام، وأن تُصاغ بطريقة تراعي الخصوصية المحلية وتُجنّب الخطاب الصحي المجرّد.

تنسجم هذه النتائج مع نظرية المواجهة النفسية لـ Lazarus & Folkman (1984)، التي ترى أن فعالية التكيف مع الضغوط تتحدد بمدى وعي الفرد بطبيعة التهديد ومدى قدرته على استخدام استجابات انفعالية وسلوكية مناسبة. إذ كلما ازدادت معرفة المريض بحالته، زادت فعاليته في إدارة القلق وتعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية.

كما تؤكد النتائج صلاحية ما افترضته نظرية الدعم الاجتماعي لـ Cohen & Wills (1985)، التي تنص على أن الدعم الاجتماعي يلعب دورًا عازلًا نفسيًا (Buffering effect) يقلل من الأثر الضاغط للمرض. فقد أوضح التحليل أن المرضى الذين يشعرون بوجود شبكة دعم اجتماعي قوية أظهروا مستويات أعلى من التكيف النفسي، مما يدل على الدور الحاسم للعلاقات الاجتماعية في حماية الصحة النفسية لمرضى السكري.

وفي ضوء النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي لـ Engel (1977)، تقدم الدراسة دليلًا تطبيقيًا قويًا على أن التكيف مع المرض المزمن لا يمكن فهمه من خلال منظور أحادي البُعد. بل إن غياب أحد العناصر المركزية – سواء كانت بيولوجية أو معرفية أو اجتماعية – قد يخل بالتوازن التكيفي للمريض. وقد أظهرت النتائج كيف يسهم هذا التفاعل متعدد الأبعاد في تشكيل مستوى التكيف النفسي، وهو ما يعزز من جدوى النموذج التكاملي في فهم وتفسير الظواهر الصحية.

ختامًا، تمثل هذه الدراسة تطبيقًا نادرًا للنماذج النفسية والاجتماعية الغربية في بيئة ثقافية عربية، وقد أسهمت في إظهار التداخل البنيوي بين العوامل المعرفية والاجتماعية والنفسية في تفسير التكيف لدى مرضى السكري. ومن ثمّ، فهي تدعو إلى نهج شمولي في تصميم السياسات الصحية، يستند إلى الخصوصية الثقافية ويعزز من الموارد النفسية والاجتماعية كجزء لا يتجزأ من رعاية المرضى.

الخاتمة والتوصيات:

تُبرز نتائج هذه الدراسة أهمية تناول التكيف مع مرض السكري من منظور تكاملي يراعي تشابك العوامل النفسية والاجتماعية والمعرفية، ويتجاوز الرؤية البيولوجية الضيقة. فقد بيّنت الأدلة الإحصائية أن الدعم الاجتماعي والمعرفة الصحية لا يشكلان مجرد عوامل مساعدة، بل يمثلان محددات مركزية في تفسير التباين في مستوى التكيف النفسي لدى المرضى، مما يدعو إلى مراجعة شاملة لسياسات الرعاية الصحية بحيث تدمج البعد النفسي والاجتماعي ضمن الخطة العلاجية.

وتُعد النسبة المرتفعة لتأثير هذين المتغيرين، كما كشف تحليل الانحدار، مؤشرًا على الحاجة إلى الاستثمار في تمكين المرضى معرفيًا وتعزيز شبكات الدعم، لا سيما في السياقات الثقافية التي تُقيّد النفاذ إلى هذه الموارد. كما كشفت النتائج عن تباينات جندرية في فرص الحصول على المعلومات والدعم، تستوجب تدخلات موجهة للفئات الهشّة ككبار السن والنساء.

وقدّمت الدراسة إسهامًا علميًا يتمثل في اختبار وتكييف ثلاثة نماذج نظرية كبرى – المواجهة النفسية، الدعم الاجتماعي، النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي – في سياق ثقافي محلي، ما يعزز من صلاحيتها التفسيرية ويدعم ضرورة مواءمتها ثقافيًا.

وتأسيسًا على ما سبق، توصي الدراسة بما يلي:

1. **دمج خدمات الدعم النفسي والاجتماعي** ضمن الرعاية الصحية المقدمة لمرضى السكري.
2. **إعادة هيكلة برامج التثقيف الصحي** لتراعي الخصوصية الثقافية والعادات الغذائية السائدة.
3. **إطلاق حملات توعوية مستدامة** ومراعية للفروقات التعليمية والجندرية، مع استهداف الفئات الأقل حظًا.
4. **تأهيل الكوادر الطبية والاجتماعية** في مهارات التواصل والدعم النفسي.
5. **إنشاء مراكز دعم مجتمعية متكاملة** تعزز من شبكة الحماية النفسية والاجتماعية.
6. **تشجيع الدراسات المستقبلية** على تبني مقاربات مختلطة وتوسيع النماذج التفسيرية لتشمل البُعد الاقتصادي والاجتماعي.
7. **تطوير أدوات قياس تراعي الخصوصية الثقافية** وتُمكّن من تمثيل الفئات المهمّشة بطريقة أكثر عدالة.

وتؤكد الدراسة في ختامها أن التكيف مع مرض السكري ليس مجرد استجابة طبية، بل عملية معقدة تتطلب تدخلات متعددة الأبعاد، تدمج بين المعرفة والدعم والتمكين ضمن إطار ثقافي واجتماعي ملائم، بما يضمن تحقيق عدالة صحية شاملة وفعّالة.

قائمة المراجع:

أولًا: المراجع العربية:

1. إبراهيم، ن. م. (2018). التكيف النفسي والاجتماعي لدى مرضى السكري من النوع الثاني . *مجلة دراسات نفسية واجتماعية، 8*(26)، .140–115
2. الحياني، م. ع. (2022). المعرفة الصحية وعلاقتها بإدارة مرض السكري: دراسة ميدانية . *مجلة العلوم الاجتماعية، 50*(2)، .256–233
3. الدليمي، س. ح. (2019). الدعم الاجتماعي وعلاقته بالصحة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة .*مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8*(3)، .230–211

4. الخالدي، ن. ح. (2021). مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. *مجلة جامعة البصرة للعلوم النفسية، 12*(1)، 78–95.
5. الزهراني، ف. م. (2020). مستوى المعرفة بمرض السكري لدى مرضى النوع الثاني. *مجلة العلوم الطبية والصحية، 16*(4)، 34–50.
6. الشمري، م. ع. (2019). فعالية برامج التثقيف الصحي في تحسين سلوكيات مرضى السكري. *مجلة التربية والصحة، 5*(2)، 113–127.
7. عبد القادر، س. ح. (2021). الدعم الاجتماعي الأسري وعلاقته بالتكيف النفسي لدى المصابين بالأمراض المزمنة. *مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، 11*(1)، 205–222.
8. علي، ه. ع. (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى مرضى السكري. *مجلة الدراسات النفسية، 25*(1)، 88–105.
9. قنون، م. أ. (2023). تحليل معرفي ووقائي لمرض السكري في المجتمع الليبي. *مجلة ليبيا للعلوم الطبية، 9*(1)، 32–49.
10. الكرمي، ي. م. (2018). أثر الدعم الاجتماعي على الحالة النفسية لمرضى السكري في الأردن. *المجلة الأردنية للصحة العامة، 13*(3)، 65–81.
11. موسى، ه. م. (2021). أثر برامج التثقيف الصحي على تحسين وعي مرضى السكري في ليبيا. *مجلة البحوث الصحية الليبية، 4*(2)، 18–30.
12. الشريف، إ. ن. (2020). العادات الغذائية الاجتماعية وعلاقتها بالسمنة بين النساء الليبيات. *مجلة كلية الصحة العامة، جامعة طرابلس، 1*(1)، 45–62.
13. الزيدي، ر. خ. (2020). التوافق النفسي لدى مرضى الأمراض المزمنة. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 10*(2)، 101–122.
14. العسيري، ع. م. (2022). العلاقة بين المعرفة الصحية والامتثال العلاجي. *مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية، 15*(1)، 55–78.
15. وزارة الصحة الليبية. (2022). *تقرير وطني حول مرض السكري في ليبيا*. طرابلس: إدارة الأمراض المزمنة.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

16. American Diabetes Association. (2023). Standards of medical care in diabetes—2023. *Diabetes Care, 46*(Suppl. 1), S1–S154. https://doi.org/10.2337/dc23-S001
17. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
18. Baqutayan, S. M. S. (2011). Stress and social support. *Indian Journal of Psychological Medicine, 33*(1), 29–34. https://doi.org/10.4103/0253-7176.85392
19. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310
20. DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health*

Psychology, 23(2), 207–218. https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207
21. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460
22. Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes, 22*(3), 123–127. https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123
23. Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Gillette, C. D., & Whitlock, E. P. (2001). The role of knowledge, attitudes, and beliefs in diabetes self-management. *Diabetes Care, 24*(6), 1049–1055.
24. Helgeson, V. S., & Novak, S. A. (2007). Social support and adjustment in chronic illness. *Current Directions in Psychological Science, 16*(5), 256–260. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00521.x
25. Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Psychological interventions for depression and anxiety in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004*(2), CD003967. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003967.pub2
26. Khattab, M., Khader, Y. S., Al-Khawaldeh, A., & Ajlouni, K. (2010). Factors associated with poor glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications, 24*(2), 84–89.
27. Piette, J. D., Weinberger, M., Kraemer, F. B., & McPhee, S. J. (2004). The impact of automated calls on diabetes self-management and social support. *Diabetes Care, 27*(2), 332–338. https://doi.org/10.2337/diacare.27.2.332
28. Rubin, R. R., & Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology, 57*(4), 457–478. https://doi.org/10.1002/jclp.1026