

مستوى التدين وتقبل العلاج لدى مرضى السكري (دراسة ميدانية بولاية

بسكرة)

The level of religiosity and acceptance of treatment in diabetics

(Field study in the state of Biskra)

د. بوعيشة أمال

جامعة محمد خيضر بسكرة (الجزائر)، amelbouaicha@gmail.com

تاريخ القبول: 2021/05/29

تاريخ الاستلام: 2020/03/24

الملخص:

هدفنا من خلال هذه الدراسة الكشف عن العلاقة الارتباطية بين مستوى التدين و مستوى تقبل العلاج لدى مرضى السكري، من خلال قيامنا بدراسة ميدانية على عينة قوامها 55 مريض بالسكري، في بعض العيادات الخاصة بمدينة بسكرة، و انطلقنا في بحثنا هذا من مجموعة تساؤلات، وللإجابة عليها اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي التحليلي، و مجموعة أدوات تمثلت في: مقياس تقبل العلاج المعد من طرف (سعيد قارة، جبالي نور الدين)، و مقياس التدين لصاحبه زعطوط رمضان و في الأخير توصلنا: انه لا توجد علاقة ارتباطية بين مستوى السكري و مستوى تقبل العلاج، كما توصلنا انه لا توجد فروق بين الذكور و الاناث على مقياس تقبل العلاج و مستوى مقياس التدين، و أن مستوى التدين مرتفع لدى افراد عينة الدراسة في حين نجد مستوى تقبل العلاج منخفض.

- الكلمات المفتاحية: تقبل العلاج – التدين – مرض السكري

Abstract:

Our aim is to explore the correlation between the level of religiosity and the low level of treatment in diabetics. This is done by conducting a field study on a sample of 55 diabetics, in some diabetes clinics in Biskra. We used the descriptive analytical and correlative methodology, and the toolkit is a measure of acceptance of treatment prepared by (Said Qara, Jabali Noureddine), and the scale of religiosity of its owner Zaatout Ramadan. We found that there are no differences between males And females on the level accepted treatment scale and level of religiosity scale, and we reached a high level of religiosity that the study sample and that members accept the level of treatment is low.

Key words: accept treatment - religiosity – diabetes

إشكالية الدراسة:

لقد أصبح الباحثون أكثر اهتمام بضرورة فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، خاصة في مجال الأمراض المزمنة التي أصبحت تشكل أهم أسباب الوفيات في العالم لاسيما الدول الصناعية، فالأمراض المزمنة تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة ولا يمكن الشفاء منها في اغلب الأحيان ولكن هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على العلاج، (شيلي تايلور: 2008، ص45). ومن أمثلة الأمراض المزمنة وأكثر انتشارا مرض السكري الذي تقدر منظمة الصحة العالمية (2012) إصابة حوالي 347 مليون شخص في العالم، حيث أن % 90 منهم مصابون بالنمط الثاني من السكري، وتشير إلى وفاة حوالي 3، 4 مليون نسمة نتيجة ارتفاع نسبة السكري في الدم، وأكثر من (% 80) في الدول النامية (2014)، كما يتوقع أن يكون مرض السكري سابع سبب في الوفيات في العالم بعد سنة (2030). وتشير التقارير أن مرض السكري ليس حكرا على منطقة د ون أخرى أو مرحلة عمرية دون غيرها، بل مرض يمس جميع الشرائح العمرية في المجتمع وينتشر في كل المجتمعات المتقدمة والنامية، وما يميز مرض السكري هو العبء الذي يشكو منه الفرد من ناحية أنه يتطلب تغيير نمط حياة المصاب للتأقلم معه طوال حياته فضلا على العبء المادي الذي يفرضه على الميزانية الخاصة والعامة. ويعرف إكلينيكيًا بأعراضه المرضية الناجمة عن اختلال عمل البنكرياس في إنتاجه للأنسولين أو عجزه عن استعماله بشكل صحيح. (توشيت نانسي: 2001، ص: 536). ويعتمد في تشخيصه انطلاقا من عدة أعراض إكلينيكية، أهمها حسب "هدام وزملاؤه قياس نسبة الغلوكوز في الدم التي إذا تجاوزت 1.26 غ/ل صباحا، وبين 1.40 إلى 2.0 غ/ل بعد مرور ساعتين من تناول الغداء، إضافة إلى الأعراض المتعلقة بكثرة الجفاف والعطش والتبول ونقص الوزن والشعور المستمر بالإعياء النفسي والجسدي. ويعتبر المرض السكري بمختلف

أنواعه من بين الأمراض المزمنة التي تتطلب إتباع نظام علاجي تتوقف فعاليته على مدى تقبل والتزام المريض بالعلاج أو إتباع التعليمات العلاجية المفروضة. مما جعله يحظى باهتمام متزايد من طرف العديد من الباحثين والأطباء في السنوات الأخيرة خصوصا من ناحية العلاج والتكفل بمرضاه، أو مختلف انعكاساته النفسية الاجتماعية. كما أن التربية العلاجية ركيزة أساسية في علاج الأمراض المزمنة خاصة عند مرضى السكري، بحيث تهدف إلى تزويد المريض بمهارات وأدوات تمكنه من السيطرة على المرض عن طريق المراقبة والوقاية والعلاج للتخفيف من مضاعفات الأعراض الطبية والنفسية. حيث أثبتت العديد من الدراسات أن هناك علاقات متبادلة بين الالتزام بسلوكيات العلاج ومدى المعرفة بالمرض وأيضا كيفية التعامل مع نظام العلاج (سلوكيات العلاج بالدواء- سلوكيات العلاج بالغذاء، العلاج بالرياضة) والالتزام بمواعيد تناول الدواء، حيث يعرف تقبل العلاج *L'observance Thérapetique* على أنه الانتظام في إتباع التوصيات. والإرشادات الطبية طوال فترة العلاج وهو مفتاح نجاح الخطة العلاجية. (بلواضح، 2013: 09) فالعلاقة بين المريض والطبيب أو مقدم الرعاية الصحية أهم عوامل النظام الصحي التي تؤثر على مدى التزام وتقبل العلاج. ويعود أصل هذا المصطلح إلى إطار الممارسة أو المشاركة الدينية في الطاعة أو الإذعان لقاعدة دينية معينة. (Bauer et Tessier, 2001, p.6) وقد ظهر في المجال الصحي بداية تحت تسمية سلوك الإذعان الصحي أو ما يعرف بالإذعان للنصيحة الطبية (و التي اعتمدت بداية في الفيزياء للدلالة على خصائص الأجسام المرنة) (المرونة المكونة نتيجة القوة الممارسة على كتلة الجسم). (Bauer et tessier, p.6).

ثم استعير هذا المصطلح في المجال الطبي للاستدلال على خضوع المريض لتوصيات الطبيب كميًا و نوعيًا، و التزامه بالحمية الغذائية و السلوكات الصحية و إدماجها ضمن

أسلوب الحياة، فهو سلوك ناجم أساسا عن الثقة الممنوحة بالأولوية للسلطة الطبية. (Gauchet, p.20).

وتعتبره المنظمة العالمية للصحة (OMS) 2003: بمثابة الإجراء الذي تماثل بموجبه سلوكات المريض، الالتزام بالحمية الغذائية وتعديل أسلوب الحياة، توصيات القائم على الرعاية الصحية (الطبيب، الممرض...) (Celis et al, p.8)

وتقبل العلاج يتطلب أولا تقبل المرض والاعتراف به، فسماع حقيقة المرض لدى المريض تعتبر في حد ذاته صدمة لدى المريض، وتختلف ردة فعل المريض أثناء سماعه بخبر المرض باختلاف سمات شخصية الفرد، فهناك من ينكر المرض ويدخل في أزمة نفسية، وهناك من يتقبل المرض بكل صدر رحب ويؤمن بأنه ابتلاء من الله سبحانه وتعالى ويرضى بقضاء الله وقدره. فمن العوامل المساهمة في تقبل المرض أو رفضه لدى المريض السكري هو مستوى التدين لديه حيث أثبتت الدراسات الأخيرة أن هناك علاقة وطيدة بين مستوى التدين والصحة النفسية للفرد. وهذا ما أظهرته دراسة: دراسة كل من منجعدوني زهراء وبوقيريس فريد سنة (2012): في دراستهم التي تناولت العلاقة بين مستوى تدين الأفراد الراشدين، وعلاقته بصحتهم النفسية في المجتمع الجزائري..و توصلت الدراسة إلى وجود علاقة تفاعلية موجبة بين التدين بشقيه (معتقد وممارسة) والارتياح النفسي للأفراد الراشدين، وفي نفس السياق يرى روسو (Rousseau) أن الدين لا يزود الناس فقط بحوافز ليسلكوا سلوكا حسنا أو يتجمعوا معا في جماعة دينية أو من أجل تقويتهم عندما يتألمون، بل انه يزودهم أيضا بمفهوم مكانهم في هذا العالم والذي يجعل حياتهم سعيدة. (صالح فيلاي، 2003، ص238). أما (هيكو ارنست) بقوله: "أن التدين الصحيح المعتدل والإيمان الحقيقي بوجود قوة سامية تتمثل بوجود الخالق العظيم الأوحى الذي لا شريك له، تجعل للحياة وجودا أعمق وبالتالي يستطيع المؤمن

المتدين أن يسهل عليه وجود استراتيجيات وآليات نفسية للتكيف مع المشكلات الحياتية". (رضوان، 1992، ص58)

وانطلاقا مما سبق جاء موضوع دراستنا للكشف عن

● هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى مريض السكري؟

وانبثقت منه مجموعة من التساؤلات كانت:

1- ما مستوى التدخين لدى مرضى السكري؟

2- ما مستوى تقبل العلاج لدى مرضى السكري؟

3- هل توجد فروق على مقياس مستوى التدخين يعزى لمتغير الجنس؟

4- هل يوجد فروق على مقياس تقبل العلاج يعزى لمتغير الجنس؟

1- أهداف الدراسة:

- الكشف عن العلاقة الارتباطية بين مستوى التدخين وتقبل العلاج لدى مرضى السكري.

- الكشف عن مستوى التدخين لدى مرضى السكري.

- الكشف عن الفروق على مقياس مستوى التدخين حسب الجنس.

- الكشف عن الفروق على مقياس المساندة الاجتماعية حسب الجنس؟

أهمية الدراسة: تستمد الدراسة أهميتها من عدة مبررات علمية، من بينها:

* أهمية الجانب النفسي بالنسبة للصحة الجسمية والعقلية للفرد.

* يعتبر السكري المرض الصامت وأحد الأسباب المؤدية إلى الوفاة إذا لم يتبع

المريض العلاج والحماية الغذائية

* خطورة مضاعفات مرض السكري على الفرد إذا لم يتم التكفل به.

1- مفاهيم الدراسة:

1-1 التدين:

• تعريف التدين: يشير فرنون (Vernon) على أن التدين شكل كلي لأنماط

سلوكية تشمل الأحاسيس المواقف العواطف... الخ، وكلها تأتي على هيئة مجموعة وتستجيب على أساس أنها كينونة بذاتها. (vernon,Glenn,1962,p242)

• أما عند المسلمين العرب فنجدهم قد لجأوا إلى دراسة التدين باعتباره كأحد مظاهر الدين. (زعطوط، 2014، ص 51) ويقصد به التزام الفرد المسلم بعبادة الله الجامعة لكل ما يحبه الله ويرضاه من الأقوال والأعمال الظاهرة والباطنة . وترى سهام العراقي أن التدين الحقيقي هو: " السلوك العملي الذي يطابق العقائد وتعاليم الدين ويخرجها من مجال القوة الى مجال الفعل والتحقيق العملي، والذي يتسم بالانساق وعدم التناقض". (العراقي، سهام، 1986، ص 80).

كما يقصد به حسب صلاح عبد المتعال " هو نمط سلوكي وأسلوب حياة، بغرض التمسك والالتزام بأفكار المعتقد الديني وتعاليمه تجاه الخالق والمجتمع، إذ يتميز بالإرادة لتعديل السلوك استجابة لمضمون العقيد الدينية. وينطبق ذلك على معظم الأديان والمعتقدات منذ استجاب الإنسان عبر التاريخ لنداء الفطرة الدينية. و بالتالي يمكن القول ان الدين هو النظرية و ان التدين هو التطبيق أي الدين هو مجموعة من الأفكار و المعتقدات الموجهة و النموذج المعياري (المرجعية النهائية) الذي يستمد منها المؤمنون معنى الوجود، و يعطي تفسيرات عن اله و الإنسان و الطبيعة و هو بهذا المعنى ثابت لا يتغير، بمعنى أن الإسلام من هذا الجانب لم يطرأ عليه أي تغييرات منذ نزوله الوحي الى اليوم، أما التدين فهو إنزال هذه القين و المعايير من مستواها المجرد الموجود بين دفتي النصوص المقيدة (القرآن الكريم و السنة النبوية بالنسبة إلى المسلمين) و محاولة الالتزام بها و السير على نهجها و علم الاجتماع في دراسته للدين في علاقته بالواقع لا ينظر إليه انطلاقا من الزاوية الفقهية، بل يدرسه من زاوية بنياته و مؤسساته و أدواره التي

يلعبها و الوظائف التي يؤديها، و دراسة معانيه بالنسبة الى المؤمنين ب هاو تكريس الواقع كما هو و تبريره. (هنوس نادر، 2016ص:31)

*مراحل تطور الشعور الديني: اختلف العلماء والباحثون في تحديد السن الذي يبدأ فيه الشعور الديني فمنهم من يرى بأنه يبدأ في المراحل المبكرة للطفولة. وهناك من يرى أن الفرد في مرحلة الطفولة لا يقوى على إدراك المفاهيم الدينية ولا يتمكن من ذلك إلا في مراحل متقدمة من النضج العقلي، فالطفل في المراحل الأولى لا يستطيع إدراك وفهم المصطلحات المجردة مثل: القيم الخاصة بالدين والعدالة والإحسان والمحبة إلا بعد سن 14. كما وضع بهذا الصدد العديد من النظريات التي تحاول رصد مراحل تطور النمو الديني لدى الأطفال وخلص إلى أنها تمر بثلاث مراحل هي :

* مرحلة التطور الأسطوري: وفيها تسود الأفكار والمعتقدات الخيالية والوهمية ومعظم الأطفال في هذه المرحلة يعبرون عن الله كشخصية اسطورية.

* المرحلة الواقعية: وهنا يرفض الأطفال خيالاتهم فيعتقدون بالتأويلات التي تقوم على أساس الظواهر الطبيعية.

*المرحلة الفردية: وفيها يبدأ الطفل اختيار العناصر التي ترضى حاجاته ودوافعه من خلال ممارسة التدين. (بركات، 2006، ص28). أما بالنسبة لجيمس فويلر يرى أن مراحل النمو الديني تتمثل في:

*مرحلة الايمان الحدسي أو التأملي: (3. 7 سنوات) وفيها يكتسب الأطفال الأفكار المرتبطة بالخالق عز وجل، والدين بشكل عام من الكبار المحيطين بهم وبالتالي يشكل الايمان من المشاهدة والاستمتاع للآباء، فالأطفال يحصلون على انطباعاتهم الأولى عن الله عز وجل من خلال تبني انطباعات أمهاتهم وآبائهم.

* مرحلة الايمان الأسطوري: (8. 12 سنة) يبدأ الطفل في هذه المرحلة الى الانتباه الى العالم الخارجي والتميز بين الواقع والخيال، ويظل الطفل في هذه المرحلة مهدد بعدم

الثقة والتأكد من العالم بالمقابل يعطيه الايمان بالله إحساسا بالأمن والطمأنينة النفسية. فيقوم الأطفال باعتناق المعتقدات والاتجاهات والقواعد الدينية، بشكل حرفي، حيث يتقبلون التراث الروحي ببساطة.

***مرحلة الإيمان الإنشائي: (مرحلة المراهقة)** وتقصد بكلمة الإنشاء هنا أن المراهق يبدأ بتشكيل المفاهيم والعقائد الإيمانية من خلال علاقات التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، فيساعده ذلك على بناء معنى متكامل من خلال التوفيق بين وجهات نظرهم العقائدية الخاصة، والآراء المعارضة والمتناقضة للآخرين وخاصة أن الفرد في مرحلة المراهقة يبدأ عالمه في الاتساع، خارج نطاق الأسرة. ويتعداه الى الزملاء جماعة الفرق الرياضية، الإعلام...الخ. وليست خصائص هذه المرحلة حكرا على المراهقين، بل قد تستمر لدى العديد من الأشخاص لمرحلة الرشد. (القصاص، 2008، ص52)

***مرحلة الإيمان القائم على التأمل الفردي: (مرحلة الرشد)** في هذه المرحلة يبدأ الفرد في التمييز بين نظام القيم وادراكات الآخرين كأحد مظاهر تطوير أو نمو الهوية الذاتية، ويتحول الفرد الى إدراك طوعية المسؤولية الشخصية فيما يتعلق بمعتقداته و أفعاله واتجاهاته، إذ يكون الإيمان في هذه المرحلة ذو طابع شخصي تأملي يعكس بصدق ما يعتقد الفرد، إذ يهتمك الناس في هذه المرحلة في التفكير الذاتي الناقد والتحقق والحص لمعتقداتهم وقيمهم ويصبح الفرد في هذه المرحلة قادرا على تصور الله بطريقة مجردة وليس كناصرح أو مرشد شخصي.

***مرحلة الإيمان الارتباطي: (منتصف العمر)** بينما ساعدت المرحلة الرابعة الفرد على وضع الحدود التي يعين في ضوئها الذات بفصلها عن العالم الخارجي، تصبح هذه الحدود في المرحلة الخامسة أقل وضوحا وأقل ثباتا إذ يدرك الأفراد الأفكار، والانفعالات والدوافع والذكريات التي سبق قمعها، والتي سبق اكتسابها من العوامل الوالدية والأخلاقية، بوصفها محددات تؤثر في سلوكه الديني الحالي.

*مرحلة الايمان العام: هذه المرحلة نادرة الوصول اليها بحيث يصبح الفرد ذو تأثير على المجتمع ويكون لديه اهتمام شديد بعالمية المفاهيم الأخلاقية، فيكون تركيزهم على القيم مثل: التسامح . الحب غير المشروط . العدالة المطلقة . الحق . الخير . العدل ولا يرضون بديلا عن هذه القيم لكل الإنسانية، بحيث تتجسد خصائص هذه المرحلة بكل مقاييسها في الأنبياء والرسل والصالحين.(القصاص، 2008، ص56)

يمكن القول خلاصة لما سبق أن الشعور الديني يختلف من مرحلة لأخرى، حسب المرحلة العمرية للفرد، بحيث تتأصل القيم الدينية لدى الفرد كلما زاد في النمو كما أن كل مرحلة وخصائصها التي تؤهلها لاكتساب القيم والتعاليم الملزمة به .

2- العوامل الموضوعية والذاتية المؤثرة على مستوى التدين: ويمكن تقسيمها إلى قسمين: عوامل داخلية وعوامل خارجية كالتالي:

أ-العوامل الذاتية: وهذه العوامل موجودة في الإنسان، تختص بالفرد نفسه بحيث نجدها لدى معظم البشر تتمثل هذه العوامل في العامل الفطري، النفسي والعامل الأخلاقي.

- العامل الفطري: وهو الاستعداد الكامن داخل الشخص والذي يتجلى في حقيقة التوحيد التي تعهد الله بأن يفطر الناس عليها إذا سلم من المؤثرات الخارجية. (موسى صبحي موسى، 2007، ص47)

- العامل النفسي: وتختلف بين كل إنسان وآخر لاختلاف صفاتها حيث تلعب هذه الصفات دورا كبيرا في تدين الإنسان وتميزه، فالجانب المتعلق بالنفس موجود لدى الناس جميعا ولا تختلف في وجودها لدى إنسان عن إنسان آخر، والاختلاف يأتي في صفات هذه النفس حيث تلعب الصفات دورا كبيرا في تدين الإنسان وتميزه عن الأفراد الآخرين، ولها ثلاثة أنواع النفس المطمئنة، والنفس اللوامة، والنفس الأمارة بالسوء. (هنوس نادر، 2015، ص76)

- العامل الأخلاقي ويعتبر هذا العامل ذو أثر كبير في تدين الإنسان، فالأخلاق ذات أثر كبير في تدين الفرد، فلو أحد الأخلاق كالصدق مثلا بين فردين في مجتمع واحد، أحدهما لديه مستوى عال من الصدق في القول والعمل و الآخر على العكس من ذلك، ثم أمعنت النظر في فكر ما ونظرتهمما للحياة، لوجدت الأول في الغالب، أقرب للإيمان بالله والتصديق بربوبيته من الفرد الآخر. (المرجع السابق نفسه، ص 77)

ب-العوامل الاجتماعية: وهي العوامل المحيطة بالإنسان في بيئته ولتعددتها يصعب حصرها جميعا، وهي مجموعة من الشروط الضرورية في تكوين الشخصية المتدينة ولذلك سنورد أهمها تأثيرا في التدين فيما يلي: الأسرة - الرفاق - المساجد - المؤسسات التعليمية - المؤسسات الدينية والجمعيات الخيرية - الكتب والدوريات - وسائل الاتصال.

ثانيا/ تقبل العلاج:

ويعرف تقبل العلاج على أنه: درجة الانسجام (الموافقة) بين سلوك الفرد فيما يتعلق بتناول الجرعات الدوائية، إتباع الحمية، أو تعديل أسلوب الحياة والوصفات والتوصيات الطبية. (Marcelli et Braconnier, 2008, p.634)

وتعتبره المنظمة العالمية للصحة (OMS) 2003: بمثابة الإجراء الذي تماثل بموجبه سلوكات المريض، الالتزام بالحمية الغذائية وتعديل أسلوب الحياة توصيات القائم على الرعاية الصحية (الطبيب، الممرض...) (Celis et al, p.8)

*العوامل المحددة لتقبل العلاج: يمر المريض بمرحلة لا تزال الأعراض فيها ساكنة، و يسمح هذا السكون بنسيان المرض أو إبقائه بعيدا عن التفكير و لما يصبح بدء العلاج أمرا لازما يقره الطبيب، يكون ذلك منعطفا يشير لدى العديد من المرضى إلى الدخول في المرض، و إدراكه كحقيقة راهنة، تتحكم في الخضوع له -أي للعلاج- و مدى تقبله مجموعة من العوامل حددتها المنظمة العالمية للصحة عام 2003 فيما يلي:

-عوامل مرتبطة بالمرضى.

-عوامل مرتبطة بالمرض.

-عوامل مرتبطة بالسيرورة العلاجية.

-العوامل الاجتماعية والاقتصادية.

-العلاقة طبيب/ مريض. (جبالي نورالدين، قارة السعيد، ص:535)

كما تتحكم مجموعة من العوامل المرتبطة بالعلاج بتحديد مستوى تقبل المريض

له، يمكن إيضاحها فيما يلي:

- المعارف المرتبطة بالعلاج

- تعقيد النظام العلاجي

- الاستشفاء

- تحسن الأعراض

- الآثار الجانبية للعلاج

ثالثا/ مرض السكري:

1 / الداء السكري le diabète : تعرف منظمة الصحة العالمية (OMS 2012) بأن مرض

مزمن عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج مادة الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز

الجسم عن استخدام تلك المادة بشكل فعال، وهو يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار

وخيمة في الكثير من

أعضاء الجسم. وبخاصة في الأعصاب والأوعية الدموية، وتتأكد إصابة الفرد

بالسكري من خلال ظهور أعراض السكري المتمثلة في الإحساس بالعطش، ومنه كثرة

الشرب والتبول، الشعور بالإجهاد الجسدي والنفسي وكذا من خلال نتائج الفحص

الطبي. (أجربو سليمان، اسماعيلي اليامنة، ص:15)

وعموما تعددت تقسيمات هذا الداء وتعددت تسمياته تبعاً للجداول الإكلينيكية المختلفة. ولكنه يتميز بنوعين مختلفين هما: ولسكري التعلق بالأنسولين وهو ما سمي فيما بعد بالسكري نمط 1. وسكري النضج أو السكري غير المتعلق بالأنسولين، والذي يسمى حالياً بالسكري نمط 02 تبعاً للتصنيف الحالي

الجانب الميداني:

***المنهج المستخدم في الدراسة:** قمنا باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي لكونه يتناسب مع موضوع الدراسة الحالية.

***العينة:** قمنا باختيار 55 مريض بالداء السكري، تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية.

جدول رقم (01) يوضح خصائص العينة من حيث الجنس

الجنس	ن	ن %
اناث	33	60%
ذكور	22	40%

يتضح لنا من خلال الجدول أن نسبة الإناث (60%) أكثر من الذكور، ويرجع ذلك لكون النساء (40%) يتوافدون على عيادات السكري و منضبطين من حيث المواعيد أكثر من الرجال، بالإضافة إلى رفض أغلب الرجال الإجابة على أدوات الدراسة.

***الحدود الزمانية والمكانية للدراسة:** شملت العيادات الخاصة بمرضى السكري المتواجدين بمدينة بسكرة في الفترة الممتدة من 20 مارس إلى شهر ماي 2019.

***أدوات الدراسة:** أولاً/ مقياس سلوك التدخين: قمنا باستخدام مقياس التدخين لصاحبه زعطوط رمضان بحيث احتوى المقياس على الأبعاد التالية:

1) البعد المعرفي والإعتقادي: والذي يضم:

- أركان الإيمان.
- أركان الإسلام.
- الحلال والحرام.

- معتقدات أخرى.

وتمثله البنود من 1 إلى 29 بحيث تمنح درجة لكل ركن من أركان الإيمان (6) ولكل ركن من أركان الإسلام (5)، أما من البند 12 إلى 16 فيجاب عليه بإحدى البدائل: جيد، متوسط، ضعيفة بحيث تنقط على الترتيب: 2،1،0. أما من البند 17 إلى البند 23 تقدر بدائلها ب: حرام، مكروه، لا أدري، وتنقط على التوالي: 2،1،0.

(2) البعد الوجداني: ويضم: جانب وجداني عبادي، وجانب وجداني حياتي.

(3) البعد السلوكي: العبادات، المعاملات وأخلاق الحياة.

بحيث يجاب على بنود الاختبار ابتداء من البند 23 إلى البند 75 باختيار إحدى البدائل: دائما، كثيرا، أحيانا، نادرا، لا. وتنقط على التوالي: 0،1،2،3،4 وعليه تقدر الدرجة الكلية للاختبار ب: 239. كما يتم تقسيم مستوى التدين بحسب متوسط نتائجها *الصدق والثبات: قام معد الاختبار من قياس الخصائص السيكمومترية لأداة بعد تطبيقه على عينة قدرها 60 مريض مزمن، إذ عرض على مجموعة من الباحثين الأكاديميين في اختصاص علم النفس الاجتماعي والعيادي وعموم اللغة والفقه وأصول الدين في الجزائر والسعودية والأردن، كما أخضعه لصدق المحك وبمنح الارتباط بين المقياس المعد والمحك 0.70، ووصمت قيمة معامل الاتساق الداخلي للاستبيان إلى 0.70، بينما معامل الارتباط لثبات إعادة التطبيق ب 0.72، وهي نتائج تؤكد ثبات وصدق الاختبار. (زعطوط، 2014)

ثانيا /مقياس تقبل العلاج: تم استخدام مقياس تقبل العلاج المعد من طرف (سعيد قارة، جبالي نور الدين)، حيث قدم الاستبيان بمحاور مختلفة تقيس الدواء والالتزام بالإرشادات والتعليمات الطبية والسلوكيات الصحية والابتعاد عن سلوكيات الخطر وعن الضغوط. وقد تم حساب الخصائص السيكمومترية لأداة من طرف الباحثان المعدان لها

عن طريق صدق المحكين، أما الثبات فقد تم حسابه عن طريق إعادة التطبيق (re-test) فكانت النتائج التالية:

صدق ثبات استبيان تقبل العلاج (96.16%)، أما ثبات استبيان تقبل العلاج $r=0.99$.

تحليل ومناقشة نتائج

الإجابة على التساؤل الرئيسي للدراسة:

هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى تقبل العلاج ومستوى التدين لدى أفراد عينة الدراسة:

جدول رقم (07) يوضح نتائج العلاقة الارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى مرضى

السكري

المتغيرات	بيرسون	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التدين	1.23	54	دال عند
معنى الحياة			$a=0.05$

يتضح لنا من خلال الجدول السابق أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستوى التدين وتقبل العلاج، وهذا ما لا يتفق مع دراسة سيري Sigall والذي يرى أن الدين يعتبر إحدى استراتيجيات التكيف مع المرضى الذين يشعرون أن الدين يعطي لهم القوة، كما يعتبر العلاقات القوية مع جماعة دينية يوفر لهم الدعم الاجتماعي، كما أن الدين والقيم الروحية يمكن أن توفر مجموعة واسعة من الفوائد على المستوى النفسي مثل: الشعور بمعنى الحياة، والشعور بالسلام الداخلي (Sigall, 2010).

وتختلف نتائج دراستنا مع العديد من الباحثين مثل: ما توصل إليه Walsh لدى المرضى المصابين بضغط الدم، حيث وجد ارتباطا دالا بين التدين والسلوك الصحي لدى المهاجرين إلى الولايات المتحدة الأمريكية. كذلك ظهر هذا الارتباط في الدراسة المسحية من المعهد القومي لأبحاث الرعاية الصحية في ماريلاند، حيث أشار إلى أن 84 % من هذه

Larson التي قام بها الدراسات أشارت إلى الارتباط الإيجابي بين التدين والصحة. (زعطوط رمضان، عبد الكريم قريشي، 2014، ص: 292). كذلك قام Byrd بدراسة العلاقة بين التدين وبين السلوك الصحي على عينة عشوائية من 393 مريضاً مصاباً في الشرايين التاجية للقلب، ويعتبر الارتباط بين السلوك الإيجابي الداعم للصحة وبين التدين يعود إلى تأثيره في القيم الإيجابية في حياة المريض وذلك بإصباغه معنى على الابتلاء والمرض، وتخفيفه للقلق الوجودي الناتج عن الإصابة بالمرض، حيث يؤدي الإلحاد وانخفاض الشعور الديني إلى تعميق جراح المريض الجسدية والنفسية. (زعطوط رمضان، عبد الكريم قريشي، 2014، ص: 292)

وهناك العديد من الدراسات التي أظهرت أن الأفراد الذين يظهرون مستويات عالية من التدين هم أكثر ارتياحاً بمن يظهرون مستويات منخفضة من التدين. حيث أن التدين هو مركب يجمع فيه الجانب العقائدي المعرفي مع الجانب السلوكي ويأخذ كل شخص قدراً معيناً من هذين البعدين يختلف فيه عن غيره وعن العلاقة بين أنماط التدين والصحة النفسية.

ومما سبق نستنتج أن الدين يعتبر دافع في الرضا بقضاء الله وقدره ويعتبر داعم في الشعور بالطمأنينة والاستقرار النفسي وأحد الأسباب المهمة في المساهمة في الصحة النفسية للمريض، إلا أنه لا يعتبر العامل المحفز على تقبل العلاج والسعي نحو تقبل المرض وتقبل علاجه، فهناك من الأفراد من لا يبحث عن العلاج باعتباره الموت والحياة والشفاء والمرض هو من الله سبحانه وتعالى، ومنه يرضى بما قدره الله له ولا يبحث عن الدواء. بالرغم من أن الكثير من الدراسات التي أشارت إلى أهمية الدين في تحقيق الصحة النفسية للفرد من بينهم دراسة كل من كويلو (2009) وموسى (1993) اللذان اعتبر أن الأفراد ذو المستوى العالي للتدين يتمتعون بقدر جيد من الصحة النفسية وتقل لديهم احتمالية ظهور الأعراض الاكتئابية وهذا ما يفسر أن الأفراد ذو المستوى

العالي من التدين لديهم رغبة في الحياة والعيش مما يجعلهم يحافظون على صحتهم من خلال تقبل العلاج والالتزام بتعليمات الطبيب. إذ يشير قريشي (2011) أن أهم المظاهر التي يتجسد فيها التقاء الدين والصحة النفسية تتحدد في العناصر التالية وهي (الثبات والتوازن الانفعالي، الصبر عند الشدائد، التسليم بمشيئة الله، التفاؤل وعدم القنوط).
* الإجابة على التساؤل الأول:

يوجد مستوى مرتفع على مقياس التدين بالنسبة لمرضى السكري: من خلال حساب المتوسط الحسابي لنتائج أفراد عينة الدراسة على مقياس التدين . توصلنا للنتائج التالية

جدول رقم (03): يوضح نتائج الدراسة فيما يخص مستوى التدين كما يلي:

التدين	ذوي تدين منخفض	ذوي تدين مرتفع
ن	12	43
النسبة المئوية	2.81%	78.18%

و نلاحظ من الجدول السابق (03) أن النسبة الأكبر من العينة تميزت بارتفاع مستوى التدين إذ بلغت نسبتهم (78.18%) بينما تؤكد نسبة ذوي مستوى التدين المنخفض (2.81%) ، و يتضح بذلك وجود فرق معتبر بين نسبي مستوى التدين لصالح مستوى التدين المرتفع. ومنه نستنتج أن أفراد عينة الدراسة يتميزون بمستوى تدين مرتفع ويرجع ذلك لان الافراد خاصة المسلمين عندما يصيهم المرض فإنهم يلجئون للحفاظ على التعاليم الدينية كإستراتيجية دفاعية لتقبل المرض، والإيمان بقضاء الله وقدره وهذا ما يتوافق مع ما جاء في دراسة زهرة ريحاني (حيث يساهم الرجوع إلى الدين بدرجة كبيرة المريض المزمّن على تقبل المرض والتعايش معه على انه قضاء الله وقدره، وليس له يد في تغيير وضعه الراهن مما يجعله يصبر ويلجأ إلى الله. حيث يستخدم المريض مختلف الاستراتيجيات الدينية و أساليبها الانفعالية أو السلوكية أو الدينية أو العقلية أو مختلطة . وفي نفس السياق توصلت دراسة وسام لوفلج (2018، ص:346)، في

دراساتها حول استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري، (بالنظر إلى جودة حياته الدينية لديه مستويات مرتفعة جدا لأنه يوظف العديد من استراتيجيات المواجهة المرتكزة على الدين الإسلامي. وسواء كانت هذه الأساليب سلوكية أو انفعالية أو عقلية أو مختلطة، لان الممارسات الدينية كلها ايجابية ولها تأثير واضح على الجانب النفسي". كما أشارت دراسة « moyad& al » (2012) أن التدين يساهم في السلوكات الصحية و الوقائية المرتبطة بالسرطان.. و من بين الأساليب التي يستخدمها الصلاة، الدعاء، الصدقة، مساعدة المحتاجين . وتشير عدة دراسات في علم النفس العصبي المناعي أن الإيمان و الاعتقاد قضايا عقلية مدركة لها تأثيرات من الناحية الفيزيولوجية، حيث تشكل ممارسة الشعائر الدينية و المعتقدات الدينية آليات بيولوجية مناعية تحصينية تعمل على خفض الإجهاد، و تنعكس على البناء المناعي للجسم، و التي تظهر جليا في مقاومة الأمراض الجرثومية و الخبيثة كالسرطان، و تقليل فترة الإصابة بالمرض أن وقع، و في السياق يفيد كارل ييونغ " أن المشكلات الصحية أساسا يرد إلى الافتقار للنظرة الدينية في الحياة، و إلا فانه يكون فريسة المرض لما يفقدوا الشيء الذي تمنحه الحياة القائمة في كل عصر فالشفاء الحقيقي لا يكون إلا بعد استعادة الفرد لنظرة الدينية في الحياة .(نجاتي محمد عثمانى، 1993، ص:290)

*الإجابة على التساؤل الثاني:

- ما مستوى تقبل العلاج لدى مرضى السكري؟

قمنا بتطبيق مقياس تقبل العلاج على أفراد عينة الدراسة، و قمنا بحساب المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد عينة الدراسة، و ذلك لتحديد المستوى المنخفض و المرتفع لاستجابات أفراد العينة على المقياس، حيث كانت استجابات أفراد العينة

الأكثر من المتوسط الحسابي هي المستوى المرتفع أما الاستجابات الأقل من المتوسط الحسابي كانت المستوى المنخفض لنتائج الدراسة على مقياس تقبل العلاج .

جدول رقم(04) يوضح نتائج تقبل العلاج لدى أفراد عينة الدراسة :

تقبل العلاج	ذو مستوى منخفض	ذو مستوى مرتفع
ن	43	12
النسبة المئوية	%79	21%

يتضح لنا من الجدول السابق أن مستوى تقبل العلاج منخفض لدى أفراد عينة الدراسة، حيث كان عدد الأفراد الذين تحصلوا على مستوى متدني على مقياس تقبل العلاج نسبة (79%)، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين تحصلوا على مستوى مرتفع على مقياس تقبل العلاج (21%)، مما يدل على أن أفراد المرضى بالسكري لا يتقبلون العلاج، و ذلك يرجع إلى عدة اعتبارات منها رفضهم للمرض بحد ذاته و عدم الاعتراف به ظنا منهم انه نقص أو عيب في جسدكم، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية و الاقتصادية الخاصة بالمرضى، و هذا ما لمسناه فعلا من خلال الاحتكاك بالمرضى و الحوار معهم فكثير من المرضى أو أغلبهم يتميزون بمستوى دخل متوسط..، و بالتالي لا يسمح لهم بتغطية تكاليف العلاج عند الطبيب، وإجراء التحاليل الطبية الدورية و الخضوع لتغذية خاصة مناسبة للمرض. و تتوافق نتائج دراستنا مع دراسة وليد، و آخرون(2005)و التي هدفت إلى قياس مدى تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة المسجلين في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية في شمال فلسطين. تمت معاينة 321 مريضا باستخدام استبيان مدرج لقياس تقبل العلاج. وأهم النتائج هي أن هناك 605%عدم تقبل، % 52.4 تقبل ضعيف % 42.1 تقبل جيد .نسبة تقبل العلاج له علاقة مع نسبة الأمية، عدم الوعي الصحي والدوائي في العينة التي تمت دراستها . في حين نجد هذه النتيجة تتعارض مع نتائج دراسة دغمي وآخرون بالمغرب الأقصى بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط وذلك حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها 106 مريض

مصابين بالسكري النمط الثاني من بينهم 62 امرأة و 44 رجلا، و توصلت الدراسة إلى أن نسبة المرض المتقبلين للعلاج % 55 في حين بلغت نسبة الغير متقبلين للعلاج % 45 وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل المرتبطة بالمستوى المتدني لتقبل العلاج هي النسيان، نسيان المواعيد، الآثار الجانبية للعلاج، وحددت الدراسة الفروق التالية في مستوى تقبل العلاج. ومن خلال ما سبق خلصت الدراسة إلى تحديد العوامل الأساسية المؤثرة التالية المرتبة تبعا لنسبة تأثيرها.

1-النسيان.

2-تعدد الجرعات.

3-المستوى الثقافي والاجتماعي.

4-السن.

5-مدة الإصابة.

و في نفس الاتجاه أشارت منظمة الصحة العالمية لتقبل العلاج الى العوامل المساهمة في تقبل العلاج والتي حددتها المنظمة العالمية للصحة عام 2003 فيما يلي:

1- عوامل مرتبطة بالمرضى

2-عوامل مرتبطة بالمرض.

3-عوامل مرتبطة بالسيرورة العلاجية.

4-العوامل الاجتماعية والاقتصادية.

5-العلاقة طبيب/مرضى

عوامل مرتبطة بالمرضى، مثل ظروفه المادية و التي لا تسمح له بتغطية تكاليف العلاج، وتطبيق نظام الحمية، و الرياضة و الى غير ذلك ممكن يعرقل عملية الالتزام بالعلاج.

الإجابة على التساؤل الثالث :

- هل توجد فروق بين أفراد عينة الدراسة على مستوى مقياس التدين تعزى لمتغير الجنس؟

للإجابة على تساؤل الدراسة، قمنا باستخدام اختبارات بواسطة الحزمة الإحصائية

Spss21، وتوصلنا لمجموعة من النتائج كانت:

جدول رقم (05) يوضح نتائج الفروق بين أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

المتغيرات	العدد(ن)	درجة الحرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	الدلالة الإحصائية
إناث	33	53	40.48	14.757	0.167	غير دالة عن مستوى دلالة إحصائية (0.05)
ذكور	22		41.23	18.066		

يتضح لنا من الجدول السابق أن قيمت ت (0.167) و منه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث على مقياس مستوى التدين، باعتبار أن أفراد المجتمع من الجنسين يتعرضون لنفس عوامل التنشئة الاجتماعية و يعيشون نفس الظروف الاجتماعية و السياسية و العقائدية

وترى الباحثة أن هذه النتيجة منطقية بالنسبة لأفراد عينة الدراسة، إذ سيري Sigall أن الدين يعتبر إحدى استراتيجيات التكيف مع المرضى الذين يشعرون أن الدين يعطي لهم القوة، كما يعتبر العلاقات القوية مع جماعة دينية يوفر كبير مدعم الاجتماعي، وبعد الدين والقيم الروحية يمكن أن توفر مجموعة واسعة من الفوائد على المستوى النفسي مثل: الشعور بمعنى الحياة، والشعور بالسلام الداخلي (Sigall, 2010). وتوصل Walsh في دراسته على المرضى المصابين بضغط الدم، الى ان هناك ارتباطا دالا بين التدين والسلوك الصحي لدى المهاجرين إلى الولايات المتحدة الأمريكية. كذلك ظهر هذا الارتباط في الدراسة المسيحية من المعهد القومي لأبحاث الرعاية الصحية في ماريلاند، حيث أشار إلى أن 84 % من هذه Larson التي قام بها الدراسات أشارت إلى

الارتباط الإيجابي بين التدخين والصحة. (زعطوط، قريشي، 2014، ص: 292). كذلك قام Byrd بدراسة العلاقة بين التدخين وبين السلوك الصحي على عينة عشوائية من 393 مريضا مصابا أن Bussing في الشرايين التاجية للقلب ووجد تأثيرا دالا للصلاة على السلوك الصحي والتوافق مع المرض، ويعتبر الارتباط بين السلوك الإيجابي الداعم للصحة وبين التدخين يعود إلى تأثيره في القيم الإيجابية في حياة المريض وذلك بإصباغه معنى على الابتلاء والمرض، وتخفيفه للقلق الوجودي الناتج عن الإصابة بالمرض، حيث يؤدي الإلحاد وانخفاض الشعور الديني إلى تعميق جراح المريض الجسدية والنفسية.. (زعطوط رمضان، عبد الكريم قريشي، 2014، ص: 292).

الإجابة على التساؤل الرابع :

– هل توجد فروق بين أفراد عينة الدراسة على مستوى مقياس تقبل العلاج تعزى

للجنس

جدول رقم (06): يوضح نتائج الفروق على مقياس تقبل العلاج حسب الجنس:

المتغيرات	العدد ن	درجة الحرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	الدلالة الإحصائية
إناث	33	53	40.48	14.75	0.67.	دال عند a=0.01
ذكور	22		4.23	18.066		

يتضح لنا من خلال الجدول السابق، أن اختبار قيمة اختبار ت (0.67) و منه نستنتج انه لا توجد فروق بين أفراد عينة الدراسة ي في تقبل العلاج، وذلك يرجع لكون مهام الرجل أصبحت و تشبه مهام المرأة. إلا أن في الواقع المعاش وحسب طبيعة المجتمع الجزائري، فإن المرأة تتميز بكثرة أشغالها متعددة المهام من اهتمامها ببيتها وتحرض على رعاية أبنائها، مما يلهمها عن مواعيد الدواء ومواعيد الطبيب خاصة إذا كانت عاملة. وتتوافق نتائج الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة (دراسة وليد، وآخرون 2005) والتي هدفت إلى قياس مدى تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة المسجلين في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية في شمال فلسطين وفي نتائج مكان الإقامة والجنس

ليس لهما تأثير على نسبة تقبل العلاج في حين أن العمر ومستوى التعليم ونوع المرض لهما تأثير على مدى تقبل العلاج .

وترى الباحثة أن هذه النتيجة منطقية لمجتمع الدراسة لأن المريض لا يتقبل مرضه وخاصة إذا كان في سن مبكرة أو في مرحلة الشباب من الذكور أو الإناث، فخير المرض يشكل له صدمة في البداية مما يجعله يستخدم ميكانيزم الإنكار، حيث يرى willam osler بان صفات المريض وشخصيته هي العامل الحاسم في التعامل عند الإصابة بالأمراض الخبيثة. وليس نوع المرض (ايت حمودة، 2011، ص:139). فهناك من المرضى من ينهار ويفقد الأمل ويستسلم للمرض، في حين نجد من يتعامل مع تجربة المرض بدرجة من الثقة في النفس والإيمان والصبر والتفاؤل وهي بعض سمات الشخصية المناعية الايجابية. (ريحاني زهرة، 20189، ص:151)

الاستنتاج :

توصلنا من خلال الدراسة أن:

- مستوى التدين مرتفع بالنسبة لأفراد عينة الدراسة.
- مستوى تقبل العلاج منخفض بالنسبة لأفراد عينة الدراسة.
- لا يوجد فروق بين الذكور والإناث على مستوى مقياس التدين ومقياس تقبل

العلاج

قائمة المراجع:

- 1.أزاد علي إسماعيل (2014)، الدين والصحة النفسية، ط1، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، عمان، الأردن.
- 2.بدوي محمد الشيخ (2009)، الاستقامة، منهج الالتزام على هدى الإسلام، شعبة، سلسلة منار الشباب، الأندلس الجديدة.

3. بركات زياد (2006)، **الاتجاه نحو الإلتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة،....مذمرة ام ماذا..... القدس، فلسطين.**
4. بن يحي فرح، **مستوي التدين المعرفي والسلوكي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى الطلبة الجامعيين، مجلة دراسات في التربية، العدد 2016، 01.**
5. توشيت، نانسي (2001)، **مرض السكري، ط1، الدار العربية للعلوم، لبنان.**
6. حسين عبد الحميد أحمد رشوان (2004)، **الدين والمجتمع، دراسة في علم الاجتماع الديني، بدون طبعة، بدون بلد، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.**
7. زعطوط رمضان، عبد الكريم قريشي، **الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 17 ديسمبر 2017، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.**
8. شيلي تيلور (2008)، **علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكرا داود، ط1، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان الأردن.**
9. عثمان يخلف (2001)، **علم نفس الصحة (الأسس النفسية والسلوكية للصحة) ، (ط1) ، 11 ثقافة، الدوحة، قطر، ص. 145**
10. قارة، سعيد (2009) ، **المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج عند المرض لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساس ي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب و العلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر -باتنة، الجزائر، ص 06 .**
11. محمد مرزوق (2016)، **التوجه نحو التدين وأثره في مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة نظام ل.م.د، رسالة ماجستير في علوم التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس، الجزائر**
12. منظمة الصحة العالمية OMS (2012) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/a/>
13. نبيل محمد توفيق السمالوطي (1981)، **الدين والبناء الاجتماعي، ج2، دار الشروق، جدة، السعودية..**
14. نبيل محمد توفيق السمالوطي (1986)، **الإسلام وقضايا علم النفس الحديث، بدون طبعة، الجزائر، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر.**

15. هنوس نادر، التدين في أوساط الشباب الحضري مقارنة سوسيو-انثربولوجية للمتدينة من "السلفية العلمية، مذكرة ماجستير جامعة وهران 02، الجزائر، 2006.
16. هنوس نادر (2015)، التدين في أوساط الشباب الحضري-مقاربة سوسيو أنثربولوجية للمتدينة من "السلفية العلمية " حالة مدينة سيدي علي ولاية مستغانم، رسالة ماجستير في علم اجتماع الحضري، كلية العلوم اجتماعية قسم علم الاجتماع.
17. Steger, M . Patricia, F & Kaler, S (2006):**The Meaning in Life, Assessing the Presence and Search for Meaning in Life, University of Minnesota Cities Campus**, Journal of Counseling Psychology, Florida State University, Vol.53, ... N.1, P:80-93 .
البلد او الجامعة
18. The American Heritage Dictionary, (1982).Second College, Boston Houghton Mifflin Company
19. -Vernon .Glenn. M(1962).Socilogy Of Religion. New York Mc Graw Hill Book Company,Inc.البلد.
20. Wong, P.P.T (1998): Meaning — centered counseling, in P.P.T. Wong & P.S.Fry (Eds), The Human Quest for Meaning, Mahwah, NJ: Erlbaum, P:395-435