

Quality of life for diabetic patients

Dr.BELFILALI LOUBNA¹

¹University Abu Bekr Belkaid Tlemcen (Algeria), drbelfilalit13@gmail.com

Received: 06/2023, Published: 06/2023

Abstract:

The aim of this study is to identify life quality of diabetic patients and the differences attributed to the gender, educational level and type of diabetes. The sample of the study consisted of 55 diabetic patients: (20) female and (35) male. To achieve the objectives of the study we relied on the descriptive method and used the word health organization quality of life scale. Results of this study revealed a difference significant statically between the dimensions (health, physical, social....), male and female, educational level in the quality of life for diabetic patient. And no difference in the quality of life due to the diabetes type

Keywords: Quality of life, diabetic patients, gender, educational level, diabetes type.

جودة الحياة لدى مرضى السكري

د. بلفيلالي لوبنا¹

¹جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان (الجزائر)، drbelfilalit13@gmail.com

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على جودة الحياة لدى مرضى السكري، بالإضافة إلى التعرف على الفروق التي تعزى للجنس، المستوى التعليمي ونوع السكري. تكونت عينة الدراسة من 55 مصاب بداء السكري (20) أنثى و(35) ذكر. ولتحقيق أغراض هذه الدراسة استخدمنا المنهج الوصفي و مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية.

نتائج هذه الدراسة أظهرت وجود فرق دال إحصائيا بين أبعاد جودة الحياة (الصحية، الجسمية، الاجتماعية....)، الإناث والذكور والمستوى التعليمي لدى مرضى السكري. كما توصلت إلى عدم وجود فروق في جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الإصابة.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، مريض السكري، الجنس، المستوى التعليمي، نوع مرض السكري.

مقدمة

– إشكالية الدراسة:

لقد أصبح العصر الذي نعيش فيه عصرا للضغوط والأزمات النفسية وما يترتب عنها من صراعات وإحباط، وما لها من تأثيرات سلبية على الصحة النفسية للفرد، وهذه الضغوط ما هي إلا رد فعل للتغيرات الحادة والسريعة التي طرأت على كافة نواحي الحياة، ويمثل السبب الرئيسي وراء الإحساس بالآلام النفسية العضوية. ويعد مرض السكري في الوقت الراهن من أبرز الأمراض انتشارا في العالم، حيث ورد في تقرير لمنظمة الصحة العالمية (2015) أن عدد المصابين بهذا المرض يقارب (347) مليون شخص على مستوى العالم، وهذا العدد في ازدياد مستمر ومن المتوقع أن يتضاعف في السنوات المقبلة. ويعتبر هذا الأخير من بين الأمراض التي ترافق الأفراد طيلة حياتهم وهو مرض يصيب مختلف الأعمار. فالأشخاص الذين يعانون من مرض السكري، يشعرون أحيانا بالتحدي نتيجة مرضهم والتعامل اليومي معه والمتطلبات الناشئة عنه، وذلك لأن هذا المرض يعد من الأمراض المزمنة التي ترافق المريض طيلة حياته. فطبيعة المرض طويل المدى تؤثر على جودة حياة المصاب، وتحدث في نفس المريض مشاعر القلق والخوف، وتجعله ينظر إلى كل خطوة من خطوات العلاج بمزيد من اليأس وعدم الرضا خصوصا إذا شعر المريض بعدم قدرته على القيام بوظائفه ومسؤولياته المعتادة أو عيش حياته بصورة طبيعية مما ينعكس سلبا على مفهوم الذات لديه. (جاسم المرزوقي، 2008: 2)

إن الارتباط والتأثير المتبادل بين الجسم والنفس يمكن أن يؤدي إلى اضطراب وصعوبات في عملية التوافق وجودة الحياة، ولكن العلاقة ليست حتمية وهي تتحدد بعوامل عديدة ومتعددة من بينها نوع مرض المصاب، ومدة هذا المرض، الدعم الأسري والاجتماعي والوضع الاقتصادي، وقوة الشخصية لديه، هذه العوامل قد تكون مساعدة للوصول إلى مستوى جيد من التوافق وجودة الحياة أو قد تكون عوامل معيقة لعملية التوافق وتدني مستوى جودة الحياة. (رولا شريقي، 2014: 6)

ويعد موضوع جودة الحياة من الموضوعات الهامة التي تناولتها العلوم النفسية كعلم الصحة النفسية وعلم الأمراض النفسية والعقلية على حد سواء، لأن لجودة الحياة علامة هامة تدل على مدى تمتع الإنسان بالصحة النفسية السليمة إذ أن الرضا عن الحياة يعني تحمس الفرد للحياة، والإقبال عليها والرغبة الحقيقية في أن يعيشها، لذا لقي مفهوم جودة الحياة لدى مرضى السكري اهتماما كبيرا من الباحثين والدارسين، فقد تزايدت في الآونة الأخيرة الأبحاث والدراسات التي تبرز الصلة بين جودة الحياة والوظائف النفسية والفسولوجية للفرد، ويشير بعض الباحثين إلى أن جودة الحياة تلعب دورا جوهريا في مرض السكري كدراسة (ليود 2000، هادين، 2001)، وعلى العكس من ذلك يعتبر مستوى الرضا عن الحياة عاملا أساسيا في تحسين الصحة ومنع المرض وعلاجه، إذ يرتبط مرض السكري بحتمية تغيير مستوى الرضا عن الحياة وهو التغيير الذي يتضمن التحكم في نوع الدواء والتنبه الشديد لعودة الأعراض وتغيير الأنشطة اليومية أو عدم تجاوز حدود

نمط معين بصفة عامة، وقد أكدت دراسة باولا وآخرون انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري بشكل عام، وأكدت دراسة يونس(2004) وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياة النفسية في مستوى جودة الحياة لصالح منخفضي المشكلات النفسية، وأشارت دراسة رضوان(2008) إلى وجود علاقة ارتباطيه بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرض السكري بمحافظة غزة، كما أشارت دراسة سليمان(2009) على وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وأبعاد جودة الحياة.

ولأن العناية النفسية لا تقل أهمية وفعالية عن العناية الصحية، ينبغي أن تترافق في هذا النوع من الأمراض النفس جسمية، ومما سبق يتبادر إلى أذهاننا الإشكال التالي: **كيف تتوزع درجات جودة الحياة لدى المريض المصاب بداء السكري؟**

-أهمية الدراسة:

تتضح أهمية هذه الدراسة في أنها تسلط الضوء والاهتمام على فئة المصابين بداء السكري، بالإضافة إلى أن نتائج هذه الدراسة تناولت دراسة للجانب النفسي للمصاب بالمرض العضوي، فهي تعطينا بالأخير معلومات سيكولوجية هامة ذات فائدة للمختصين سواء في الجانب النفسي أو الجانب العضوي، كما أنها تتناول موضوع يعتبر حديث الدراسة ومصطلح لازال في طور الجدل في البحوث النفسية.

أهداف الدراسة: سعى البحث التالي إلى تحقيق الأهداف التالية:

-التعرف على طبيعة جودة الحياة لدى العينة.

-معرفة الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات البحث وهي كالتالي(الجنس، المستوى التعليمي، نوع الإصابة)

-فرضيات الدراسة:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وفق متغير الجنس.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وفق متغير المستوى التعليمي.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وفق متغير نوع الإصابة.

-التعريفات الإجرائية:

-مرض السكري:حسب منظمة الصحة العالمية:

هو حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية الوراثية،
ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم. (سمية خربوش، 2009: 80)

-المريض المصاب بداء السكري: هو الفرد الذي يعاني من مشكل نسبة السكر في الدم، وهو ذلك الفرد الذي
يعاني من النوع الأول المعتمد على الأنسولين ومن النوع الثاني المعتمد على الأقراص.

-جودة الحياة: حسب منظمة الصحة العالمية (O.M.S)

جودة الحياة هي إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو
عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته وقيمه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية. حالته النفسي مستوى استقلالته،
علاقته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة. وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى
تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته (رغداء نعيسة، 2011: 230)

وأما التعريف المتبنى من طرف الباحث فهو كالتالي:

الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس جودة الحياة المستخدم في الدراسة.

ويعرفها لاوتون (1991) على أنها مفهوم متعدد الأبعاد يتضمن أربعة أبعاد هي الكفاءة السلوكية، ضبط البيئة
أو السيطرة عليها، جودة الحياة المدركة، وجودة الحياة النفسية.

وتتمثل مقومات الحياة وفق منظمة الصحة العالمية في عدة عناصر:

-الصحة النفسية: القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية.

-الصحة العقلية: وهي تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح، والتناسق والشعور بالمسؤولية، والقدرة على حسم
الخيارات واتخاذ القرارات ووضعها.

-الصحة الاجتماعية: وهي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين، والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع
الآخرين واحترامهم.

-الصحة المجتمعية: وهي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين وبكل ما يحيط بالفرد من مادة وأشخاص
وقوانين وأنظمة. (رغداء علي، 2012: 230)

وقد حددت مؤشرات جودة الحياة في الآتي:

-الإحساس بجودة الحياة: حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية
والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به، وتقاس عادة بالدرجة التي يحصل عليها المجيب عن فقرات
مقياس الإحساس التي يعدها الباحثون.

-المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

-المؤشرات النفسية: وتظهر في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض والشعور بالسعادة والرضا.

-المؤشرات المهنية: وتتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

-المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية. (عذبة صلاح، 2015: 21)

وقد اقترح عبد المعطي خمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي كالتالي:

-الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال

-العوامل المادية الموضوعية: والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الفئة.

-حسن الحال: ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة.

-الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة

إشباع وتحقيق الحاجات: وهو أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فإن جودة حياته ترتفع وتزداد.

-الرضا عن الحياة: ويعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر حينها بالرضا.

-الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة.

-القوى والمتضمنات الحياتية: قد يرى البعض أن إدراك القوى بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

-معنى الحياة: كلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين وشعر بإنجازاته ومواهبه وأن شعوره قد يسبب نقصاً أو افتقاراً للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

-الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة

-الصحة والبناء البيولوجي: وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

-الحلقة الخامسة: وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجوده، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه، من خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. (مرفت عبد ربه، 2010: 80)

-أنواع داء السكري:

ولقد تعددت تقسيمات داء السكري وبذلك تعددت تسمياته:

-داء السكري المعتمد على الأنسولين: أو ما يطلق عليه سكري الأطفال والشباب يحتاج مريضى هذا النوع من السكري إلى مصدر خارجي للأنسولين عن طريق الحقن اليومية، ويعود سبب هذا النوع من المرض إلى تأثير عدة عوامل مجتمعة، كالعوامل الوراثية والبيئية والمناعية أو خلل في العضو المسؤول (البنكرياس)، وبشكل ما نسبته حوالي 10% من مجموع مريضى السكري في أي فئة عمرية، ولكن غالبا ما تكون أعلى نسبة للإصابة في مرحلة البلوغ، وعلى الرغم من أهمية الأنسولين في علاج هذا النوع من السكري، إلا أن الحماية الغذائية لها أهمية بالغة، بالإضافة إلى أهمية الأنسولين في تجنب الإصابة بارتفاع السكر في الدم أو انخفاضه والمحافظة على صحة المريض.

-داء السكري غير معتمد على الأنسولين: أو ما يطلق عليه سكري الكبار لا يحتاج أغلب المصابين بهذا النوع من المرض إلى حقن الأنسولين يوميا في بداية الأمر. وهو يصيب الأفراد عادة بعد سن الثلاثين ويمكن اكتشافه بالصدفة جراء فحص روتيني عابر أو شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسبي في تركيز هرمون الأنسولين في الدم.

وقد أضاف بعض الباحثين نوعين آخرين وهما سكري الحمل والمقترن بحالات مرضية معينة. 8

- منهج الدراسة :

-تعتبر الدراسة الحالية من بين الدراسات الوصفية التي تستهدف دراسة الظاهرة كما وجدت في الواقع وهي جودة الحياة لدى مريض السكري.

-ويعرف المنهج الوصفي بأنه "دراسة واقع الأحداث والظواهر والمواقف والآراء وتحليلها وتفسيرها بغرض الوصول إلى استنتاجات مفيدة إما لتصليح هذا الواقع أو تحديثه أو استكماله أو تطويره لتكون فهما للحاضر أو توجيهها للمستقبل (رمضان محمد، 2005: 289)

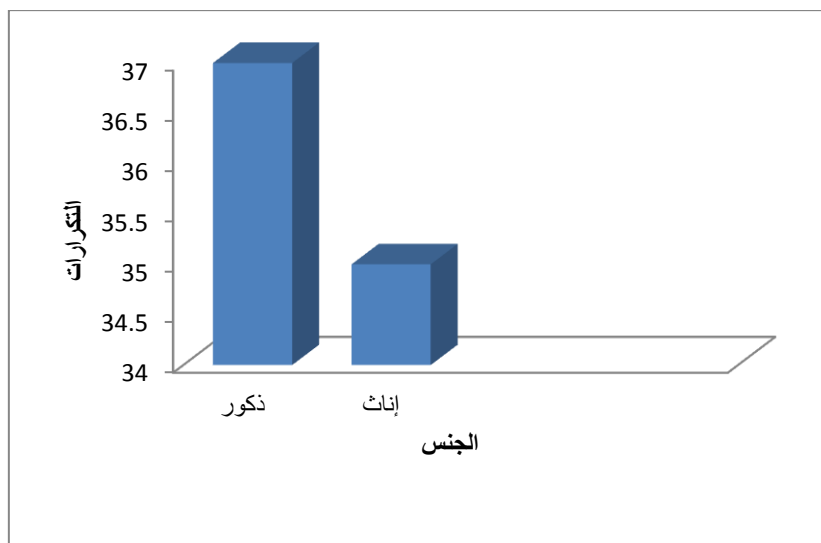
-حدود الدراسة:

لقد تمت الدراسة بالمستشفى الجامعي د.دمرجي تيجاني لمدينة تلمسان وذلك في الفترة الزمنية الممتدة من ديسمبر 2015 إلى فيفري 2016. وتمثلت عينة الدراسة في المرضى الذين يعانون من داء السكري بكل أنواعه والذين تم تشخيصهم من طرف أخصائيي داء السكري، وقد تم انتقاؤهم بطريقة قصديه.

-تحديد عينة الدراسة و خصائصها:

جدول رقم (01) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

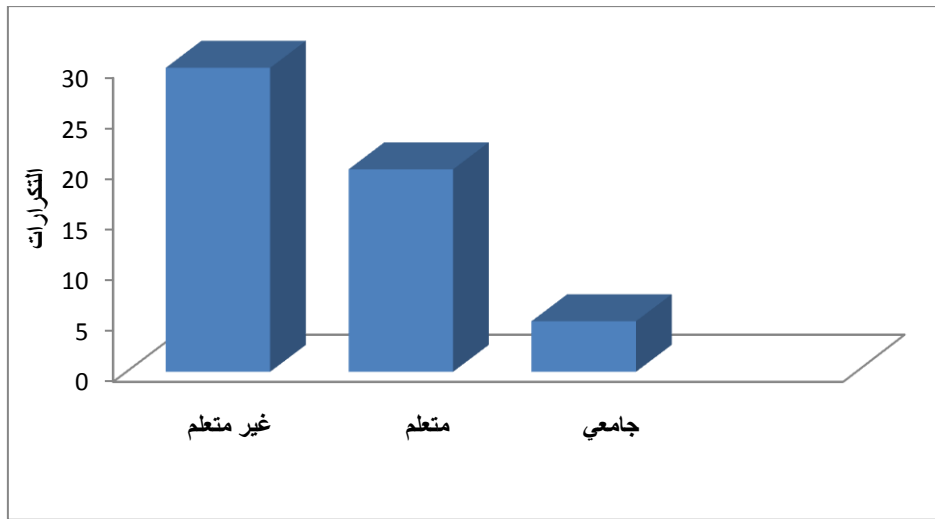
الجنس	أفراد العينة	النسبة المئوية %
الذكور	35	63.63
الإناث	20	36.36
المجموع	55	100



الشكل رقم (01) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

جدول رقم (02) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

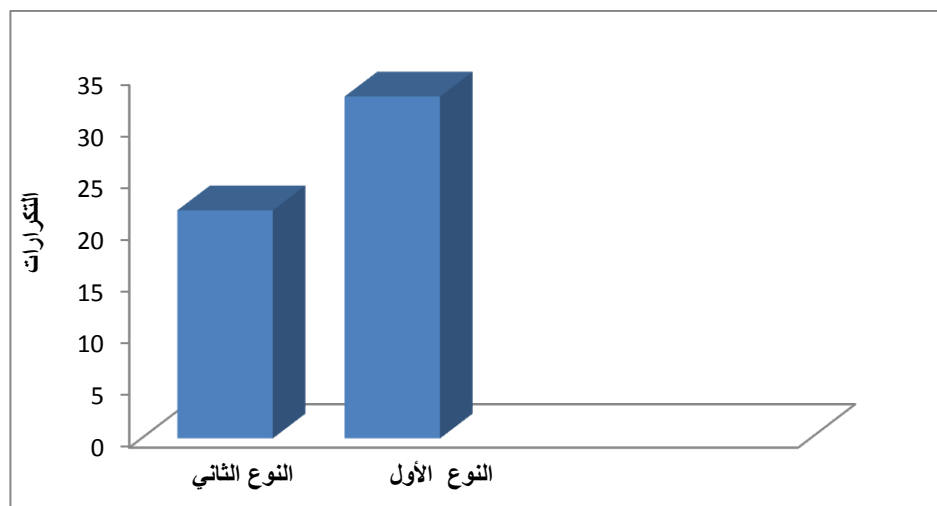
النسبة المئوية %	عدد الأفراد	المستوى التعليمي
54.54	30	غير متعلم
36.36	20	متعلم
9.09	05	جامعي
100	55	المجموع



الشكل رقم (02) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

جدول رقم (03) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الإصابة

النسبة المئوية %	أفراد العينة	النوع
60	33	النوع الأول
40	22	النوع الثاني
100	55	المجموع



الشكل رقم (03) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الإصابة

– أداة الدراسة :

– مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية:

لقد قام أحمد حسين أحمد محمد (2011) بترجمة بنود المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية بإتباع الخطوات التالية:

– قام بمخاطبة منظمة الصحة العالمية للحصول على الموافقة لترجمة المقياس واستخدامه للحصول على النسخة الأصلية للمقياس.

– بعد أن حصل الباحث على المقياس قام بترجمته للغة العربية، ولقد راعى الباحث أثناء الترجمة شروط صياغة البنود للاختبارات النفسية، كما تم عرض هذه النسخة على أحد المختصين لمراجعتها لغويا ونحويا.

– قام أحد المختصين في اللغة الانجليزية بإعادة ترجمة المقياس من اللغة العربية إلى اللغة الانجليزية مرة أخرى. (مريم شيخي، 2013: 119-123)

– الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة:

– صدق الاتساق الداخلي:

الجدول رقم (04) يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد مع الكلية للمقياس

أبعاد مقياس جودة الحياة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول: نوعية الحياة والصحة العامة	0.82	0.01
البعد الثاني: المجال الجسدي	0.64	0.01
البعد الثالث: المجال النفسي	0.81	0.01
البعد الرابع: مجال الاستقلال	0.72	0.01

0.01	0.73	البعد الخامس: مجال العلاقات الاجتماعية
0.01	0.79	البعد السادس: مجال البيئة
0.01	0.62	البعد السابع: مجال المعتقدات الدينية

يتضح لنا من خلال الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط كانت مرتفعة ودالة عند 0.01 ، وهذا ما يدل على أن المقياس بدرجة جيدة من الصدق وهو ملائم ويتمشى مع أغراض الدراسة الحالية.

-الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

الجدول رقم (05) يوضح نتائج معامل الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية

أبعاد مقياس جودة الحياة	معامل الثبات	التعديل بمعادلة سبيرمان - براون
البعد الأول: نوعية الحياة والصحة العامة	0.72	0.83
البعد الثاني: المجال الجسمي	0.71	0.83
البعد الثالث: المجال النفسي	0.61	0.71
البعد الرابع: مجال الاستقلال	0.81	0.89
البعد الخامس: مجال العلاقات الاجتماعية	0.83	0.90
البعد السادس: مجال البيئة	0.77	0.87
البعد السابع: مجال المعتقدات الدينية	0.79	0.88

يتضح لنا من خلال الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة وتدل على ثبات الأداة وصلاحيتها للاستخدام في الدراسة الحالية.

-نتائج البحث وتفسيرها:

*عرض ومناقشة السؤال الاستكشافي:

-كيف تتوزع درجات مستوى جودة الحياة باختلاف مجالاتها لدى أفراد العينة ؟

الجدول رقم(06) يوضح توزيع عينة الدراسة من خلال متغير الجودة على الدرجة الكلية

الدرجات	التكرارات
---------	-----------

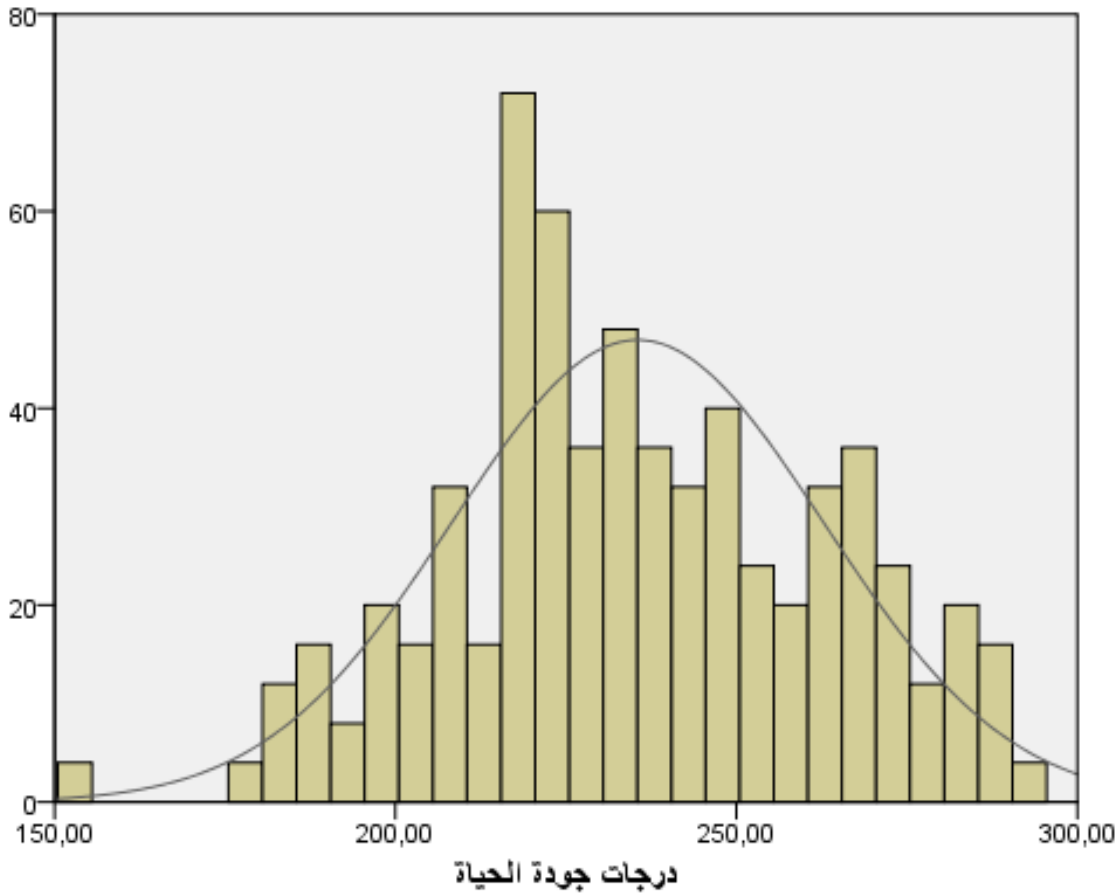
أقل من المتوسط	06
المتوسط	18
أكبر من المتوسط	31
المجموع	55

يتضح من خلال الجدول أن 06 أفراد من عينة الدراسة قد تحصلوا على درجة أقل من المتوسط بينما تحصل 18 فرد على درجة متوسطة من متغير الجودة، وقد بلغ عدد الأفراد الذين تحصلوا على درجات أعلى من المتوسط بـ 31 فرداً. ومن هنا يمكننا القول عموماً أن درجة جودة الحياة لدى أفراد العينة تعتبر مرتفعة نوعاً ما.

الجدول رقم (06) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمجالات جودة الحياة:

أبعاد جودة الحياة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نوعية الحياة والصحة العامة	2.03	0.60
المجال الجسمي	2.23	1.60
المجال النفسي	9.39	1.11
مجال الاستقلال	3.02	0.80
مجال العلاقات الاجتماعية	5.89	1.20
مجال البيئة	8.25	1.50
مجال المعتقدات الدينية	2.30	0.25
الدرجة الكلية	6.65	3.26

نلاحظ من خلال الجدول التالي أن هناك اختلاف في مجالات جودة الحياة لدى أفراد العينة حسب إجاباتهم ونلاحظ كذلك أن متوسط استجابات الأفراد على مستويات جودة الحياة تختلف من مجال إلى مجال في جودة الحياة.



الشكل رقم (04) يوضح توزيع عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة ككل

-مناقشة السؤال الاستكشافي:

يظهر من خلال ما سبق أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري جاء ضمن المستوى المرتفع نوعاً ما وذلك على حسب توزيع عينة الدراسة من خلال المتوسط الكلي للمقياس على الأداة ككل حيث كان المجال النفسي والمجال البيئي في المرتبة الأولى والثانية، تلاهما مجال العلاقات والمعتقدات ليحل المجال الجسدي ونوعية الصحة العامة في الأخير بمستوى ضعيف. وربما يرجع حصول المجال البيئي والصحة النفسية على هذه المرتبة إلى أن مرض السكري يعتبر مرضاً مزمناً يمكن التعايش معه ولا تتجلى نتائجه على الجسم بصورة واضحة، إذا اتبع المريض الحميات الغذائية اللازمة والعلاج الدوائي الموصوف من طرف الطبيب. وهنا يستطيع المصاب مزاولاً دراسته وعمله بصفة عادية. أما فيما يخص المجال النفسي فهو يلعب دوراً هاماً وجوهرياً ويعتبر تقبل المريض لحالته ومرضه انعكاساً إيجابياً على الحالة النفسية بحيث يعتبر الرضا على النفس وتقدير الذات عاملاً هاماً في مجال العلاج وإذا أضفنا أهمية العلاقة طبيب-مريض إذا اتخذ الجانب الإيجابي من

الطرفين فهنا يتحسن الجانب النفسي للمريض ويرتفع مستوى توافقه النفسي بصفة عامة، وقد أتى مجال العلاقات بتقدير متوسط تلاه كل من الجانب الجسمي ونوعية الصحة العامة بتقدير ضعيف، فهذا الأمر يعتبر عاديا بالنسبة للباحثة، لأن الإنسان بطبيعته كائن اجتماعي فهو بحاجة للدعم بمختلف أنواعه سواء من طرف الأسرة أو الجماعة التي ينتمي إليها في مجال العمل أو الدراسة..... ويتمثل هذا الدعم خصوصا في تفهم طبيعة هذا المرض وكيفية التعامل معه والتعاطف مع صاحبه، وعدم إشعاره بالعجز والنظر إليه نظرة دونية وهذا ما يقلل من تفاقم وتطور هذا المرض والتقليل من الضغوطات النفسية، أما الأعراض التي يخلفها المرض على الصحة الجسمية للفرد فتعتبر عديدة وخطيرة إذا لم يتقيد المريض بالحماية الغذائية ونصائح الطبيب للحفاظ على نسبة السكر في الدم معتدلة. لذلك حسب رأي الباحثة احتل هذان المجال الجسمي ونوعية الصحة العامة المرتبة الأخيرة بمستوى ضعيف وقد اتفقت دراستنا مع دراسة راشد(2002) التي أثبتت أن مرض السكري يؤدي إلى تدهور مستوى الحياة لدى المرضى. كما أكدت دراسة غاتمان وبايمان وآخرون(1998) عن وجود علاقة عكسية بين نوعية الحياة ومستوى تسكر خضاب الدم كما اتفقت كذلك مع دراسة محمودي وصمادي (2011) التي أشارت إلى أن مستوى جودة الحياة لدى مريض السكري كان متوسطا.

* عرض ومناقشة الفرضية الأولى:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وفق متغير الجنس.

-الجدول رقم(07) يوضح اختبار (T) لدراسة الفرق بين الإناث والذكور في الدرجة الكلية لمقياس جودة

الحياة

جودة الحياة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	ذكور	63.80	31.59	0,30	0.020
	إناث	55.02	20.09		

يتضح من خلال الجدول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في مستوى جودة الحياة لصالح الذكور.

-مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

يظهر من خلال ما سبق وجود فروق ذات دلالة بين الإناث والذكور في جودة الحياة لصالح الذكور وذلك على الرغم من أن مرض السكري يؤثر بشكل عام على المصابين سواء كانوا ذكورا أم إناثا ويتعرض هؤلاء لنفس

الضغوط النفسية والاجتماعية والمهنية جراء آثار المرض وهم يخضعون كذلك لنفس طرق العلاج ونفس الحماية الغذائية ونفس الفحوصات، إلا أن الفروق كانت لصالح الذكور فقد يرجع هذا حسب رأينا ربما إلى طبيعة شخصية الذكر وتقبل هذا المرض من طرف المجتمع لدى الذكر قد يكون أحسن من تقبله لدى الأنثى، لأن هذه الأخيرة قد يعيقها أكثر من الذكر في حياتها اليومية خصوصا إذا كانت امرأة عاملة فالضغط في مجال العمل إضافة إلى الضغط داخل المنزل يؤدي بهذه الأخيرة إلى الشعور بالإجهاد والإرهاق إضافة للفحوصات والمواعيد والمستشفيات.... قد يؤدي إلى تعب وتغير مستمر وتقلبات في المزاج لدى الأنثى وهذا ما يؤدي إلى تدني مستوى جودة الحياة لديها. وبالتالي يكون ظهور مضاعفات المرض عليها أكثر من الذكر. وقد اتفقت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة الزهراء(2011) التي توصلت إلى أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى جودة الحياة لصالح الذكور، وكذلك دراسة يونس (2004) التي توصلت إلى أن مستوى جودة الحياة لدى الذكور أعلى مما لدى الإناث، واختلفت الدراسة مع دراسة عبد الرحمن وخضر(2009) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين في مستوى جودة الحياة.

* عرض ومناقشة الفرضية الثانية :

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وفق متغير المستوى التعليمي.

-الجدول رقم (08) يوضح تحليل التباين باختلاف مستوى جودة الحياة لمرضى السكري باختلاف المستوى

التعليمي :

جودة الحياة	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (F)
الدرجة الكلية	داخل المجموعات	55,12	14,12	1,75
	خارج المجموعات	83,41	12,84	

يتضح من خلال الجدول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة حياة لمرضى السكري وفق المستوى التعليمي وقد كانت هذه الفروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,05.

-مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

لقد بينت الدراسة وجود فروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى التعليمي، حيث كانت جودة الحياة لدى مرضى السكري المتعلمين أعلى من المستويين السابقين وذلك حسب رأي الباحثة يعود إلى أن الأفراد المتعلمين يمكن أن يكون لديهم الحظ الأوفر في الإطلاع على كل ما يتعلق بمرضهم من خلال ما كتب عن

الموضوع من طرف المختصين سواء في الكتب أو المجلات أو المواقع العالمية في شبكات التواصل الاجتماعي...، وهنا يكون هذا المريض أوعى بمرضه وعلى دراية تامة بكل أعراضه وتطوراته انعكاساته كما أن هذا الأخير يكون له توافق شخصي أكثر من المرضى غير المتعلمين ويكون لديه قوة التفكير السليم والعقلاني ويستطيع أن يتقبل النصح والإرشاد سواء من طرف المختصين ويعمل بها أو من طرف الأسرة فهو يستطيع أن يتفهم ويدرك خوف أفراد أسرته عليه ويتفهم ردود أفعالهم حتى لو كانت قاسية في بعض الأحيان، وهنا تزيد قدرته وإصراره على تتبع العلاج والحفاظ على الإرشادات وتقبل فكرة المرض المزمن ومرافقه له طول الحياة ويستطيع أن يتكيف معه كنوع من الذكاء المستعمل لإدراك الموقف والتعامل معه لذلك يؤثر المستوى التعليمي بشكل كبير على الرفع من جودة الحياة لدى المصابين بداء السكري في حين أن الأفراد غير المتعلمين (أي الذين لا يستطيعون القراءة أو الكتابة) لا يستطيعون تتبع حالتهم الصحية ولا يعون المخاطر التي تترتب عن عدم إتباع نصائح وإرشادات المختصين كما أتن هؤلاء لا يستطيعون نسبة السكر في دمهم فهم بذلك يشكلون عائلا على أفراد أسرهم فتجد أن أفراد الأسرة هم من يقومون بتتبع الحالة الصحية لهؤلاء لذلك ينخفض مستوى جودة الحياة لديهم.

* عرض ومناقشة الفرضية الثالثة :

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة وفق متغير نوع الإصابة.

الجدول رقم (09) يوضح اختبار (T) لدراسة الفرق بين أفراد العينة وفق متغير نوع الإصابة.

جودة الحياة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	آقيمة	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	نوع 1	60,62	22,44	1.20	0.046
	نوع 2	62,14	24,32		

يتضح من خلال الجدول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في مستوى جودة الحياة.

-مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نلاحظ من خلال مما سبق عدم وجود فروق تعزى لمتغير نوع الإصابة بحيث أن المريض سواء من النوع الأول المعتمد على الأنسولين أو الثاني المعتمد على الحبوب فكلاهما يعاني بنسب متفاوتة من الأعراض بحسب حدة هذا المرض وليس الأمر متعلقا بنوع المرض بحد ذاته، وكلا النوعين يكون المريض فيهما بحاجة إلى المساندة سواء من طرف الأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء حتى يخفف من الضغوط النفسية التي تكون نتيجة هذا المرض،

كما أن أساليب الرعاية سواء الطبية أو النفسية المقدمة لكلا النوعين والفحوصات متوفرة لذلك قد لا يؤثر نوع المرض على مستوى جودة الحياة لدى أفراد هذه الفئة.

خلاصة عامة:

تعتبر جودة الحياة من بين الأهداف العامة التي يسعى لتحقيقها غالبية الأفراد في المجتمع، وخصوصاً في الآونة الأخيرة، فقد أصبحت الشغل الشاغل لجميع التخصصات العلمية ومن بينها علم النفس فهذه الأخيرة تعتبر مؤشراً دالاً وهاماً لرفي المجتمعات، وتعتبر الفئات الخاصة والتي تعاني من مشاكل جسدية أو عقلية من الفئات التي توجّه الباحثين لدراساتها ومحاولة الكشف عن المعوقات ومؤشرات جودة الحياة لديها فبسبب الأمراض المزمنة التي يعاني منها هؤلاء الأفراد قد تنخفض لديهم جودة الحياة لدى ينبغي إعطاء حيز كبير لمحاولة التكفل بهذه الفئة، وذلك بوضع برامج علاجية لرفع جودة الحياة لديهم ومحاولة التخفيف من الضغوط النفسية التي تعاني منها هذه الفئة. والتركيز على حملات التوعية والكشف المبكر وبما أن الباحثين في مجال علم النفس الإيجابي يسعون للكشف عن مكامن القوة لدى الفرد والسمات والفضائل الإنسانية، من تقاؤل وإبداع وشعور بالسعادة والرضا لتحسين صحة الأفراد والرفع من إنتاجيتهم وهذا كله بهدف إطالة عمر الإنسان والزيادة من فاعليته وإنتاجه في حياته الشخصية وداخل الجماعات والمؤسسات حتى وإن كان يعاني من أمراض مزمنة.

-اقتراحات وتوصيات:

من خلال النتائج المتحصل عليها تقترح الباحثة ما يلي:
- ضرورة الاهتمام بالحياة النفسية لهذه الفئة، وذلك من خلال إجراء مجموعة من الأبحاث حول برامج إرشادية وعلاجية للرفع من مستوى جودة الحياة لدى هذه الفئة.
- تقديم الدعم المعنوي لهؤلاء المرضى من خلال البرامج الإرشادية خصوصاً الأسرية لمعرفة كيفية التعامل مع هذه الفئة.

- القيام بأبحاث حول استراتيجيات التوافق المستعملة من طرف هذه الفئة.

- الاهتمام ببرامج التوعية والوقاية من هذا المرض.

-قائمة المراجع:

- 1- جاسم المرزوقي، 2008، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر، عمان، دار الإيمان للنشر والتوزيع.
- 2- عذبة صلاح خضر، 2015، جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة السودان.

- 3-رغداء علي تيعيس،2012، جودة الحياة لدى طلاب جامعتي دمشق و تشرين،مجلة جامعة دمشق، كلية التربية، جامعة دمشق، المجلد 28، العدد الأول.
- 4-رغداء نعيبة،2011، الصحة النفسية، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- 5-رمضان محمد القدافي،2005، علم النفس والطفولة والمراهقة، المكتبة الجامعية، مصر، بدون طبعة.
- 6-رولا رضا شريقي، 2014، فاعلية برنامج اجتماعي للرفع من مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة القدس، فلسطين.
- 7-سمية خربوش، 2009، المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة.
- 8-مرفت عبد ربه عايش مقل، 2010، التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري، رسالة ماجستير، جامعة غزة.
- 9- مريم شيخي، 2013، طبيعة العمل وجودة الحياة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان.