

إسهام إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات، في التنبؤ
بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري

د. حسن عبدالسلام حسن العشري

قسم علم النفس

كلية الآداب، جامعة السويس

hassan_alashry76@yahoo.com

doi: 10.21608/jfpsu.2022.135711.1185

إسهام إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات، في التنبؤ بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري

مستخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى إيضاح دور كل من إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة. على عينة قوامها (٣٢٣) مشاركاً من مرضى السكري من النوع الثاني،. تراوحت أعمار العينة ما بين ٢٣ : ٧٠ عاماً بمتوسط عمري بلغ (٥٢,٦) عام وانحراف معياري قدره (١١,٣) طبق عليهم مقاييس - الإدارة الذاتية لمرضى السكري (DSM) ، - قائمة الضيق الانفعالي لمرضى السكري (DDS) - مقياس فعالية الذات في إدارة مرض السكري ، - مقياس جودة الحياة لمرضى السكري (QOLID) .

أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة وكل من متغيرات الإدارة الذاتية لمرضى السكر والكفاءة الذاتية، بينما كانت العلاقة سلبية مع الضيق الانفعالي، كذلك لم تتوصل الدراسة إلى وجود فروق بين الجنسين في المتغيرات باستثناء اثنين من الدرجات الفرعية على مقياسي الإدارة الذاتية، الكفاءة الذاتية. وأخيراً استطاعت متغيرات الإدارة الذاتية، الضيق الانفعالي، فعالية الذات أن تتنبأ بجودة الحياة الصحية بنسب إسهام بلغت ٣٢% ، ٢٩% ، ١٧% على التوالي من التباين الكلي.

الكلمات المفتاحية : إدارة الرعاية الذاتية ، الضيق الانفعالي وفعالية الذات، جودة الحياة المرتبطة بالصحة ، مرض السكري من النوع الثاني.

The Contribution of Self-care management, Emotional Distress and Self-Efficacy to Predicting the Quality of life for Diabetic Patientss

Dr. Hassan A. Elashry
Dep. Of Psychology
Faculty of Arts, Suez University

Abstract

The current study aimed to clarify the role of self-care management, Diabetes Distress and self-efficacy in predicting health-related quality of life, on a sample of (323) participants with type 2 diabetes,. Thir ages ranged between(23: 70) years, with (M 48.6, SD 11.3). They were applied to -Diabetes Self-Management Questionnaire (, (DSMQ) - Diabetes Distress Scale (DDS) - The Diabetes management self-efficacy scale - Quality of Life Instrument for Indian Diabetes Patients (QOLID).

The results indicated a positive relationship between quality of life and each of the self-management variables for diabetics, self-efficacy, while the relationship was negative with Distress Scale, and the study also did not find differences between male and femal in the variables, except for two sub-degrees on the two scales of self-care management, self-efficacy. Finally, the variables of self-care management, Diabetes Distress, and self-efficacy were able to predict the quality of healthy life with contribution rates of 32%, 29%, and 17%, respectively, of the total variance.

Keywords: Self-care management, Diabetes Distress, Self-Efficacy, type 2 Diabetes.

مقدمة

يُعد مرض السكري أحد أكثر الأمراض انتشاراً، وبحكم تعريفه ، فهو "مرض مزمن ناجم عن نقص وراثي أو مكتسب في إنتاج الأنسولين من البنكرياس، أو بسبب عدم فعالية الأنسولين المنتج" (WHO, 2018). ووفقاً لتقدير أطلس السكري^١ الذي ينشره الاتحاد الدولي للسكري^٢ ، أن حوالي (٤١٥) مليون شخص حول العالم مصاب بمرض السكري في عام ٢٠١٥، هذا بالإضافة إلى أنه من المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى نحو (٦٤٢) مليوناً بحلول عام ٢٠٤٠ (Nguyen, Nguyen, & Nguyen, 2018).

ومن ثم، يعد مرض السكري أحد أكبر المشكلات الصحية الخطيرة في القرن الحادي والعشرين، من حيث تأثيراته السلبية على نمط الحياة، الأمر المرتبط بانخفاض النشاط البدني وزيادة السمنة. و قد اشارت نتائج دراسة حديثة ان معدل الوفيات المعدل حسب العمر لمرض السكري (DM) هو ٢٢,٦٢ لكل مائة ألف شخص، كما يحتل المرتبة ٩٨ في العالم (Gebremedhin, Workicho, Angaw, 2019).

ويبرر الباحث الحالي قيامه بالدراسة الحالية إلى شعوره بضرورة الاهتمام بهذا المرض وتداعياته على المستوى النفسي والاجتماعي لاسيما في ظل ما تقوم به الدولة المصرية من المبادرات الرئاسية التي تهدف إلى تسليط الضوء على ما تسمى بالأمراض غير السارية التي تشمل الاربعة أمراض الرئيسية (الامراض القلبية والوعائية- السرطانات- الامراض التنفسية المزمنة- السكري) . وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أنه يموت كل عام أكثر من ١,٧ مليون شخص في منطقة إقليم شرق المتوسط بسبب الأمراض الرئيسية الأربعة وحدها (WHO,2018) .

وقد أكدت العديد من الدراسات ارتباط داء السكري بمشاكل نفسية واجتماعية عديدة فضلا عن المشكلات الجسدية مثل جودة الحياة^٣ وانخفاض متوسط العمر المتوقع، والمضاعفات الوعائية الدقيقة، وزيادة خطر مضاعفات الأوعية الدموية الكلية (أمراض القلب والسكتة الدماغية وأمراض الأوعية الدموية الطرفية) بالإضافة إلى الآثار السلبية

1 Diabetes Atlas

2 International Diabetes Federation (IDF)

3 Quality of life

الخطيرة على رفاهية المريض وحياته الاجتماعية ، إذا تُركت دون معالجة (Kalra, Jena, & Gebremedhin, Workicho, Angaw, 2019) ؛ (Kalra, Jena, & Yeravdekar, 2018).

ونظرا لخطورة هذا المرض وتأثيره على مختلف أوجه الصحة نفسياً وجسدياً واجتماعياً -كما سبق الإشارة- فإن الأمر يتطلب قيام الفرد بانتهاج أنماط سلوكية غير تقليدية لم يسبق له اتباعها، بهدف السيطرة والتعايش مع هذا المرض، ومن هذه السلوكيات ما اصطلح عليه إدارة الرعاية الذاتية¹، حيث أن معالجة هذه الجوانب النفسية والاجتماعية بما في ذلك العوامل المعرفية والعاطفية والسلوكية والاجتماعية في التدخلات العلاجية من شأنه أن يساعد في التغلب على الحواجز النفسية المرتبطة بالالتزام والرعاية الذاتية لمرض السكري (Kalra, Jena, & Yeravdekar, 2018).

وفيما يتعلق بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى فقد اكتسبت المزيد من الإهتمام من قبل الباحثين كمقياس لنتائج العلاجات والتدخلات المتعددة للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة، فكثير من العاملين في المجال الصحي على مستوى العالم لا يزالون يركزون فقط على العلاج، ولا يدركون التأثير الاجتماعي والاقتصادي لمرض السكري، ويكتفون بتجميع القدر اليسير فقط من المعلومات عن ملف المريض الشخصي فيما يتعلق بجودة الحياة الصحية له، ولاشك أن هذا القصور في الفهم يلعب دوراً محورياً كعائق أمام استراتيجيات التدخل ذات التأثير الفعال في تحجيم مرض السكري من النوع الثاني (Chew , Mohd-Sidik & Shariff-Ghazali, 2015).

لذا فقد أشارت جمعية السكري الأمريكية إلى أن مراقبة جودة الحياة المتعلقة بالصحة تعد مقياساً رئيسياً للإدارة الفعالة والنتائج الإيجابية للتعامل مع مرض السكري من النوع الثاني. وتوصي جمعية السكري الأمريكية أيضاً مقدمي الخدمات بمراقبة عبء العلاج وظروف حياة المرضى اقتصادياً واجتماعياً عند وصف العلاجات. ورغم ذلك ، فإن مستويات السكر في الدم لا يتم ضبطها للمريض بشكل جيد، حيث لا تزال جودة الحياة المتعلقة بالصحة غير مدروسة بشكل جيد. من المعروف أن مرض السكري يتسبب في

¹ Self-Care Management

ضعف تنظيم مستوى الجلوكوز في الدم ، لكن تأثير المرض على العلاقات الاجتماعية و العوامل النفسية لم يتم دراسته بشكل كاف (Muze, Hailu, Woldemichael, & Fekecha, 2017)

ويرى الباحث الحالي أنه من الأهمية بمكان أن نحاول أن نصل إلى فهم عوامل الرعاية الذاتية لإدارة مرض السكري، وإلى أي مدى يؤثر هذا المرض المزمن على متغير جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى. ويسعى البحث الحالي إلى دراسة العلاقات بين جودة الحياة الصحية ، و بعض المتغيرات النفسية الأخرى (إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات) بين المرضى الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني.

مشكلة البحث

في سياق إدراك الباحث لمشكلة الدراسة الحالية ما توضحه الدراسات المختلفة من أن نسب انتشار مرض السكري كما يبق الإشارة قد بلغت حوالي (٤١٥) مليون شخص حول العالم ومتوقع أن يصل العدد الى نحو (٦٤٢) مليوناً، تتبلور مشكلة الدراسة الحالية ، هذا فضلا عن أن العديد من الدراسات التي تناولت الآثار النفسية لهذا المرض مازالت لا تتناسب مع حجم انتشاره السابق الإشارة اليه، فضلا عن إشارة الاتحاد الدولي للسكري إلى اعتبار مصر من أكثر دول العالم من حيث انتشار مرض السكري من النوع الثاني وتضاعف انتشاره ثلاث مرات تقريباً خلال العقدين الماضيين (Waly and Hamed, 2018) ومن دواعي اجراء البحث الحالي للدراسة الحالية أيضا ما أظهرته البحوث السابقة من أن الاهتمام بجودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري أقل بكثير من تلك التي اعلن عنها بين غير مرضى السكري (Daniele et al,2013, Oguntibeju et al., 2012)

نظرا لكل هذه النقاط تتضح مشكلة البحث، وبالتالي يمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في السؤال الرئيسي التالي :

- ما الدور التنبؤي لكل من إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري؟ ومن خلال هذا التساؤل يتولد أسئلة فرعية سيحاول الباحث الحالي الاجابة عليها هذه الاسئلة هي :
- ١- ما طبيعة العلاقة بين جودة الحياة الصحية وكل من إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات لدى مرضى السكري؟
 - ٢- ما مدى تباين درجات جودة الحياة الصحية بتباين درجات وكل من إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات لدى مرضى السكري ؟
 - ٣ - هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكري في المتغيرات المستخدمة في الدراسة لدى مرضى السكري ؟

أهداف البحث :

- يهدف البحث الحالي إلى تحقيق الاهداف التالية:
- ١- تقديم صورة أوضح لبعض المتغيرات النفسية المتعلقة بمرضى السكري وكيفية التعايش معه.
 - ٢- تقديم عدد من الادوات النفسية القياسية المعدة بشكل علمي لقياس هذه المتغيرات .
 - ٣- تهدف نتائج البحث الحالي إلى ابضاح الطرق المثلى التي يمكن أن تنتهج في البحوث المستقبلية لاعداد برامج للإرشاد بأساليب التعامل مع هذا المرض .

أهمية البحث

- تتلخص أهمية الدراسة الحالية في النقاط التالية :
- ١- القاء الضوء على مرض السكري وبعض المتغيرات النفسية التي قد ترتبط من بعلاقة في ضوء الاصابة بالسكري.
 - ٢ - محاولة ابضاح امكانية التنبؤ بجودة الحياة لدى مرضى السكري من خلال المتغيرات المستخدمة.
 - ٣- تحديد العوامل المساهمه في مساندة مرضى السكري للتعايش بشكل أمن مع هذا المرض.

٤- ومن الناحية التطبيقية قد تفيد هذه الدراسة في اعداد برامج ارشادية تساعد مرضى السكري وذويهم في التعايش بشكل آمن مع هذا المرض.

مصطلحات البحث

إدارة الرعاية الذاتية^١

تُعرف الرعاية الذاتية في مرض السكري على أنها عملية تطويرية لتنمية المعرفة أو الوعي الذاتي من خلال تعلم سلوكيات تساعد في التعايش بشكل آمن مع الطبيعة المعقدة لمرض السكري وتتضمن مهارات مراقبة وتوجيه وتقييم وتعزيز الذات، فضلاً عن إدارة الوقت والانفعالات (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013, 1) وتُعرف الباحث اجرائياً بالسلوكيات اليومية التي يقوم بها مريض السكري (المتمثلة في التحكم الغذائي للمرضى والالتزام بالأدوية ومراقبة نسبة الجلوكوز في الدم والنشاط البدني و التواصل مع الطبيب) من أجل الوصول نسبة مثالية من سكر الدم وتقليل أو تأخير مضاعفات مرض السكري في المستقبل. و تقاس بالدرجة التي يحصل عليها مريض السكري في البحث الحالي على المقياس المعد لذلك.

الضيق الانفعالي^٢

الضيق الانفعالي بمرض السكري يعني مجموعة من الاستجابات الانفعالية وردود الفعل للحياة مع مرض السكري ، وخاصة تلك المتعلقة بنظام العلاج ومتطلبات الرعاية الذاتية (Strandberg, Graue, Wentzel-Larsen, Peyrot, & Rokne, 2014, 175)

ويعرفه الباحث اجرائياً بانه مجموعة من المشاعر المتمثلة في الضيق الانفعالي^٣ (EB) ، الضيق من النظام الغذائي^٤ (RD) ، الضيق الشخصي^٥ (ID) ، الضيق من الطبيب^٦ (PD)، و ذلك بسبب متطلبات الإدارة الذاتية من خلال الالتزام بالنظام الغذائي

¹ Self-Care Management

² Emotional Distress

³ Emotional Burden subscale

⁴ Regimen-related Distress subscale

⁵ Interpersonal Distress subscale

⁶ Physician-related Distress subscale

وممارسة الرياضة والوصفات الطبية. و يقاس بالدرجة التي يحصل عليها مريض السكري في البحث الحالي على المقياس المعد لذلك.

فعالية الذات¹

فعالية الذات تعني اعتقاد الأفراد في قدراتهم على القيام بممارسة ناجحة (Dehghan,et al., 2017,2) كما تعرف بأنها "معتقدات الناس حول قدراتهم على إنتاج مستويات محددة من الأداء تمارس التأثير على الأحداث التي تؤثر على حياتهم". (Beckerle, & Lavin, 2013, 175).

و تعرف اجرائيا بانها معتقدات مريض السكري من النوع الثاني حول قدرته على ضبط مستويات التغذية المحددة ، التغذية العامة ، نسبة الجلوكوز في الدم ، النشاط البدني ومراقبة الوزن ، المراقبة الطبية و تقاس بالدرجة التي يحصل عليها مريض السكري في البحث الحالي على المقياس المعد لذلك.

جودة الحياة لمرضى السكري²

تُعرف جودة الحياة لمرضى السكري على أنها مفهوم متعدد الأبعاد واسع يتعلق بتصور الفرد الشخصي للجوانب الإيجابية والسلبية للحياة ، بما في ذلك رفاههم البدني والنفسي والاجتماعي، ويشير الرفاه البدني عموماً إلى القدرة على أداء المهام الشخصية بشكل مستقل. (Camacho et al., 2002).

ويمكن أن تُعرف اجرائيا بتصور المرء لتأثير الصحة البدنية على دورك في الحياة، التحمل البدني، الصحة العامة، الرضا عن العلاج، أعراض الإجهاد، الامور المالية، الصحة النفسية / العقلية، والرضا عن النظام الغذائي. و تقاس بالدرجة التي يحصل عليها مريض السكري في البحث الحالي على المقياس المعد لذلك.

1 Self-Efficacy

2 Quality of Life for Diabetes Patients

الإطار النظري

سيقوم الباحث باستعراض متغيرات البحث على النحو التالي:

(أ) جودة الحياة^١

مفهوم جودة الحياة مفهوم نسبي ، فامتلاك المال والسلطة بالنسبة للبعض هو مؤشر لجودة الحياة ، بينما الصحة والذرية الصالحة وراحة البال والسعادة والتوافق النفسي بالنسبة للبعض الآخر هي أهم من امتلاك المال والسلطة كمؤشر بجودة الحياة(العشري، ٢٠١٩) .

ويشير "شالوك" schalock (2000) أن ثمة ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة، والتي يمكن أن تختلف في أهميتها وفقا لتوجه الباحث في مفهوم جودة الحياة وأهداف دراسته. ومن ضمن هذه الأبعاد جودة المعيشة الجسمية : وتشمل (الحالة الصحية ، التغذية ، الاستجمام ، النشاط الحركي) .

فجودة الحياة تعني قدرة الأفراد على التحكم بحياتهم وإدارتها بما يتناسب مع طبيعتهم النفسية والشخصية (العشري، ٢٠١٩) كما يمكن تعريفها "تصور الفرد لوضعه في الحياة في سياق نظم الثقافة والقيم التي يعيش فيها وفيما يتعلق بأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته". (Gebremedhin, Workicho, & Angaw, 2019).

أما جودة الحياة المرتبطة بالصحة^٢ التي تعتبر مجالات الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية ، تتأثر بتجارب الشخص ومعتقداته وتوقعاته وتصوراتها (WHO, 2018).

و تشير إلى الدوافع النفسية والاجتماعية والبدنية للصحة التي تتأثر بتجارب الشخص ومعتقداته وتوقعاته وتصوراتها ؛ لذلك يجب أن يسعى مقدمو الرعاية الصحية إلى فهم الآثار الجسدية و الانفعالية والاجتماعية للأمراض المزمنة على المريض مثل مرض السكري(Camacho et al., 2002). من أجل تحسين الوظائف اليومية و جودة الحياة المرتبطة بالصحة ، الأمر الذي يمكن القائمين على الرعاية الصحية من دمج المعرفة المتعددة حول المريض في استراتيجيات علاج الأمراض المزمنة التي قد تؤدي إلى تحسن

1 Quality of Life

2 Health-Related Quality of Life

الصحة عصفة عامة، وبالتالي التقليل من الزيارات للأطباء أو الذهاب إلى المستشفيات والبقاء فيها، وتقليل تكاليف الرعاية الصحية (Genovese , Tedeschi, 2013) .

وقد أفاد بعض الباحثين في الآونة الأخيرة أن مرض السكري له عددا من التأثيرات السلبية على جودة الحياة المرتبطة بالصحة (Reba, Argaw, Walle & Gutema, 2018)، حيث أصبحت جودة الحياة المرتبطة بالصحة قضية مثيرة للاهتمام والبحث (Raghuvansh, Pawan and Roopkamal, 2018). ومن ثم فإن وجود مقياس لقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة سوف يساعد بشكل فعال اختصاصيي الرعاية الصحية في مراقبة تعليمات وإرشادات العلاج وتحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري، كما يمكن أن يؤدي ذلك أيضًا إلى توجيه التدخلات المختلفة التي من شأنها تحسين وضعهم وتجنب عواقب أكثر خطورة (Gebremedhin Workicho & Angaw, 2019). وعلى الرغم من إشارة الباحثين إلى أن مرض السكري يرتبط بشكل سلبي بجودة الحياة لدى المرضى، على الرغم من ذلك، يمكن لهؤلاء المرضى تجربة حياة أفضل مع التحكم السليم في سكر الدم (Tol, Sharifirad, Eslami, Shojaeizadeh, Alhani, & Tehrani, 2015). وجد "أبابيو" وآخرون (Ababio,et al., 2017) أن جودة الحياة الإجمالية في وسط إفريقيا وتحديدا غانا ونيجيريا كانت منخفضة نسبيًا، ففي غانا كان هناك ارتباط كبير بين الدرجات العالية في مقياس جودة الحياة وهو الالتزام الدوائي وحالة التوظيف. وبين المرضى في نيجيريا ، كانت حالة التوظيف وتمكين مرض السكري منبئين هامين بجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من مرض السكري. كما لوحظ وجود علاقة إيجابية و دالة بين الرعاية الذاتية و جودة الحياة المرتبطة بالصحة (Elnaz, Ali and Fariba, 2016).

(ب) إدارة الرعاية الذاتية¹

تعتبر الإدارة الذاتية واحدة من المفاهيم التي تندرج تحت مصطلح ادارة الذات²، والذي تم تناوله من قبل العديد من الكتابات سواء على المستوى الاجنبي أو العربي كما جاء في (APA, 2007) ، (Barlow, et al., 2002; Xue & Mezo & Short,)

1 Self-Care Management

2 Self- Management

(2012; Lee, et al., 2016) جابر، كفاي، ١٩٨٨؛ عبد الغفار، ٢٠٠٣؛ الزبيدي، ٢٠٠٧؛ حنفي، ٢٠١٣؛ عبدالعزيز، ٢٠١٥) وفي ضوء تحليل هذه التعريفات سواء أجنبية أو عربية يمكن تعريف هذا المفهوم على أنه مجموعة المهارات والاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في المواقف المختلفة بهدف التحكم الذاتي في سلوكه وتوجيهه لتحقيق أهدافه، وتتضمن مهارات مراقبة وتوجيه وتقييم وتعزيز الذات، فضلاً عن إدارة الوقت والانفعالات".

و خرج من هذا المفهوم مصطلح ادارة الرعاية الذاتية ليعنى بالرعاية الصحية للفرد ويعد من أهم العوامل في علاج مرض السكري من النوع الثاني (Bazzazian, 2017) ، حيث تشير إدارة الرعاية الذاتية للمرضى إلى مدى جدية المريض في نيته اتباع خطة غذائية لمرض السكري ونظام الأدوية الموصوف ، تتوافق مع توصيات أطبائه أو أخصائيي الرعاية الصحية (Mosleh, Jarrar, Zyoud & Morisky, 2017) كما أنها استراتيجية تساعد الأفراد في اتخاذ القرار والرصد الذاتي للمعايير الصحية من خلال إنشاء أنماط سلوكية صحية من أجل تعزيز المعرفة الذاتية والسلوكيات الصحية (Zuraida, Irwan, & Sjattar, 2022). وتعد الإدارة الذاتية لمرض السكري خطوة جيدة على المسار الصحيح من أجل تحقيق حياة صحية وفعالة للمريض (Kalra, Jena & Yeravdekar, 2018).

ولعل ما أشارت اليه الدراسات السابقة من وجود علاقة ايجابية بين سلوك الرعاية الذاتية وانخفاض في قيم HbA1c (يشير إلى أن نسبة الجلوكوز والهيموجلوبين مرتبطة معاً) (Manjula & Premkumar, 2015) وهذا يعد من العوامل التي تؤكد الارتباط بين كلا المتغيرين (الرعاية الذاتية و السكري)

اشار الجهني، كندال و سيندر؛ ليو وتان واخرون (Al Johani, Kendall, & Snider, 2015؛ Liu, Tai, Hung, Hsieh and Wang, 2010) إلى أن معظم المشاركين أفادوا بأنهم تناولوا الأدوية على النحو المنصوص عليه من قبل أطبائهم وأخصائيي الرعاية الصحية ، ومع ذلك ، فإن الكثير منهم لم يفعلوا ذلك بما يتوافق مع ممارسات الإدارة الذاتية الأخرى. ارتبط سلوك الرعاية الذاتية مع الرضا بالنظام العلاجي .

(ج) فعالية الذات¹

ظهر مفهوم فعالية الذات مع نظرية التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا "Bandura" الذي أكد على مبدأ الحتمية التبادلية في التعلم الاجتماعي، حيث شدد على العلاقات المتبادلة بين العوامل السلوكية والبيئية والعوامل المؤثرة في سلوكيات الفرد (Bandura, 1977). وقد عرفها بأنها قدرة الفرد على أداء السلوكيات التي تحقق له نتائج إيجابية ومرغوبة في موقف ما، كذلك القدرة على التحكم في الضغوط الحياتية التي يتعرض لها الفرد وتؤثر على سلوكه، وإصدار توقعات الفرد عن ذاته وعن كيفية أدائه للأنشطة وللمهام التي يقوم بها، بالإضافة إلى القدرة على التنبؤ النشاط وبالجهد والمثابرة اللازمة لتحقيق العمل المراد القيام به (Bandura, O'leary, Taylor, Gauthier, & Gossard, D, 1987) ، وقد أشار أيضا إلى أن أنه إذا كانت فعالية الشخص الذاتية مرتفعة فإن ذلك يظهر دافعية مرتفعة وسلوكيات ايجابية داعمة لإنجاز واجباته، بينما إذا كانت فعالية الذات منخفضة فإن هذا سيظهر في شكل يتجنب الفرد لأداء مهماته ومسؤولياته (Bandura, 2007). وتعد فعالية الذات أحد بعدين لتقدير الذات الاول تقييم الشخص لكفاءته، والثاني تقيمه لنموه الاخلاقي(جبر، ٢٠١٧)

ولفعالية الذات عددا من المظاهر هي :

- أ. الثقة بالنفس وبالقدرات
- ب. المثابرة الذهنية والفكرية.
- ج. القدرة على تكوين علاقات مع الآخرين. د. القدرة على تحمل المسؤولية.
- هـ. القدرة على التعامل مع المواقف الجديدة (المشيخي، ٢٠٠٩؛ الشراوي، محمد، قنصوة، ٢٠١٧) .

وفيما يتعلق بفعالية الذات لمرض السكري على أنها معتقدات حول قدرة الفرد على امتلاك مهارات الرعاية الذاتية لمرض السكري (Bazzazian, 2017). والمرضى ذوو فعالية الذات العالية ينجحون في الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة بالإضافة إلى ذلك يجد مقدمو الرعاية الصحية فعالية الذات أو الاعتقاد بأن الشخص قادر على إدارة صحته بنفسه ، هدفا مهما في سعيهم للتعامل مع الأمراض المزمنة أو معالجتها (Messina,

1 Self-Efficacy

(Rucci, Sturt, Mancini, & Fantini, 2018). كما يمكن أن تؤدي فعالية الذات المدركة إلى سلوكيات الإدارة الذاتية بين مرضى السكري (Azita and Rahim, 2014). علاوة على ذلك، فإن فعالية الذات تستطيع أن تتنبأ لمرض السكري بالالتزام بالأدوية وأثبتت الدراسات أنها مرتبطة بمتغيرات نفسية اجتماعية أخرى مثل الاتجاهات والعلاقة المدركة مع مقدمي الرعاية الصحية والدعم الاجتماعي المدرك وجودة الحياة (Celano, Beale, Moore, Wexler & Huffman, 2013). وأشارت (Bazzazian, 2017) عن وجود ارتباطات إيجابية دالة بين فعالية الذات وشبكات الدعم الاجتماعي والرعاية الذاتية، ووجود الحياة المرتبطة بالصحة، حيث أكدت أن هناك توافق لنموذج المسار النهائي بشكل جيد وأظهرت أن مسارات الرعاية الذاتية المباشرة والدعم الاجتماعي غير المباشر كان لها التأثيرات ملموسة على جودة الحياة المرتبطة بالصحة. كما وجدت ديغان وآخرون (Dehghan et al., 2017) علاقة سلبية بين العمر وفعالية الذات العامة وفعالية الذات لمرض السكري بينما كان هناك ارتباط إيجابي بين فعالية الذات العامة وفعالية الذات لمرض السكري.

(د) الضيق الانفعالي^١

يُقصد بالضيق الانفعالي مستوى للاحساس بالقلق والاكتئاب (Kessler, 1997) ويعتبر من أعراض الاكتئاب منتشرة في مرض السكري من النوع الثاني (Nouwen et al., 2010). ويشير الضيق الانفعالي المرتبط بمرض السكري إلى ردود فعل نفسية سلبية خاصة بتشخيص مرض السكري، والمضاعفات المحتملة أو الفعلية، يمكن أن تؤدي لمشكلة في العلاقات بين الأشخاص، والعلاقات بين المريض ومقدم الرعاية، (Gonzalez, Fisher, & Polonsky, 2011). يشير باور وآخرون (Pouwer et al., 2005) إلى أن مرضى السكري يعانون من مستويات عالية من الضيق الانفعالي الخاص بمرض السكري. حيث أن القلق بشأن المستقبل وإمكانية حدوث مضاعفات خطيرة مرتبطة على الإصابة بالسكري هي من بين المشاكل الانفعالية الهامة التي يعاني منها

مرضى السكري من النوع الثاني. كما أنهم يشعرون بالذنب أو القلق عندما لا ينجحون في إدارة مرض السكري (François, 2009).

وقد أشار "سترنبرج" إلى امكانية أن يكون للضيق الانفعالي دوراً في كفاءة الإدارة الذاتية المطلوبة للمرض، مما يؤدي إلى تقليل قدرات الأشخاص على إدارة أنشطة الرعاية الذاتية اللازمة لتحقيق السيطرة على نسبة السكر في الدم (Strandberg et al., 2014). فقد وجد Nagpal, Kumar, Kakar, & Bhartia, (2010) أن الضيق الانفعالي مرتبط سلباً بجودة الحياة. كان الضيق الانفعالي أهم عامل تفسيري لجودة الحياة ، حيث كان يمثل ٢٨,٧ ٪ - ٥٣,٨ ٪ من إجمالي التباين.

وبالنسبة لبعض الأفراد ، قد يؤثر الضيق الانفعالي المرتفع بسبب الأمراض على الإدارة الذاتية والالتزام بالأدوية ، وهذا له أثارا لاحقة على التحكم في نسبة السكر في الدم. بينما بالنسبة للأشخاص الآخرين ، يمكن أن يؤدي ضعف التحكم إلى الضيق ، مما قد يؤثر على إدارة المرض (Chew, Vos, Metzendorf, Scholten, & Rutten, 2017).

ولعل هذه العلاقات المتشابكة بين متغيرات البحث الحالي كانت دافعا قويا للباحث الحالي لاجراء الجراسة الحالية لتحقيق الهدف منها والمتمثل في ايضاح المتغيرات المنبئة بجودة الحياة لدى عينة من مرضى السكري.

الدراسات السابقة :

وباستعراض الباحث الحالي - وفي حدود علمه- لما سبق من بحوث ودراسات فقد وجد أنه معظم الدراسات التي أجرت حول متغيرات البحث الحالي تدور حول محورين أساسيين من حيث أهداف هذه الدراسات هما :

محور يضم دراسات تهدف الى رصد العلاقات سواء بين متغيرات البحث ، أو غيرها من المتغيرات.

محور يضم الدراسات هدفت الى تحقيق مستوى أعلى من مجرد رصد العلاقات، حيث هدفت الى رصد مدى امكانية التنبؤ، والتفاعلات والمتغيرات الوسيطة أو المعدلة في العلاقة بين المتغيرات .

أولاً : محور دراسات تهدف الى رصد العلاقات سواء بين متغيرات البحث ، أو غيرها من المتغيرات.

ثم قام "ستروش" وآخرون (Storch,et al., 2006) بدراسة هدفت لبحث العلاقة بين المكايمة وإدارة الذات وضبط عملية التمثيل الغذائي لدى عينة من المراهقين مرضى السكر، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة دالة سالبة بين المكايمة وإدارة الذات ، فضلاً عن توسط الاعراض الاكتئابية لهذه العلاقة .

وجاءت دراسة "ساركر"، "فيشر" و"شيلنجر" (Sarkar, Fisher, & Schillinger, 2006) لتبحث متغيرين من الدراسة الحالية وهما ادارة الذات وفعالية الذات لدى عينة من الامريكيين مرضى السكر من النوع الثاني منخفضي الدخل (ن=٤٠٨) مشاركاً، وتمخضت الدراسة عن عدة نتائج مفادها وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين إدارة الذات وفعالية الذات.

ولم ترتبط ادارة الذات مع متغيرات العمر، وفترة الاصابة بالمرض، وعدد سنوات التعليم وفقاً ما أكدته دراسة والسون ،روثمان وتشيرنجتو (Wallston, Rothman, & Cherrington, 2007) التي طبقت مقياس الادارة الذاتية على عينة من مرضى السكر قوامها ٣٩٨ مريضاً منهم ٣٤١ من مرضى النوع الثاني.

وهدف دراسة "زيو"،"وي" و"بان" ليو" (Xu, Pan, & Liu 2010) لبحث مستوى الرعاية الذاتية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمجرافية والخصائص المرتبطة

بالسكر، فعلى عينة قوامها (٢٠١١) مريض سكر من النوع الثاني من الصينيين المقيمين في أمريكا، أسفرت عن نتائج مفادها وجود ارتباط موجب بين إدارة الذات ومستوى التعليم، فضلا عن أن اصحاب فترة المرض الطويل كانوا يعتمدون على العلاج أكثر من الرعاية الذاتية كما لم تتضح فروقا بين الجنسين في متغيرات البحث.

كما أجرى "جرايو" وآخرون (Graue, et., al, 2012) دراسة بهدف إلى التحقق من خصائص مقياس مشكلات السكري على عينة تألفت من (٢٩٢) مريضا نيرويجيا يعانون من السكري من النوعين الاول والثاني تراوحت اعمارهم بين ١٨ - ٦٩ عام بنسبة ٥٨% من الذكور، وتم اخضاع استجابات المرضى إلى التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي، وقد أسفرت النتائج عن تأكيد التحليل العاملي على وجود أربعة عوامل للاداء المستخدمة، كما اشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة من جهة والقلق والاكتئاب من جهة أخرى.

وقد قام "جاو"، وآخرون (Guo, Whittemore, Jeon, Grey, Zhou, He, & Luo 2015) بدراسة على عينة من الشباب الصيني بلغت (١٣٦) مشاركا بهدف بحث ادارة الذات و الاعراض الاكتئابية وضبط عملية التمثيل الغذائي والرضا عن نوعية الحياة في دراسة طولية تتبعية لمدة تراوحت من ٦ : ١٢ شهرا. وأسفرت النتائج عن انخفاض ادارة الذات مع مرور الوقت تبين وجود علاقة ارتباط ايجابية بين إدارة الذات وضبط التمثيل الغذائي، وسلبية بين الأعراض الاكتئابية والرضا عن الحياة، كما أكدت الدراسة أن ادارة الذات وخفض الاعراض الاكتئابية تساعد وبشكل دال في قدرة الفرد على التوافق مع مرض السكري.

ثم قام "كويستينرجيتر" وآخرون Koetsenruijter, et, al., بدراسة هدفت إلى استيضاح العالقة بين المساندة الاجتماعية والادارة الذاتية ، وذلك على عينة قوامها (١٦٩٢) مشاركاً ممن تزيد أعمارهم عن ١٨ عاما مصابين بالنوع الثاني من السكري، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج مفادها وجود علاقة ايجابية بين المساندة الاجتماعية بأنواعها (المعرفية، الانفعالية) بالادارة الذاتية

وقد هدفت دراسة موز و آخرون Muze, Hailu, Woldemichael, & Fekecha, (2017) إلى بيان العلاقة بين جودة الحياة والعوامل المرتبطة بها لدى مرضى

السكري ممن يحرصون على متابعة حالتهم في عيادات السكري في مستشفى جامعة "جيمما" التخصصي ، جيمما ، جنوب غرب إثيوبيا. أجريت الدراسة على عينة قوامها (٣٥٦) مشاركًا. أشارت النتائج إلى وجود أعلى النسب المئوية (٥٧٪) لجودة الحياة ذات الصلة بالصحة في الصحة العامة تليها الدور البدني (٣٦٪) ، حيث وجد ان ٨٨٪ من المشاركين لديهم درجات مرتفعة في متغير جودة حياة، كذلك لم تكن هناك فروقا بين الذكور والاناث في جودة الحياة باستثناء جودة الحياة البدنية.

دراسة (شاهين ، ٢٠١٧) والتي هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج لتنمية إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين من مرضى السكر، وأجريت على عينة قوامها (٨) مراهقين من مرضى السكر أخضعوا لبرنامج قائم على تنمية ادارة الذات وتوصلت الدراسة إلى انتهاج العينة أنماط السلوك الصحي عقب اتباع خطوات البرنامج . كما هدفت دراسة جيبريمدهين وأنجاو & Gebremedhin, Workicho, & Angaw, 2019) إلى التعرف على جودة الحياة المرتبطة بالصحة والعوامل المرتبطة بها بين المرضى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني. أجريت الدراسة على عينة قوامها ٢٦٧ مريضاً من مرضى السكري. تم تطبيق مقياس جودة الحياة . أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة و سلبية بين العمر ، ومدة المرض ومستوى السكر في الدم الصيام عكسياً مع جميع مجالات جودة الحياة المرتبطة بالصحة . كما ارتبط مؤشر كتلة الجسم عكسياً مع جميع مجالات جودة الحياة المرتبطة بالصحة باستثناء مع مجال الصحة البدنية.

وقد وجد "مانجولا" و "بريكماركمر" (Manjula & Premkumar, 2015) وجود علاقة إيجابية بين فعالية الذات وسلوك الرعاية الذاتية. ووجدوا أيضاً زيادة في فعالية الذات وسلوك الرعاية الذاتية كما يرتبط بانخفاض في قيم نسبة الجلوكوز والهيموجلوبين معاً. وقد لوحظ أن كلا من نسبة الجلوكوز والهيموجلوبين وكذا فعالية الذات ارتبطت بشكل دال مع العمر.

كما أجريت دراسة "زوردا"، "ايروان"، "سلجتار" (Zuraida, Irwan, & Sjattar, 2022) بهدف التعرف على أثر تعليم إدارة الرعاية الذاتية على الصحة، حيث كانت تعنى بمرضى القلب، وافترضت أن ادارة الرعاية الذاتية والتوجيه لصحي يمكنه أن يؤثر

إيجاباً في صحة مرضى القلب لدى عينة من مرضى القلب مستشفى كلية طب جامعة حسن الدين ماساكار باندونيسيا بلغت (٤٦) مشاركاً بواقع (٢٣) مجموعة تجريبية ، (٢٣) كمجموعة ضابطة وأسفرت النتائج إلى أن إدارة الرعاية الذاتية تلعب دوراً هاماً في تحسين مختلف الجوانب النفسية لدى مرضى القلب.

وأجرى "زانج"، "لي"، "شينج". (Zhang, Li, & Sheng, 2022) دراسة هدفت إلى التحقق من ترجمة مقياس ضغوط مرضى السكري على عينة من الصينيين قوامها (٤٠٠) مريضاً بالسكري من النوع الثاني، وتوصلت الدراسة إلى دقة الاداة المستخدمة فضلاً عن ايضاح نسب انشار معاناة مرضى السكري التي بلغت ٣٣,٣ % من العينة عانوا من الضغوط النفسية المصاحبة للسكري .

ثانياً : محور الدراسات الهادفة الى رصد امكانية التنبؤ، التفاعلات والمتغيرات الوسيطة والمعدلة .

تعد دراسة "لو"، كيلي، "هايو"، "سامبريل" Law, Kelly, Huey, & (Summerbell, 2002) من الدراسات المبكرة في تناول مفهوم ادارة الذات لدى مرضى السكر، حيث هدفت إلى بحث العلاقة بين المعتقدات حول المرض، وإدارة الذات، والرعاية النفسية، وضبط مستوى السكر في الدم وذلك لدى عينة بلغت (٣٠) مراهقاً بانجلترا. وتوصلت الدراسة إلى نتائج مفادها أن سلوكيات ادارة الذات لا ترتبط بالمعتقدات حول المرض، كما اتضح أن كلا المتغيرين استطاعا أن يينا بالرعاية النفسية.

وهدف دراسة "ناجيال"، "كامر"، "كاكر"، "باهرتيا" (Nagpal, Kumar, Kakar, & Bhartia, 2010) إلى استكشاف العلاقات بين المتغيرات بما في ذلك العوامل الديموغرافية ، وخصائص المرض ، والضيق الانفعالي ، وتصور التمكين ، وسلوك الرعاية الذاتية وجودة الحياة ، وكذلك تحديد العوامل التفسيرية الهامة لجودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني. استخدمت هذه الدراسة تصميمًا عبر قطاعي وصفيًا و ارتباطيًا. واجريت الدراسة على عينة قوامها (٢٢٠) مريضاً هندياً تم تشخيص مرض السكري من النوع الثاني لديهم في فترة العشر سنوات السابقة. اشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية ذات دلالة بين الضيق الانفعالي وجودة

الحياة ، كذلك وجود علاقة ايجابية دالة بين تصور التمكين سلوك الرعاية الذاتية من جهة والرضا عن الحياة من جهة اخرى ؛ فضلا أن الضيق الانفعالي كان أهم عامل تفسيري للتنبؤ بجودة الحياة ، حيث يفسر ٢٨,٧ ٪ - ٥٣,٨ ٪ من التباين الكلي.

وفيما يتعلق بإدارة الذات وفعالية الذات فقد قام "تومبثون" (Thompson, 2010) ببحث العلاقة بين الوعي الصحي وكل من فعالية الذات وإدارة الذات، ومحاولة معرفة ما اذا كانت فعالية الذات يمكن أن تتوسط العلاقة بين الوعي الصحي وإدارة الذات. وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط دال موجب بين ادارة وفعالية الذات، ولم تستطيع فعالية الذات أن تتوسط العلاقة بين الوعي الصحي وإدارة الذات.

وقد أشارت دراسة "أوزلاندر"، "ستيرزنج"، "وزايا" و"وايت" (Auslander, Sterzing, Zayas & White, 2010) إلى أن مصادر الدعم لارتفاع الادارة الذاتية لدى العينة التي بلغت (١٠) مراهقين من مرضى السكري كان دور الأم كأهم مصدر داعم لإدارة الذات ، وكذا فعالية الذات.

ثم قام "هاغيز" (Hughes, 2011) بدراسة هدفت إلى ايضاح دور المعالجة الانفعالية (الفهم- الاعتراف - قبول المشاعر) كمتغير وسيط في العلاقة بين الادارة الذاتية (تنظيم الافكار والمشاعر والسلوك) ، ضبط مستوى السكر في الدم لدى عينة قوامها (١٣٧) مشاركا من مرضى السكر متوسط أعمارهم ١٣,٤ عاما. وأسفرت النتائج عن يوسط المعالجة الانفعالية بشكل دال للعلاقة بين الادارة الذاتية و ضبط مستوى السكر في الدم، ولم تتضح فروقا بين الذكور والاناث في الرعاية الذاتية.

ثم أجرى "أكينز" (Aikens, 2012) دراسة هدفت إلى مقارنة اعراض الاكتئاب و الضيق أو الاسى المرتبط بالسكري كمنبئات طويلة بالالتزام بالدواء ، سلوك الرعاية الذاتية ، والسيطرة على نسبة السكر في الدم في مرض السكري من النوع الثاني. تم دراسة مرضى الرعاية الأولية المصابين بداء السكري من النوع الثاني الذين عانوا من اعراض الاكتئاب و الضيق الانفعالي المرتبط بالسكري ن (٢٥٣) مشاركا. تم استخدام تحليل الانحدار. وقد اشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين اعراض الاكتئاب و سلوك التغذية المستقبلى و النشاط البدنى ، و اختبار الجلوكوز. و على العكس ، تنبأ الضيق أو الاسى المرتبط بالسكري بالسيطرة على نسبة السكر في الدم و الالتزام بالدواء.

وينفس الهدف التنبؤي السابق قام "كرام"، "تبيور" (Cramm, & Nieboer, 2012) بدراسة لبحث امكانية ادارة الذات على التنبؤ بالصحة البدنية والعراض الاكتئابية لدى عينة من مرضى بعض الامراض المزمنة كالقلب، الاوعية الدموية، السكر؛ حيث بلغت عينة مرضي السكر (٤١٢) مشاركاً. وتوصلت الدراسة إلى أن ادارة الذات تستطيع أن تتبياً وبشكل دال بالصحة البدنية والعراض الاكتئابية لدى المجموعات الثلاث.

وفي دراسة "جاسر" وآخرون (Jaser, et. al, 2012) التي عنيت بالبحث عن العلاقة بين ادارة الذات وكل من التوافق ونوعية الحياة والاستجابة للضغوط وضبط مستوى السكر بالدم، وذلك على عينة قوامها (٣٢٧) مشاركا مرضى بالسكري ومنذ ما لا يقل عن ستة أشهر . أسفرت النتيجة عن الادارة الذاتية تستطيع أن تتوسط العلاقة بين الضغوط وأساليب مواجهتها من جهة ، ونوعية الحياة وضبط السكر في الدم من ناحية أخرى.

كذلك قامت "الخوالدة"، "الحسن"، "فرويلشر" (Al-Khawaldeh, Al-Hassan, Froelicher, 2012) بدراسة هدفت إلى تقييم العلاقات بين الفعالية الذاتية لإدارة مرض السكري وسلوكيات الإدارة الذاتية لمرض السكري والتحكم في نسبة السكر في الدم. وذلك على عينة قوامها (٢٢٣) مشاركا من مرضى النوع الثاني من السكر الاردنيين وتوصلت إلى أن فعالية الذات وادارة الذات يستطيعان التنبؤ وبشكل دال بمستوى السكر في الدم، كما أن الافراد ذوي الفعالية الذاتية المرتفعة لديهم ادارة ذاتية ايضا مرتفعة لسلوك نظامهم الغذائي، الرياضي، ودورية فحص نسبة السكر في الدم، والموظبة على تناول الاوية.

في حين هدفت دراسة "سترنبرج"، "جراو"، "ويتزل"، "بيروت"، "روكني" (Strandberg, Graue, Wentzel-Larsen, Peyrot, & Rokne, 2014) إلى دراسة علاقات الضيق الانفعالي الخاص بالسكري ، والاكتئاب ، والقلق وعلى عينة قوامها ٣١٩ من البالغين النرويجيين المصابين بداء السكري من النوع الاول. تم استخدام تحليل الانحدار لدراسة العلاقات بين الاضطرابات الانفعالية الخاصة بمرض السكري والقلق والاكتئاب والرفاه العام مع الهيموجلوبين ا١. تم اختبار العلاقة بين الضيق الانفعالي الخاصة بداء السكري و الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي. اشارت النتائج إلى وجود علاقة بين

الضيق الانفعالي الخاص بمرض السكري والتحكم في نسبة السكر في الدم. ولكن لم توجد علاقة بين الاكتئاب ، والقلق ، والتحكم في نسبة السكر في الدم .

وجاءت دراسة دراسة ديغان وآخرون (Dehghan et al.,2017) بهدف إلى تقييم فعالية الذات العامة في إدارة مرض السكري وايضاح العلاقات الارتباطية مع مراقبة نسبة السكر في الدم لدى الأفراد المصابين بالسكري ، المترددين على عيادة السكري بشمال ايران. اجريت هذه الدراسة على (٢٥١) مريضا من مرضى السكري من النوع الثاني. اشارت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين العمر وفعالية الذات العامة في إدارة مرض السكري، بينما كان هناك ارتباط إيجابي بين فعالية الذات العامة و فعالية الذات في إدارة مرض السكري. وفيما يتعلق بتحليل الانحدار أن مدة المرض كانت المتغير الوحيد الذي له تأثير كبير في التحكم في نسبة السكر في الدم .

التعليق على الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة :

من خلال استعراض الباحث للدراسات السابقة يمكن أن نتلخص في النقاط التالية :

- ١ - أكدت جميع الدراسات السابقة على أهمية المتغيرات المستخدمة في الدراسة الحالية للمساهمة في اندماج مريض السكري في المجتمع المحيط بشكل طبيعي.
- ٢- أهمية متغير الإدارة الذاتية لمريض السكر، حيث يرتبط ايجابيا بمعدلات جودة الحياة وفعالية الذات والرفاهية النفسية.
- ٣- تستطيع متغير فعالية الذات والإدارة الذاتية أن تلعب دور المتغير الوسيط بين المتغيرات المتعلقة بضبط السكر، وكذا جودة الحياة.
- ٤- وجود ارتباط دال بين مؤشرات الصحة البدنية والإدارة الذاتية وفعالية الذات، وسلي مع الضيق الانفعالي .

٥- على الرغم من وجود متغير الجنس في العينات المستخدمة في الدراسات السابقة، فقد لاحظ الباحث الحالي -وفي حدود علمه- أنه لم يتطرق أحد إلى ايجاد الفروق بين الذكور والاناث في المتغيرات المستخدمة في الدراسة الحالية.

فروض البحث

- ١- توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين جودة الحياة الصحية وكل من إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات لدى مرضى السكري.

- ٢- تتباين درجات جودة الحياة الصحية بتباين درجات كل من: إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات لدى مرضى السكري.
- ٣ - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكري في المتغيرات المستخدمة في الدراسة لدى مرضى السكري.
- ٤- يسهم كل من إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات في التنبؤ بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري .

المنهج والاجراءات

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن. ويُعني هذا المنهج بتوضيح العلاقة بين متغيرين أو أكثر، وفي حالة اثبات هذه العلاقة سواء ايجاباً أو سلباً ، ويهتم ببيان حجم ونوع العلاقات بين المتغيرات، ويمكن لهذا المنهج أن يعنى بدراسات التنبؤ (صفوت ، ٢٠١٧). كما اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن للكشف عن الفروق الذكور والاناث في متغيرات الدراسة وايضاح التباينات بين المتغيرات المختلفة..

عينة البحث :

تكونت عينة الدراسة الحالية من (٣٢٣) مشاركاً من مرضى السكري من النوع الثاني، تم الحصول عليهم من خلال قسم الطب الباطني بمستشفى جامعة طنطا، عدد من العيادات الخاصة بالأمراض الباطنية وعلاج السكر بمحافظة الغربية، بعد الاتفاق مع الطبيب المُعالج واعلامه بأهداف وطبيعة البحث الحالي. تراوحت أعمار العينة ما بين ٢٣ : ٧٠ عاما بمتوسط عمري بلغ (٥٢,٦) عام وانحراف معياري قدره (١١,٣) . والجدول التالي يوضح الخصائص الديمجرافية لعينة الدراسة :

جدول (١) الخصائص الديمجرافية لعينة الدراسة

الجنس		مكان الإقامة			المستوى التعليمي			الحالة الاجتماعية	
ذكور	اناث	ريف	حضر	منخفض	متوسط	عال	أعزب	متزوج	أرمل
١٦٧	١٥٦	١٤٣	١٨٠	٢٩	١٢٧	١٦٧	٩٢	١٥٦	٤٢
									٣٣

أدوات الدراسة :

اشتملت الادوات المستخدمة في الدراسة الحالية على ما يلي :

١- اسببيان الإدارة الذاتية لمرضى السكري^١ ترجمة الباحث الحالي

اعد هذه الاستبيان "سكيميت" و اخرون (Schmitt, Gahr, Hermanns, Kulzer, Huber, & Haak, 2013) بغرض تقييم الإدارة الذاتية لمرضى السكري، وهي عبارة عن استبانة تتكون من ١٦ مفردة ، يتم الاجابة عليها وفق مقياس ليكرت من ٤ خيارات تغطي خمسة جوانب مختلفة من الإدارة الذاتية لمرضى السكري. تشير الدرجات العليا إلى المزيد من سلوك الإدارة الذاتية المرغوب فيه. تعكس مقاييس التحكم الغذائي للمرضى والالتزام بالأدوية ومراقبة نسبة الجلوكوز في الدم والنشاط البدني و التواصل مع الطبيب.

٢- مقياس الضيق الانفعالي من مرض السكري^٢ ترجمة الباحث الحالي

اعد هذا المقياس "بلونيسكي"^٣ و أخرون (Polonsky, et.al., 2005) بغرض تقييم الضيق والكدر الناتج مرض السكري، وهو عبارة عن مقياس يتكون من ١٧ مفردة ، يتبع مقياس Likert من ٦ نقاط تقيس تجارب الضيق الانفعالي بين مرضى السكري. يستجيب المرضى لكل مفردة ب ١ (لا يوجد ضيق) إلى ٦ (ضيق شديد). يحتوي هذا المقياس على أربع مقاييس فرعية: الضيق الانفعالي^٤ (EB) ، ضيق النظام الغذائي^٥ (RD) ، الضيق الشخصي^٦ (ID) ، الضيق المتعلق بالطبيب^٧ (PD).

٣- مقياس فعالية الذات في ادارة مرض السكري^٨ ترجمة الباحث الحالي

اعد هذه المقياس "نوروزي" و"تامسامبي" (Noroozi, & Tahmasebi, 2014) بغرض تقدير مدى ثقة مرضى السكري في قدرتهم على إدارة نسبة السكر في الدم والنظام الغذائي ومستوى التمارين. وهو عبارة عن مقياس يتكون من ٢٠ مفردة ، يتبع مقياس Likert من

¹ Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ)

² Diabetes Distress Scale (DDS)

³ Emotional burden subscale

⁴ Regimen-related distress subscale

⁵ Interpersonal distress subscale

⁶ Physician-related distress subscale

⁷ The diabetes management self-efficacy scale

٥ نقاط . تشير الدرجات العالية إلى فعالية ذات عالية في أداء أنشطة فعالية الذات لإدارة مرض السكري. في هذا البحث.

٤- مقياس جودة الحياة لمرضى السكري^١ ترجمة الباحث الحالي

اعد هذه المقياس "جيتندر"، "سونا" و"ابهاشك" (Jitender, Sonia, & Abhishek, 2010) بغرض تقدير جودة الحياة لمرضى السكري. وهو عبارة عن مقياس يتكون من ٣٤ مفردة ، تغطي (٨) جوانب مختلفة من جودة الحياة لمرضى السكري: تأثير الصحة البدنية على دورك في الحياة، التحمل البدني، الصحة العامة، الرضا عن العلاج، أعراض الإجهاد، الأمور المالية، الصحة النفسية / العقلية، والرضا عن النظام الغذائي. تم حساب الدرجة لكل عامل عن طريق جمع درجات المفردات (عدد العوامل) للحصول على الدرجة الكلية.

إجراءات ترجمة المقاييس المستخدمة

قام الباحث الحالي بترجمة المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية، ثم طلب من أحد أساتذة قسم اللغة الإنجليزية أن يقوم بترجمة ذات المقاييس وتمت المقارنة بين الترجمتين، للوصول إلى دقة المعنى، وأعقب ذلك طلب ترجمة لزميل آخر يقسم اللغة الانجليزية ليقوم بالترجمة العكسية من النسخة العربية إلى أصلها الانجليزية فكانت شبه متطابقة. ثم تم عرض الأدوات على مجموعة من أساتذة علم النفس في أكثر من جامعة مصرية للتحقق من صدق الأدوات كما سيذكر لاحقاً.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

يستخدم الباحث الحالي الأساليب الإحصائية التالية للتحقق من فروض البحث: معاملات ارتباط بيرسون، تحليل التباين الأحادي، معادلات الفروق بين المتوسطات T.test ، وتحليل الانحدار .

1 Quality of Life Instrument for Indian Diabetes Patients (QOLID),

التحقق من الصلاحية القياسية للأدوات :

أولاً : الثبات

وللتأكد من مدى ثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية استخدمت الباحث الحالي طريقتين لهذا الغرض هما أ. حساب معامل ألفا كرنباخ. ب. مؤشرات ثبات القسمة النصفية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (٢) معاملات ثبات ألفا، جتمان للأدوات المستخدمة ن = ٢٠٠

المقياس	البنود	معامل ثبات ألفا	ثبات التجزئة النصفية
استبيان الإدارة الذاتية	الدرجة الكلية	٠,٠٨٩	٠,٨٧ : ٠,٩٣
	التحكم الغذائي للمرضى	٤	٠,٨٨ : ٠,٧٩
	الالتزام بالأدوية	٣	٠,٨٩ : ٠,٨٠
	مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم	٣	٠,٨٤ : ٠,٧٦
	النشاط البدني	٣	٠,٨١ : ٠,٧٥
	التواصل مع الطبيب	٣	٠,٨٣ : ٠,٧٧
مرض الضيق الانفعالي السكري	الدرجة الكلية	٠,٩١	٠,٩٥ : ٠,٨٨
	الضيق الانفعالي	٥	٠,٨٦ : ٠,٧٣
	أسى النظام الغذائي	٤	٠,٨٩ : ٠,٨١
	الاسى الشخصي	٤	٠,٨٢ : ٠,٧٨
	سى الطبيب	٤	٠,٩٢ : ٠,٨٣
مرض السكري في ادارة فعالية الذات في ادارة	الدرجة الكلية	٠,٧٨	٠,٩٥ : ٠,٨٨
	التغذية المحددة	٥	٠,٨٤ : ٠,٧٥
	التغذية العامة	٥	٠,٨٠ : ٠,٨٩
	ضبط نسبة الجلوكوز في الدم	٤	٠,٨٦ : ٠,٧٧
	النشاط البدني ومراقبة الوزن	٥	٠,٨٩ : ٠,٧١
	المراقبة الطبية	٦	٠,٩٤ : ٠,٨٢
مقياس جودة الحياة لمرضى السكري	الدرجة الكلية	٠,٧٩	٠,٩٢ : ٠,٨٦
	تأثير الصحة البدنية على دورك في الحياة	٦	٠,٨٤ : ٠,٧٦
	التحمل البدني	٦	٠,٨٣ : ٠,٧٤
	الصحة العامة	٣	٠,٨٠ : ٠,٧٢
	الرضا عن العلاج	٤	٠,٩١ : ٠,٨٣
	أعراض الإجهاد	٣	٠,٩٣ : ٠,٧٨
	الأمر المالية	٤	٠,٩٤ : ٠,٨٨
	الصحة النفسية / العقلية	٥	٠,٨٣ : ٠,٧٦
	الرضا عن النظام الغذائي	٣	٠,٩٠ : ٠,٨١

ويتضح من بيانات الجدول السابق أن معاملات الثبات الخاصة بالادوات المستخدمة في الدراسة الحالية معاملات مرتفعة سواء على مستوى الدرجات الفرعية أو الدرجات الكلية للمقاييس وبالتالي يمكن الوثوق بها .

ثانياً الصدق

اعتمد الباحث الحالي على أكثر من طريقة للتحقق من صدق الادوات المستخدمة. **أولها** : صدق المحكمين والتي تشير إلى استخدام مجموعة من الخبراء والمتخصصين للحكم على جودة الاختبار ومدى تمثيل بنوده وأبعاده للمحتوى، وقد استعان الباحث بعدد من أساتذة علم النفس في جامعات مصرية وليبية، لهذا الغرض وقد أخذت تعليقات جميعهم موضع الاهتمام والتعديل، **وثانيها**: صدق المحك التلازمي. وكذلك الاتساق الداخلي للتأكد من ملائمة الاداة وخصائصها السيكومترية صدق الاتساق الداخلي لكل من الادوات المستخدمة وذلك على النحو التالي:

أولاً: الصدق الظاهري:

قام الباحث بعرض الادوات على السادة المحكمين¹ وتقريغ تعليقات وتعديلات الجميع والاعتماد على نسب الاتفاق بينهم على صدق العبارات المستخدمة في الادوات الاربعة الذي يتراوح بين (٨٠ : ١٠٠ %) سواء من حيث الصياغة والترجمة أو من حيث المفردات أو المعنى المرجو قياسه من الاداة.

ثانياً: حساب صدق المحك التلازمي:

وقد لجأ الباحث الحالي لهذه الطريقة في حساب الصدق باعتبارها أحد أهم طرائق حساب صدق الادوات بصفة عامة والادوات النفسية على وجه الخصوص، ويعتمد صدق المحك أو الصدق التجريبي على حجم علاقة درجات الاختبار بالاداء الفعلي على محك خارجي، ويقصد بالمحك الخارجي اختبار آخر جيد تستخدم فيه السمة موضع الاهتمام(مراد وسليمان، ٢٠١٢، ٢٧٣).

¹ السادة المحكمين لهم خالص الشكر من الباحث على جهودهم الحثيثة : أ.د/ احمد اسماعيل اداب طنطا - أ.د . محمد منصور جامعة طنطا - أ.د ايمن القاضي جامعة طنطا- أ.د/ سحر القطاوي تربية السويس- أ.د. أحمد زيدان تربية السويس - أ.د عمر النعاس اداب مصراته ليبيا - أ.د حسين الاطرش اداب مصراته ليبيا- أ.د حسن الشهبوي تربية مصراته ليبيا د. محمد عيد جلال اداب السويس - د/ نجلاء عبد النبي اداب السويس - د/ سماح عرفة اداب السويس - د. خالد نبهان البنا دكتوراه في علم النفس.

أ: **الصدق المحك التلازمي للإدارة الذاتية** وقد استجابت عينة التقنين على بنود الاداة الحالية بالاضافة إلى الاستجابة على بنود مقياس مهارات الإدارة الذاتية (منصور، عبد المنعم، ريان ، ٢٠١٥) وبحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة على المقياسين أسفرت النتيجة عن معامل ارتباط دال موجب بقيمة ($r=0.69$, $P 0.01$) وهذه النتيجة تؤكد صدق الاداة المستخدمة، .

ب. **الصدق المحك التلازمي لمقياس الضيق الانفعالي:** وقد حيث استجابت عينة التقنين على بنود الاداة الحالية بالاضافة إلى الاستجابة على بنود مقياس و مقياس ضغوط الحياة (غانم ، ٢٠٠٧) وبحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة على المقياسين أسفرت النتيجة عن معامل ارتباط دال موجب بقيمة ($r=0.72$, $P 0.01$) وهذه النتيجة تؤكد صدق الاداة المستخدمة

ج: **الصدق المحك التلازمي لمقياس فعالية الذات :** وقد حيث استجابت عينة التقنين على بنود الاداة الحالية بالاضافة إلى الاستجابة على بنود المقياس و مقياس فاعلية الذات (محمود، ٢٠١٣) وبحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة على المقياسين أسفرت النتيجة عن معامل ارتباط دال موجب بقيمة ($r=0.68$, $P 0.01$) وهذه النتيجة تؤكد صدق الاداة المستخدمة.

د: **الصدق المحك التلازمي لمقياس جودة الحياة الصحية:** وقد حيث استجابت عينة التقنين على بنود الاداة الحالية بالاضافة إلى الاستجابة على بنود مقياس و مقياس جودة الحياة (العشري، ٢٠١٩) وبحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات العينة على المقياسين أسفرت النتيجة عن معامل ارتباط دال موجب بقيمة ($r=0.67$, $P 0.01$) وهذه النتيجة تؤكد صدق الاداة المستخدمة .

ثالثاً: التأكد من الاتساق الداخلي للأدوات المستخدمة

أ. الاتساق الداخلي لمقياس الإدارة الذاتية:

جدول (٣) ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية لاستبيان الإدارة الذاتية

البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية
١	**٠,٦٠٢	٥	**٠,٧٧٧	٩	**٠,٥٦٧	١٣	**٠,٦١٩
٢	*٠,٧٠١	٦	*٠,٦١٧	١٠	*٠,٦٣٥	١٤	*٠,٦٠٢
٣	**٠,٦٧٦	٧	**٠,٦٧٥	١١	**٠,٥٨٨	١٥	**٠,٧٠١
٤	**٠,٦٦١	٨	**٠,٦٨٨	١٢	**٠,٦٢٩	١٦	**٠,٦٧٦

مستوى الدلالة * * دال عند ٠,٠١ * دال عند ٠,٠٥

ويتضح من نتائج الجدول (٣) السابق ارتباط درجات كل بند بالدرجة الكلية وبصورة دالة مما يعني سلامة البناء الداخلي للأداة، ولا يمكن الاعتماد على هذه الطريقة فحسب كمؤشر للصدق، لذا فقد لجأ الباحث إلى طريقة صدق المحك التلازمي السابق ذكرها. ولكن على أي حال فإن هاتان الطريقتان تؤكدان إمكانية الثقة القياسية في الأداة المستخدمة .

ب. الاتساق الداخلي لمقياس الضيق الانفعالي من مرض السكري^١**جدول (٤) ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية لمقياس الضيق الانفعالي**

البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية
١	**٠,٦٦٥	٥	*٠,٥٦١	٩	**٠,٦٢٩	١٣	*٠,٦٣٣
٢	**٠,٧٨١	٦	**٠,٥٦٧	١٠	*٠,٦١٩	١٤	**٠,٦٥٤
٣	*٠,٦٨٧	٧	*٠,٦٣٥	١١	*٠,٦٠٨	١٥	**٠,٧٢٧
٤	*٠,٦٧٨	٨	**٠,٥٨٨	١٢	**٠,٦٦٧	١٦	*٦٢٤
						١٧	**٧٨٠

مستوى الدلالة * * دال عند ٠,٠١ * دال عند ٠,٠٥

ويتضح من نتائج الجدول (٤) السابق ارتباط درجات كل بند بالدرجة الكلية وبصورة دالة مما يعني سلامة البناء الداخلي للأداة.

ج. الاتساق الداخلي لمقياس فعالية الذات :

جدول (٥) ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية لمقياس فعالية الذات

البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية
١	**٠,٦٤٠	٦	**٠,٦٥٠	١١	*٠,٦١٦	١٦	**٠,٧٢٧
٢	**٠,٦٨٠	٧	**٠,٦٢٠	١٢	*٠,٥٧٣	١٧	*٠,٧٨٠
٣	*٠,٥٨٢	٨	*٠,٦٧٤	١٣	**٠,٦٥٢	١٨	**٠,٦٦٧
٤	**٠,٦٦٣	٩	**٠,٦٧٩	١٤	*٠,٧١٧	١٩	*٠,٦٧٩
٥	**٠,٦٢٧	١٠	**٠,٦٤٦	١٥	**٠,٦٧٤	٢٠	**٠,٦٠٨

مستوى الدلالة ** دال عند ٠,٠١ * دال عند ٠,٠٥

ويتضح من نتائج الجدول (٥) السابق ارتباط درجات كل بند بالدرجة الكلية وبصورة دالة مما يعني سلامة البناء الداخلي للأداة.

د. الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة لمرضى السكري :

جدول (٦) ارتباط درجة البند بالدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة

البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية
١	*٠,٦٨٥	١٠	*٠,٥٨٠	١٩	*٠,٦٢٠	٢٨	**٠,٦٤٠
٢	**٠,٦٣٥	١١	**٠,٦١٢	٢٠	*٠,٥٨٠	٢٩	**٠,٦٨٠
٣	*٠,٦٢٣	١٢	**٠,٥٢٧	٢١	**٠,٦٧٩	٣٠	*٠,٦٨١
٤	**٠,٥٨١	١٣	*٠,٤٢٠	٢٢	*٠,٦٥٨	٣١	**٠,٦٥٤
٥	**٠,٧٢٧	١٤	**٠,٦١٢	٢٣	**٠,٦١٦	٣٢	**٠,٦٥١
٦	*٠,٦٢٤	١٥	*٠,٥٨٨	٢٤	*٠,٦٨٥	٣٣	*٠,٥٤٥
٧	*٠,٧٨٠	١٦	**٠,٦٥٣	٢٥	**٠,٦٥٤	٣٤	*٠,٤٩٧
٨	*٠,٦٤٠	١٧	*٠,٦٢٨	٢٦	**٠,٧٢٥		
٩	**٠,٦٨٠	١٨	*٠,٦٢٤	٢٧	**٠,٥٩١		

مستوى الدلالة ** دال عند ٠,٠١ * دال عند ٠,٠٥

ويتضح من نتائج الجدول (٦) السابق ارتباط درجات كل بند بالدرجة الكلية وبصورة دالة مما يعني صدق البناء الداخلي للأداة.

وبناءً على ماسبق فإنه قد تم حساب الخصائص السيكومترية لمختلف الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية بأكثر من طريقة، سواء الثبات أو الصدق، وقد كانت المؤشرات كلها مطمئنة في الاعتماد عليها جميعاً.

النتائج

الفرض الأول: توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة الصحية وكل من إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات .

جدول (٧) معاملات الارتباط بين جودة الحياة الصحية وكل من إدارة الرعاية الذاتية ،

والضيق الانفعالي وفعالية الذات

م	المتغيرات	جودة الحياة الصحية	مستوى الدلالة
١	الإدارة الذاتية	٠,٥٧٢	٠,٠٠١
٢	الضيق الانفعالي	- ٠,٥٤٤	٠,٠١
٣	فعالية الذات	٠,٤٢٦	٠,٠٠١

ويتضح من بيانات هذا الجدول (٧) عدد من النتائج مفادها :

١- فيما يتعلق بالعلاقة بين جودة الحياة وكل من إدارة الرعاية الذاتية فقد ظهر ارتباط دال موجب بين كلا المتغيرين .

٢- أما عن العلاقة بين جودة الحياة والضيق الانفعالي فقد أسفرت التحليلات الاحصائية عن علاقة دالة ولكنها سالبة، بمعنى أن الزيادة في جودة الحياة يؤدي إلى نقص في الضيق الانفعالي.

٣- وأخيراً فقد ارتبطت جودة الحياة بعلاقة دالة عند مستوى ٠,٠١ ايجابياً بفعالية الذات وهذه العلاقة تعني أن جودة الحياة يزامنها فعالية للذات وكفاءة لها.

الفرض الثاني : تتباين درجات جودة الحياة الصحية بتباين درجات وكل من إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات .

وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق بين درجات جودة الحياة الصحية بتباين درجات كل من إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات .

جدول (٨) تحليل التباين الأحادي

الدالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	المتغيرات	جودة الحياة الصحية
٠,٠١	١٨,٢٨٦	١٣٥٧,٨	٢	٢٧١٥,٦	إدارة الرعاية الذاتية	١
٠,٠١	٢٤,٨٢	١٧٢٥,٨٥	٢	٣٤٥١,٧	الضيق الانفعالي	٢
٠,٠١	٣١,٤٢	١٨٨١,٣٥	٢	٣٧٦٢,٧	فعالية الذات	٣

ويتضح من خلال الجدول السابق (٨) التأثير الدال والواضح لجميع المتغيرات (إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات) بشكل مستقل على جودة الحياة الصحية.

والنتيجة في إجمالها تشير إلى أن الفروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاثة (١) التي تم تقسيمها (المنخفضون، المتوسطون، المرتفعون) في جميع المتغيرات المستقلة المستخدمة في الدراسة " إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات". ولمعرفة اتجاه الفروق بين مجموعات الدراسة الناتجة من التفاعل بين المجموعات الثلاثة تم استخدام المقارنة البعدية Post Hoc "اختبار شيفيه" والجدول التالي يوضح ذلك .

(١) تم تقسيم العينة وفقاً للمتغيرات المستخدمة في الدراسة الحالية إلى مجموعات ثلاثة على حسب الدرجة الكلية النحو التالي: ١- إدارة الرعاية الذاتية تم التقسيم إلى أ. المجموعة الأولى ذوي الدرجات المنخفضة وتمثل الثلث الأدنى (أقل من أو يساوي ٢١ درجة)، ب. المجموعة الثانية ذوي الدرجات المتوسطة وتمثل الثلث الأوسط (من ٢٢ : ٤٢ درجة)، ج. المجموعة لثالثة أصحاب الدرجات المرتفعة (من ٤٣ : ٦٤). ٢- الضيق الانفعالي تم التقسيم إلى أ. المجموعة الأولى ذوي الدرجات المنخفضة وتمثل الثلث الأدنى (أقل من أو يساوي ٣٤ درجة)، ب. المجموعة الثانية ذوي الدرجات المتوسطة وتمثل الثلث الأوسط (من ٣٥ : ٦٨ درجة)، ج. المجموعة لثالثة أصحاب الدرجات المرتفعة (من ٦٩ : ١٠٢). ٣- فعالية الذات تم التقسيم إلى أ. المجموعة الأولى ذوي الدرجات المنخفضة وتمثل الثلث الأدنى (أقل من أو يساوي ٣٣ درجة)، ب. المجموعة الثانية ذوي الدرجات المتوسطة وتمثل الثلث الأوسط (من ٣٤ : ٦٦ درجة)، ج. المجموعة الثالثة أصحاب الدرجات المرتفعة (من ٦٧ : ١٠٠ درجة).

جدول (٩) دلالة الفروق بين كل مجموعتين من المجموعات المتغيرات المستقلة

المتغير	مجموعات المقارنة	العدد (ن)	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
إدارة الرعاية الذاتية	١- منخفض	٨٦	٣,١٤ (٠,٠٠١)	٧,٨٢ (٠,٠٠١)	٢,٤٢ (٠,٠٠٣)
	٢- متوسط	١٤٢			
	٣- مرتفع	٩٥			
الضيق الانفعالي	١- منخفض	١٢٦	٤,٥٦ (٠,٠٠١)	١٢,٧٨ (٠,٠٠١)	٦,٤٥ (٠,٠٠١)
	٢- متوسط	٨٧			
	٣- مرتفع	١١٠			
فعالية الذات	١- منخفض	٧٨	٣,٧٢ (٠,٠٠١)	٨,٧٦ (٠,٠٠١)	٧,٤٨ (٠,٠٠٣)
	٢- متوسط	١٢٣			
	٣- مرتفع	١٢٢			

ويتضح من بيانات الجدول السابق (٩) أن الافراد أصحاب الدرجات المرتفعة في ادارة الرعاية الذاتية ، فعالية الذات هم الأكثر شعورا بجودة الحياة المتعلقة بالصحة، في حين ظهر أن الافراد ذوي الدرجات المرتفعة في الضيق الانفعالي أقل شعورا بجودة الحياة الصحية، ولعل هذه النتيجة تعد مؤشرا يوحى بالتماثل بين المتغيرات المستقلة الايجابية (الرعاية الذاتية، فعالية الذات) حيث أن ارتفاع الدرجة عليهما كان له دورا هاما في ارتفاع درجة المشاركين في الشعور بجودة الحياة الصحية، في حين أن ارتفاع الضيق الانفعالي (باعتباره متغيرا سلبيا)، أدى إلى انخفاض درجة جودة الحياة الصحية .

الفرض الثالث : توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكري في المتغيرات المستخدمة في الدراسة .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث الحالي باستخدام أسلوب مقارنة متوسطات درجات الذكور والاناث باستخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين عينتين مستقلتين حيث ن ١ لا تساوي ن ٢ ، والجدول التالي يوضح هذه النتائج :

جدول (١٠) الفروق بين أفراد العينة (ذكور وإناث) على متغير ادارة الرعاية الذاتية ودرجاتها الفرعية

المقياس	المتغير	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
التحكم الغذائي للمرضى	ذكور	١٦٧	١٠,٧٢	١,٤١	٠,٣٥	غير دالة
	إناث	١٥٦	١١,١٣	١,٩٢		
الالتزام بالأدوية	ذكور	١٦٧	٨,٧٦	١,٤٣	٠,٩٨	غيردالة
	إناث	١٥٦	٩,٣٥	٢,١٣		
مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم	ذكور	١٦٧	٩,٨١	١,٤٢	٠,٨٥	غيردالة
	إناث	١٥٦	١٠,٦٤	١,٦١		
النشاط البدني	ذكور	١٦٧	١١,٩٢	١,٦٥	٣,١	دالة ٠,٠١
	إناث	١٥٦	٦,١٣	١,٣٤		
التواصل مع الطبيب	ذكور	١٦٧	٩,١١	٢,١٢	٠,٨١	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٠,٩٤	١,٨٦		
الدرجة الكلية	ذكور	١٦٧	٥٠,٧٠	١٤,٤٦	٠,٠٥	غير دالة
	إناث	١٥٦	٤٨,١٩	١٣,٤٥		

وبالنظر في النتائج الواردة في الجدول السابق (١٠) يتضح أنه بمقارنة المتوسطات لمجموعتي الذكور والإناث فلم تكن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين سواء في الدرجات الفرعية للمقياس أو الدرجة الكلية عليه، باستثناء درجة النشاط البدني حيث بلغت قيمة "ت" ٣,١ لتكون دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١.

جدول (١١) الفروق بين أفراد العينة (ذكور وإناث) على الضيق الانفعالي ودرجاتها الفرعية

المقياس	المتغير	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الضيق الانفعالي	ذكور	١٦٧	١٧,٥١	٣,٤٦	٠,٠٣	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٧,٩٢	٤,٢١		
ضيق النظام الغذائي	ذكور	١٦٧	١٥,٨١	٢,٤٥	٠,٠٤	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٥,٣١	٣,٨٩		
الضيق الشخصي	ذكور	١٦٧	٢٠,١١	٦,٤٤	٠,١٧	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٧,٥٢	٣,٢١		
الضيق من الطبيب	ذكور	١٦٧	١٧,٢١	٤,١	٠,٢٠	غير دالة
	إناث	١٥٦	٢١,٤٢	٧,١		
الدرجة الكلية	ذكور	١٦٧	٧٠,٦٧	١٢,٩٥	٠,٢٩	غير دالة
	إناث	١٥٦	٧٢,١٧	١٥,٥٧		

وبالنظر في النتائج الواردة في الجدول السابق (١١) يتضح أنه بمقارنة المتوسطات لمجموعي الذكور والإناث فلم تكن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين سواء في الدرجات الفرعية للمقياس أو الدرجة الكلية عليه، الامر الذي يشير إلى عدم وجود فروق احصائية ذات دلالة بين الذكور والإناث المصابين بالسكري من النوع الثاني على متغير الضيق الانفعالي.

جدول (١٢) الفروق بين أفراد العينة (ذكور وإناث) على الكفاءة الذاتية ودرجاتها

الفرعية

المقياس	المتغير	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
التغذية المحددة	ذكور	١٦٧	١٦,٤١	١,٦	٠,٥٣	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٦,٨٢	٢,١		
التغذية العامة	ذكور	١٦٧	١٥,١٣	١,٦٦	٠,٠٢	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٦,٢١	٣,٤٤		
ضبط نسبة الجلوكوز في الدم	ذكور	١٦٧	١٤,٩٢	٢,١٥	٠,٠٦	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٦,٥٣	٢,٦٣		
النشاط البدني ومراقبة الوزن	ذكور	١٦٧	١٨,٣٣	١,٩١	٢,٦	دالة ٠,٠١
	إناث	١٥٦	١٤,١٢	١,٦٢		
المراقبة الطبية	ذكور	١٦٧	١٦,٤١	١,٨٨	٠,٢٣	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٧,١٤	١,٧٢		
الدرجة الكلية	ذكور	١٦٧	٨١,٣٣	١٢,٦٢	٠,٨٢	غير دالة
	إناث	١٥٦	٧٩,٤	١٢,٤٣		

وبالنظر في النتائج الواردة في الجدول السابق (١٢) يتضح أنه بمقارنة المتوسطات لمجموعتي الذكور والإناث فلم تكن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين سواء في الدرجات الفرعية للمقياس أو الدرجة الكلية عليه، باستثناء درجة النشاط البدني حيث بلغت قيمة "ت" ٢,٦ لتكون دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١. الأمر الذي يشير إلى التوافق مع النتيجة السابقة في جدول (٩) الخاص بغرض نتائج متغير إدارة الرعاية الذاتية حيث اتضح أيضا وجود فروق دالة بين الذكور والإناث لصالح الذكور في الدرجة الفرعية للنشاط البدني.

جدول (١٣) الفروق بين أفراد العينة (ذكور وإناث) على جودة الحياة الصحية ودرجاتها الفرعية

المقياس	المتغير	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
تأثير الصحة البدنية على دورك في الحياة	ذكور	١٦٧	٢١,٥٣	٣,١١	٠,٢١	غير دالة
	إناث	١٥٦	٢٢,١٩	٢,٥١		
التحمل البدني	ذكور	١٦٧	٢٤,٦٠	٣,٤١	١,١٢	غير دالة
	إناث	١٥٦	٢٠,٢١	٣,٤٥		
الصحة العامة	ذكور	١٦٧	١٤,٦٥	٢,٢٦	٠,٥٦	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٣,٧٨	٢,٨١		
الرضا عن العلاج	ذكور	١٦٧	١٦,١٢	٢,٥٥	٠,٩١	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٥,٩٨	٣,١١		
أعراض الإجهاد	ذكور	١٦٧	١٠,٥٣	١,٢٥	٢,٤	دالة ٠,٠٥
	إناث	١٥٦	١٤,٢١	١,٤٥		
الأمور المالية	ذكور	١٦٧	٩,٣٢	٢,٦٥	٠,٠٨٩	غير دالة
	إناث	١٥٦	١١,٤٥	٢,١٤		
الصحة النفسية / العقلية	ذكور	١٦٧	١٦,٤٩	١,٩٤	٠,١١	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٥,٥٧	٢,٥٦		
الرضا عن النظام الغذائي	ذكور	١٦٧	١٩,٤٥	٢,٨٦	٠,٠٧	غير دالة
	إناث	١٥٦	٢٠,٦٥	٣,١١		
الدرجة الكلية	ذكور	١٦٧	١٣٢,٦٩	١٠,٥٨	٠,٠٣	غير دالة
	إناث	١٥٦	١٣٤,٠٩	١١,٤٨		

وبالنظر في النتائج الواردة في الجدول السابق (١٣) يتضح أنه بمقارنة المتوسطات لمجموعتي الذكور والإناث فلم تكن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين سواء في الدرجات الفرعية للمقياس أو الدرجة الكلية عليه، باستثناء درجة أعراض الإجهاد حيث بلغت قيمة "ت" ٢,٤ لتكون دالة عند مستوى دلالة لتكون هناك فروق دالة بين المجموعتين لصالح الإناث ٠,٠١. في الدرجة الفرعية الخاصة بأعراض الإجهاد في جودة الحياة الصحية .

الفرض الرابع : يسهم كل من إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات في التنبؤ بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري .

جدول (١٤) تحليل الانحدار المتعدد المتغيرات المستقلة (المنبئة) ادارة الرعاية الذاتية، الضيق الانفعالي، الكفاءة الذاتية والمتغيرالتابع جودة الحياة المرتبطة بالصحة

المتغير المستقل (المنبئة)	المتغير التابع	الارتباط	مربع الارتباط	قيمة المعامل B	ت	الدلالة	نسبة الاسهام			
ادارة الرعاية الذاتية	الضيق الانفعالي	٠,٥٧	٠,٣٢	٠,٦٧	٧,٨٩	٠,٠٠	٣٢%			
							الكفاءة الذاتية	١٦,٨١	الثابت	٢٩%
										١٧%

ويتضح من بياننا الجدول السابق (١٤) أن المتغيرات المستقلة ادارة الرعاية الذاتية، الضيق الانفعالي، الكفاءة الذاتية قادرة على التنبؤ بمتغير جودة الحياة الصحية (المتغير التابع) بمستويات دلالة مرتفعة، حيث يظهر أن ادارة الرعاية الذاتية كانت أكثر المتغيرات قدرة على تفسير جودة الحياة الصحية بنسبة ٣٢% من التباين، ونسبة ٢٩% كان نصيب متغير الضيق الانفعالي، فيما كانت الكفاءة الذاتية تفسر ١٧% من التباين، وقد استطاعت المتغيرات جميعا أن تفسر ٥٢% من التباين في درجة جودة الحياة الصحية. وقد اتضح أن الزيادة في درجة كل من ادارة الرعاية الذاتية والكفاءة الذاتية تؤدي إلى ارتفاع درجة جودة الحياة الصحية، بينما الزيادة في درجة الضيق الانفعالي تؤدي إلى انخفاض درجة جودة الحياة.

وبناء على النتائج السابقة يمكن صياغة المعادلة التنبؤية التالية :

جودة الحياة الصحية = ١٦,٨١ + (٠,٧٦) ادارة الرعاية الصحية + (-٠,٣٢) الضيق الانفعالي + (٠,٥٦) الكفاءة الذاتية .

مناقشة النتائج :

ولتفسير الباحث الحالي لنتائج الدراسة الحالية سيبدأ بتوضيح قدر الاتساق بين ما توصلت اليه النتائج وما سبق صياغته من فروض في هذا الشأن، وكذا مدى الاتفاق أو الاختلاف بين النتائج الحالية وما سبق وأن صاغته الدراسات السابقة من نتائج، ثم نحاول وضع تفسيرات لهذه النتائج.

وفي هذا الإطار فقد قام الباحث الحالي بصياغة أربعة فروض أساسية قامت عليها هذه الدراسة، أول هذه الفروض كان يحاول أن يوضح العلاقة بين جودة الحياة الصحية وكل من إدارة الرعاية الذاتية، والضيق الانفعالي وفعالية الذات. وقد أشارت النتائج المستخلصة إلى ارتباط كل جودة الحياة الصحية وكل من إدارة الرعاية الذاتية وفعالية الذات بعلاقة ذات دلالة احصائية ايجابية، بينما كانت العلاقة بين جودة الحياة والضيق الانفعالي سلبية، الأمر الذي يعني أن الارتفاع في درجة الفرد على متغيري إدارة الرعاية الذاتية وفعالية الذات يؤدي إلى ارتفاع في درجته على جودة الحياة، بينما ارتفاع درجة الضيق الانفعالي يؤدي إلى انخفاض درجة الفرد على متغير جودة الحياة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت اليه دراسة (Sarkar, Fisher, & Schillinger, 2006؛ Nagpal, Kumar, Kakar, & Bhartia, 2010)، وفيما يتعلق بما توصلت اليه الدراسة الحالية من الارتباط السلبي بين الادارة الذاتية والضيق الانفعالي أكدت دراسة (Graue, et., al, 2012؛ Strandberg, et.,al, 2014)، هذه النتيجة المتمثلة في العلاقة السلبية. كذلك نتائج دراسة (Guo, Jaser, et. al, 2012؛ Thompson, et., al, 2015؛ Dehghan et al.,2017)، وقد ركزت دراسة (Thompson, 2010) على استيضاح العلاقة بين فعالية وادارة الذات وأكدت على وجود علاقة ايجابية بين المتغيرين.

وبعد استعراض الدراسات السابقة التي تتفق أو تختلف مع النتيجة الحالية يتضح أن هناك شبه اجماع بين نتائج البحوث السابقة على وجود علاقة وثيقة بين متغيرات البحث الحالي- هذا أولاً- كما أن اتجاه العلاقة أيضا تتطابق مع ما توصل اليه السابقون؛ حيث كانت العلاقة ايجابية بين جودة الحياة وكلا من الادارة الذاتية وكفاءة الذات، وسلبية

مع الضيق الانفعالي، وهذا ما أكدته الدراسة الحالية. ويرى الباحث الحالي أن هذه النتيجة تتفق تماما مع الأطر النظرية التي تتعلق بالمتغيرات المستخدمة في الدراسة؛ حيث ترتبط متغيرات البحث في سياق كونها متغيرات ذات صبغة اجتماعية والتفاعل فيما بينها يؤثر وبشكل قوي على كافة صور التفاعل الاجتماعي للفرد، لما يشكله مرض السكري من عائق لاسيما في خط سير العلاقات الاجتماعية للفرد سواء على المستوى الأسري أو المهني أو غير ذلك. ولعل متغيرات الدراسة الحالية كمتغير كفاءة الذات الذي خرج من نظرية التعلم الاجتماعي لـ (Bandura, 1977)، والادارة الذاتية والتي تعني جدية المريض في نيته اتباع خطة غذائية لمرض السكري ونظام الأدوية الموصوف ، تتوافق مع توصيات أطبائه أو أخصائيي الرعاية الصحية (Mosleh, Jarrar, Zyoud & Morisky, 2017). فيرى الباحث الحالي أن مكوناتها المتمثلة في اتباع خطة غذائية، تعامل مع الاطباء، انتظام في تناول الادوية ... الخ كل هذه الانشطة المكونة لمفهوم الرعاية يمثل نشاطا اجتماعيا للفرد مع محيطه سواء الاسري أو المهني. لذلك فان هذه المتغيرات بمكوناتها المذكورة وتأثيراتها على الفرد، نظريا لابد أن ترتبط بجودة الحياة، ويعد البحث الحالي أحد المحاولات لتحقيق التطبيق لهذه العلاقة النظرية.

ومن ثم فان النتيجة الأولى التي أسفرت عنها الدراسة الراهنة والمتمثلة في وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين جودة الحياة والادارة الذاتية والكفاءة الذاتية ايجابية من جهة ، وسلبية مع متغير الضيق الانفعالي؛ تعد نتيجة مطمئنة.

وفيما يتعلق بالنتيجة الثانية والمتمثلة في استيضاح مدى وجود تأثير دال لمتغيرات الادارة الذاتية، الكفاءة الذاتية، الضيق الانفعالي على جودة الحياة المرتبطة بالصحة فقد أكدت أن الافراد أصحاب الدرجات المرتفعة في ادارة الرعاية الذاتية ، فعالية الذات هم الأكثر شعورا بجودة الحياة المتعلقة بالصحة، في حين ظهر أن الافراد ذوي الدرجات المرتفعة في الضيق الانفعالي أقل شعورا بجودة الحياة الصحية، ولعل هذه النتيجة تعد مؤشرا يوحى بالتماثل بين المتغيرات المستقلة الايجابية (الرعاية الذاتية، فعالية الذات) حيث أن ارتفاع الدرجة عليهما كان له دورا هاما في ارتفاع درجة المشاركين في الشعور بجودة الحياة الصحية، في حين أن ارتفاع الضيق الانفعالي (باعتباره متغيرا سلبيا)، أدى إلى انخفاض درجة جودة الحياة الصحية. ويرى الباحث الحالي أن هذه النتيجة منطقية وتتفق مع العديد

من الدراسات السابقة (Thompson, 2010؛ Hughes, 2011؛ Jaser, et. al, 2012) التي أكدت جميعها على ذات النتيجة السابقة.

وبشأن النتيجة الثالثة والتي حاول فيها الباحث الحالي ايضاح ما اذا كان هناك فروقا بين الذكور والاناث على المتغيرات المستخدمة في الدراسة، فقد افترض الباحث هذا الفرض، ولكن أسفرت النتائج عن رفض جُل النتائج المستخرجة منه، حيث لم يظهر أي فروق ذات دلالة في متغير الادارة الذاتية سواء المقاييس الفرعية أو الدرجة الكلية باستثناء النشاط البدني حيث كان الذكور أعلى فيه مقارنة بالاناث، وهذه النتيجة تكاد تتوافق تماما مع نتيجة الفروق بين الجنسين في متغير الكفاءة الذاتية، حيث لم تتضح فروق في أي من الدرجة الكلية أو الدرجات الفرعية باستثناء درجة النشاط البدني ومراقبة الوزن مما يشير إلى قدر كبير من الاتساق بين النتائج. ونفس الحالي في الضيق الانفعالي فلم يكن هناك فروقا دالة بين الجنسين فيه. وهذه النتيجة تتفق مع ما أسفرت عنه دراسات Xu, Pan, & Muze, Hailu, Woldemichael, & Fekecha, (2010؛ Hughes, 2011؛ Liu 2010) التي اتفقت مع التبعة الحالية، ويرى الباحث الحالي أن هذه النتيجة أقرب للمنطقية حيث أن مرض السكري عند اصابته للفرد فلن يكون للجنس تأثير في مدى اهتمام أو عناية الفرد بذاته أو كفاءته في ذلك، كما أن درجة الفرد بجودة الحياة الصحية لن تتأثر بكونه ذكرا أم أنثى، اللهم باستثناء في جانب النشاط البدني الذي تفوق الذكور فيه على الاناث، وهذه النتيج تعد أيضا غاية في المنطقية لما يتكتم به الرجل في مجتمعنا المصري والعربي من فرص أكثر للحركة والنشاط البدني سواء من خلال ممارسة الرياضة بشكل منظم حتى الحركة في العمل وغير ذلك مما يزيد من نشاطه البدني، لذا فقد ظهر هذا الفرق .

وفيما يتعلق بالنتيجة الرابعة للدراسة الراهنة والتعلقة بالقدرة التنبؤية للمتغيرات المستقلة "الادارة الذاتية، الضيق الانفعالي، الكفاءة الذاتية" فقد أوضحت تفاوتها في القدرة التنبؤية لهذه المتغيرات بالمتغير التابع "جودة الحياة الصحية" حيث فسر متغير ادارة الرعاية الذاتية نسبة ٣٢% من التباين، واستطاع متغير الضيق الانفعالي أن يفسر نسبة ٢٩%، كان نصيب متغير الكفاءة الذاتية في تفسير التباين بنسبة ١٧% منه. وتتفق هذه مع ما جاء في دراسات (Law, Kelly, Huey, & Summerbell, 2002) التي أكدت

قدرة ادارة الذات على التنبؤ بالرغاهية النفسية،فيما أكدت دراسة (Nagpal, Kumar, Kakar, & Bhartia, 2010) الضيق الانفعالي كان أهم عامل تفسيري للتنبؤ بجودة الحياة حيث فسر نسبة ٢٨,٧ % من التباين الكلي تعد هذه النتيجة مطابقة لما توصلت اليه الدراسة الحالية، وكذلك دراسة "Aikens, 2012" أكدت نفس النتيجة المتمثلة في تنبؤ الضيق الانفعالي بجودة الحياة، كذلك دراسة (Al-Khawaldeh, Al-Hassan, & Froelicher, 2012) وهذه النتائج تؤكد لنا عدم خلو جودة الحياة من بعض العوامل النفسية سواء ايجابية نحو ادارة الذات والكفاءة الذاتية، أو سلبية مثل الضيق الانفعالي من التنبؤ بالمتغير المستقل. ويرى الباحث الحالي أن هذه النتيجة تعتبر منطقية، فبالنظر إلى التعريفات النظرية للمتغيرات الحالية سواء المستقلة أو التابع، والتي سبق سردها في مقدمة هذا البحث تؤكد امكانية قدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بجودة الحياة الصحية، وتعد الدراسة الحالية محاولة جادة لترجمة هذه الارهاصات النظرية إلى نتائج مدعمة بأسس علمية على منهج ثابت محدد. كما أن دراسة إدارة الرعاية الذاتية ، والضيق الانفعالي وفعالية الذات من أجل معرفة مساهمتهم النسبية في جودة الحياة المتعلقة بالصحة باعنا على التفاؤل بأن مرض السكري لن يكون له تأثير سلبي على حياتهم.

قائمة المراجع

- جابر، عبد الحميد جابر؛ كفاي، علاء الدين (١٩٨٨). معجم علم النفس والطب النفسي الجزء الأول. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جبر، جبر محمد (٢٠١٧). علم النفس الايجابي. العبير للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزبيدي، زهير أحمد (٢٠٠٧). إدارة الذات، نحو تطوير الشخصية. عمان: دار كنوز المعرفة العلمية .
- شاهين، هيام صابر (٢٠١٧). فاعلية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر. مجلة دراسات عربية في علم النفس. مج ١٦، ع ٣ . ٤٥٥ - ٥٠٦ .
- الشرقاوي، نسرین؛ محمد، رشاد و قنصوة، فاتن (٢٠١٧). فعالية الذات وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى عينة من مرضى النوع الاول من مرض السكري والأصحاء.

- المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي. مج ٥ ، ع ٣ ، ٤٨٧ - ٥١٦ .
- صفوت، عبد الحميد (٢٠١٧). *محاضرات في مناهج البحث المتقدم*. علاء للطباعة والتوزيع.
- عبد الخالق، أحمد محمد (١٩٩٦). *الابعاد الأساسية للشخصية*. دار المعرفة الجامعية.
- عبد العزيز، سمر عبد البديع (٢٠١٥). *تمتية إدارة الذات لتحسين الفاعلية الأكاديمية* وهرمون الدوبامين لدى عينة من طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية البنات - جامعة عين شمس .
- عبد الغفار، أنور فتحي (٢٠٠٣). *الذكاء الوجداني وإدارة الذات وعلاقتها بالتعلم الموجه ذاتياً لدى طلاب الدراسات العليا كلية التربية*. مجلة كلية التربية بالمنصورة، ٥٣ (٢) ١٦٧-١٣٤ .
- العشري، حسن عبد السلام (٢٠١٩). *الذكاء الوجداني وعلاقته بجودة الحياة لدى المعلمين بمدينة مصراتة الليبية*. مجلة دراسات عربية في علم النفس، ١٨ (العدد الثالث)، ٥٥٥-٥١٤ .
- غانم، محمد حسن (٢٠٠٧). *الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط والصلابة النفسية وبعض متغيرات الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثاني*. مجلة دراسات عربية في علم النفس، ٦ ، ٢ . ٣٧ - ١١٣ .
- محمود، هويدة (٢٠١٣). *مقياس فعالية الذات كراس التعليمات*. مكتبة الانجلو المصرية.
- محمود، هويدة حنفي (٢٠١٣). *مقياس إدارة الذات (كراسة التعليمات)*. القاهرة: الأنجلو المصرية .
- مراد، صلاح وسليمان (٢٠١٢). *الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية خطوات اعدادها وخصائصها*. ط١. دار الكتاب الحديث.
- المشيخي، غالب (٢٠٠٩). *قلق المستقبل وعلاقته بكل من فعالية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف*. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية التربية. جامعة أم القرى.

- منصور، طلعت ؛ عبد المنعم، محمد ؛ ريان، ايمان محمد (٢٠١٥). الخصائص السيكومترية لمقياس مهارة الذات لدى عينة من الشباب الجامعي. مجلة الارشاد النفسي. جامعة عين شمس. ٢، ٤٢ . ١٢٣٥ - ١٢٦١ .
- Ababio, G. K., Bosomprah, S., Olumide, A., Aperkor, N., Aimakhu, C., Oteng-Yeboah, A., ... & Ogedegbe, G. (2017). Predictors of quality of life in patients with diabetes mellitus in two tertiary health institutions in Ghana and Nigeria. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 24(1), 48.
- Aikens, J. E. (2012). Prospective associations between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35(12), 2472-2478.
- Al Johani, K. A., Kendall, G. E., & Snider, P. D. (2015). Self-management practices among type 2 diabetes patients attending primary health-care centers in Medina, Saudi Arabia. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(9), 621-628.
- Al-Khawaldeh, O. A., Al-Hassan, M. A., & Froelicher, E. S. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 10-16.
- Auslander, W. F., Sterzing, P. R., Zayas, L. E., & White, N. H. (2010). Psychosocial resources and barriers to self-management in african american adolescents with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 36(4), 613-622.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (2007). Much ado over a faulty conception of perceived self-efficacy grounded in faulty experimentation. *Journal of Social and clinical Psychology*, 26(6), 641-658.
- Bandura, A., O'leary, A., Taylor, C. B., Gauthier, J., & Gossard, D. (1987). Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *Journal of personality and social psychology*, 53(3), 563.
- Bazzazian, S. (2017). Biopsychosocial Path Model of Self-Management and Quality of Life in Patients with type 2

- Diabetes. *Journal of Bioinformatics and Diabetes*, 1(3), 35-44.
- Beckerle, C. M., & Lavin, M. A. (2013). Association of self-efficacy and self-care with glycemic control in diabetes. *Diabetes Spectrum*, 26(3), 172-178.
- Camacho, F., Anderson, R. T., Bell, R. A., Goff, D. C., Duren-Winfield, V., Doss, D. D., & Balkrishnan, R. (2002). Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes. *Quality of Life Research*, 11(8), 783-796.
- Celano, C. M., Beale, E. E., Moore, S. V., Wexler, D. J., & Huffman, J. C. (2013). Positive psychological characteristics in diabetes: a review. *Current diabetes reports*, 13(6), 917-929.
- Chew, B. H., Mohd-Sidik, S., & Shariff-Ghazali, S. (2015). Negative effects of diabetes-related distress on health-related quality of life: an evaluation among the adult patients with type 2 diabetes mellitus in three primary healthcare clinics in Malaysia. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 1-16.
- Chew, B. H., Vos, R. C., Metzendorf, M. I., Scholten, R. J., & Rutten, G. E. (2017). Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2012). Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. *Patient education and counseling*, 87(3), 411-415.
- Daniele, T. M. D. C., Bruin, V. M. S. D., Oliveira, D. S. N. D., Pompeu, C. M. R., & Forti, A. C. (2013). Associations among physical activity, comorbidities, depressive symptoms and health-related quality of life in type 2 diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 57, 44-50.
- Dehghan, H., Charkazi, A., Kouchaki, G. M., Zadeh, B. P., Dehghan, B. A., Matlabi, M., ... & Mehr, B. R. (2017). General self-efficacy and diabetes management self-efficacy

- of diabetic patients referred to diabetes clinic of Aq Qala, North of Iran. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 16(1), 1-5.
- Elkady, A. A. M. (2019). Self-Care management, emotional distress and self-efficacy: relationships with health-related quality of life among patients with type 2 diabetes. *Psycho-Educational Research Reviews*, 73-84.
- Gebremedhin, T., Workicho, A., & Angaw, D. A. (2019). Health-related quality of life and its associated factors among adult patients with type II diabetes attending Mizan Tepi University Teaching Hospital, Southwest Ethiopia. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 7(1), e000577.
- Genovese, S., & Tedeschi, D. (2013). Effects of vildagliptin/metformin therapy on patient-reported outcomes: work productivity, patient satisfaction, and resource utilization. *Advances in therapy*, 30(2), 152-164.
- Gonzalez, J. S., Fisher, L., & Polonsky, W. H. (2011). Depression in diabetes: have we been missing something important?. *Diabetes care*, 34(1), 236-239.
- Graue, M., Haugstvedt, A., Wentzel-Larsen, T., Iversen, M. M., Karlsen, B., & Rokne, B. (2012). Diabetes-related emotional distress in adults: reliability and validity of the Norwegian versions of the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) and the Diabetes Distress Scale (DDS). *International journal of nursing studies*, 49(2), 174-182.
- Guo, J., Whittemore, R., Jeon, S., Grey, M., Zhou, Z. G., He, G. P., & Luo, Z. Q. (2015). Diabetes self-management, depressive symptoms, metabolic control and satisfaction with quality of life over time in Chinese youth with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9-10), 1258-1268.
- Hughes, A. E. (2011). *Regulatory benefits of emotional processing and self-control in adolescents with type 1 diabetes*. The University of Utah.
- Jaser, S. S., Faulkner, M. S., Whittemore, R., Jeon, S., Murphy, K., Delamater, A., & Grey, M. (2012). Coping, self-management, and adaptation in adolescents with type 1 diabetes. *Annals of behavioral Medicine*, 43(3), 311-319.

- Jitender, N., Sonia, K., & Abhishek, B. (2010). Quality of Life Instrument for Indian Diabetes Patients (QOLID): A Validation and Reliability Study in Middle and Higher Income Groups. *JAPI*, 58, 295-304.
- Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 22(5), 696.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual review of psychology*, 48(1), 191-214.
- Koetsenruijter, J., van Eikelenboom, N., van Lieshout, J., Vassilev, I., Lionis, C., Todorova, E., ... & Wensing, M. (2016). Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient education and counseling*, 99(4), 638-643.
- Law, G. U., Kelly, T. P., Huey, D., & Summerbell, C. (2002). Self-management and well-being in adolescents with diabetes mellitus:: Do illness representations play a regulatory role?. *Journal of adolescent health*, 31(4), 381-385.
- Manjula, G. B., & Premkumar, J. (2015). Self Efficacy and Self Care Behaviour among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus—A Cross Sectional Survey. *International Journal of Science and Research*, 4(12), 2047-2051.
- Messina, R., Rucci, P., Sturt, J., Mancini, T., & Fantini, M. P. (2018). Assessing self-efficacy in type 2 diabetes management: validation of the Italian version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale (IT-DMSES). *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-9.
- Mosleh, R. S. A., Jarrar, Y. B., Zyoud, S. E., & Morisky, D. E. (2017). Factors related to diabetes self-care management behaviors among patients with type II diabetes in Palestine. *J Appl Pharm Sci*, 7(12), 102-109.
- Muze, M., Hailu, E., Woldemichael, K., & Fekecha, B. (2017). Health related quality of life and its associated factors among diabetic patients attending diabetes clinic in Jimma university teaching hospital, Ethiopia, 2014. *J Diabetes Metab*, 8(751), 2.

- Nagpal, J., Kumar, A., Kakar, S., & Bhartia, A. (2010). The development of Quality of Life Instrument for Indian Diabetes patients (QOLID): a validation and reliability study in middle and higher income groups. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 58, 295-304.
- Nguyen, T. Q., Vo, T. Q., Nguyen, G. H., & Nguyen, T. D. (2018). Assessment of Health-Related Quality of Life in Patients with Type II Diabetes Mellitus: A Population-Based Study at a Tertiary Hospital. *Journal of Clinical And Diagnostic Research*, 12(6), 44-51.
- Noroozi, A., & Tahmasebi, R. (2014). The diabetes management self-efficacy scale: translation and psychometric evaluation of the Iranian version. *Nursing Practice Today*, 1(1), 9-16.
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K., & Pouwer, F. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53(12), 2480-2486.
- Oguntibeju, O. O., Odunaiya, N. A., Oladipo, B., & Truter, E. J. (2012). Health behaviour and quality of life of patients with type 2 diabetes attending selected hospitals in south western Nigeria. *West Indian medical journal*.
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J., & Jackson, R. A. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes care*, 28(3), 626-631.
- Pouwer, F. (2009). Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes mellitus?. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(12), 665-671.
- Pouwer, F., Skinner, T. C., Pibernik-Okanovic, M., Beekman, A. T., Cradock, S., Szabo, S., ... & Snoek, F. J. (2005). Serious diabetes-specific emotional problems and depression in a Croatian–Dutch–English Survey from the European Depression in Diabetes [EDID] Research Consortium. *Diabetes research and clinical practice*, 70(2), 166-173.
- Raghuvansh K, Pawan K and Roopkamal J(2018). Health-related quality of life and factors affecting it in type-2 diabetic

- nephropathy patients: a cross sectional observational study. *International Journal of Research in Medical Sciences* ;4(5):1511-1517
- Reba, K., Argaw, Z., Walle, B., & Gutema, H. (2018). Health-related quality of life of patients with diagnosed type 2 diabetes in Felege Hiwot Referral Hospital, North West Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC research notes*, 11(1), 1-6.
- Sarkar, U., Fisher, L., & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy?. *Diabetes care*, 29(4), 823-829.
- Schalock. R. (2000). Three decades of quality of life . *Focus on autism & other developmental disabilities* , 15 (2) , 116 - 127 .
- Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kulzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1-14.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of diabetes & Metabolic disorders*, 12(1), 1-5.
- Storch, E. A., Heidgerken, A. D., Geffken, G. R., Lewin, A. B., Ohleyer, V., Freddo, M., & Silverstein, J. H. (2006). Bullying, regimen self-management, and metabolic control in youth with type I diabetes. *The Journal of pediatrics*, 148(6), 784-787.
- Strandberg, R. B., Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Peyrot, M., & Rokne, B. (2014). Relationships of diabetes-specific emotional distress, depression, anxiety, and overall well-being with HbA1c in adult persons with type 1 diabetes. *Journal of psychosomatic research*, 77(3), 174-179.
- Thompson, A. (2010). The relationship among health literacy, self-efficacy, and self-management of individuals with diabetes (*Doctoral dissertation*). Texas Women's University.

- Tol, A., Sharifirad, G., Eslami, A., Shojaeizadeh, D., Alhani, F., & Tehrani, M. M. (2015). Analysis of some predictive factors of quality of life among type 2 diabetic patients. *Journal of education and health promotion, 4*.
- Wallston, K. A., Rothman, R. L., & Cherrington, A. (2007). Psychometric properties of the perceived diabetes self-management scale (PDSMS). *Journal of behavioral medicine, 30*(5), 395-401.
- Waly, E. H., & Hamed, M. S. (2018). Hypertension and dyslipidemia among type ii diabetic patients and related risk factors and complications. *Egypt. J. Community Med, 36*, 31-43.
- Xu, Y., Pan, W., & Liu, H. (2010). Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Nursing & health sciences, 12*(2), 228-234.
- Zhang, Y. Y., Li, W., & Sheng, Y. (2022). The Chinese version of the revised Diabetes Distress Scale for adults with type 2 diabetes: Translation and validation study. *International Journal of Nursing Sciences, 9*(2), 243-251.
- Zuraida, E., Irwan, A. M., & Sjattar, E. L. (2022). Self-Care Management Education Through Health Coaching for Heart Failure Patients. *The Journal for Nurse Practitioners, 18*(2), 172-178.