

## مؤشرات جودة الحياة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري

إعداد

أ. نهى محمد إسماعيل أحمد خلف

أ.د. هناء أحمد محمد شويخ

أ.م. د. مروة صادق أحمد صادق

أستاذ علم النفس الإكلينيكي

أستاذ علم النفس التربوي المساعد

كلية الآداب – جامعة الفيوم

كلية التربية – جامعة الفيوم

### المستخلص

هدف البحث الراهن إلى دراسة مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية، وهي نوع المرض (مرض السكر، مرض السكر مصاحب لأمراض أخرى) لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني، ومدة الإصابة بالمرض، نوع العلاج، ومستوى الدخل)، بلغ عدد المشاركين (123) من المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني في محافظة الفيوم، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى نوع المرض (مرض السكر، مرض السكر مصاحب لأمراض أخرى) لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني في مؤشرين هما: مؤشر الصحة العامة، ومؤشر حدود النشاط اليومي لصالح مرضى السكري من من النوع

الثاني، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى مدة الإصابة بالمرض لصالح أقل من ثلاث سنوات في مؤشر إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى نوع العلاج لصالح (الأقراص فقط، حقن فقط، أقراص وعلاج مكمل) في مؤشرات هي: مؤشر الأداء الاجتماعي، ومؤشر الحيوية والحالة المعنوية العامة، مؤشر إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى مستوى الدخل لصالح الدخل الذي يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض في مؤشرين هما مؤشر الصحة العامة، ومؤشر الحيوية والحالة المعنوية.

**الكلمات المفتاحية:** مؤشرات جودة الحياة الصحية، مرضي السكري من النوع الثاني

### Abstract

The aim of the current research is to study the indicators of the quality of healthy life for female parameters of patients with type 2 diabetes and their relationship to some demographic variables, namely the type of disease (diabetes, diabetes associated with other diseases) among the parameters of patients with type 2 diabetes, the duration of the disease, type of treatment, and level of treatment. Income), the number of participants amounted to (123) female teachers with type 2 diabetes in Fayoum Governorate, and the results of the study found that there were statistically significant differences in the indicators of healthy quality of life attributed to the type of disease (diabetes, diabetes associated with other diseases) among Parameters of patients with type 2 diabetes in two indicators: the general health index, the daily activity limits index in favor of type 2 diabetes patients,

and the presence of statistically significant differences in the health quality of life indicators attributed to the duration of the disease in favor of less than three years in the health perceptions index. In its present and future, and the presence of statistically significant differences in the indicators of quality of healthy life attributed to the type of treatment in favor of (tablets only, injections only, tablets and complementary treatment) in indicators: social performance index, vitality index and the concerned status Public quality, an indicator of health perceptions in its present and future, and the presence of statistically significant differences in the indicators of the quality of healthy life attributed to the level of income in favor of the income that is sufficient to meet the necessities and luxuries, and there remains a surplus in two indicators: the public health index, and the vitality and morale index.

**Keywords:** indicators of healthy quality of life, type 2 diabetes.

## مقدمة:

تعد الصحة الجسدية والنفسية غاية كل إنسان لينعم بحياة طيبة وسعيدة خالية من الأمراض, حيث إنه يوجد علاقة وثيقة بين صحة الفرد الجسمية والنفسية وإن أي خلل في هذه الجوانب سوف يؤدي إلى خلل في الجانب الآخر. فالفرد يتعرض في حياته للعديد من الاضطرابات الجسمية والنفسية التي من شأنها أن تؤثر على طريقة عيشه وتأقلمه مع الحياة، ويمكن أن تأخذ هذه الاضطرابات أشكالاً متعددة، كإصابة الفرد بمرض معين أو التعرض لحادث أو ما شابه.

ومن هذه الخبرات إصابة الفرد بمرض السكري، وذلك لأن هذا المرض يعتبر من الأمراض المزمنة، التي ترافق الفرد طيلة حياته، ويصيب هذا المرض مختلف الأعمار، فالأفراد الذين يعانون من مرض السكري أحياناً يشعرون بالتحدي نتيجة مرضهم، والتعامل اليومي معه، والمتطلبات الناشئة عنه؛ وذلك لأن هذا المرض يُعد من الأمراض المزمنة، فطبيعة المرض طويل المدى تؤثر على جودة حياة المصاب، ويحدث في نفس المريض حالة من عدم الثقة بالنفس ومشاعر القلق والخوف، وتجعله ينظر إلى كل خطوة من خطوات العلاج بمزيد من اليأس وعدم الرضا، خصوصاً إذا شعر المريض بعدم قدرته على القيام بوظائفه ومسؤولياته المعتادة أو عيش حياته بصورة طبيعية، كعدم تناول بعض الأغذية، وتجنب القيام بأعمال كانت محببة ومعتادة بالنسبة له، مما يجعل الفرد في وضع جديد يختلف كل الاختلاف عن حياة الشخص السليم والمعافى، وهذا بدوره ينعكس على مفهوم الذات لديه (جاسم محمد المرزوقي، 2008).

إن مرض السكري من النوع الثاني أحد أمراض التمثيل الغذائي Melabolic Disorders المزمن، التي تتسم بارتفاع دائم للسكر (الجلوكوز) في الدم، وأنه يحدث

عادة إما لوجود خلل في إفراز كمية الأنسولين Insulin المناسبة، أو لأن خلايا الجسم لا تستجيب للأنسولين بشكل سليم، وبالتالي يتجمع الجلوكوز في الجسم، ويؤدي إلى حدوث ضرر كبير لكثير من الأعضاء الأساسية في الجسم(هناك أحمد شويخ،2008:477).

وتعد الحالة النفسية لمريض السكري أمراً في غاية الأهمية؛ لأنه يزيد من تقبل المريض لمرضه ووضعه الصحي، ويعطيه أملاً في الحياة، لينعم بحياة حسنة، ويسعى من خلالها إلى تحقيق طموحاته في الحياة بدلاً من الانشغال الدائم بمرضه(رامي عبد الله طشطوش، ومحمد أيوب القشار،2017:134). مما دفع الباحثة لدراسة مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، حيث تمثل جودة الحياة مفهوماً واسعاً يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية المرتبطة بالحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، وعلاقته بالبيئة التي يعيش فيها.

يعتبر مفهوم جودة الحياة الصحية<sup>(1)</sup> من المفاهيم الحديثة التي تنظر إلى صحة الفرد من حيث إنها لا تعني فقط خلو الفرد من الأمراض، ولكن أيضاً تهتم بجودة الحياة التي يعيشها الفرد النفسية، العقلية، الجسمية، المادية، الاجتماعية. حيث عرفت منظمة الصحة العالمية(1946) الصحة بأنها "حالة من التكامل الجسدي، والعقلي، والاجتماعي، وليس مجرد غياب المرض أو الضعف"(من خلال:هناك أحمد شويخ،مترجم،2009:23). كما أشار إبراهيم يونس محمد(2017) أن مفهوم جودة الحياة "قدرة الفرد المعرض للمحنة والصدمة على تجويد حياته وتحسينها في النواحي

(<sup>1</sup>) Health- Quality of Life

الجسمية والاجتماعية والمعرفية والوجدانية والروحية والبيئية بتوازن بما يحقق له الرضا والسعادة".

وأشار "برنشتاين" Bernstein (2003) أن جودة الحياة أصبحت تحتل صدارة عناية المريض المزمن في صورة الحاجة للقدرة على مواصلة العمل، والقدرة على مواصلة العلاقات الشخصية مع الأصدقاء والأزواج والأبناء، ومواصلة الشعور بالقدرة على الحياة، والقدرة على الاستمتاع بالمواقف أو الأحداث التي كانت تمنح السعادة قبل المرض (هناك أحمد شويخ، 2007:1).

#### مشكلة الدراسة:

ازداد معدل الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني في الآونة الأخيرة بشكل ملفت للنظر وعلى مستوى العالم، وبين مختلف الفئات العمرية، نتيجة لتغير في النظام الغذائي وطبيعته، وكذلك تغير في نمط المعيشة بأكمله، الأمر الذي أصبح يشكل خطورة كبيرة تهدد حياة الملايين من البشر. وفي آخر إحصائية للاتحاد الفيدرالي الدولي للسكر (2017) أن عدد المصابين بمرض السكر في مصر بلغ (8.2) مليون مصاب بالسكري، وأن مصر رقم (8) على مستوى العالم في نسب الإصابة بالسكري في العالم (أمل علام، 2017).

وفي تقرير منظمة الصحة العالمية (2018) أن مرض السكري هو سبب رئيسي للعمى والفشل الكلوي والنوبات القلبية والسكتات الدماغية وبتتر الأطراف السفلى، ومن المتوقع أن المرض سيصبح سابع أكبر أسباب للوفاة بحلول عام (2030) (World Health Organization, 2018) حيث إن مضاعفات استمرار مرض السكر لفترة طويلة من الوقت فإنه يرتبط بانهايار في كل أجهزة الجسم الداخلية تقريباً مما يشكل

تهديدًا خطيرًا على الصحة، حيث يصاحب مرض السكري والاستمرار في العلاج لفترة طويلة بعض التأثيرات السلبية للمرض مثل: تضخم في الكبد، وتراخي العضلات والغيوبية السكرية، والذبحة الصدرية، والأزمة القلبية، والإصابة بأمراض العيون، وبتتر الأطراف، والتعرض للإصابات الجلدية وعدم التئام الجروح وغيرها من المضاعفات (غانم محمد حسن، وزينة مجدى محمد، 2007: 149).

على الرغم من اهتمام العديد من الباحثين في تفسير كثير من الألغاز المحيطة بهذا المرض، وتمكنوا أيضا من معرفة المزيد من أسباب حدوثه، وتعمقوا في طرق حدوث مضاعفاته، وتمكنوا من اكتشاف طرق جديدة في التشخيص والعلاج وكيفية الوقاية من الإصابة بمرض السكري، إلا أنه مازال معدل انتشاره في تزايد، حيث وجد أن ما بين (20%) إلى (70%) من مرضى السكري لا يلتزمون بالوصفات الطبية، وهذه النسبة تقل لدى الأمراض الأكثر خطورة طبيًا مثل: الروماتويد والأورام السرطانية والكبد (هناء أحمد شويخ، 2008: 469).

لذلك فإن مرضى السكري يحتاجون إلى رعاية خاصة، حيث إنهم ينظرون إلى الحياة بنظرة تختلف عن الآخرين، وتتأثر نظرتهم للحياة بسبب المرض وما يترتب عليه من المضاعفات التي تؤدي إلى عدم القدرة على مواصلة الحياة بالشكل المناسب، حيث يحتاج مرضى السكري إلى خدمات تساهم في القدرة على تنظيم السكري، ومنع أو تأخير ظهور المضاعفات، وتعتبر جودة الحياة الصحية من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات الصحية المقدمة لمرضى السكري، ورضا الفرد، ومدى إحساسه بالرفاهية والرغبة في الحياة.

لذلك اهتمت الباحثة بدراسة مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريعات بالسكري من النوع الثاني، حيث تعاني المعلمة من التعب والإرهاق لأنها

تبذل جهداً كبيراً وطاقة في عملها اليومي خارج المنزل، وفي المساء ينتظرها عمل آخر، من تربية الأبناء، والاعتناء بزوجها، وبيتها من أعمال منزلية، إضافة إلى المواعيد والفحوصات الطبية التي تجربها في العيادة أو المستشفى لضبط مستوى السكر، ومما يزيد من التعب والإرهاق، وتقلبات المزاج فينعكس على نفسياتها، مما قد يساهم في ظهور مضاعفات السكري لديها، كل هذا قد يؤثر في مستوى نوعية الحياة الصحية لديها.

### تساؤلات الدراسة:

تتحدد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:-

- (1) ما الفروق في مؤشرات جودة الحياة الصحية التي تعزى إلى نوع المرض (مرض السكر، مرض السكري مصاحب بأمراض أخرى) لدى المعلمات المريطات بالسكري من النوع الثاني؟
- (2) ما الفروق في مؤشرات جودة الحياة الصحية التي تعزى إلى مدة الإصابة بالمرض لدى المعلمات المريطات بالسكري من النوع الثاني؟
- (3) ما الفروق في مؤشرات جودة الحياة الصحية التي تعزى إلى نوع العلاج لدى المعلمات المريطات بالسكري من النوع الثاني؟
- (4) ما الفروق في مؤشرات جودة الحياة الصحية التي تعزى إلى مستوى الدخل لدى المعلمات المريطات بالسكري من النوع الثاني؟



**أهداف البحث:**

هدفت الدراسة إلى دراسة مؤشرات جودة الحياة الصحية في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني بمركز الفيوم-محافظة الفيوم لذلك فإنها تسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تحديد الفروق في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى نوع المرض(مرض السكر ، مرض السكري مصاحب بأمراض أخرى) لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.
2. تحديد الفروق في مؤشرات جودة الحياة الصحية التي تعزى إلى مدة الإصابة بالمرض لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.
3. تحديد الفروق في مؤشرات جودة الحياة الصحية التي تعزى إلى نوع العلاج لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.
4. تحديد الفروق في مؤشرات جودة الحياة الصحية التي تعزى إلى مستوى الدخل لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.

**أهمية البحث:****الأهمية النظرية:-**

1. من خلال إطلال الباحثة على الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بمؤشرات جودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، لوحظ ندرة في العثور على دراسة تناولت هذه الظاهرة بالبحث والتحليل في المجتمعات العربية

بصورة عامة، وفي المجتمع المصري بصورة خاصة. لذا، توفر الدراسة الحالية إطاراً نظرياً تنطلق منه الدراسات الأخرى المهمة بهذا المجال البحثي.

2. تتبع أهمية الدراسة من قلة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، حيث ركزت الكثير من الدراسات على الجوانب السلبية للإصابة بمرض السكري، كما أنها تسلط الضوء على مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.

3. كما تسهم هذه الدراسة في إثراء المكتبة العربية عامة، والمكتبة المصرية خاصة، برصيد معرفي يكون مرجعاً للمختصين والباحثين في هذا المجال.

#### الأهمية التطبيقية:-

1. للمعلمة دور ريادي في عملية التنمية والتطوير المجتمعي، ذلك الدور الذي من الممكن أن يتأثر من خلال تعرض المعلمة للإصابة بمرض السكري، فيؤثر ذلك سلباً عليها، وعلى العملية التعليمية. وتكمن أهمية هذه الدراسة بأنها تسهم ولو جزئياً في البحث عن العوامل التي تساهم في تنمية القدرات الذاتية والمهارات السلوكية للفرد، وتغيير اعتقاده نحو الموضوعات بطريقة إيجابية لمواجهة الأحداث والمواقف المتعددة، وخاصة الصحية منها.

2. كما أن هذه الدراسة تمهد الطريق للباحثين لدراسة مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري بشكل أعمق، وإعداد برامج إرشادية تسهم في تحسين مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري.

## مصطلحات الدراسة:

### مؤشرات جودة الحياة الصحية Healthy Life Quality Indicators :-

عرف "ترك" Turk وآخرون (2003) جودة الحياة بأنه "خبرة ذاتية يشعر بها المريض لكل من الوظائف الجسمية، والنفسية، والمهنية، والاجتماعية لديه، وهو مؤشر مهم للشفاء من المرض أو للتوافق معه" (هناء أحمد شويخ، 2007:7).

وعرفتها سهير فهيم الغباشى وهناء أحمد شويخ (2009، 223) بأنها "مجل الشعور الذاتي للفرد بمدى تحقيق الرضا لديه فيما يتعلق بمختلف متغيرات الحياة الشخصية المرتبطة بالصحة، والتي تتمثل في إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة النفسية، والأنشطة الاجتماعية، والألم، والحيوية والحالة المعنوية العامة، والأداء الاجتماعي.

وتعرف الباحثة مؤشرات جودة الحياة الصحية بأنها " مفهوم ذاتي متعدد الأبعاد، والذي يمثل أحد مجالات جودة الحياة العامة، ويختص بدراسة تقييم المريض لتأثير كل من المرض والعلاج على صحته الجسمية وحالته النفسية، والتي تتمثل في إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة النفسية، والأنشطة الاجتماعية، والألم، والحيوية والحالة المعنوية العامة، والأداء الاجتماعي". ويقاس إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني على مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة المستخدم في الدراسة الحالية؛ إعداد/ سهير فهيم الغباشى وهناء أحمد شويخ (2009).

## مرض السكري من النوع الثاني Type II Diabetes :-

تعريف منظمة الصحة العالمية(1999) بأنه "اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر(الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو عضوية، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية. ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الإنسولين من البنكرياس. فقد تكون كمية الإنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب، أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الإنسولين ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الإنسولين"(محمد بن سعد الحميد،2008:19).

مرض السكري هو مرض مزمن يتميز بارتفاع معدل السكر في الدم؛ نتيجة نقص أو عدم إفراز هرمون الأنسولين. وقد حددت الجمعية الأمريكية لمرض السكري(ADA)، معيار الإصابة بالسكري في حال كانت قيمة سكر الدم الصباحي، 126ملغ/100مل<sup>3</sup> فما فوق؛ أي بعد صيام ليلة كاملة أي بين(8-10) ساعات، في حين أن القيمة الطبيعية لسكر الدم تتراوح بين (70-8.9ملغ/ 100مل<sup>3</sup>) (فاطمة عيد العدوان، ومرسى عبد الخالق جبريل،2014: 210).

## مؤشرات جودة الحياة الصحية: إطار نظري:-

يعد مفهوم جودة الحياة<sup>(2)</sup> مفهوم له صلة بعلوم الاقتصاد والاجتماع والإدارة والطب وعلم النفس والصحة النفسية، حيث إن كل مجال من هذه المجالات له منظوره الخاص الذي يحكم به على جودة الحياة، كما أن لكل فرد في ذات المجتمع له منظوره الخاص في الحكم على جودة الحياة ونوعيتها.

(2)Quality of Life

## أ. مفهوم مؤشرات جودة الحياة الصحية:

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم ذات الأصول القديمة، والذي اهتم به الفلاسفة منذ آلاف السنين، يعد كتاب الأخلاق "لأرسطو" Aristotle (384-322 ق.م) أحد المصادر المبكرة التي تناولت تعريفاً لجودة الحياة حيث إن الشعور بالسعادة هو أهم العوامل والأسباب المؤدية إلى الحياة الجيدة (هناك أحمد شويخ، 2009). وقد بدأ الاهتمام بمفهوم جودة الحياة الصحية في المجال الطبي حيث لاحظ الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد وجودة الحياة من خلال معايير الجودة في الرعاية الصحية، وضرورة الاهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى حيث إن المرضى يدركون جودة الحياة بطريقة تختلف عن الأسوياء (هشام إبراهيم عبد الله، 2008:139).

وذكر "تايلر" Taylor (1995) أنه قد شاع استخدام مفهوم جودة الحياة في بدايته في المجالات الطبية، حيث اعتبر الأطباء أن طول فترة البقاء ووجود مرض من عدمه، كمؤشرات لجودة الحياة، ولم تكن هناك أي إشارة للعوامل النفسية في جودة الحياة، ولكن تم تعديل هذه النظرة الطبية بعد اكتشاف أن هناك اختلافاً بين نظرة كل من الطبيب والمريض لمفهوم جودة الحياة. (هناك أحمد شويخ، 2007:7).

ولقد حدث اهتمام في القرن العشرين وما بعده بما يشعر به المريض، أكثر مما يفكر فيه الأطباء اعتماداً على القياسات الإكلينيكية. إن معدلات البقاء على قيد الحياة ليست كافية، وعندما يعالج الأفراد من أمراض مزمنة أو مهددة للحياة، فإن العلاج يجب تقييمه على أساس مدى احتمال أن يؤدي إلى حياة يستحق المريض أن يعيشها من النواحي النفسية والاجتماعية والعضوية (أحمد محمد عبد الخالق، 2011:374).

ومنذ ذلك التاريخ توالى الدراسات العلمية لمفهوم جودة الحياة الصحية باستخدام تصورات نظرية متعددة وطرق منهجية راسخة، وأدت تعدد التصورات النظرية إلى تعدد زوايا النظر لهذا المفهوم. وعلى ذلك سوف نعرض مجموعة من القضايا أهمها الآتي:-

1. التعريفات المتنوعة لمؤشرات جودة الحياة الصحية.

2. الملامح المميزه لمفهوم جودة الحياة الصحية

2. أبعاد مؤشرات جودة الحياة الصحية.

3. النظريات المفسرة لآثاره ودوره في حياتنا النفسية الاجتماعية.

### 1. التعريفات المتنوعة لمفهوم جودة الحياة الصحية:

تنوعت التعريفات النفسية لمفهوم جودة الحياة الصحية بتنوع زوايا النظر لها، ورغم تعدد هذه التعريفات، نجدها تدور حول محور أساسي، وهو أن مفهوم جودة الحياة الصحية في الغالب يصف مدى رضا الفرد عن حياته ومدى تقييمه لمستوى جودة الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم له، ويمكن تصنيف هذه التعريفات التي قدمها الباحثون لمفهوم جودة الحياة إلى عدة فئات هي:

أ. تعريفات كمؤشرات ذاتية.

ب. تعريفات كمؤشرات موضوعية.

ج. تكامل مؤشري جودة الحياة- الذاتي والموضوعي.

## (أ) المؤشرات الموضوعية: Objective Indicators

قد اعتمد الباحثون في تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة وهما: البعد الذاتي والبعد الموضوعي، إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة للفرد حيث يتضمن البعد الموضوعي مؤشرات قابلة للملاحظة والقياس الكمي والتي تتعلق بالمتغيرات المؤسسة لجودة الحياة مثل: ( أوضاع العمل، ومستوى الدخل، والمكانة الاجتماعية الاقتصادية، وحجم المساندة المتاحة في شبكة العلاقات الاجتماعية)(محمد السعيد أبو حلاوة، 2010:2).

من التعريفات التي ركزت على المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة- نذكر على سبيل المثال لا الحصر- يرى "لونغست" Longest (1972) أن جودة الحياة تتحقق من خلال "إشباع حاجات الفرد البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الناجحة والاستقرار الأسري، والرضا عن العمل والدخل الاقتصادي، وتحمل كافة الضغوط التي يتعرض لها ويتأثر مفهوم جودة الحياة بالمتغيرات الثقافية لكل مجتمع وفقاً للمستوى الثقافي والاقتصادي السائد داخله، مما يؤثر في اختلاف المؤشرات التي تدل على جودة الحياة".

تعريف حسن مصطفى عبد المعطي(2005) الذي يعرف جودة الحياة بأنها "رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، والنزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه"(سلاف مشرى، 2014: 225).

## (ب) المؤشرات الذاتية: Subjective Indicators

حيث كان لعلم النفس السبق في تحديد المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة الأفراد؛ ويرجع ذلك لكون جودة الحياة تعبيراً عن الإدراك الذاتي لجودة الحياة<sup>(3)</sup>، فالحياة بالنسبة للفرد هي ما يدركه منها. حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته: كالدخل والمسكن والعمل والتعليم، يمثل في أحد مستوياته انعكاساً لإدراك هذا الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات على هذا المستوى، وهو ما يتوقف بدرجة ما على مدى أهمية كل متغير من هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد، وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة (سحر فاروق علام، 2012: 255).

ويؤكد هذا المعنى كل من "تيلور" Taylor و"بوجدان" Bogdan (1996) أن "جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية<sup>(4)</sup>، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى إلا من خلال إدراكات الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية". بمعنى آخر أن المؤشرات الخارجية (الموضوعية) لجودة الحياة لا قيمة ولا أهمية لها في ذاتها، بل تكتسب أهميتها من خلال إدراك الفرد وتقييمه لها (محمد السعيد أبو حلاوة، 2010: 3).

كما يرى "جليمان" Gilman و"ايستربروك" Easterbrooks و"فراي" Frey (2004) أن تحليل نتائج الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة يفضى إلى التأكيد على أن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقاً لميكانيزمات داخلية، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المؤشرات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن: الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، تصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل فيه، نوعية ومستوى طموحاته (سلاف مشرى، 2014: 226).

(3) Quality of Life Perceived

(4) Quality of life is a matter of subjective experience



أشار "فاندين بوس" Venden Bos (2007) أن جودة الحياة طبقاً لتعريف جمعية علم النفس الأمريكية "إلى المدى الذي يصل إليه الفرد في تحقيق الرضا عن الحياة، وبلوغ الفرد جودة الحياة الجيدة يلزمه تحقق أمور مهمة هي: جودة المعيشة أو اللياقة الوجدانية والمادية والجسمية، والارتباط بعلاقات شخصية، ووجود فرص للارتقاء الشخصي مثل المهارات، وممارسة الحقوق، وعمل اختيارات أسلوب الحياة وتحديدها ذاتياً، والمشاركة في المجتمع، وتعتبر تقوية جودة الحياة (ودعماً) ذات أهمية خاصة لأولئك الذين لديهم مرض مزمن، وذوي المشكلات الارتقائية، ومشكلات العجز الأخرى، وأولئك الذين يخضعون لعلاج طبي أو نفسي" (هنا، أحمد شويخ، 2009: 266).

عرفت سهير فهيم الغباشى وهناء أحمد شويخ (2009، 223) لجودة الحياة المرتبطة بالصحة بأنها "مجمّل الشعور الذاتي للفرد بمدى تحقق الرضا لديه فيما يتعلق بمختلف متغيرات الحياة الشخصية المرتبطة بالصحة، والتي تتمثل في إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، حدود النشاط اليومي، مشكلات الصحة الجسمية، مشكلات الصحة النفسية، الأنشطة الاجتماعية، الألم، الحيوية والحالة المعنوية العامة، الأداء الاجتماعي".

عرف محمود عبد الحليم منسي، علي مهدي كاظم (2010، 45) "شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه".

### (ج) تكامل مؤشري جودة الحياة - الذاتي والموضوعي:-

يؤكد هذا التوجه على النظرة التكاملية في قياس متغير جودة الحياة، حيث ترتبط بالإدراك الذاتي الذي يؤثر على تقييمات الفرد للمؤشرات الموضوعية للحياة؛ كالتعليم، والعلاقات الاجتماعية، والأكاديمية من ناحية وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى. وتلعب دورة الحياة والخبرات المتباينة التي نتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياتنا دورا شديدا الأهمية في واقع الأمر في ثبات أو تغير رؤيتنا لجودة الحياة الشخصية (محمد السعيد أبو حلاوة، 2010:15).

عرفت هناء الجوهري (1994) جودة الحياة بأنها تعنى " ذلك البناء الكلى الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدرة الإشباع الذي تحقق".

تعريف منظمة الصحة العالمية (1996) لجودة الحياة "إدراك الأفراد لوضعهم في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها والمرتبطة بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم، وهو مفهوم واسع النطاق يتأثر بعدة عوامل: أهمها صحة الفرد الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله، وعلاقاته الاجتماعية، وعلاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها (أحمد محمد عبد الخالق، 2011:373).

عرف أحمد محمد عبد الخالق (2011، 374) لجودة الحياة هي "المستوى الذي يعيش فيه الإنسان في إطار البيئتين المادية والاجتماعية، ومدى رضاه عنها، وسعادته بها، وتشمل جودة الحياة على مؤشرات موضوعية مثل: الدخل، والعمل،

ومعدل الوفاة، والأمراض، والخدمات المتاحة في البيئة كالصحة والمواصلات، ومؤشرات ذاتية تشمل رضا الفرد عن هذا المستوى وسعادته به".

وعرف كل من مروة صادق صادق، سالي نبيل عطا (2020، 128) هي إحساس ومشاعر تختلف من فرد لآخر وفق معايير الشخصية وتعبّر عن مدى شعور الفرد بالرضا عن جوانب حياته الاجتماعية من حيث علاقاته بالمحيطين به سواء في محيط بيئته الأسرية أو بيئة العمل ومدى إشباع حاجاته، كما تتضمن جوانب ذاتية خاصة بالفرد من حيث فكرته عن ذاته وسماته الشخصية ورضاه عن إنجازاته وتوافقه مع قيم المجتمع وما يقدم له من خدمات اجتماعية وصحية واقتصادية. فهي انعكاس لرؤية الفرد ونظرته لنفسه وإشباع المجتمع لحاجاته وتطلباته ورضاه وشعوره بالسعادة.

مما سبق يتضح أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يختلف من فرد لآخر وفقاً لأسلوب إدراكه لجوانب الحياة، كما أنه يصف ظروف الحياة الحالية من حيث المتغيرات الثقافية والنظام القيمي لكل مجتمع، والمصطلح يشير إلى شعور ذاتي للفرد بالوجود في أفضل وأحسن حال ويتضمن أبعاداً دينية، واجتماعية، ونفسية، وجسمية كما يمكن الاستدلال عليه من خلال مؤشرات ذاتية وموضوعية (هشام إبراهيم عبد الله، 2008:146).

هذا عن أبرز التعريفات التي أوردها الباحثون لتعريف مفهوم جودة الحياة، وبعد استعراض هذه التعريفات، نلاحظ ما يلي:

- استخدام مفهوم جودة الحياة بمعان متعددة، فيستخدمه بعض الباحثين على أنه مؤشرات ذاتية، وبعضهم الآخر يقيسه على أنه مؤشرات موضوعية، ويعرفه بعضهم الثالث بأنه تكامل مؤشري جودة الحياة: الذاتي والموضوعي.

- يؤكد الباحثون على أن قياس جودة الحياة الصحية يعتمد على تقييم الفرد لجودة حياته.

وتستخلص الدراسة الراهنة تعريفاً لمصطلح مؤشرات جودة الحياة الصحية بأنه "مدى شعور الفرد بالرضا عن الخدمات المادية والاجتماعية والصحية والنفسية التي تتوافر في مجتمعة.

### 3- أبعاد مؤشرات جودة الحياة الصحية:

ويذكر أنه لا يوجد تنظيم هرمي محدد لهذه الأبعاد، بل ينظم كل فرد هذه الأبعاد في بناء هرمي خاص وفق أولوياته ورؤاه الذاتية لأهمية كل قيمة بالنسبة لجودة حياته الشخصية، وعلى الثقافة التي يعيش في إطارها؛ لذا نرى تشابهاً في الترتيب الهرمي لهذه الأبعاد لدى غالبية الأفراد الذين يعيشون في ثقافات، أو جماعات اجتماعية واحدة؛ إذ يتعرض مثل هؤلاء الأشخاص إلى ظروف حياة مشتركة؛ وبالتالي خبرات حياتية متشابهة إلى حد بعيد (محمد السعيد أبو حلاوة، 2010: 14-15). حيث كلما انتقل الفرد من مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة الجديدة، فيظهر الرضا في حالة الإشباع، أو عدم الرضا في حالة عدم الإشباع؛ نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة (سحر فاروق علام، 2012: 257).

وقد حدد "فولوفيلد" Fallow Field (1990) خمسة مؤشرات لجودة الحياة في مجال الصحة هي: أولاً: الإحساس بجودة الحياة : حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادراً على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به . ثانياً: المؤشرات النفسية: حيث يتضمن مؤشرات الاكتئاب، والقلق، أو التكيف مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا. ثالثاً: المؤشرات الاجتماعية:

ويتضمن مؤشرات العلاقات الشخصية مع الآخرين، والنشاطات الاجتماعية، ونشاطات وقت الفراغ. رابعاً: المؤشرات المهنية: يضمن مؤشرات القدرة على أداء مهام وظيفته، والرغبة في أدائها، وكذلك تتضمن القدرة على التكيف مع القيام بأداء الواجبات والمهام المنزلية. خامساً: المؤشرات الصحة الجسمية: مؤشرات تتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الألم، والنشاط الحركي، وفسولوجية النوم، والشهية للطعام، والوظائف الجنسية(رغداء على نعيسة، 2012: 149).

وأشار حسن مصطفى عبد المعطى(2005)إلى ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي: أولاً: جودة الحياة الموضوعية: وتعني ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد. ثانياً: جودة الحياة الذاتية: وتعني كيف يشعر كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها، أومدى رضا الفرد والقناعة عن الحياة والسعادة بها. ثالثاً: جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع

وحددت سهير فهيم الغباشي وهناء أحمد شويخ (2009) ثمانية مجالات تصف إجمالاً نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وهذه المجالات هي: مجالات حدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، والألم، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها بمثابة مقياس للصحة الجسمية، أما مجالات مشكلات الصحة النفسية، والأداء الاجتماعي، والحيوية والحالة المعنوية العامة، والأنشطة الاجتماعية فهي مؤشرات على الصحة النفسية.

وقد حدد محمد السعيد أبو حلاوة (2010) ثمانية أبعاد عامة لتقييم جودة الحياة لكل فرد، هي: (السلامة البدنية والتكامل البدني العام، الشعور بالسلامة والأمن،

الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية، الحياة المنظمة المقننة، الإحساس بالانتماء إلى الآخرين، المشاركة الاجتماعية، أنشطة الحياة اليومية ذات المعنى أو الهادفة، الرضا والسعادة الداخلية).

وقسم عويد سلطان المشعان، وأمثال هادى الحويلة (2013) مجالات جودة الحياة أربعة مجالات على النحو التالي: أولاً: مجال الصحة الجسمية: ويشتمل على إدراك الفرد لجودة حياته من ناحية جوانب محددة، أهمها: النشاط أو الطاقة، والتعب، والألم، وعدم الراحة، والنوم. ثانياً: مجال الصحة النفسية: ويتضمن هذا المجال تقدير الفرد لجودة حياته في عدد من الجوانب، أهمها: المظهر وصورة الجسم، تقدير الذات والتعلم والذاكرة والتركيز والانتباه. ثالثاً: المجال الاجتماعي: ويشمل العلاقات الشخصية، والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد. رابعاً: المجال البيئي: ويشمل الحرية والأمان الشخصي والجسمي، والرعاية الصحية وبيئة المنزل، ونشاط وقت الفراغ، والتلوث والضوضاء، والطقس، ووسائل المواصلات (رامى عبد الله طشطوش، ومحمد أيوب القشار، 2016: 135).

تتضمن جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية (2015) أربعة أبعاد هي: أولاً: البعد الجسمي: ويوضح هذا البعد كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة، والنوم، والتخلص من التعب. ثانياً: البعد النفسي: ويتكون من المشاعر الإيجابية، وتركيز الانتباه، والرغبة في التعلم والتفكير والتذكر، وتقدير الذات، واهتمام الإنسان بمظهره، وصورة الجسم، ومواجهة المشاعر السلبية. ثالثاً: البعد الاجتماعي: ويتضمن هذا البعد العلاقات الشخصية والاجتماعية والدعم الاجتماعي، والزواج الناجح. ومن الواضح أن الإنسان لديه حاجات خاصة للانتماء، منها: القبول الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والولاء الاجتماعي. رابعاً: البعد البيئي: ويتضمن ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي، والشعور بالأمن والأمان في الجوانب البيئية وبيئة المنزل، ومصادر الدخل

والابتعاد عن التلوث والضوضاء(رامى عبد الله طشطوش، ومحمد أيوب القشار، 2016: 134).

#### 4- النظريات المفسرة لمفهوم جودة الحياة الصحية:-

##### **النموذج التصوري لجودة الحياة:-**

الذى قدمه "ويلسون" Wilson و "كليرى" Cleary (1995) وهو نموذج يرسى النظرة متعددة المتغيرات لمؤشرات جودة الحياة الصحية، إلى جانب المتغيرات البيولوجية والفسولوجية وخصائص الفرد والبيئة، تشمل مؤشرات جودة الحياة الصحية- طبقاً للنموذج- على إدراك الصحة، ومستوى العرض<sup>(5)</sup>، ومستوى الوظيفى<sup>(6)</sup>، وفي هذا النموذج يفترض أن إدراك الصحة يرتبط بكل من المستوى الوظيفى ومستوى العرض والمتغيرات البيولوجية والفسولوجية.

##### **النموذج البيولوجى النفسى الاجتماعى BioPsychoSocial Model :-**

الذى يفترض أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تمثل معاً محددات مهمة للصحة والمرض؛ حيث تتفاعل تلك العوامل معاً لتنتج حالة من الصحة أو المرض، وهذا التصور ينطوي على أن الصحة والمرض يسببهما عوامل عديدة، كما أنهما يولدان بدورهم آثاراً عديدة.

##### **نظرية المنظومات Systems theory approach :-**

حيث إن تبنى منحى نظرية المنظومات للتعرف على الكيفية التي تتفاعل فيها العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية معاً، ويرجع مفهوم المنظومة Systems

<sup>(5)</sup> Symptom status

<sup>(6)</sup> Functional status

إلى "لودفيج فون برتلانفي" Ludwig Von Bertalanfy (1968)، واستخدمه "جورج إنجل" George Engle (1980) لفهم الصحة والمرض من منظور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي، ويشير مفهوم المنظومة إلى كيان دينامي يتألف من مكونات تقوم فيما بينها على علاقات متبادلة Interrelated relationship على نحو مستمر، وتزعم نظرية المنظومات أن الترابط بين كل مستوى (مكونات) التنظيم في أي كيان هو ترابط هرمي Hierarchal، وأن التغيير في أي واحد من هذه المستويات سوف يتابعه تغيير في كل المستويات الأخرى، ومن ثم فإن الصحة والمرض والرعاية الصحية كلها عمليات ذات علاقات متبادلة فيما بينها، وهي تتطوي على تغيرات متفاعلة داخل الفرد على المستويات المختلفة (سهير فهيم الغباشي وهناء أحمد شويخ، 2009: 26-27).

#### ب. مرض السكري من النوع الثاني Type II Diabetes

مرض السكري هو مرض مزمن، فيه يرتفع مستوى الجلوكوز بالدم أعلى من المستوى الطبيعي، نتيجة لعدم قدرة البنكرياس بالجسم على إفراز هرمون الأنسولين، أو لعدم قدرة الجسم على الاستعادة من هذا الهرمون. ونتيجة للارتفاع المستمر للجلوكوز بالدم على المعدل الطبيعي، فإن المريض قد يشكو من عدة أعراض مثل: جفاف بالحلق واللسان، رغبة مستمرة لشرب الماء مع العطش، كثرة التبول، نقص الوزن مع ازدياد الشهية لتناول الطعام، وهن عام، ضعف التركيز، زغلة مع دوخة (حسن فكرى منصور، 2000: 5).

إن مرض السكري هو أحد أمراض التمثيل الغذائي Metabolic Disorders المزمن، التي تتسم بارتفاع دائم للسكر (الجلوكوز) في الدم، وأنه يحدث عادة إما لوجود خلل في إفراز كمية الأنسولين Insulin المناسبة، أو لأن خلايا الجسم لا تستجيب للأنسولين بشكل سليم، وبالتالي يتجمع الجلوكوز في الجسم، ويؤدي إلى



حدوث ضرر كبير لكثير من الأعضاء الأساسية في الجسم(هناك أحمد شويخ،2008:477).

السكري هو حالة مرضية مزمنة (تحتاج لعلاج مدى الحياة) غير معدية، ناتجة عن عوامل وراثية وبيئية مختلفة، وتحدث بسبب نقص نسبي أو مطلق في إفراز هرمون الأنسولين الذي يقوم بنقل السكر من الدم إلى خلايا الجسم، وهذا بدوره يؤدي إلى عجز الجسم عن الاستفادة من السكر في توليد الطاقة بصورة فعالة. عند ذلك يتراكم السكر في الدم ويتسرب إلى البول عن طريق الكليتين(منير لطفى،2015: 21).

### أنواع مرض السكري:-

تختلف أنواع مرض السكري، والمعروف فيها نوعان وهما: الأول والثاني، وهناك نوع ثالث وهو: سكري الحمل ولكن يدخل ضمن النوع الثاني من السكري، ولكن يبقى التحدث عنه بمفرده أفضل باعتباره مرضًا عرضيًا في وقت الحمل فقط، ويختفى بعد الولادة، ولا يعامل في أغلب الأحيان مثل الإصابة بالنوع الأول أو الثاني من السكر.

### **النوع الأول من السكري Diabetes type I :-**

هذا النوع يعد النوع الأخطر من بين أنواع مرض السكري، فهو نوع يعتمد بشكل أساسي على وجود خلل في الجهاز المناعي للشخص المريض، وهذا الخلل لم يتم التعرف على سبب طبي واضح لحدوثه ولكن يوجد بعض التكهنات الطبية المتمثلة في الآتي:

- إصابة الجهاز المناعي بفيروس معين.
- مدى قوة أو ضعف المناعة الذاتية للشخص وفقاً لبنية جسده.
- وجود عامل وراثي في ضعف المناعة.

التأثر بالبيئة المحيطة والعوامل الخارجية التي تؤثر سلباً في وظيفة الجهاز المناعي بجانب سوء التغذية المضرة للمناعة (محمد محمود المكباتي، 2017: 146).

يظهر في مرحلة مبكرة من حياة الإنسان، ويصيب الأطفال والشباب صغار السن، لذلك يسمى سكر الأطفال أو السكر الاعتمادي على الأنسولين<sup>(7)</sup>، وفي هذا النوع فإن خلايا (بيتا) التي تنتج هرمون الأنسولين في جزر لانجر هانز في البنكرياس يهاجمها الجهاز المناعي للجسم ويدمرها؛ مما يؤدي إلى فشل البنكرياس تماماً في أداء دوره نتيجة لتلف في خلاياه، مما يهدد بشدة حياة الشخص، لذلك يحتاج المرضى المصابون بهذا النوع من السكر إلى حقن بجرعات أنسولين لتعويض عمل البنكرياس وللحفاظ على الحياة (هدى جعفر حسن، 2006: 50).

### النوع الثاني من مرض السكري Diabetes type II :-

هذا النوع يصيب الشباب في سن متأخرة وكبار السن، أي يصيب الأعمار ما بين (26) عاماً والثلاثينيات والأربعينيات فما فوق. ويطلق عليه السكر غير الاعتمادي على الأنسولين<sup>(8)</sup>، ويكون الجسم في هذا النوع من السكر غير حساس للأنسولين بسبب عيوب في خلايا (بيتا)؛ مما يجعلها أقل استجابة لتأثير السكر، أو أن يكون عدد الخلايا السليمة المستقبلية لهرمون الأنسولين منخفضاً. وقد يحدث كذلك اضطراب في إفراز هرمون الأنسولين، فعند بعض المرضى يتم إفراز هرمون الأنسولين بكمية أكبر من المعتاد، ولكن الجسم يقاوم الاستفادة من الأنسولين ولا يستجيب له؛ مما يستنزف وظيفة خلايا (بيتا) المنتجة للأنسولين. أما بعض المرضى الآخرين فإن خلايا أجسامهم لا تقاوم الأنسولين المنتج ولكن إفراز هرمون الأنسولين يكون بكمية قليلة لا تتناسب مع مستوى السكر في الدم، بحيث لا تكفي لحاجة

(7) Insulin-Dependent Diabetes Mellitus.

(8) Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus

الجسم. وهذا الاضطراب في كفاءة عمل البنكرياس يؤدي إلى عدم قدرته على تحويل معظم السكر الناتج من عملية التمثيل الغذائي إلى طاقة، فترتفع نسبته في الدم والبول (هدى جعفر حسن، 2006: 50). ومن الممكن أن يتطور هذا النوع عند بعض الأشخاص مع تقدم العمر ومع إهمال تناول العلاج الموصوف له من قبل الطبيب؛ ليصبح المريض مصاباً بالنوع الأول. هذا النوع يعد الأكثر انتشاراً بين أنواع السكري، وفقاً للدراسات العلمية التي أجريت حديثاً على مرضى السكري من النوعين الأول والثاني، وجد أن نسبة إصابة مرضى السكري النوع الثاني من السكر تتراوح ما بين (90%) وحتى (95%) من إجمالي مرضى السكري، أن العلاج يأتي بمفعوله ومنهم نسبة كبية قد توقفت بالفعل عن تناول الدواء وتحسنت حالتهم الصحية، ولكن مع اتباع نظام غذائي صحي وإلا تدهورت حالتهم مرة أخرى (محمد محمود المكباتي، 2017: 148).

### أسباب الإصابة بالسكري:-

بالرغم من أن سبب إصابة بعض الأفراد بالسكر غير معروف تحديداً حتى الآن، إلا أن هناك بعض العوامل التي تؤثر تأثيراً كبيراً علي إمكانية الإصابة بالسكر.

### - التاريخ المرضي لعائلة:

ترتفع فرصة الإصابة بالنوع الأول أو الثاني من مرض السكر إذا كان أحد أفراد الأسرة من الدرجة الأولى مصابين بالمرض (مثل أحد الوالدين) (مرسى سمحان العنزى، 2010: 10).

### - السمنة والسكر:

للسمنة علاقة وثيقة بحدوث مرض السكري فقد وجد أن أكثر من (80%) من مرض السكر يعانون السمنة كما أن (25%) من السمان مصابون بمرض السكر، ويرجع ذلك إلى أنه كلما زادت السمنة ازدادت الخلايا الدهنية وقلت مستقبلات الأنسولين الموجودة على جدار الخلايا، حيث يقلل حساسية الخلايا للأنسولين وتزداد المقاومة له، وتوجد في صورة خاصة عند سمنة الكرش. يفرز البنكرياس كميات كبيرة من الأنسولين ويجهد البنكرياس لأن المستقبلات قليلة، ثم يقل إفراز البنكرياس للأنسولين بعد ذلك (إسماعيل عويس، 2002: 9).

### - قلة النشاط:

كلما قل النشاط الذى يقوم به الفرد، كلما زادت فرص الإصابة بمرض السكر. حيث يساعد النشاط الجسمانى على بقاء الجسم في وزن مناسب، استهلاك الجلوكوز في الجسم، حث خلايا الجسم على أن تكون أكثر حساسية تجاه الأنسولين، زيادة عملية تدفق الدم في الجسم ويحسن من نشاط الدورة الدموية حتى في أصغر الأوعية الدموية (مرسى سمحان العنزى، 2010: 10).

### - الفيروسات والسكر:

أثبتت الأبحاث والتجارب أن هناك شبة علاقة بين بعض الفيروسات وظهور أعراض مرض السكر من النوع الثاني المعتمد على الأنسولين. حيث إن أعراض ظهور المرض تكون بصورة مفاجئة تماما أو ربما كان حادا. ويكون ذلك أكثر خلال فصلي الخريف والشتاء، وهذه الفيروسات تهاجم خلايا (بيتا) التي تفرز الأنسولين مما يؤدي إلى تدميرها وشل وظيفتها، وذلك يؤدي إلى أن الأنسولين يقل إفرازه أو ينعدم فيظهر مرض السكر (إسماعيل عويس، 2002: 17).

- السن:

تزداد خطورة الإصابة بالنوع الثاني من مرض السكر، كلما زاد عمر الفرد، خاصة بعد سن (30) عاماً مع قلة النشاط وزيادة الوزن(مرسى سمحان العنزي، 2010: 11).

### مضاعفات مرض السكري Complications of Diabetes Mellites :-

حيث ينقسم مضاعفات مرض السكر إلى:-

#### **1- مضاعفات مرض السكر المزمنة Chronic Complications :-**

فهي تلك الاعتلالات التي تصيب أعضاء الجسم وأجهزته المختلفة محدثة به بعض الاضطرابات سواء في الوظيفة أو التكوين. وتتمثل المضاعفات المزمنة الرئيسية لمرض السكر فيما يلي:-

- الاعتلال الكلوي السكري<sup>(9)</sup> والذي يتراوح ما بين نقص معدل الترشيح حتى مرحلة الفشل الكلوي، والذي يؤثر بدوره سلباً على جميع أجهزة الجسم وله العديد من المضاعفات منها: مضاعفات في القلب والأوعية الدموية الطرفية والأوعية الدموية للمخ، ومضاعفات الجهاز الهضمي، ومضاعفات في الهرمونات وأعضاء التناسل واعتلال شبكة العين واعتلال الصفائح الدموية.

- أمراض العين الناتجة عن مرض السكري: منها اعتلال الشبكة، وإعتام عدسة العين(المياه البيضاء)، وزيادة الضغط الداخلى للعين(المياه الزرقاء)، بالإضافة إلى اعتلال الأعصاب الخارجية للعين.

(9) Diabetic Nephropathy

- الاعتلال العصبي السكري<sup>(10)</sup> حيث من المفترض أن يؤدي مرض السكر إلى اعتلال دموى للأعصاب عن طريق إحداث سدد في الشرايين الصغيرة التي تغذي الأعصاب، ويحدث ذلك في عصب واحد فقط، أن الاعتلال العصبي عند مرضي السكر يأخذ هيئة اعتلال عصبي منتشر (إبراهيم حامد سليمان، 2006: 56-59).
- القدم السكري<sup>(11)</sup> من المضاعفات الخطيرة تأثير السكر على القدمين والساقين مما قد يتسبب في بتر القدم (إسماعيل عويس، 2002: 11).
- مضاعفات في الأسنان واللثة<sup>(12)</sup> قد يصاب مريض السكري بتخلخل في الأسنان مع التهاب اللثة أو تجمع قيح أو خرايج حول الأسنان، لأن زيادة السكر بانسجة اللثة مع كثرة جفاف الفم والحلق يجعل اللثة بيئة صالحة لنمو الميكروبات والالتهاب. كما أن حدوث تصلب في الشرايين المغذية للثة يساعد على الالتهاب والخلخل الذي يؤدي إلى تساقط الأسنان (إسماعيل عويس، 2002: 42).
- الالتهابات والعدوى<sup>(13)</sup> يظهر في مرضي السكري الذين لا يحافظون على مستوى معتدل لجلوكوز الدم، حيث يعانون من التهابات عديدة في مواضع متفرقة من الجسم.
- مضاعفات مرض السكري في الجلد والمفاصل: يعد تصلب المفاصل وخاصة مفاصل اليد من أهم خصائص مرضى السكري.
- مضاعفات الجهاز الدوري<sup>(14)</sup> وتتمثل في الأمراض التالية: أمراض الشرايين التاجية، الوفاة نتيجة احتشاء عضلة القلب، الذبحة الصدرية الصامتة، الجلطات، فشل عضلة القلب.

(10) Diabetic Neuropathy

(11) Diabetic Feet

(12) Odontopathy

(13) Infections

(14) Cardiovascular complications

## 2- مضاعفات حادة Acute Complications :-

- غيبوبة السكر الحمضية أو الكيتونية.
- غيبوبة السكر غير الحمضية.
- حموضة الدم الناشئة عن زيادة حمض اللاكتيك.
- الهبوط الحاد لنسبة السكر (إبراهيم حامد سليمان، 2006: 59-63).

### دراسات سابقة:

يعتبر مفهوم مؤشرات جودة الحياة الصحية من المفاهيم المركزية التي اهتمت بها الدراسات النفسية في مجال الأمراض المزمنة، ولإبراز النواتج النفسية والصحية المترتبة عليه. ولهذا تناول الباحثون مفهوم مؤشرات جودة الحياة الصحية في دراسات عديدة، فيما يلي سنعرض دراسات سابقة التي تناولت مؤشرات جودة الحياة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية لدى مرض السكري:

تقوم الباحثة بتقديم عرض موجز لأهم ما أمكن التوصل إليه من الدراسات السابقة والبحوث العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الدراسة.

توصلت دراسة (Wexler, et al (2006 إلى ارتباط انخفاض جودة الحياة (بالشيخوخة، جنس الإناث، الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة، أمراض القلب والأوعية الدموية، مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة، قصور القلب الاحتقاني، أمراض الأوعية الدموية الطرفية، أمراض الرئة المزمنة، الاكتئاب، استخدام الأنسولين وعدد الأدوية)، عدم وجود فروق تبعاً لمتغير مدة مرض السكري، وارتبطت شدة العلاج ارتباطاً سلبياً بجودة الحياة.

كما وجدت دراسة Papadopoulos, et al (2007) أن الإناث المريضات بالسكري من النوع الثاني سجلوا انخفاضاً ملحوظاً في جميع مجالات جودة الحياة الصحية، وكان قوامها (229) من مرض السكر من النوع الثاني، بلغ عدد الإناث (52.8%)، ومتوسط عمر المشاركين (70.0) سنة، كما كشفت النتائج فيما يتعلق بالعمر عن انخفاض بعد الأداء البدني فقط بشكل ملحوظ في الفئات العمرية الأكبر سناً، كما ارتبطت الشيخوخة، وانخفاض التعليم، وعدم الزواج، والسمنة، وارتفاع ضغط الدم بانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة، فقد كانت مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة ومدة الإصابة بالمرض من أهم العوامل التي تنبئ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة، حيث أثر كل منها سلباً وبشكل ملحوظ على الخمسة مجالات الفرعية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة، وأن الأداء البدني هو بُعد جودة الحياة المرتبطة بالصحة الأكثر تأثراً بالعوامل الاجتماعية والديموغرافية والمرضية.

كما توصل دراسة بشير إبراهيم الحجار وعاطف جابر إسماعيل (2008) على عينة قوامها (513) من مرضي السكري، إلى أن مستوى جودة الحياة كان مرتفعاً لدى مرضي السكري، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير عمر المريض لصالح المريض الأصغر سناً، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الدخل الشهري وذلك لصالح المرضى الأعلى دخلاً.

وكشفت دراسة Solli, et al (2010) على عينة قوامها (521) مريض بالسكري من النوع (1 و 2) في النرويج، وبلغت (356) مريض سكر من النوع الثاني (44% إناث). وجود علاقة ارتباطية إحصائية بين مؤشرات جودة الحياة الصحية ومرض



السكري من النوع الأول والثاني، حيث أظهر أن مؤشرات جودة الحياة الصحية للمصابين بالسكري من النوع الثاني يعانون من مشاكل في (حدود النشاط اليومي، والأنشطة الاجتماعية، والألم، يعانون من القلق / الاكتئاب). وفي مرضى السكري من النوع الثاني ادي وجود أحد المضاعفات تأثير سلبي على المرضى مثل: (السكتة الدماغية، الاعتلال العصبي، معاش العجز، تلقي المساعدة من الآخرين، الخوف من نقص سكر الدم، والقيود في العمل). وكشفت النتائج أنه لا يوجد دلالة إحصائية بين مرض السكر ومتغيرات العمر ومؤشر كتلة الجسم.

وأسفرت نتائج دراسة (Saeed, et al(2012) على عينة قوامها (160) من مرضى السكري (نوع ثاني)، إلى أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني كان مرتفعاً، ووجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري تعزى للجنس ولصالح الإناث، ووجود علاقة ارتباطية ايجابية بين ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي لدى مرضى السكري وارتفاع مستوى جودة الحياة.

وتوصلت دراسة (Spasic, et al (2014) والتي أجريت على عينة (86) من مرضى السكري (النوع الثاني) في مدينة نيش الصربية، وكان متوسط مدة الإصابة بمرض السكري من (8-12) سنة. وأسفرت النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري (النوع الثاني) كان مرتفعاً لدى المرضى الذين مدة إصابتهم بالسكري أقل من (10 سنوات)، والذين تقل أعمارهم عن (65) عاماً، وأن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري الذكور أفضل من مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري الإناث، بينما لم يكن هناك فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي.

أما دراسة أمل إبراهيم الشيخ (2015) والتي أجريت على عينة من (66) مرضى السكري تزيد أعمارهم عن (20 سنة) فما فوق، وتوصلت إلى أن تتسم جودة الحياة لدى مرضى السكري بمحلية أم درمان بالارتقاع، وتوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري بمحلية أم درمان.

وكشفت دراسة ريا أحمد الحديدي، فاروق شخاترة (2015) عن وجود مستوى منخفض للمعرفة العامة لدى مرضى السكري (58.9%) وغير المصابين بالسكري (50%)، ومستوى متوسط من المعرفة بمراقبة المرض لمرضى السكري (42.7%) وغير المصابين بالسكري (41.9%)، ومستوى متوسط من الوعي (56.5%) لمرض السكري و(46.8%) لغير المصابين بالسكري. كما أوضحت الدراسة مستوى منخفض لنوعية الحياة والممارسات لدى مرضى السكري (58.1%) و(41.9%) لغير المصابين بالسكري. الدخل الشهري يرتبط بنوعية حياة مرضى السكري، بينما العمر له صلة ذات دلالة إحصائية بمعرفة العلاج بين مرضى السكري وغير المصابين بالسكري.

وأسفرت دراسة رامي عبد الله طشطوش ومحمد أيوب القشار (2016) على عينة قوامها (360) من مرضى السكري من النوع الثاني، إلى عدم وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير العمر، ووجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور، ووجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير المؤهل العلمي لصالح البكالوريوس وماجستير فأعلى، ووجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير مدة الإصابة لصالح الأقل مدة، ووجود علاقة ارتباطية إيجابية بين مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن.

كما توصلت دراسة إبراهيم أحمد الجبرة، الرشيد إسماعيل البيلي (2017) على عينة من مرضى السكري بولاية الخرطوم قوامها (90) مريضاً، إلى أن يتسم القلق لدى مرضى السكري في بعض مراكز الخرطوم بالارتفاع، كما تتسم نوعية الحياة لدى مرضى السكري ببعض مراكز الخرطوم بالارتفاع، وتوجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة والقلق لدى مرضى السكري ببعض مراكز الخرطوم، كما توجد فروق في القلق لدى مرضى السكري ببعض مراكز الخرطوم تبعاً لمتغير النوع، ولا توجد فروق في القلق لدى مرضى السكري ببعض مراكز الخرطوم تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، كما لا توجد فروق في القلق لدى مرضى السكري ببعض مراكز الخرطوم تبعاً لمتغير نوع العلاج.

وأسفرت دراسة رقية عزاق، حياة لموشي (2017) على عينة قوامها (50) مريضاً بالسكري، تتجاوز أعمارهم (25) عاماً وتقل عن (55) عاماً، على وجود مستوى منخفض في جودة الحياة لدى مرضى السكري، وأن لا وجود لفروق بين الجنسين بخصوص جودة الحياة.

وتوصلت دراسة آمال تركي (2017) على عينة قوامها (40) من مرضى السكري من النمطين، النمط الأول المعتمد على الأنسولين والنمط الثاني يستخدم العلاج العقاقيري من الجنسين، وبلغ عدد الإناث (19) من أعمار مختلفة تتراوح بين (15)، (73) سنة. وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري. عدم وجود علاقة دالة بين مراكز الضبط وجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري. لا توجد فروق بين متوسطات درجات جودة الحياة بين الجنسين لدى المصابين بمرض السكري.

وأُسفرت دراسة محمد فتحي سليمان، هدي محمد أحمد (2018) على عينة قوامها (20) مريضاً بالسكري من النوع الثاني، إلي عدم وجود علاقة ارتباطية بين قلق المستقبل وجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني في قلق المستقبل وجودة الحياة لصالح الإناث. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى السكري من النوع الثاني طبقاً لتقسيم المرض (أقل من سنة، من سنة ل 5 سنوات، من 5- 10 سنوات) في قلق المستقبل وجودة الحياة.

وأُسفرت دراسة وسام بوفج (2018) على عينة قوامها (74) من المعلمين المصابين بالسكري في مختلف الأطوار التعليمية الثلاثة (ابتدائي-متوسط-ثانوي)، إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية موجبة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة وبين متغيرات (الجنس- والسن- والحالة الاجتماعية-ومدة الإصابة).

وتوصلت دراسة ايمان رمضان بشير (2019) على عينة قوامها (60) مريضاً من الذكور والإناث، تراوح المدى العمري لهم بين (23 - 55) سنة، إلي وجود علاقة موجبة بين سلوكيات الرعاية الذاتية وجودة الحياة، كما لم تظهر النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في سلوكيات الرعاية الذاتية، بينما وجدت فروق بينهما في جودة الحياة، ولم تظهر النتائج فروق دالة بين المتعلمين والأمين في سلوكيات الرعاية الذاتية؛ في حين ظهرت هذه الفروق في جودة الحياة بين المتعلمين.

وتوصلت دراسة Palomo-López, et al (2019) على عينة قوامها (62) من مرضى السكري النوع (1،2)، (64.5%) من الإناث و 22 (35.5%) من الذكور،

وتراوحت أعمارهم بين (30 - 86) عامًا، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية بين العينة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين صحة القدم العامة وبين جودة الحياة في المرضى الذين تم تشخيصهم بمرض السكري من النوع الثاني مقارنة مع مرضى السكري من النوع الأول، كما أن المرضى الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني لديهم تأثير سلبي على نوعية القدم المرتبطة بصحة القدم مقارنة بالمرضى الذين يعانون من مرض السكري من النوع الأول.

وأُسفرت دراسة آمال بوعيشة، نرجس زكري (2020) على عينة قوامها (20) مريضًا بالسكري، إلى وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و السلوك الصحي لدى مرضى السكري.

وتوصلت دراسة (Pham, et al (2020) على عينة قوامها (204) مريضًا بالسكري من النوع الثاني في فيتنام، يتراوح أعمارهم بين (60 - 69) عامًا، وأكثر من نصف المشاركين كانوا من الإناث بنسبة (52.8%). كان متوسط مدة المرض (7) سنوات، إلى ارتباط وجود مضاعفات مرض السكري بوحدة على الأقل بانخفاض مستوى جودة الحياة الصحية مقارنة مع أولئك الذين لا يعانون من أى مضاعفات السكري، ووجود الفروق في الأداء الاجتماعي، الدور العاطفي، والصحة العقلية. عدم وجود فرق بين الذين لا يعانون من مضاعفات مرض السكري والذين يعانون من أمراض القلب السكري، واعتلال الكلية السكري، واعتلال الشبكية السكري.

وتوصلت دراسة (Tran Kien, et al (2021) على عينة قوامها (519) مريضًا بمرض السكري من النوع الثاني، إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في الدرجات

الجسمية والعقلية لصالح الذكور. وأن المرضى كبار السن والأمراض المصاحبة والعلاج بالأنسولين كانوا أكثر عرضة لأن يكون لديهم جودة الحياة الصحية أقل، كما ارتبط جودة الحياة الصحية ايجابياً بالتحصيل العلمي وممارسة التمارين الرياضية بشكل متكرر، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في خمسة من أصل ثمانية مؤشرات جودة الحياة الصحية باستثناء الألم الجسدي، والحالة النفسية، والأنشطة الاجتماعية، كما ارتبط مستوى التعليم العالي، وعدم وجود مضاعفات مرض السكري، وعدم وجود علاج للأنسولين مع جودة الحياة أعلى.

وتوصلت دراسة (Al-Taie, et al (2021) على عينة قوامها (170) مريضاً يعانون من مرض السكري من النوع الثاني، في النمسا، كان معظمهم من الذكور (58.82%)، كان عمر معظم المشاركين أكبر من (60) عاماً، إلي أن مستوى جودة الحياة بين مرضى السكري من النوع الثاني مرتفعة نسبياً، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في المرضى الذين عولجوا بالأنسولين أو بعوامل مضادة لمرض السكر عن طريق الفم.

#### تعقيب على الدراسات السابقة:-

من خلال اطلاع الباحثة على الدراسات والأبحاث المذكورة سابقاً فقد تبين لها التالي:-

**من حيث الأدوات:** استخدمت معظم الدراسات مقياس جودة الحياة، وإن كان البعض منها قاست إضافة إلى جودة الحياة الدعم الاجتماعي كدراسة (Saeed et al, 2012)، و(آمال تركي، 2017)، والضغط النفسية كدراسة (أمل إبراهيم الشيخ، 2015)، وتقدير الذات كدراسة (رامي عبد الله طشطوش، ومحمد أيوب

القشار،2016)، القلق كدراسة (إبراهيم أحمد الجبرة، والرشيد إسماعيل البيلي،2017)، وأساليب المواجهة كدراسة (وسام بوفج،2018)، قلق المستقبل كدراسة (محمد فتحي سليمان، وهدى محمد أحمد،2018)، وسلوكيات الرعاية الذاتية كدراسة (ايمان رمضان بشير،2019).

**من حيث العينات:** وجدت الباحثة تبايناً كبيراً من حيث العينة، ففي دراسة (Papadopoulos, et al,2007) بلغت العينة(229) من مرضى السكري نوع الثاني، ودراسة(بشير إبراهيم الحجار وعاطف جابر إسماعيل،2008) بلغت العينة(513) مريضاً ومريضة بالسكري، ودراسة (Solli,et al,2010) فقد بلغت العينة(356) مريضاً بالسكري من النوع الأول والثاني، أما دراسة (saeed, et al,2012) فقد بلغت (160) مريضاً ومريضة بالسكري من النوع الثاني، أما دراسة (Spasic, et al,2014) فقد بلغت العينة (86) مريضاً ومريضة بالسكري من النوع الثاني، وفي دراسة (أمل إبراهيم الشيخ،2016) بلغت العينة(66)من مرضى السكري، وفي دراسة (رامي عبد الله طشطوش، ومحمد أيوب القشار،2016) بلغت العينة (360) مريضاً ومريضة بالسكري من النوع الثاني، ودراسة (إبراهيم أحمد الجبرة، والرشيد إسماعيل البيلي،2017) بلغت العينة (90) مريضاً بالسكري،أما دراسة (آمال تركي،2017) بلغت العينة (40)مريضاً بالسكري، ودراسة (وسام بوفج،2018) بلغت العينة (74) معلماً ومعلمة مصابين بالسكري، ودراسة (محمد فتحي سليمان، وهدى محمد أحمد،2018) بلغت العينة (20) مريضاً بالسكري من النوع الثاني، ودراسة (Palomo-Lopez, et al,2019) بلغت العينة (62) مريضاً بالسكري، ودراسة (آمال بوعيشة، ونرجس زكري،2020) بلغت العينة (20) مريضاً بالسكري، ودراسة (Pham, et al,2020) بلغت العينة (204) مريضاً بالسكري،

وبدراسة (Al-Tale, et al,2021) بلغت العينة (170) مريضاً بالسكري من النوع الثاني، وبدراسة (Tran Kien, et al,2021) بلغت العينة (519) مريضاً بالسكري من النوع الثاني.

**من حيث النتائج:** حيث يمكن تلخيص أهم نتائج الدراسات السابقة على النحو التالي: وجود علاقة دالة إحصائياً بين جودة الحياة ومرض السكري، وهناك علاقة دالة إحصائياً بين المرضى تبعاً لمتغير العمر لصالح الأصغر سناً، وهناك علاقة دالة إحصائياً بين جودة الحياة ومتغير مستوى الدخل ولصالح الأعلى دخلاً، وهناك علاقة دالة إحصائياً بين المرضى في جودة الحياة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي ولصالح البكالوريوس وماجستير فأعلي، وهناك علاقة دالة إحصائياً بين مرضى في جودة الحياة تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض ولصالح الأقل مدة.

**من حيث الفئة المستهدفة:** حيث شملت كل الدراسات السابقة مرضى السكري .

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث عينة الدراسة وهي مرضى السكري، ولكن اهتمت الدراسة بالمعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني، كما اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث تناول متغير جودة الحياة، ولكن اهتمت الدراسة الحالية بمؤشرات جودة الحياة الصحية

وبالنظر إلى الدراسات السابقة والمتعلقة بمؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني، نلاحظ ندرة هذه الدراسات في البيئة العربية والأجنبية، وهذا ما يؤكد أهمية وتميز هذه الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات السابقة، كما تعد الدراسة الحالية من الدراسات الجديدة في مصر والتي تحاول الكشف عن مستوي مؤشرات جودة الحياة الصحية التي تعزى إلى



متغيرات(نوع المرض- مدة الإصابة بالمرض- نوع العلاج- مستوى الدخل) لدى  
المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.

### فروض الدراسة:-

تحاول الدراسة الحالية التحقق من صحة الفروض التالية:-

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى نوع المرض (مرض السكر، مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى) لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى مدة الإصابة بالمرض لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى نوع العلاج لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى مستوى الدخل لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني.

### منهج الدراسة وإجراءاتها

أ: منهج الدراسة:-

من أجل تحقيق أهداف الدراسة، استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية المنهج الوصفي.

**ب: مجتمع الدراسة:-**

تكون مجتمع الدراسة الحالية من المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني العاملات بالمدارس الحكومية-بمحافظة الفيوم، اللاتي يتراوح أعمارهن من (35 سنة) فأعلي.

**ج: عينة الدراسة:-**

تكونت عينة الدراسة من عينتين وهما:-

**1. المشاركون في الدراسة الاستطلاعية:-**

حيث شملت الدراسة على (38) من المشاركين في الدراسة الاستطلاعية من المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني العاملات بالمدارس الحكومية-بمحافظة الفيوم، وذلك لاختبار صلاحية تطبيق الأدوات ووضوحها وإجراء التعديلات المطلوبة.

**2. المشاركون في الدراسة الأساسية:-**

شملت الدراسة على (123) من المشاركين في الدراسة الأساسية من المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني العاملات بالمدارس الحكومية- بمحافظة الفيوم، واللاتي يتراوح أعمارهن من (35 سنة) فأعلي.

**د: أدوات الدراسة:-**

ولتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها اشتملت أدوات الدراسة على المكونات الآتية :

1. البيانات الأولية: تحتوي على البيانات الديموجرافية الخاصة بالمريض والتي تتمثل في (نوع المرض، مستوى الدخل، مدة الإصابة بالمرض، نوع العلاج)، وذلك للتعرف على البيانات الأساسية التي تحتاجها الدراسة، والاستمارة من إعداد الباحثة.

2. استبيان جودة الحياة المرتبطة بالصحة Short from 36

) Questionnaire for health related quality of life

إعداد سهير فهيم الغباشى، وهناء أحمد شويخ (2009):-

يتكون الاستبيان من (36) بنداً مصنفة في تسعة مؤشرات فرعية تصف إجمالاً مؤشرات جودة الحياة الصحية، هذه المؤشرات هي؛ تعد مؤشرات حدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، والألم، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها بمثابة مؤشرات على الصحة الجسمية، أما مؤشرات مشكلات الصحة النفسية، والأداء الاجتماعي، والحيوية والحالة المعنوية العامة، والأنشطة الاجتماعية فهي مؤشرات على الصحة النفسية.

هـ. الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة:

صدق الأدوات :

اعتمدنا في تقدير صدق بطارية المقاييس على أساليب الصدق الآتية:

1. تقدير صدق التكوين من خلال :

أ- حساب الاتساق الداخلي، من خلال حساب ارتباط كل بند بالدرجة على المقياس الفرعي والدرجة على المقياس الكلي.

وفيما يلي نعرض لنتائج هذه الإجراءات :

جدول (1) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر الأول الصحة العامة وبالدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة "مؤشرات جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)

بنود المؤشر الأول	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمؤشر الأول	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان
1	** 0.725	** 0.658
2	** 0.855	** 0.457

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (1) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الأول والدرجة الكلية للمؤشر الأول دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.725) فيما كان الحد الأعلى (0.855). وعليه فإن جميع فقرات المؤشر الأول متسقة داخلياً مع المؤشر الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود المؤشر الأول. كما نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الأول والدرجة الكلية للاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.457) فيما كان الحد الأعلى (0.658). وعليه فإن

جميع بنود المؤشر الأول متسقة داخليًا مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود المؤشر الأول.

**جدول (2) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر الثاني حدود النشاط اليومي وبالدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة مؤشرات جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)**

بنود المؤشر الثاني	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمؤشر الثاني	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان
3	**0.700	**0.662
4	**0.771	**0.719
5	**0.756	**0.670
6	**0.707	**0.581
7	**0.548	**0.434
8	**0.464	*0.396
9	**0.772	**0.626
10	**0.817	**0.603
11	**0.760	**0.609
12	**0.671	**0.566

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (2) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الثاني والدرجة الكلية للمؤشر الثاني دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.464) فيما كان الحد الأعلى (0.817). وعليه فإن جميع فقرات المؤشر الثاني متسقة داخلياً مع المكون الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود المؤشر الثاني. كما نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الثاني والدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.396) فيما كان الحد الأعلى (0.719). وعليه فإن جميع بنود المؤشر الثاني متسقة داخلياً مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود المؤشر الثاني.

**جدول (3) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر الثالث مشكلات الصحة الجسمية وبالدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة "مؤشرات جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)**

بنود المؤشر الثالث	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمؤشر الثالث	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان
13	**0.882	**0.473
14	**0.863	*0.404
15	**0.858	**0.450
16	**0.903	**0.569

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (3) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الثالث والدرجة الكلية للمؤشر الثالث دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.858) فيما كان الحد الأعلى (0.903). وعليه فإن جميع فقرات المؤشر الثالث متسقة داخلياً مع المؤشر الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود المؤشر الثالث. كما نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الثالث والدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.404) فيما كان الحد الأعلى (0.569). وعليه فإن جميع بنود المؤشر الثاني متسقة داخلياً مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود المؤشر الثالث.

**جدول (4) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر الرابع**  
مشكلات الصحة النفسية وبالدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة "مؤشرات  
جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)

بنود المؤشر الرابع	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمؤشر الرابع	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان
17	**0.900	**0.610
18	**0.909	**0.527
19	**0.847	**0.440

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (4) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الرابع والدرجة الكلية للمؤشر الرابع دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.847) فيما كان الحد الأعلى (0.909). وعليه فإن جميع فقرات المؤشر الرابع متسقة داخلياً مع المؤشر الذى تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلى لبنود المؤشر الرابع. كما نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الرابع والدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.440) فيما كان الحد الأعلى (0.610). وعليه فإن جميع بنود المؤشر الرابع متسقة داخلياً مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذى تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلى لبنود المؤشر الرابع.

جدول (5) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر الخامس الأداء الاجتماعي والدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة "مؤشرات جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)

بنود المؤشر الخامس	معامل الارتباط للمؤشر الخامس بالدرجة الكلية للاستبيان	قيمة الدلالة
20	** 0.791	0.000



\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (5) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الخامس والدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان معامل الارتباط (0.791). وعليه فإن جميع بنود المؤشر الخامس متسقة داخلياً مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبند المؤشر الخامس.

**جدول (6) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر السادس الأهم وبالدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة "مؤشرات جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)**

بنود المؤشر السادس	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمؤشر السادس	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان
21	**0.897	**0.484
22	**0.913	**0.759

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (6) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر السادس والدرجة الكلية للمؤشر السادس دالة إحصائياً بين مستوى

معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.897) فيما كان الحد الأعلى (0.913). وعليه فإن جميع فقرات المؤشر السادس متسقة داخليًا مع المكون الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبند المؤشر السادس. كما نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر السادس والدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية دالة إحصائيًا بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.484) فيما كان الحد الأعلى (0.759). وعليه فإن جميع بنود المؤشر السادس متسقة داخليًا مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبند المؤشر السادس.

**جدول (7) معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر السابع الحيوية والحالة المعنوية وبالدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة مؤشرات جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)**

بنود المؤشر السابع	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمؤشر السابع	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان
23	**0.685	**0.509
24	**0.722	**0.570
25	**0.811	**0.770
26	**0.801	**0.620
27	**0.635	**0.611
28	**0.645	**0.599
29	**0.622	**0.648
30	**0.677	**0.677
31	**0.723	**0.673

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (7) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر السابع والدرجة الكلية للمؤشر السابع دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.635) فيما كان الحد الأعلى (0.811). وعليه فإن جميع فقرات المؤشر السابع متسقة داخلياً مع المكون الذى تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلى لبنود المؤشر السابع. كما نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر السابع والدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.509) فيما كان الحد الأعلى (0.770). وعليه فإن جميع بنود المؤشر السابع متسقة داخلياً مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذى تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلى لبنود المؤشر السابع.

**جدول(8)معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر الثامن الأنشطة الاجتماعية والدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة "مؤشرات جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)**

بنود المؤشر الثامن	معامل الارتباط للمؤشر الثامن بالدرجة الكلية للاستبيان	قيمة الدلالة
32	**0.574	0.000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (8) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر الثامن والدرجة الكلية للمؤشر الثامن دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان معامل الارتباط (0.574). وعليه فإن جميع بنود المؤشر الثامن متسقة داخلياً مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي للمؤشر الثامن.

**جدول(9)معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمؤشر التاسع إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها وبالدرجة الكلية لأداة الدراسة" استبانة "مؤشرات جودة الحياة الصحية" لدى العينة الاستطلاعية ن= (38)**

بنود المؤشر التاسع	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمؤشر التاسع	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للاستبيان
33	**0.626	*0.375
34	**0.564	0.222
35	**0.677	**0.667
36	**0.769	**0.526

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

من نتائج الجدول (9) نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر التاسع والدرجة الكلية للمؤشر التاسع دالة إحصائياً بين مستوى

معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.564) فيما كان الحد الأعلى (0.769). وعليه فإن جميع فقرات المؤشر التاسع متسقة داخلياً مع المؤشر الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبند المؤشر التاسع. كما نجد أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المؤشر التاسع والدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية دالة إحصائياً بين مستوى معنوية (0.01) و(0.05) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.222) فيما كان الحد الأعلى (0.667). وعليه فإن جميع بنود المؤشر التاسع متسقة داخلياً مع الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية الذي تنتمي له مما يثبت صدق الاتساق الداخلي للمؤشر التاسع.

وعليه ومن خلال نتائج الثبات والاتساق الداخلي في الجداول السابقة يتضح لنا ثبات أداة الدراسة (الاستبيان) بدرجة مرتفعة وصدق اتساقها الداخلي مما يجعلنا نطبقها على كامل العينة.

ومن استعراض الجداول السابقة نجد أن هناك ارتباطاً في قيم معاملات ارتباط البنود بالدرجة على كل من المؤشرات الفرعية أو المقياس الكلي، وأن اختبار مؤشرات جودة الحياة الصحية، كانت بنوده كلها مرتفعة الدلالة، وبالتالي لم يحذف أي بند منه، وبالتالي يتكون من (36) بنداً.

## 2- ثبات الاستبيان:

تم التحقق من ثبات استبانة مؤشرات جودة الحياة الصحية من خلال طريقتين، وذلك كما يلي:

### أ- حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) استخدمت الباحثة (معادلة ألفا كرونباخ) Cronbach's Alpha(a) للتأكد من ثبات أداة الدراسة على المشاركين في الدراسة الاستطلاعية المكونة من (38) مشاركاً من المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني، وقد تم استبعادها من العينة الكلية، والجدول رقم (10) يوضح معاملات ثبات أداة الدراسة.

وأشار (Kapline, & Saccuzzo 2001) أن مفهوم الثبات يشير إلى اتساق الاختبار فيما يقدمه من معلومات عبر الزمن وعبر البنود وعبر الأشخاص، إذا ما أعيد تطبيقه على نفس مجموعة الأفراد في ظروف متشابهة (هناك أحمد شويخ، 2007). وبالرغم من مراعاة الباحثين لكثير من الظروف المنهجية حتى يخفضوا من تباين الخطأ، ويرفعوا من معاملات ثبات درجات الاختبار. في ظل أفضل ظروف للتطبيق وقد تم حساب الثبات لاختبار الدراسة الراهنة، من خلال طريقتين هما :

أ- حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ.

ب- والقسمة النصفية.

ونعرض لنتائج كل طريقة فيما يلي:

أ- حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ:-

يعد معامل ثبات ألفا أداة إحصائية حساسة لاكتشاف أخطاء العينة والقياس، ويتم فيها حساب اتساق وتجانس المقياس الواحد، حيث يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد. ويوضح جدول (10) معاملات الثبات بطريقة ألفا لجميع اختبارات الدراسة.

جدول (10) معاملات الثبات بطريقة ألفا لقياس ثبات أداة الدراسة "استبانة مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)

المؤشرات	عدد العبارات	ثبات المؤشرات
المؤشر الأول: الصحة العامة	2	0.403
المؤشر الثاني: حدود النشاط اليومي	10	0.882
المؤشر الثالث: مشكلات الصحة الجسمية	4	0.882
المؤشر الرابع: مشكلات الصحة النفسية	3	0.859
المؤشر الخامس: الأداء الاجتماعي	1	0.221
المؤشر السادس: الألم	2	0.779
المؤشر السابع: الحيوية والحالة المعنوية العامة	9	0.867
المؤشر الثامن: الأنشطة الاجتماعية	1	0.133
المؤشر التاسع: إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها	4	0.557
الثبات العام للاستبيان	36	0.937

يتضح من الجدول (10) أن معامل الثبات العام لمؤشرات الدراسة مرتفع حيث بلغ (0.939) لإجمالي فقرات الاستبيان الست والثلاثون، فيما تراوحت ثبات المؤشرات ما بين (0.133) كحد أدنى وبين (0.882) كحد أعلى، وهذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة بحسب مقياس Nunnally & Bernstein (1994) والذي اعتمد (0.70) كحد أدنى للثبات (Thorndike, 1995, 304).

#### ب- التجزئة النصفية:-

أما الطريقة الثانية لحساب الثبات فهي التجزئة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان . براون ، وجاءت معاملات ثباتها ، كما يعرضها الجدول (11) التالي:

**جدول (11) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات أداة الدراسة لدى العينة الاستطلاعية ن = (38)**

معامل ثبات التجزئة النصفية	عدد البنود	مؤشرات جودة الحياة الصحية
0.416	2 (1/1)	المؤشر الأول: الصحة العامة
0.817	10 (5/5)	المؤشر الثاني: حدود النشاط اليومي
0.847	4 (2/2)	المؤشر الثالث: مشكلات



		الصحة الجسمية
0.803	(1/2)3	المؤشر الرابع: مشكلات الصحة النفسية
0.883	(1/1)2	المؤشر الخامس: الأداء الاجتماعي
0.780	(1/1)2	المؤشر السادس: الألم
0.854	(4/5)9	المؤشر السابع: الحيوية والحالة المعنوية العامة
0.730	(1/1)2	المؤشر الثامن: الأنشطة الاجتماعية
0.448	(2/2)4	المؤشر التاسع: إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها
0.886	(18/18)36	التجزئة النصفية الكلية للاستبيان

ويتضح من الجدول (11) أن معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية بعد حذف البنود منخفضة الدلالة، وأن معامل الثبات الكلي (0.886) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

#### وصف الاختبار في صورته النهائية

- استبيان جودة الحياة المرتبطة بالصحة، ويتكون من 36 بنداً، موزعة على تسعة مؤشرات، هي: الصحة العامة، حدود النشاط

اليومي، مشكلات الصحة الجسمية، مشكلات الصحة النفسية، مشكلات الصحة النفسية، الأداء الاجتماعي، الألم، الحيوية والحالة المعنوية العامة، الأنشطة الاجتماعية، إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها. (راجع ملحق بطارية الاختبارات النفسية في صورتها النهائية).

#### نتائج الدراسة ومناقشتها:

تم معالجة البيانات إحصائياً، وفيما يلي عرض تفصيلي لمناقشة النتائج التي تم التوصل إليها في البحث:

#### (1) نتائج الفرض الأول:

- ونصه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى نوع المرض (مرض السكر، مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى) لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني".

وللتحقق من صحة الفرض إحصائياً؛ قامت الباحثة باستخدام بعض الإحصاءات الوصفية (أسلوب t.test) للتحقق من صحة الفرض الأول. ويتضح ذلك في الجدول(12):

## جدول (12) نتائج t.test لدلالة متوسط الفروق واتجاهاتها بين مجموعتي

المرضى تبعاً لمتغير نوع المرض (مرض السكر، ومرض السكر مصاحب

بأمراض أخرى) على مؤشرات جودة الحياة الصحية

مؤشرات	نوع المرض	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	دلالة
الصحة العامة	مرض السكر	68	5.382	1.900	3.850	0.050
	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	33	5.090	1.358		
حدود النشاط اليومي	مرض السكر	68	20.176	5.547	3.934	0.050
	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	33	18.939	4.358		
مشكلات الصحة الجسمية	مرض السكر	68	1.308	1.650	1.906	0.171
	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	33	1.333	1.406		
مشكلات الصحة	مرض السكر	68	1.029	1.257	0.525	0.470

		1.198	1.000	33	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	النفسية
0.450	0.576	1.160	3.397	68	مرض السكر	الأداء الاجتماعي
		1.170	3.060	33	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	
0.581	0.422	2.082	6.308	68	مرض السكر	الألم
		1.895	6.030	33	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	
0.418	0.661	7.396	31.014	68	مرض السكر	الحيوية والحالة المعنوية العامة
		6.571	29.939	33	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	
0.293	1.120	1.229	3.161	68	مرض السكر	الأنشطة الاجتماعية
		1.121	2.848	33	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	
0.694	0.156	2.605	11.544	68	مرض السكر	إدراكات الصحة

		2.438	11.848	33	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	حاضرها ومستقبلها
0.180	1.820	19.144	83.323	68	مرض السكر	الدرجة الكلية
		14.674	80.090	33	مرض السكر مصاحب بأمراض أخرى	لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية

ونستخلص من الجدول (12) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع المرض والدرجة الكلية لمؤشرات جودة الحياة الصحية ومؤشراتها المتمثلة في (مشكلات الصحة الجسمية، مشكلات الصحة النفسية، الأداء الاجتماعي، الألم، الحيوية والحالة المعنوية العامة، الأنشطة الاجتماعية، إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها). في حين وجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع المرض في مؤشرين هما: ( الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي) ولقد كانت الفروق لصالح المعلومات المريضة بالسكري من النوع الثاني.

وقد جاءت نتائج T.Test في مجملها. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع المرض على مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلومات المريضة بالسكري من النوع الثاني، حيث كشفت نتائج الدراسة الحالية عن أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لنوع المرض على أغلب مؤشرات جودة الحياة الصحية باستثناء مؤشرين الصحة العامة وحدود النشاط اليومي، وفسرت الباحثة هذه نتيجة بأن مؤشرات جودة الحياة الصحية انخفضت بوجود أمراض مصاحبة لمرض

السكري، فإن تقدير مريض السكري لجودة حياته الصحية مع وجود أمراض أخرى أدى إلى تدني تقديره لصحته العامة وأثر أيضاً على قدرة المريض على ممارسة حياته اليومية بشكل طبيعي.

**(2) نتائج الفرض الثاني ونصه** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى مدة الإصابة بالمرض لدى المعلومات المرضيات بالسكري من النوع الثاني".

قامت الباحثة باستخدام بعض الإحصاءات الوصفية (أسلوب تحليل التباين الأحادي) للتحقق من صحة الفرض الثاني من ناحية، وللوقوف على التأثير الأساسي لكل متغير. ويتضح ذلك في الجدول (13):

**جدول (13) نتائج تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA) لبيان تأثير مدة الإصابة بالمرض في الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية**

**ومؤشراتها**

متغير المستقل	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة
مدة	الصحة العامة	10.585	3	3.528	1.300	0.278
	حدود النشاط اليومي	74.657	3	24.886	0.940	0.424
	مشكلات الصحة الجسمية	5.435	3	1.812	0.744	0.528

0.216	1.509	2.208	3	6.624	مشكلات الصحة النفسية	الإصابة بالمرض
0.487	0.817	1.235	3	3.704	الأداء الاجتماعي	
0.207	1.543	6.249	3	18.748	الألم	
0.101	2.122	102.945	3	308.836	الحيوية والحالة المعنوية العامة	
0.722	0.444	0.623	3	1.868	الأنشطة الاجتماعية	
0.046	2.744	17.054	3	51.162	إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها	
0.171	1.699	524.529	3	1573.588	الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية	

ونستخلص من الجدول (13) أنه لا يوجد تبايناً بين المجموعات في كل من مدة الإصابة بالمرض والدرجة الكلية لمؤشرات جودة الحياة الصحية ومؤشراتها المتمثلة في (الصحة العامة، حدود النشاط اليومي، مشكلات الصحة الجسمية، مشكلات

الصحة النفسية، الأداء الاجتماعي، الألم، الحيوية والحالة المعنوية العامة، الأنشطة الاجتماعية). في حين وجد تبايناً بين المجموعات في كل من مدة الإصابة بالمرض والدرجة الكلية في مؤشر من مؤشرات جودة الحياة الصحية وهو (إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها)

ولمعرفة اتجاه الفروق في المؤشر التاسع (إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها)، استخدمت الباحثة اختبار LSD والجدول التالي يوضح ذلك:

**جدول (14) نتائج اختبار LSD Test للتعرف إلى اتجاه الفروق ودلالاتها في مؤشر إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها تعزى إلى مدة الإصابة بالمرض [أقل من سنة (1)، أقل من سنتين (2)، أقل من ثلاث سنوات (3)، أربع سنوات فأكثر (4)]**

المؤشر	2/1	3/1	¼	3/2	4/2	4/3
إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها	غير دال	-	غير دال	غير دال	غير دال	0.031

ويتضح من الجدول (14) وجود فروق بين مدة الإصابة بالمرض (أقل من سنة)، (أقل من سنتين)، (أقل من ثلاث سنوات)، (4 سنوات فأكثر) في مؤشر إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها لصالح أقل من ثلاث سنوات مقارنة بأقل من سنة وأربع سنوات فأكثر.

وقد جاءت نتائج تحليل التباين الأحادي في مجملها. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر مدة الإصابة بالمرض على مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني، حيث كشفت نتائج



الدراسة الحالية عن أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر مدة الإصابة بالمرض على أغلب مؤشرات جودة الحياة الصحية باستثناء مؤشر إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها لصالح أقل من ثلاث سنوات، وفسرت الباحثة هذه النتيجة بأن مؤشرات جودة الحياة الصحية لا تتأثر بمدة الإصابة بمرض السكري حيث إن مرض السكر هو مرض يستطيع الفرد أن يتعايش معه دون الإحساس بأنه مريض ودون حدوث مضاعفات تؤدي إلى تدهور الحالة الصحية له، حيث إنه يتضمن أسلوب معيشة من المفروض أن يقوم بها الفرد العادي الذي لا يعاني من أي مرض.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (Wexler, & et al (2006 حيث ارتبط انخفاض جودة الحياة الصحية بوجود مضاعفات مرض السكري، في حين لا يوجد فروق في جودة الحياة الصحية تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض، ودراسة (Spasic, & et al (2014 حيث أسفرت نتائج الدراسة إلى أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري كان مرتفعاً لدى المرضى الذين مدة اصابتهم بالسكري أقل من (10) سنوات، ودراسة وسام بوفج (2018) أسفرت عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض.

وقد اختلفت هذه الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة (Papadopoulos, & et al (2007 حيث أشارت إلى أن مدة المرض هي العامل الأكثر تأثيراً لأنها تؤثر سلباً وإحصائياً على مؤشرات جودة الحياة الصحية، ودراسة رامي عبد الله طشطوش و محمد أيوب القشار (2016) وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض لصالح الأقل مدة. ناصر راشد الغداني،

سيراج عبد الله سيكامانيا (2021) عدم وجود فروق دالة إحصائية في الرفاهية النفسية لدى مرضى السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض.

**(3) الفرض الثالث ونصه** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى نوع العلاج لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني".

قامت الباحثة باستخدام بعض الإحصاءات الوصفية (أسلوب تحليل التباين الأحادي) للتحقق من صحة الفرض الثاني من ناحية، وللوقوف على التأثير الأساسي لكل متغير. ويتضح ذلك في الجدول (15):

**جدول (15) نتائج تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA) لبيان**

**تأثير نوع العلاج في الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية**

**ومؤشراتها**

متغير المستقل	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة
نوع العلاج	الصحة العامة	21.309	5	4.262	1.596	0.166
	حدود النشاط اليومي	9.213	5	1.843	0.754	0.585
	مشكلات الصحة الجسمية	9.213	5	1.843	0.754	0.585
	مشكلات الصحة	9.238	5	1.848	1.260	0.286

					النفسية
0.012	3.065	4.249	5	21.245	الأداء الاجتماعي
0.069	2.109	8.278	5	41.389	الألم
0.050	2.267	107.445	5	537.226	الحيوية والحالة المعنوية العامة
0.737	0.551	0.776	5	3.878	الأنشطة الاجتماعية
0.028	2.617	15.905	5	79.523	إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها
0.060	2.185	654.181	5	3270.907	الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية

ونستخلص من الجدول (15) أنه وجد تباينا بين المجموعات في كل من نوع العلاج والدرجة الكلية في ثلاثة مؤشرات من مؤشرات جودة الحياة الصحية وهي: (الأداء الاجتماعي، الحيوية والحالة المعنوية العامة، إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها).

ولمعرفة اتجاه الفروق في المؤشرات: الخامس، السابع، التاسع، استخدمت الباحثة اختبار LSD والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (16) نتائج اختبار LSD Test للتعرف على اتجاه الفروق ودلالاتها في مؤشر الأداء الاجتماعي تعزى إلى نوع العلاج [أقرص فقط (1)، حقن فقط (2)، أقرص وحقن (3)، أقرص وعلاج مكمل (4)، حقن وعلاج مكمل (5)، أقرص وحقن

المؤشر	1/1	3/1	¼	1/1	1/1	2/2	2/2	2/2	2/2	4/3	3/3	3/3	5/4	4/4
الأداء الاجتماعي	غير دال	0.01	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	0.00	غير دال	غير دال	0.02	غير دال
	2	5	5	6	3	4	5	6	6	4	5	6	3	6

#### وعلاج مكمل (6)

ويتضح من الجدول (16) وجود فروق بين نوع العلاج (أقرص فقط)، (حقن فقط)، (أقرص وعلاج مكمل)، (حقن وعلاج مكمل)، (أقرص وحقن وعلاج مكمل) في مؤشر الأداء الاجتماعي لصالح (الأقرص فقط، وأقرص وعلاج مكمل).

جدول (17) نتائج اختبار LSD Test للتعرف على اتجاه الفروق ودلالاتها في مؤشر الحيوية والحالة المعنوية العامة تعزى إلى نوع العلاج [أقرص فقط (1)، حقن فقط (2)، أقرص وحقن (3)، أقرص وعلاج مكمل (4)، حقن وعلاج مكمل (5)،

#### أقرص وحقن وعلاج مكمل (6)

المؤشر	2/1	3/1	¼	5/1	6/1	3/2	4/2	5/2	6/2	¼	5/3	6/3	5/4	6/4
الحيوية والحالة المعنوية العامة	غير دال	غير دال	غير دال	0.014	0.033	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	0.017	0.049

ويتضح من الجدول (17) وجود فروق بين نوع العلاج (أقراص فقط)، (حقن فقط)، (أقراص وعلاج مكمل)، (حقن وعلاج مكمل)، (أقراص وحقن وعلاج مكمل) في مؤشر الحيوية والحالة المعنوية العامة لصالح (الأقراص فقط، وأقراص وعلاج مكمل).

**جدول (18) نتائج اختبار LSD Test للتعرف على اتجاه الفروق ودلالاتها في مؤشر إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها تعزى إلى نوع العلاج [أقراص فقط (1)، حقن فقط (2)، أقراص وحقن (3)، أقراص وعلاج مكمل (4)، حقن وعلاج مكمل (5)، أقراص وحقن وعلاج مكمل (6)]**

المؤشر	2/1	3/1	¼	5/1	6/1	3/2	4/2	5/2	6/2	4/3	5/3	6/3	5/4	6/4
إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها	غير دال	غير دال	غير دال	0.005	غير دال	غير دال	غير دال	0.013	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	0.002	غير دال

ويتضح من الجدول (18) وجود فروق بين نوع العلاج (أقراص فقط)، (حقن فقط)، (أقراص وعلاج مكمل)، (حقن وعلاج مكمل)، (أقراص وحقن وعلاج مكمل) في مؤشر ادراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها لصالح (أقراص فقط، وحقن فقط، أقراص وعلاج مكمل).

وقد بينت نتائج تحليل التباين الأحادي في مجملها. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر نوع العلاج على مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني، حيث كشفت نتائج الدراسة

الحالية عن أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر نوع العلاج على أغلب مؤشرات جودة الحياة الصحية باستثناء (الأداء الاجتماعي، الحيوية والحالة المعنوية العامة). وذلك لصالح المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني اللاتي يعالجن بطريقة علاج واحد وهي (أقراص فقط، أقراص وعلاج مكمل) حصلوا على درجات أعلى في مؤشرات جودة الحياة الصحية (الأداء الاجتماعي) مقارنة بأولئك اللاتي كن يعالجن بأكثر من طريقة واحد (حقن فقط، أقراص وحقن وعلاج مكمل). وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة Tran Kien,& et al(2021) حيث كشفت النتائج عن جودة الحياة الصحية أقل لدى المرضى الذين يعالجون بالأنسولين.

كما وحصلت المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني على درجات أعلى في مؤشر (إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها) وذلك لصالح المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني اللاتي يعالجن بطريقة علاج واحد وهي (أقراص فقط، حقن فقط، أقراص وعلاج مكمل) فقد حصلن على درجات أعلى في مؤشرات جودة الحياة الصحية.

واختلفت الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة إبراهيم أحمد الجبرة، الرشيد إسماعيل البيلي (2017) إلي عدم وجود فروق في القلق لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير نوع العلاج. كما أشارت نتائج دراسة (Pham,& et al(2020) عدم وجود فروق دالة إحصائية في جودة الحياة الصحية تعزى لمتغير نوع العلاج. كما أشارت نتائج دراسة ناصر راشد الغداني، سیراج عبد الله سيكامانيا (2021) عدم وجود فروق دالة إحصائية في الرفاهية النفسية لدى مرضى السكري تعزى لمتغير نوع العلاج. ودراسة (Al-Taie,& et al (2021) عدم وجود فروق دالة إحصائية في

جودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري تعزى لمتغير نوع العلاج (الأقراص، حقن الأنسولين).

(4) **الفرض الرابع ونصه** "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى مستوى الدخل لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني".

قامت الباحثة باستخدام بعض الإحصاءات الوصفية (أسلوب تحليل التباين الأحادي) للتحقق من صحة الفرض الثاني من ناحية، وللوقوف على التأثير الأساسي لكل متغير. ويتضح ذلك في الجدول (19):

#### **جدول (19) نتائج تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA) لبيان**

**تأثير مستوى الدخل في الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية**

**ومؤشراتها**

متغير المستقل	المتغيرات التابعة	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	دلالة
مستوى	الصحة العامة	33.250	3	11.083	4.390	0.006
	حدود النشاط اليومي	17.232	3	5.744	0.213	0.424

0.639	0.629	1.535	3	4.606	مشكلات الصحة الجسمية	الدخل
0.388	1.802	2.618	3	7.855	مشكلات الصحة النفسية	
0.079	2.319	3.378	3	10.135	الأداء الاجتماعي	
0.129	1.929	7.739	3	23.218	الألم	
0.037	2.926	139.283	3	417.848	الحيوية والحالة المعنوية العامة	
0.632	0.368	0.516	3	1.549	الأنشطة الاجتماعية	
0.336	0.642	4.197	3	12.591	إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها	
0.060	2.542	768.969	3	2306.906	الدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية	

ونستخلص من الجدول (19) أنه لا يوجد تباينا بين المجموعات في كل من مستوى الدخل والدرجة الكلية لاستبيان مؤشرات جودة الحياة الصحية ومؤشراتها



المتمثلة في: (حدود النشاط اليومي، مشكلات الصحة الجسمية، مشكلات الصحة النفسية، الأداء الاجتماعي، الألم، الأنشطة الاجتماعية، إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها). في حين وجد تباينا بين المجموعات في كل من مستوى الدخل والدرجة الكلية في مؤشرين من مؤشرات جودة الحياة الصحية وهما: (مؤشر الصحة العامة، ومؤشر الحيوية والحالة المعنوية العامة).

ولمعرفة اتجاه الفروق في مؤشرين: (مؤشر الصحة العامة، ومؤشر الحيوية والحالة المعنوية العامة)، استخدمت الباحثة اختبار LSD والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (20) نتائج اختبار LSD Test للتعرف على اتجاه الفروق ودلالاتها في مؤشر الصحة العامة تعزى إلي مستوى الدخل [لا يكفي (1)، يكفي لسد الضروريات فقط (2)، يكفي لسد الضروريات والكماليات فقط (3)، يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض (4)]

المؤشر	2/1	3/1	¼	3/2	4/2	4/3
الصحة العامة	غير دال	0.002	0.026	0.27	دال	دال
	غير	-	-	-	غير	غير

ويتضح من الجدول (20) وجود فروق بين مستوى الدخل (لا يكفي)، (يكفي لسد الضروريات فقط)، (يكفي لسد الضروريات والكماليات فقط)، (يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض) في مؤشر الصحة العامة لصالح (الدخل الذي يكفي لسد الضروريات والكماليات فقط، يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض).

جدول (21) نتائج اختبار LSD Test للتعرف على اتجاه الفروق ودلالاتها في مؤشر الصحة العامة تعزى إلي مستوى الدخل [لا يكفي(1)، يكفي لسد الضروريات فقط(2)، يكفي لسد الضروريات والكماليات فقط(3)، يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض(4)]

المؤشر	2/1	3/1	4/1	3/2	4/2	4/3
الحيوية والحالة	غير	غير	-	غير	-	غير
المعنوية العامة	دال	دال	0.008	دال	0.045	دال

ويتضح من الجدول (21) وجود فروق بين مستوى الدخل (لا يكفي)، (يكفي لسد الضروريات فقط)، (يكفي لسد الضروريات والكماليات فقط)، (يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض) في مؤشر الصحة العامة لصالح (الدخل الذي يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض).

وقد جاءت نتائج تحليل التباين الأحادي في مجملها. وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر مستوى الدخل مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني. وفسرت الباحثة نتيجة وجود اختلاف في مؤشرات جودة الحياة الصحية تبعًا لمتغير مستوى الدخل، حيث كان أغلب المشاركين ذوي دخل متساو، كما أن الدخل يرتبط بتقدير الفرد لجودة حياته الصحية، وعلى الرغم من أن تقدير الفرد لجودة حياته يكون تقديرًا داخليًا نابغًا من رضا الفرد عن ظروف معيشته وحالته الصحية الحالية والمستقبلية إلا أن مستوى دخل المريض يساهم في إدراكه جيدًا لجودة الحياة الصحية للمريض.

وقد اتفقت هذه الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة بشير إبراهيم الحجار وعاطف جابر إسماعيل (2008) وهي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الدخل وذلك لصالح المرضى الأعلى دخلاً، ودراسة ريا أحمد الحديدي، فاروق شخاترة (2015) حيث وجدا فروقاً بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الدخل.

هذا عن الفرض الثاني ، الذي جاء متفقاً مع نتائج الدراسة الراهنة، ونتائج الدراسات السابقة، مما يشير إلى صحة هذا الفرض، والذي ثبت صدقه في معظم الدراسات السابقة على تأثير عوامل خاصة بالشخصية على مؤشرات جودة الحياة الصحية أكثر من العوامل الديموجرافية، ولذلك لم يظهر تأثير للتفاعلات بين هذه العوامل على مؤشرات جودة الحياة الصحية.

### المقترحات البحثية:-

تقترح الباحثة إجراء الدراسات الآتية:

- المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بمستوى مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري.
- استراتيجيات المواجهة الفعالة وعلاقتها بمستوى مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري.

### المراجع:

إبراهيم أحمد الجبرة، والرشيدي إسماعيل النبيلي (2017). القلق وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكر. رسالة ماجستير. جامعة النيلين، السودان.

إبراهيم حامد سليمان (2006). تباين بعض متغيرات الشخصية باختلاف النوع والإصابة بمرض السكرى. رسالة دكتوراه. جامعة المنوفية، مصر.

إبراهيم يونس محمد (2017). جودة الحياة بعد الصدمات. بحث مقدم لمؤتمر التوافق الإيجابي والنمو ما بعد الصدمة. غازي عنتاب: تركيا. في الفترة (24، 23، 22، 21 أبريل 2017م).

الاتحاد الدولي لمرض السكرى (2013). أطلس الاتحاد الدولي لداء السكرى. أحمد محمد عبد الخالق (2011). نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين الكويتيين. مجلة الدراسات النفسية. 21(3)، 367-384.

إسماعيل عويس (2002). كيف تتعايش مع مرض السكر أسبابه-مشاكله-علاجه- طرق الوقاية. جامعة الإسكندرية، مصر.

أمل إبراهيم الشيخ (2015). الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكرى بمحلية أم درمان. رسالة ماجستير. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.

أمل علام (2017، نوفمبر، 23). أطلس الاتحاد الفيدرالي يصدر آخر إحصائياته عن مرض السكر. جريدة اليوم السابع المصرية.

إيمان رمضان بشير (2019). سلوكيات الرعاية الذاتية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكرى من النوع الثاني. مجلة دراسات عربية. 18(3)، 559-597.

بشير إبراهيم الحجار وعاطف جابر إسماعيل (2008). جودة الحياة لدى مرضى السكري وعلاقته ببعض المتغيرات في محافظات غزة. مجلة البحوث والدراسات الإنسانية الفلسطينية. 65، 11-90.

جاسم محمد المرزوقي (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر): دراسة استطلاعية لمعرفة مدى تأثير الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري. العلم والايمان للنشر والتوزيع، مصر.

حسن فكري منصور (2000). مرض السكر بدون دواء. دار الطلائع، مصر.  
رامي عبد الله طشطوش ومحمد أيوب القشار (2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن. مجلة الأردنية في العلوم التربوية. 13(2)، 133-151.

رغداء على نعيصة (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين. مجلة جامعة دمشق. 28(1)، 145-181.

رقية عزاق، وحياء لموشي (2017). نوعية الحياة عند عينة من مرضى السكري. مجلة دراسات في علم النفس الصحة. 30، 3-41.

ريا أحمد الحديدي، فاروق شخاترة (2015). دراسة الحالات والمجموعة الضابطة لوعي وممارسات ونوعية الحياة لمرضى السكري من النوع 2 بين الأشخاص الذين أعمارهم 20 سنة وأكثر في عمان. رسالة ماجستير. الجامعة الأردنية، الأردن.

زياد طالب العزام (2014). الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة إربد. رسالة ماجستير. جامعة اليرموك، الأردن.

سحر فاروق علام(2012). جودة الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة. مجلة دراسات عربية في علم النفس. 11(2)، 243-306.

سلاف مشرى(2014). جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الوادي. 8، 215-237.

سهير فهيم الغباشى و هناء أحمد شويخ(2009) بعض المنبئات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمّن من المصريين. مجلة دراسات نفسية. 2(19)، 217-260.

شيماء شعبان(2018، نوفمبر، 14). في اليوم العالمي للسكري مصر الثامن عالمياً وأطباء يقدمون روشية تغذية علاجية. جريدة بوابة الأهرام المصرية.

غانم محمد حسن وزينة مجدى محمد(2007). الإضطرابات السيكوساماتية وبعض المتغيرات الشخصية و العوامل الديموجرافية لدى مرضى السكر من النوع الثاني. مجلة الخدمة النفسية. 3(1)، 141-202.

فاطمة عيد العدوان ومرسى عبد الخالق جبريل(2014).فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية. 11(1)، 203-233.

محمد السعيد أبو حلاوة(2010). جودة الحياة: المفهوم والابعاد. مؤتمر العلمى السنوي لكلية التربية. جامعة كفر الشيخ، مصر.

محمد بن سعد الحميد(2008).داء السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، الرياض.

محمد محمود المكباتى(2017). مرض السكري. مجلة الأمن والحياة. 37(426)، 144-149.

- مرسى سمحان العنزي (2010). *الداء السكري*. الرياض، السعودية.
- مروة صادق صادق، سالي نبيل عطا (2020). تحليل المسار العلاقات السببية المباشرة وغير المباشرة بين الذكاء المنطومي والطموح المهني والتفكير الإيجابي وجودة الحياة المدركة لدى المعلمين والمعلمات. *مجلة العلوم التربوية*، جامعة القاهرة-كلية الدراسات العليا للتربية. 28(1)، 109-200.
- مروة محمد أحمد (2017). نمو ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي وعلاقته بكل من المواجهة التهيؤية وعدد من المتغيرات النفسية الاجتماعية والإكلينيكية. *بحث مقدم لمؤتمر التوافق الإيجابي والنمو ما بعد الصدمة*. غازى عتاب، تركيا. في الفترة (24، 23، 22، 21 ابريل 2017م).
- معالي محمد الهجان (2008). *أثر تدريبات التغذية المرتدة البيولوجية على التحكم في مستوى السكر بالدم وتعديل بعض المتغيرات النفسية لدى عينة من مريضات السكر من النوع الثانى*. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة عين شمس، مصر.
- محمد فتحي سليمان، هدى محمد أحمد (2018). قلق المستقبل وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضي السكر "نمط 2". *مجلة كلية التربية، جامعة بني سويف*. 15(80)، 182-221.
- منير لطفى (2015). *السكري الداء والدواء*. دار البدر للنشر والتوزيع، مصر.
- هدى جعفر حسن (2006). مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية. *مجلة العلوم الاجتماعية*. 34(1)، 47-93.
- هشام إبراهيم عبد الله (2008). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض التغيرات الديموجرافية. *مجلة دراسات تربوية وإجتماعية*. 14(4)، 137-180.

هناء أحمد شويخ(2007).فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والفسولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للعلاج بالاستصفااء الدموي المتكرر. رسالة دكتوراه(غير منشورة).جامعة جنوب الوادي،مصر .

هناء أحمد شويخ(2008).بعض منبئات سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النوع الثانى من مرضى السكرى.مجلة دراسات نفسية.3(18)، 467-523.

هناء أحمد شويخ(2009).علم نفس الصحى.مترجم: كارين رودهام.القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية.

هناء كارم توفيق(2016).صورة الجسم ونوعية الحياة كمنبئات بالتوافق الزوجى لدى عينات من مريضات سرطان الثدي والرحم مقارنة بالأسوياء.رسالة ماجستير(غير منشورة).جامعة الفيوم،مصر .

وسام بوفج(2018).أستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري :دراسة ميدانية ببلدية سكيكة. رسالة دكتوراة.جامعة العلوم الإنسانية والاجتماعية،الجزائر .

Abrandabadi, M., & Mashayekh, M. (2021). *Prediction of blood Sugar Regulation based on Healthy Boundaries, Ego Boundary and Post-trauma Growth in Patients with Diabetes. medRxiv.1-25.*

Alshayban, D., & Joseph, R. (2020). *Health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus in Eastern Province, Saudi Arabia: a cross-sectional study. PLoS One, 15(1), e0227573.*



- Al-Taie, N., Maftai, D., Kautzky-Willer, A., Krebs, M., & Stingl, H. (2021). Assessing the health-related quality of life in type 2 diabetes patients treated with insulin and oral antidiabetic agents. *Wiener klinische Wochenschrift*, 133(5), 167-172.
- Arifin, B., Idrus, L. R., van Asselt, A. D., Purba, F. D., Perwitasari, D. A., Thobari, J. A., ... & Postma, M. J. (2019). Health-related quality of life in Indonesian type 2 diabetes mellitus outpatients measured with the Bahasa version of EQ-5D. *Quality of Life Research*, 28(5), 1179-1190.
- Cervino, G., Terranova, A., Briguglio, F., De Stefano, R., Famà, F., D'Amico, C., ... & Fiorillo, L. (2019). Diabetes: Oral health related quality of life and oral alterations. *BioMed research international*, 2019.
- Coffey, T., Brandle, M., Zhou, H., Marriott, D., Burke, R., Tabaei, B., Engelgau, M., Kaplan, R., & Herman, W. (2002). Valuing Health-Related Quality of Life in Diabetes. *Diabetes Care* .25(12), pp.2238-2243 .Available in: doi.org/10.2337/diacare .25.12.2238.
- 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.

- Gu, S., Wang, X., Shi, L., Sun, Q., Hu, X., Gu, Y., ... & Dong, H. (2020). Health-related quality of life of type 2 diabetes patients hospitalized for a diabetes-related complication. *Quality of Life Research*, 29(10), 2695-2704.
- HINDS, P. S., & KING, C. R. (1998). Nursing and patient perspectives on quality of life. *Quality of life from nursing and patient perspectives*, 313-317
- Jódar, E., Michelsen, M., Polonsky, W., Réa, R., Sandberg, A., Vilsbøll, T., ... & Bain, S. (2020). Semaglutide improves health-related quality of life versus placebo when added to standard of care in patients with type 2 diabetes at high cardiovascular risk (SUSTAIN 6). *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 22(8), 1339-1347.
- Martino, G., Caputo, A., Bellone, F., Quattropani, M. C., & Vicario, C. M. (2020). Going beyond the visible in type 2 diabetes mellitus: defense mechanisms and their associations with depression and health-related quality of life. *Frontiers in Psychology*, 11, 267.
- Palomo-López, P., Losa-Iglesias, M. E., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., López-López, D., Rodríguez-Sanz, D., Romero-Morales, C., & Calvo-Lobo, C. (2019). Specific foot health-related quality-of-life impairment in patients with type II versus type I diabetes. *International wound journal*, 16(1), 47-51.
- Papadopoulos, A. A., Kontodimopoulos, N., Frydas, A., Ikonomakis, E., & Niakas, D. (2007). Predictors of health-

- related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health*, 7(1), 1-9.
- Pham, T. B., Nguyen, T. T., Truong, H. T., Trinh, C. H., Du, H. N. T., Ngo, T. T., & Nguyen, L. H. (2020). Effects of diabetic complications on health-related quality of life impairment in Vietnamese patients with type 2 diabetes. *Journal of diabetes research*, 2020.
- Saeed, T., Nurnaha, M., Naza, F., Kaneez, F., & Hafiz, M. (2012). Perceived social support: impact on quality of life in diabetics. *International Journal of Academic Research*. 4(3), 45-70.
- Solli, O., Stavem, K., & Kristiansen, I. S. (2010). Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health and quality of life outcomes*, 8(1), 1-8.
- Spasic, A., Velickovic, R., Dordevic, A., Stefanovic, N., & Cvetkovic, T. (2014). Quality of life of in type 2 Diabetes Patients. *Sciendo*. 31(3), 193-200.
- Thorndike, R. M. (1995). Book review: psychometric theory by Jum Nunnally and Ira Bernstein New York: McGraw-hill, 1994, xxiv+ 752 pp. *Applied psychological measurement*, 19(3), 303-305
- Tran Kien, N., Phuong Hoa, N., Minh Duc, D., & Wens, J. (2021). Health-related quality of life and associated factors among patients with type II diabetes mellitus: A study in the family medicine center (FMC) of Agricultural

General Hospital in Hanoi, Vietnam. *Health Psychology Open*, 8(1), 2055102921996172.

Wexler, D. J., Grant, R. W., Wittenberg, E., Bosch, J. L., Cagliero, E., Delahanty, L., ... & Meigs, J. B. (2006). Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia*, 49(7), 1489-1497.

Zhuang, Y., Ma, Q. H., Pan, C. W., & Lu, J. (2020). Health-related quality of life in older Chinese patients with diabetes. *PloS one*, 15(2), e0229652.