

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي

ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم

التربية والأرطفونيا

رقم:...../2022

العنوان:

الالتزام الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى عينة من المصابين بالسكري

دراسة ميدانية بالمستشفى العقيد لطفي بولاية الأغواط

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبين:

➤ سعاد بن سعد

➤ صباح عشوري

إشراف الأستاذة:

د. سيرين هاجر زعابطة

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	العضوية
د. تجاني جرادي	أستاذ التعليم العالي	جامعة عمار ثليجي الأغواط	رئيسا
د. سيرين هاجر زعابطة	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي الأغواط	مشرفا
د. خديجة دعاماش	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي الأغواط	مناقشا

الموسم الجامعي: 2023/2022

جامعة عمار ثليجي الأغواط

كلية العلوم الاجتماعية

ميدان العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



الالتزام الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى عينة من المصابين بالسكري

دراسة بالمستشفى العقيد لظفي بولاية الاغواط

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

سيرين هاجر زعابطة

إعداد الطالبتين:

سعاد بن سعد

صباح عشوري

لجنة المناقشة

العضوية	الجامعة	الدرجة العلمية	الاسم واللقب
رئيسا	جامعة عمار ثليجي الأغواط	أستاذ التعليم العالي	د. تجاني جرادي
مشرفا ومقررا	جامعة عمار ثليجي الأغواط	أستاذ محاضر أ	د. سيرين هاجر زعابطة
مناقشا	جامعة عمار ثليجي الأغواط	أستاذ محاضر أ	د. خديجة دعاماش

الموسم الجامعي: 2022-2023

شكر وعرfan

الحمد لله حمدا كثيرا على توفيقه شكر لله العلي القدير الذي أنعم علينا
بنعمة العقل والدين القائل في محكم التنزيل ﴿ وَقُلْ إِعْمَلُوا فَسِيرَى اللَّهِ عَمَلِكُمْ ﴾ الآية
(105) سورة "التوبة".

نتقدم بجزيل الشكر الذين أوصاني الله بهم خيرا "الوالدين" العزيزين على دعمهم
المتواصل نسأل الله أن يحفظهم الله لنا والى السند إخواننا وأخواتنا كل باسمه.

كما نوجه شكرنا الى أستاذتنا " **زعابطة سيرين هاجر**" التي لم تبخل علينا بنصائحها
وما أفادتنا به من تدخلات وتوجيهات جزاها الله عنا خير الجزاء

وثني ثناء حسنا ووفاء وتقديرا واعترافا منا بالجميل لكل من أساتذة جامعة عمار
ثليجي وخصوصا قسم علم النفس الذين بذلوا مجهودا طيلو الموسم الدراسي

ولا ننهي أن نتقدم بجزيل الشكر إلى كل عمال المؤسسة العمومية الاستشفائية
العقيد لظفي 240 سرير الأغواط الذين ساعدونا وخصوصا عينة الدراسة في اعداد
هذا البحث وخصوصا الاخصائيين النفسانيين وعلى تعاونهم اللامحدود معنا، شكرا
لكل من ساعدنا في اتمام هذا العمل المتولضع ولو بكلمة طيبة وابتسامة صادقة.

شكرا لكل من أحب لنا الخير من قريب أو بعيد

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع الى والدي العزيزان أبي العزيز "عبد الرحمان"،

ومن جعلت اللجنة تحت قدميها أمي الحبيبة "حده"

الى أخواتي بدون استثناء: "عائشة، حبيبة، أم كلثوم، عربية

الى إخواني: محمد، عطاءالله، وعباس حفظهم الله

الى كل أفراد أسرتي من قريب أو من بعيد "بن سعد"، "بن الطيرش"

الى أولاد أخواتي واخواني

الى أستاذتي المشرفة زعابطة سيرين هاجر

الى كل من ساهم في انجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد ولا أنسى صديقتي

صباح

الى كل عمال جامعة عمار ثليجي بدون استثناء

الى كل من أحبني وتمنى لي النجاح

سعاد

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع الى:

روح أبي الغالي "عبد الرحمان" رحمة الله عليه والى من أشرفت على تربيتي وكانت سببا
في سعادتي أُمي الحبيبة "عميدة"

الى أخي الأكبر محمد الذي كان سنداً لي في مشواري الدراسي

الى اخوتي عبد القادر وأحميدة

الى أخواتي البنات بدون ذكر الأسماء

الى صديقتي وخاصة رفيقة دربي "سعاد"

الى كل أفراد أسرتي "عاشوري" و"هلوب"

الى أستاذتي المشرفة التي لم تبخل علينا بنصائحها وتوجيهاتها والى كل عمال قسم علم
النفوس من الحارس الى الدكتور

الى كل من يحبني ويتمنى لي النجاح في مشواري الدراسي

الى كل من ساهم في انجاز هذا العمل المتواضع من قريب أو من بعيد

صباح

ملخص الدراسة

هدف البحث الحالي إلى معرفة مستوى الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى مرضى السكري والكشف عما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين متغيري البحث الالتزام الصحي وجودة الحياة.

تكونت عينة الدراسة من 60 فرد مصاب بداء السكري تم اختيارها بطريقة عرضية من داخل المؤسسة الاستشفائية العقيد لطفى 240 سرير-الأغواط- خلال الفترة الزمنية الممتدة من شهر مارس 2023 الى غاية شهر ماي 2023.

تم اتباع المنهج الوصفي الارتباطي في الدراسة، لقياس المستوى المتغيرين و لمعرفة العلاقة بين المتغيرين، وتم جمع البيانات عن طريق مقياسين: مقياس الالتزام الصحي الذي بناؤه من طرف الطالبتين ويتكون من 5 محاور: محور الالتزام الدوائي، محور المواعيد الطبية، محور ممارسة الرياضة، محور الوقاية، محور التنقيف الصحي، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، تعريب (د-بشرى إسماعيل أحمد 2008) كما اعتمدنا في بحثنا هذا على البرنامج الاحصائي Spss 26 لمعالجة البيانات إحصائياً، وقد تم التوصل الى نتائج التالية:

1. مستوى الالتزام الصحي لدى عينة المصابين بالسكري متوسط
2. مستوى جودة الحياة لدى عينة المصابين بالسكري متوسط
3. لا توجد علاقة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بالسكري.

الكلمات المفتاحية : الالتزام صحي ، جودة الحياة ، مرض سكري

Study summary

h aims to know the level of health commitment and quality of life in diabetics and to reveal whether there is a correlation between health commitment and quality of life changes.

The sample of the study consisted of 60 individuals with diabetes, selected in an accidental manner from within the Hospital Colonel Lutfi 240 beds-rounds, during the period from March 2023 to May 2023.

The study's correlative descriptive approach was used to measure the level of variables and to determine the relationship between variables, and the data were collected by two measurements: The health commitment measure built by the students consists of 5 axes: Pharmaceutical Commitment Axis, Medical Appointments Axis, Practice Axis, Prevention Axis, Health Education Axis, World Health Organization Quality of Life Metric, Arabization (Dr. Bashura Ismail Ahmed 2008) As we have relied in our research on Spss 26 statistical data processing program, the following results have been reached:

- .1The level of health commitment in the sample of diabetes sufferers is high.
- .2The quality of life of the diabetic sample is high.
- .3There is no correlation between health commitment and quality of life in people with diabetes.

Keywords: Commitment to Health, Quality of Life, Diabetes

الصفحة	المحتوى
	شكر وعرهان
	الإهداء
أ	ملخص الدراسة باللغة العربية
ب	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
ج	فهرس المحتويات
و	فهرس الجداول
ز	فهرس الأشكال
ح	فهرس الملاحق
1	المقدمة
الجاناب النظري	
الفصل الأول: الإشكالية واعتباراتها	
06	1 إشكالية الدراسة
09	2 الدراسات السابقة
12	3 فرضيات البحث
12	4 تعقيب عن الدراسات السابقة
13	5 أهمية البحث
14	6 أهداف البحث
14	7 التعاريف الاجرائية لمتغيرات البحث
الفصل الثاني: الالتزام الصحي	
17	تمهيد
17	1 تعريف الالتزام الصحي
18	2 أنواع عدم الالتزام الصحي
21	3 النماذج المفسرة للالتزام الصحي

29	العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي	4
30	قياس الالتزام الصحي	5
31	محددات الالتزام الصحي	6
32	أسباب الالتزام الصحي	7
34	الالتزام الصحي لدى المصابين بالسكري	8
37	خلاصة الفصل	
الفصل الثالث: جودة الحياة		
40	تمهيد	
40	تعريف جودة الحياة	1
41	نظرة تاريخية عن جودة الحياة	2
42	محددات جودة الحياة	3
42	مظاهر جودة الحياة	4
43	النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة	5
51	قياس جودة الحياة	6
52	أدوات قياس جودة الحياة	7
54	مصادر الرضا عن الحياة	8
55	خلاصة الفصل	
الفصل الرابع: مرض السكري		
58	تمهيد	
58	تاريخ مرض السكري	1
59	تعريف ومفهوم السكري	2
60	السكر في الدم	3
61	أنواع مرض السكري	4
62	أسباب مرض السكري	5
64	أعراض مرض السكري	6

66	مضاعفات السكري	7
68	تشخيص الداء السكري	8
69	عوامل الخطر لمرضى السكري	9
70	الخصائص الوبائية الوصفية للسكري	10
71	الوقاية والعلاج من السكري	11
73	خلاصة	
الجانب الميداني		
الفصل الخامس: منهج البحث واجراءاته		
77	تمهيد	
77	منهج البحث	1
78	حدود البحث	2
78	عينة البحث	3
83	أدوات البحث	4
86	حساب الخصائص السيكومترية للاستبيانين	5
93	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	6
94	خلاصة الفصل	7
الفصل السادس: عرض ومناقشة وتحليل النتائج		
97	تمهيد	
97	عرض وتحليل النتائج	أولا
97	عرض نتائج الفرضية الأولى وتحليلها	1
98	عرض نتائج الفرضية الثانية وتحليلها	2
98	عرض نتائج الفرضية الثالثة وتحليلها	3
99	مناقشة الفرضيات	ثانيا
99	مناقشة الفرضية الأولى	1
101	مناقشة الفرضية الثانية	2

102	مناقشة الفرضية الثالثة	3
105	الخاتمة	
107	الاقتراحات	
110	قائمة المراجع	
I	الملاحق	

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
28	أهم النقاط المتعلقة بالنموذج المعرفي	1
29	العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي	2
31	محددات الالتزام الصحي	3
47	مجالات جودة الحياة ومؤشراتها	4
78	عينة الدراسة	5
78	خصائص العينة حسب متغير الجنس	6
79	خصائص العينة حسب متغير السن	7
79	اختلاف العينة حسب بداية المرض	8
80	اختلاف العينة حسب الحالة الاجتماعية	9
81	اختلاف العينة حسب النشاط	10
82	اختلاف العينة حسب المستوى التعليمي	11
83	مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية	12
85	معاملات ارتباط البنود لبعء الالتزام الدوائي	13
86	معاملات ارتباط البنود لبعء المواعيد الطبية	14
87	معاملات ارتباط البنود لبعء الغذاء الصحي	15
87	معاملات ارتباط البنود لبعء ممارسة الرياضة	16
88	معاملات ارتباط البنود لبعء الوقاية	17
88	معاملات ارتباط البنود لبعء التثقيف الصحي	18

89	قيمة معامل ألفا كرونباخ لاستبيان الالتزام الصحي	19
89	معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لكل من جودة الحياة العامة والصحة العامة	20
90	معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعء الصحة الجسدية	21
90	معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعء الصحة النفسية	22
91	معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعء العلاقات الاجتماعية	23
91	معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعء البيئة	24
92	معامل ثبات مقياس جودة الحياة	25
92	الفروق في المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي للالتزام الصحي	26
97	الفروق في المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لجودة الحياة	27
98	معامل الارتباط بين متغير الالتزام الصحي وجودة الحياة	28

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	العلاقة المتبادلة بين مختلف أنواع الالتزام	19
2	نموذج المعتقدات الصحية	23
3	نموذج المعتقدات	24
4	مراحل التغيير	24
5	عناصر النموذج المعرفي	26
6	محددات جودة الحياة	42
7	أبعاد النموذج التكاملية لجودة الحياة	49
8	محددات جودة الحياة حسب ابو سريع	50
9	مضاعفات السكري	67
10	خصائص العينة حسب متغير الجنس	79

80	خصائص العينة حسب متغير السن	11
81	اختلاف العينة حسب بداية المرض	12
82	اختلاف العينة حسب الحالة الاجتماعية	13
82	اختلاف العينة حسب النشاط	14
83	اختلاف العينة حسب المستوى التعليمي	15

فهرس الملاحق:

الصفحة	الملحق	الرقم
I	ترخيص الزيارة من الجامعة	1
II	ترخيص اجراء الدراسة الميدانية من المستشفى	2
III	مقياس الالتزام الصحي	3
VI	مقياس الالتزام الصحي بعد حذف البنود	4
IX	مقياس جودة الحياة	5
XII	نتائج برنامج التحليل الاحصائي SPSS	6

المقدمة

إن مرض السكري مرض مزمن ومشكلة عالمية تشهد انتشارا كبيرا، ولا تقتصر على جنس وعمر محدد، إذ يعتبر من الأمراض الخطيرة في الوقت الراهن التي تهدد صحة الإنسان تحقيق ما يعرف بالالتزام والتوازن حيث تكمن أهمية الصحة للإنسان بالحفاظ عليها وذلك يمنع شعوره بالألم، الاهتمام بصحته مسؤوليته ومن واجبه أن يراجع الأطباء على صحته والتزامه بالبروتوكول العلاجي، فإن الامتناع عن العلاج يعني تفاقم الوضع.

إن الالتزام مفتاح النجاح والسيطرة على مرض السكري وخصوصا لدى مرضى السكري النوع الثاني، حيث يمكن من إحداث أثر من خلال تغيير أسلوب حياة المرضى وذلك يؤدي إلى تحسين مسار المرض وتفاذي مضاعفاته لتحقيق جودة حياة مستقرة، والمعالجة المثالية وهي المعالجة المتمركزة على المريض لا على الطبيب، فضبط السكري يقتضي التزام المريض بمراقبة مستويات الجلوكوز في جسمه يوميا، فإن الالتزام بالحمية الغذائية المناسبة، ممارسة الرياضة، ضبط الوزن، واستخدام الأدوية بصورة سليمة، كلها عناصر أساسية لأي برنامج علاجي يسعى إلى ضبط السكري.

وعلى هذا الأساس جاءت الدراسة كالتفاته حسنة لمتغيرين أساسيين (الالتزام الصحي، جودة الحياة) في الميدان الطبي وعلم النفس الصحة، حيث تناولنا هذين المتغيرين في هذه الدراسة انطلاقا من احساسنا بالمشكلة أثناء احتكاكنا بهؤلاء المرضى من خلال آرائهم حول المرض ومدى التزامهم العلاجي، حيث تعد السعادة والتفاؤل والتوجه نحو الحياة والأمل جانب مهم لديهم ومما يتجلاهم عن شعورهم بالرضا عن الحياة رغم اصابتهم بالمرض.

وانطلاقا من أهمية الالتزام الصحي كاستراتيجية مدعمة للصحة لهؤلاء الأفراد (بوعافية، سامعي، بدون سنة).

لذلك تحاول هذه الدراسة التعرف على مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري ومستوى جودة الحياة حيث تضمنت هذه المذكرة جانبين:

الجانب النظري: الذي احتوى على 4 فصول

الفصل الأول: اشكالية الدراسة و الفصل الثاني: الالتزام الصحي و الفصل الثالث: جودة الحياة و الفصل الرابع: مرض السكري أما الجانب الميداني: الذي احتوى على فصلين وهما الفصل الخامس: منهج البحث وإجراءاته و الفصل السادس: عرض ومناقشة وتفسير النتائج وأخيرا احتوت الدراسة على الخاتمة وقائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول:

مشكلة البحث واعتباراتها

الفصل الأول: مشكلة البحث واعتباراتها

- إشكالية البحث.
- الدراسات السابقة.
- فرضيات البحث.
- تعقيب عام عن الدراسات السابقة.
- أهمية البحث.
- أهداف البحث.
- التعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث.

- اشكالية البحث:

شهدت السنوات الأخيرة ارتفاعا ملحوظا في نسبة الاصابة بالأمراض المزمنة، وارتفاع التكاليف الصحية المتعلقة بها حيث تشير الإحصاءات في الولايات المتحدة الأمريكية الى أن حوالي 50% من الأفراد يعانون من حالة من حالات المزمّن وتشير الأرقام الى أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية و 83% من الوصفات الطبية و 80% من أيام الإقامة في المستشفى و 66% من الزيارات لأقسام الطوارئ هي من نصيب المرضى المزمّنين، ويشكل داء السكري أحد هذه الأمراض المزمنة التي تفرض تحديا أمام الأمم. حيث يحتل المرتبة الثالثة من الأمراض المزمنة حول العالم، وهو أحد الأسباب الرئيسة للوفاة وتشير الاحصائيات بأن هناك أكثر من 180 مليون مصاب بالسكري، ويتوقع أن يتضاعف هذه العدد في سنة 2023، وداء السكري مسؤول عن وفاة 3.5% من مجموع 36 مليون حالة وفاة بسبب الأمراض المزمنة سجلت في 2008. وحسب الفدرالية العالمية للسكري فإنه في كل 10 ثواني يشخص فردين بالسكري، وفي كل 10 ثواني يموت شخص بسبب السكري حول العالم (سامعي، بوعافية، ب س، ص 02).

ومن جهة أخرى وصف الطبيب اليوناني أرتيس (Aerates) منذ (138-81 ق.م) المظاهر السريرية لمرضى السكري كما هو معروف اليوم، وقد ذكر الفيلسوف والطبيب الروماني سيليس (Celsus) منذ (30 سنة-50 ق.م)، ظاهرة البول المصحوبة بالوهن والضعف ونصح بعلاجها من خلال تنظيم الغذاء وممارسة الرياضة البدنية، وقد أخذ العرب اسم المرض من الإغريق "ديانطس"، كما أطلقوا عليه أيضا اسم "الدوارة" و "الدولاب"، ويعتبر ابن سينا أول من وصف مرض السكري وصفا دقيقا في كتابه (القانون في الطب)، حيث قال: "ديانطس هو أن يخرج الماء كما يشري في زمن قصير أو أن يصاحبه عطش فيشرب ولا يروى بل يبول كما يشرب ويكون غير قادر على الحبس البتة وذكر ابن سينا في كتابه عن أعراض المرض المزمّن قائلا: "ومن أعراضه العطش الشديد والضعف الجسمي والاجهاد العصبي وعدم انتظام الشهية.

ففي القرن السابع عشر وصف توماس ويلس حلاوة السكري بقوله: " إنه مشروب العسل"، وأثبت دوبسن (Dobson) أن هذه الحلاوة هي السكر، مما قاد للتفكير بمعالجة المرض بحمية قوية "معقولة" وفي عام 1859 بين كلود برنارد أن دم الشخص المصاب

بالسكري يحتوي على كمية زائدة من السكر وهذه صفة هامة للداء (عبد الله، المرزوقي، 2008، ص ص 17-18).

يشكل السكري كمرض مزمن، احدى المعضلات والمشكلات الصحية التي يواجهها المختصون ويعاني عواقبها المرضى وأسره، نظرا للانتشار المتسارع بفعل تواجد عوامل وسلوكيات خطر، من عوامل وراثية، السمنة، السلوكيات الغذائية، نمط وأسلوب الحياة وكذا مصادر التوتر المختلفة. انتشار جعل المنظمة العالمية للصحة تتوقع وصول نسبة الاصابة الى 200% في السنوات الثلاثين المقبلة مع امكانية التحكم في النسبة الغالبة لدى الأفراد ذوي الاستعداد للإصابة بضمان تغذية متوازنة ووقاية عيادية (عمران، 2008، ص 18).
ويقتضي تكيف الفرد مع المرض المزمن أن يندمج بين مرضه وحياته بطريقة أو بأخرى فكل الأمراض المزمنة بما فيها السكري تتطلب بعض التغيير في أنشطة المريض وفي مستوى تكيفه. فمرض السكري مثلا " حمية ضبط غذائي وربما أخذ حقن الأنسولين اليومية أيضا (تايلور، 2008).

فعندما لا يتبنى المرضى السلوكيات والنصائح والإرشادات وخصوصا المعالجات التي يوصي القائمين على الرعاية الصحية فهذا يعني عدم الالتزام الصحي وهذا ما أثبتته نتائج بعض الدراسات حسب كل من أبعاد الالتزام الصحي: المراقبة المستمرة للسكر في الدم: مدى الالتزام المستمر للسكر في الدم يتفاوت بين نمط السكري من النمط (1) على نحو واسع، فعلى سبيل المثال في عينة من الأطفال المراهقين المصابين بالنمط (1) فإن 26% من هذه العينة التزموا بما هو مطلوب منهم، بينما وصلت النسبة الى 40% عند البالغين المصابين بالنمط (1)، ونفس النتائج توصلت اليها دراسة فنلندية أجريت على 213 مريضا تتراوح أعمارهم ما بين 17-65 سنة حيث أن 20% من المشاركين راقبوا نسبة السكر في دمهم كما هو موصى بها، وفي دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة من مرضى السكري من النمط (1) يتراوح متوسط السن لديهم 30 سنة بلغت نسبة الالتزام 7% فقط (نبيلة بوعافية، ب س، ص 12).

كما أشارت دراسة (waleed M. Swellh, Olaker.&seadHamzooz)، حول معدل الانضباط الدوائي بين المرضى ذوي الأمراض المزمنة، هدفت هذه الدراسة لقياس مدى الالتزام الدوائي لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة المسجلين في عيادات وزارة

الصحة الفلسطينية في شمال فلسطين، تمت معاينة 321 مريضا باستخدام استبيان مدرج لقياس الانضباط الدوائي. النتائج أشارت الى أن هناك 6.5% عدم انضباط، 52.4% انضباط ضعيف، 42.1% انضباط دوائي جيد، نسبة الانضباط الدوائي له علاقة مع نسبة الأمية، عدم الوعي الصحي والدوائي في حين العمر ومستوى التعليم ونوع المرض لهما تأثير على مدى الانضباط الدوائي، مرضى السكري كان لديهم نسبة انضباط الدوائي أعلى من مرضى ارتفاع ضغط الدم (لكحل، 2011، ص 09).

وقد أجريت دراسة Efrosini (2016) حول الالتزام بالعلاج وجودة الحياة لدى مرضى السكري فكان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري، النوع الثاني، وكذلك العلاقة بين الالتزام وجودة الحياة، هذه الدراسة وصفية وقد أجريت في مستشفى مقاطعة شمال اليونان في فيريا، كانت العينة التي تم فحصها ملائمة وكذلك تتألف من 108 مريضا مصابا بداء السكري من النوع الثاني زاروا العيادة الطبية كمرضى خارجيين، تم جمع البيانات عبر استبيان مكون من ميزانين، تم الجزء الأول أسئلة حول الخصائص الاجتماعية والديمغرافية، والجزء الثاني يتكون من استبيانين بعنوان " استبيان أنشطة الرعاية الذاتية لمرضى السكري"، والذي يقيس الامتثال للعلاج، ومقياس SF-36 لقياس جودة الحياة والالتزام بالعلاج لدى عينة الدراسة، وعدم وجود أي فروق بين الالتزام والعمر، ولم يؤثر مستوى تعليم المرضى على الالتزام لدى مرضى السكري.

وقد ركز العديد من الباحثون على دراسة جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، بما فيها داء السكري وأمراض الغدد اللاحوية، هذه الأخيرة التي تؤثر على العديد من الاعضاء والوظائف الحيوية لدى الانسان، ويعتبر داء السكري هو المرض الرئيسي من حيث الاصابة والمضاعفات والوفيات، ثم يأتي في الموضع الثاني أمراض الغدة الدرقية كقصور الدرقية، وفرط الدرقية على وجه الخصوص، ثم أمراض الغدة الكظرية، ثم أمراض الغدة النخامية، بعدها تأتي أمراض الغدد الأخرى والتي تعتبر قليلة نوعا ما كضخامة الأوعية الدموية (عبد الصمد، 2019، ص 7، ص 20).

وقد اجريت العديد من الدراسات لتحديد مدى جودة الحياة لدى الجزائريين وشعورهم بالسعادة فقد احتلت الجزائر الرتبة 13 عربيا في جودة الحياة وكشف تقرير آخر "ميرسر"

لقياس مستوى جودة الحياة في العالم عن ترتيب جديد لسنة 2012 احتلت فيه الجزائر المرتبة 178 عالميا (بوعيشة، 2014، ص32).

وهذا ما يؤكد ان مصطلح جودة الحياة ليس حديث الوجود فقد ظهر اول استخدام لمصطلح جودة الحياة في الفلسفة الاغريقية حيث ناقش أرسطو موضوع السعادة والترف وافترض ارسطو أن السعادة مشتقة فعالية ونشاط الروح وبالتالي تحقق حياة سعيدة، وفي النصف الثاني من القرن العشرين بدأ الاهتمام بجودة الحياة كمفهوم مرتبط بعلم النفس الايجابي فأصبح مفهوم جودة الحياة كما يرى (Ring,2007) من الأهداف الصحية للعديد من المنظمات والحكومات فوضعت أمريكا شعارا بعنوان أشخاص أصحاء لعام (2010) وهذا لتحسين نوعية الحياة وتنمية التوقعات الايجابية لدى الشعوب (برابح، 2020، ص73).

وعليه فإذا قرر مريض السكري تحقيق جودة الحياة ورفاهية فعليه بنوع من الالتزام هو السبيل الوحيد للتحكم في السكري وعلى هذا الأساس لمعرفة مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري وعلاقته بجودة الحياة وللإحاطة بالموضوع لا بد لنا من طرح التساؤلات على النحو التالي:

- ما مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة؟.
- ما مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة؟
- ما طبيعة العلاقة بين متغير الالتزام الصحي وجودة الحياة؟.

الدراسات السابقة:

دراسة (Ayman& al,2013): حول التزام مرضى السكري بالعلاج الموصوف، هدفت هذه الدراسة الى دراسة مدى انتشار عدم الالتزام بسبب مرض السكري في محافظة الغربية في مصر وأسبابه وتأثيره على السيطرة على نسبة السكر في الدم والعوامل التي تؤثر عليه على عينة مكونة من 339 من مرضى السكري الذين استوفوا معايير الاشتمال في هذه الدراسة تم تقييم الالتزام بالعلاج خلال زيارات المرضى للوحدات الصحية في محافظة الغربية.

وتم تقييم الالتزام بالدواء خلال مقابلة شخصية مع كل مريض باستخدام استبيان متعدد الخيارات، كما تم الحصول على عينات من الدم لقياس الهيموغلوبين السكري HbA1c وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- انخفاض مستوى الالتزام لدى عينة الدراسة
- ومن بين العوامل التي أثرت بشكل كبير على مستوى الالتزام: العمر والدخل، والمستوى التعليمي، مدة العلاج ووجود أمراض أخرى غير مرض السكري، وعدد الأدوية الموصوفة النسيان وارتفاع تكلفة العلاج، وكان العامل الآخر الذي لعب دور مهما هو تكاليف رعاية مرضى السكري (عبد الصمد، 2020، ص ص 19، 20).

دراسة جون قرين وآخرون (2007): توصلت الدراسة الى أن 46 بالمئة مرضى السكري نمط (02)، تلقوا توصيات لتغيير عاداتهم الصحية في أسلوب حياتهم من "زيادة التمارين الرياضية وتغيير عادات الأكل" بالمقارن مع 29 بالمئة من المستجيبين، على أن داء السكري من النوع (02) ليس خطر مثل داء السكري نوع (1) ووافقوا أن السمنة يمكن أن تؤدي الى تفاقم المرض، وقد أفاد مرض السكري بالمواقف والمعرفة المؤدية الى الصحة الجيدة لكن الأغلبية لم يتراجعوا هذه السمات الى سلوك صحي فيما يتعلق بالنظام الغذائي وممارسة الرياضة وفقدان الوزن (بوكري، 2019، ص ص 7.8).

دراسة وورنير، هولي راثمان، مليك (2007): أجريت على عينة قوماها 345 من مرضى النوع الثاني من السكري في جنوب ألمانيا وخلصت نتائجها إلى أن الرضا عن علاج السكري كان يرتبط بمدى امتثال المريض للعلاج (مراجعة الطبيب بانتظام، ضبط نظام الحمية، ممارسة الأنشطة البدنية، فحص سكر الدم بانتظام، تناول الدواء في الوقت المحدد.. الخ) (خنفاوي، 2019، ص 10).

دراسة جدي وآخرون (2006) فلسطين: عنوان الدراسة "جودة الحياة لدى مرضى السكري وغير المصابين بمرض السكري في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة"

أهداف الدراسة: الى معرفة جودة الحياة لدى مرضى السكري في مخيمات اللاجئين بغزة مقارنة بمجموعة أخرى غي مصابين بداء السكري.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 197 مريضا بالسكري في ثلاثة مخيمات لاجئين بقطاع غزة و179 مريضا من المخيمات نفسها من غير مرض مع عمل تجانس في كلتا المجموعتين من حيث العمر والجنس

أدوات الدراسة: تم تطبيق مقياس جودة من إعداد منظمة الصحة العالمية .

نتائج الدراسة: لوحظ انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مريضات السكري من النساء بشكل أكبر من الرجال وكبار السن من مرضى بشكل أكبر من غيرهم (شريقي، 2014، ص52).

دراسة الدكتور قاسم نجاح م، نابولي زر، مرموش، ج وألماي: أثر التهاب شبكية السكري على جودة الحياة من مصلحة الطب الداخلي بمستشفى المنستير بتونس، انطلقت الدراسة من افتراض أن التهاب السكري هو السبب الأول للعمى في اقطار عديد مما يؤثر على جودة الحياة لدى المصابين.

هدفها كان تقدير جودة الحياة لدى سكري نمط 1 و2 المعالجين بالأنسولين ونمط 2 غير المعالجين، اصابة الشبكية قسمت بدورها الى قناة حسب غياب الاصابة، شدتها ومدى توسعها متدرجة من غياب الاصابة، اصابة صغيرة أو محددة واصابة واسعة ومتشعبة.

- الوسيلة المستخدمة كانت مقياس ال SF-36 في شكلها المختصر أين تم تقييد الاستجابات من 0 إلى 100 بمعنى أن جودة الحياة تكون أحسن كلما كان التقدير أعلى بعدها تم تقديم متوسط جودة كل فوج ومقارنته مع نتائج بقية الأفواج لحساب الفروق التي قدرت ب $a = 0.05$ وهي دالة لصالح أصحاب السكري دون إصابة الشبكية.

- أما عن النتائج كالتالي: متوسط جودة الحياة لدى عينة الدراسة كان 50.75 أما لدى الأفواج الست فتتراوح بين 36.8 لدى السكريين نمط (1) المصابين بالالتهاب مقابل 60.5 من نفس النمط مما يعني أن جودة الحياة أحسن لدى مرضى السكري نمط 2 منه لدى نمط 1 وذلك لأن متوسط جودة لدى الفئة الأولى كان 52.8 مقابل 38.8 رغم ذلك لم توضح الدراسة الفروق بدقة بين مختلف الفئات.

- خلصت الدراسة في الأخير إلى أن جودة الحياة لدى مرضى السكري ترتبط بوجود تعقيدات وأمراض مصاحبة معيقة ومتعبة خصوصا ما تعلق بإصابة الشبكية وما يتبعه

من إعاقات، كل ذلك بعيدا عن نوعية العلاج المتبع من قبل المريض (عمران، 2009، ص34).

فرضيات البحث: من خلال الاشكالية المطروحة وبناءا على نتائج الدراسات السابقة حاولنا طرح واقتراح الفرضيات التالية:

- نتوقع ارتفاع في مستوى الإلتزام الصحي لدى عينة الدراسة
- نتوقع ارتفاع في مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالسكري.
- توجد علاقة بين متغير الإلتزام الصحي وجودة الحياة.

تعقيب عام عن الدراسات:

من حيث المجتمع والعينة

لقد اختلفت دراستنا مع بعض الدراسات الأخرى في اختيار مجتمع البحث والعينة حيث أجرت الدراسات المذكورة على عينات من مختلف شرائح المجتمع.

من ناحية أدوات جمع البيانات

استخدمت معظم الدراسات المقاييس النفسية باختلافها كما استخدمت بعض الدراسات المقابلات العيادية حيث أن دراستنا تشابهت مع بعض الدراسات فيما يخص المقياس والتي استعملت مقياس جودة الحياة ومقياس الإلتزام الصحي، كما أنه كان الاختلاف الحاصل بين الباحثين في أداة القياس نفسها حيث اختلف في الأبعاد وعدد الفقرات وما يخص التزام الصحي فإن الباحثين قاما ببناء استبيان خاص بالإلتزام الصحي لدى مرضى السكري

من ناحية المنهج المستخدم

وقد تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في استخدام المنهج فكلهم اعتمد على المنهج الوصفي التي استعمل فيها الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي.

من ناحية أهم النتائج

اختلفت نتائج الدراسات السابقة بسبب اختلاف بعض المتغيرات في الدراسة وأيضاً من ناحية المكان والزمان وكذلك يرجع هذا الاختلاف إلى طبيعة الهدف من الدراسة وفروض الدراسة

ان الملاحظ للدراسات السابقة أنها قامت بدراسة جودة الحياة منفرد لدى مرضى السكري، كما أن هناك دراسات أخرى قامت بدراسة مستوى الالتزام الصحي مقتصر على المرضى المصابين بداء السكري فقط دون دراسة جودة حياتهم ودراسات قليلة جداً تناولت جودة الحياة والالتزام الصحي لدى مرضى السكري أيضاً، لكن باعتبار أن الالتزام الصحي أوسع وأشمل من الالتزام بالعلاج فالباحثان لم تجد دراسات تناولت كل الجوانب لدى المصابين بداء السكري، لهذا تناولنا هذه الدراسة من خلال ما تم طرحه من الدراسات السابقة محاولين تحقيق مجموعة من الأهداف والمتمثلة في الكشف عن مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة ومحاولة معرفة مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة وكذلك الكشف عن ما اذا كانت هناك علاقة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة وهذا ما يميز الدراسة الحالية عن باقي الدراسات السابقة ويعطيها قيمتها العالمية وإضافة للتراث النظري في علم النفس الصحة وكمعالج للقصور الذي ظهر في الدراسات السابقة التي أجريت في ميدان الأمراض المزمنة ومن بينها مرض السكري وارتباطية هدفت الدراسة الى معرفة ماهية متغير من مستوى متغير آخر، وفي دراستنا الحالية تم بناء استبيان خاص بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري.

أهمية البحث: تتجلى أهمية البحث النظرية فيما يلي:

- أهمية دراسة متغير جودة الحياة وتوضيح أهم الأبعاد والمجالات التي قد تتأثر بعضها البعض فقد يكون الفرد غير راضيا عن حياته كلها.
- لقد جمعت هذه الدراسة بين كل من الالتزام وجودة الحياة لدى المصابين بالسكري حيث تناولت كل متغير بشكل منفرد على غرار الدراسات السابقة.
- مفهوم تقبل العلاج والالتزام الصحي يحتاج لدراسات أكثر نظراً لأهميته كمفهوم أساسي في الصحة النفسية والجسدية خصوصاً لدى المرضى المزمنين.

- تسليط الضوء على فئة المصابين بالسكري ومعرفة مدى تمسكهم ورفاهيتهم في الحياة والتزامهم الصحي.

أهداف البحث: تهدف الدراسة الحالية الى:

- معرفة مستوى الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة.
- معرفة مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة.
- الكشف عما إذا كانت هناك علاقة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة عينة الدراسة.

التعريفات الإجرائية لمتغيرات البحث:

الالتزام الصحي: يعرف بدرجة ومدى انضباط سلوك الفرد في ميدان الأدوية الموصوفة، اتباع الحمية وتغيير نمط الحياة وبالتالي الالتزام الصحي لا يتعلق بالالتزام بتناول الدواء فحسب بل يتعدى الالتزام بمواعيد الفحوصات والتحليل واتباع نظام غذائي يتناسب مع المرض لمرض السكري وكذلك تغيير نمط الحياة ويتم قياس هذا المتغير باستبيان أعدته الباحثين خصيصا لذلك، يضم عبارات تقيس سلوك الفرد المتعلق بالالتزام بتناول الدواء والالتزام بزيارة الطبيب والفحوصات واتباع الحمية واتباع الرياضة وتغيير والالتزام بتغيير نمط الحياة.

جودة الحياة: هي الدرجة التي حصل عليها المفحوص على مقياس جودة الحياة حسب نتائج الإجابة وهو شعور مريض السكري بالرضا والسعادة وقدرته على اشباع حاجياته وإدراكهم لمكانتهم.

السكري: هو عبارة عن اختلال مزمن في نسبة السكري في الدم تتمثل في انخفاض او ارتفاع معدل السكري في الدم.

الفصل الثاني: الالتزام الصحي

الفصل الثاني: الالتزام الصحي

1. تعريف الالتزام الصحي
2. أنواع عدم الالتزام الصحي
3. النماذج المفسرة للالتزام الصحي
4. العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي
5. قياس الالتزام الصحي
6. محددات الالتزام الصحي
7. أسباب الالتزام الصحي
8. الالتزام الصحي لدى المصابين بداء السكري

تمهيد:

ان التداعيات الصحية تفرض قيودا على الصحة الشخصية لفرد، وعليه فإن معظم الأمراض المزمنة تتطلب علاج ومتابعة مستمرة مع أخذ الحيطة والحذر مع المضاعفات السلبية والخطرة، لذلك فإن معظم المرضى وخاصة مرضى السكري يفشلون في التوصيات الموصوفة والارشادية والنصائح الوقائية هذا ما يعرض رفايتهم وسعاتهم في الحياة من خلال اهمال تناول الأدوية وخاصة في وقتها المحدد. ان الالتزام هو مفتاح السيطرة على السكري بصفة خاصة وبنوعيه (1) و(2) حيث يمكن من إحداث أثر من خلال تغيير أسلوب حياتهم مما يؤدي الى تحسين مسار المرضى وفي هذا الفصل سنتطرق بشيء من التفصيل على كل ما يتعلق بالالتزام الصحي وخاصة بالنسبة لمرضى السكري.

1. تعريف الالتزام

التعريف اللغوي للالتزام:

يعرف الالتزام Commitment على أنه يعني الدرجة التي يتبع بها المريض الوصفات الطبية وقدرته على متابعة الدواء الموصوف له، أو في إطار التجارب العيادية وفيما يتعلق بالوصفات، الحماية الغذائية والتمارين الرياضية، وأخذ الدواء (بوصبع، 2017، ص 29).

وعرف RANDETALL 1993 الالتزام بأنه مدى توافق سلوك المريض مع توصيات مقدمي الرعاية الصحية (عبد الصمد، 2020، ص 27).

التعريف الاصطلاحي للالتزام الصحي:

عرف HAYNES 1979 الانضباط الصحي على أنه مدى توافق سلوك المريض في اتباع التوصيات الصحية المتعلقة بالدواء والصحة (رزقي، 2012، ص 60).

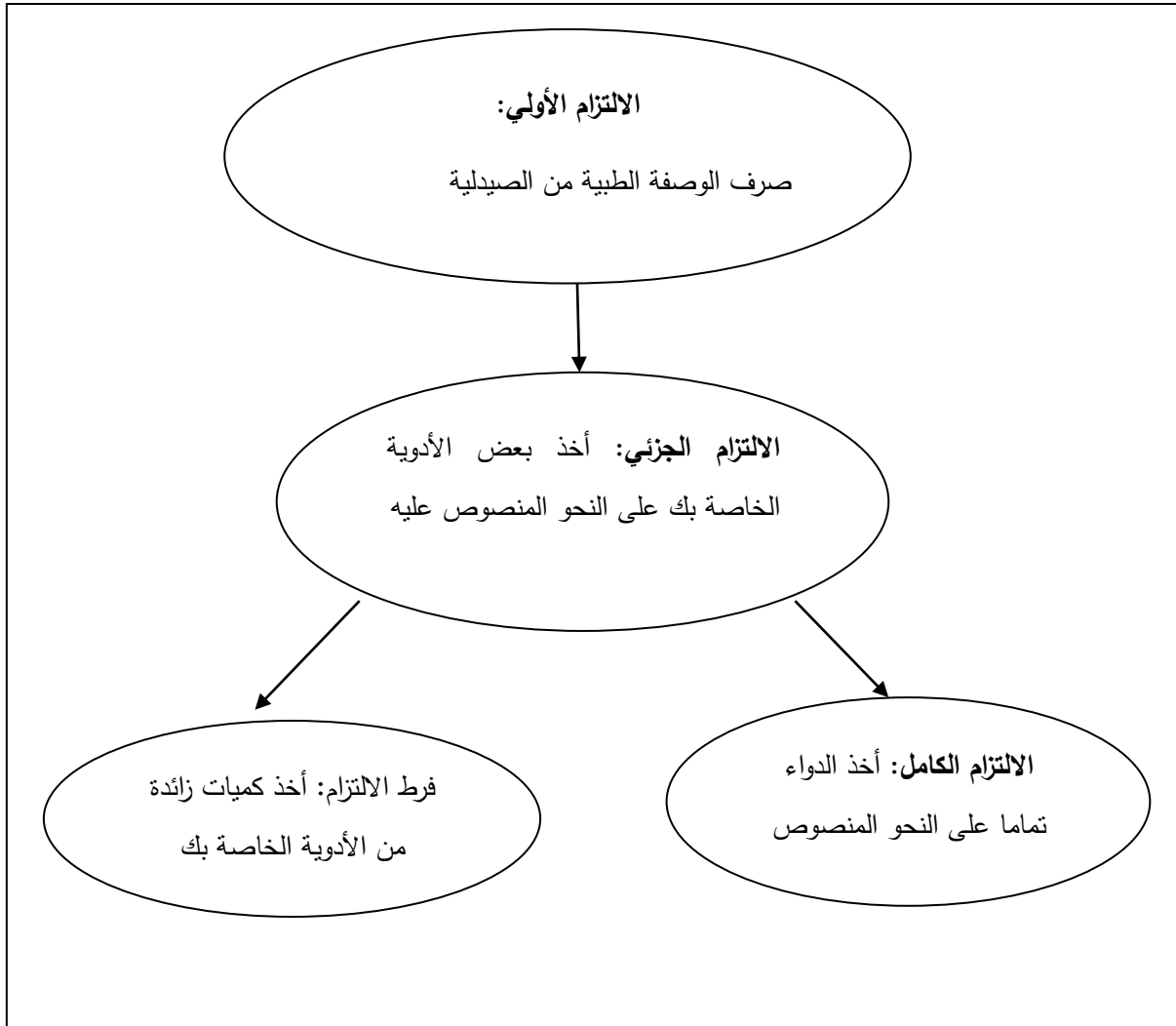
وهناك الأخصائيون في الرعاية الصحية يرون أن الالتزام أنه أكثر شيوعا في الاستخدام مصطلحات طبية منها الالتزام بتناول الأدوية، والاتفاق على النظام الغذائي والامتثال لتعليمات الطبيب (غريس، 2018، ص 21).

أما منظمة الصحة الأمريكية ترى أنه " مدى توافق سلوك الشخص والنصائح التي يعطيها له الممارس الصحي (http:// patideas.org/2016/11/13 pt.barriers).

2. أنواع عدم الالتزام الصحي:

هناك أنواع مختلفو من عدم الالتزام، ففي ما يتعلق بالعملية المعرفية للالتزام يمكن أن يقسم الى:

- **عدم الالتزام غير المنتظم l'observance evatique**: ويتعلق بنمط الحياة وظروف الحياة اليومية وتداخلاتها.
- **عدم الالتزام اللاوعي l'observance inconscients**: ويتعلق بإتباع الوصفات والتعليمات الطبية، كالاستعمال الخاطيء للأدوية والأجهزة.
- **عدم الالتزام المتعمد non- observance délibérée**: ويتعلق بإنكار المرض، الخوف من الآثار الجانبية للأدوية ورفض الشروط المتعلقة بالأدوية.
- من ناحية أخرى يمكن تصنيف عدم الالتزام حسب تردد أخذ الدواء من طرف المريض، حيث يعتبر النسيان حالة عرضية بالنسبة للمريض الملتزم، أخذ الأدوية شائع أيضا، والتي تزيد لدى المريض الذي يفرز تعديل الوصفة الأولية مع حياته، فهو يحترم عدد من الأدوية التي تؤخذ يوميا دون اعتبار للوقت وتردد جرعات أخذها، مثل هذا السلوك قد يكون له آثار وخيمة على صحة المريض وفعالية الدواء.
- هناك تصنيف آخر يعتمد على درجة الالتزام الصحي، حيث يدرج هذا الأخير أربع أنواع للالتزام يوضحها الشكل الموالي:



يمثل الشكل (01): العلاقة المتبادلة بين مختلف أنواع الالتزام (لكحل، 2010، ص ص

43-45)

الالتزام بالنظم الطبية: في بعض الحالات، يعمل اختصاصيو علم النفس الصحي مع عملاء لا تتبع مشكلاتهم من المساهمات النفسية في المرض الطبي، بدلا من ذلك يحتاج هؤلاء العملاء مساعدة في الالتزام بالنظم الطبية.

والفشل في الالتزام بالنظم الطبية يمكن أن يأخذ أشكالا عديدة، تتضمن عدم أخذ الدواء أو مخالفة قيود النظام الغذائي، أو تقويت المتابعة، أو عدم الالتزام بمحددات الأنشطة، وهناك أسباب كثيرة لعدم التزام العملاء بنظم العلاج، تتضمن التواصل السيئ مع مزود الخدمة والمعارف حول الآثار الجانبية السلبية، وقد وجدت إحدى الدراسات أن المرضى يكونون أقل

التزاما بالنظم الطبية عندما يكونون واعيين بالنظم الجانبية، حتى لو كانت هذه الآثار الجانبية خفيفة أو غير محتملة الحدوث (waters et al,2009)، في المتوسط يشكل عدم الالتزام نحو 26% من كل الحالات، مع أعلى الحالات المصابين بالايديز، والتهاب المفاصل، واضطراب المعدة والأمعاء والسرطان.

ويستطيع اختصاصيو علم النفس الصحي زيادة الالتزام بالنظم الطبية بطرائق عديدة، أحيانا هم يخدمون كحلقات وصل بين مزود الخدمة والمريض لتوصيل خطة العلاج المقترح بشكل أكثر حذرا وشمولا بطريقة تعاطفية، في الحقيقة اقترحت بعض الدراسات أن مجرد سماع الرسالة بنبرة دافئة ومراعية يؤدي الى التزام اكبر.

وهناك مظهر مهم آخر لعملية خفض عدم الالتزام يتضمن التعليم الشامل للمريض حول العلاج المقترح والخيارات البديلة (بما فيها عدم العلاج)، ومزايا وعيوب كل منها، والدراسات الحالية حول الموضوع، وأيضا يمكن للاكلينيكيين أن يساعدوا المريض في تأمين أو زيادة منظومات دعمهم الشخصية كميكانيزم آخر لزيادة الالتزام.

في دراسة لمرضى قصور القلب المزمن وجد أن هؤلاء الذين لديهم مستويات أعلى من الدعم الاجتماعي المدرك يظهرون التزاما أفضل بالنظم الطبية والسلوكية والغذائية لخطط علاجهم الطبية، وتحديد عوائق المريض والالتزام والعمل لاقتراح الخيارات محدودة الوقت يمكن أن يفيد أيضا، على سبيل المثال: مريض الألم الذي " لا يؤمن بالأمر السلسلة مثل الاسترخاء"، قد يتم إقناعه بإعطاء الأمر محاولة صادقة لمدة أسبوعين، وإذا لم يكن هناك أكثر، يمكنها أن تتوقف مع متعدد الخدمة وأحيانا يستطيع اختصاصي علم النفس الصحي تبني مدخل مباشر لحل المشكلة لمساعدة لعملاء الذين لديهم مشكلات تبدو لهم شديدة الصعوبة، على سبيل المثال "كلير" السيدة الي عمرها 78 ذات العدد الكبير من الأمراض الجسدية، كانت غير ملتزمة بنظامها الطبي لأن لديها عددا ضخما من الأقراص لتأخذها وكانت مرعوبة أنها قد تأخذ الأقراص الخطأ في الأوقات الخطأ، حتى أنها اختارت تركها

جميعاً، وطلب الدكتور "هاورد" اختصاصي في علم النفس الصحي من ابنتها شراء أقراص رخيصة من الصيدلية المحلية لتوزيع الأقراص مرة واحدة كل شهر حسب الاستخدام اليومي، هذا ببساطة كان كافياً لتصحيح الموقف (شواش هاشم، 2018، ص ص 555، 556).

3. النماذج المفسرة للالتزام الصحي:

نموذج المعتقدات الصحية: اتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح كما أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة، ولأنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسات السلوك الصحي من نتائج كما أنه يعرض عمليات أو ميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية والسلوك الصحي الفردي.

يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، وهو يمثل اتجاهها يرتكز على نماذج التوقع على أساس القيمة، كما أنه اتجاه يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوباً بحالة التردد أو عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكاً معيناً سوف يحقق هذه الأهداف ويطبق Atkinson هذه النظرية على السلوك الصحي فيجد أن الدافع المطلوب لتحقيق النجاح أو لتجنب الفشل يتمثل في السعي نحو الشفاء أو تجنب المرض وأن قيمة الحافز لتحقيق الهدف تتمثل في مدى رغبة الشخص الحقيقية في أن يكون في حالة صحية جيدة، وللتقدير الذاتي للشخص باحتمال نجاحه في تحقيق الهدف يتمثل في اعتقاده في سلوكه.

ويفترض نموذج Rosenstock أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية (المعلومات عن الصحة والمرض)، وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم، وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج.

يتضمن هذا النموذج مبادئ هي:

أ. استعداد الفرد بقيام بسلوك معين يحدد هو نتائجه وآثاره.

ب. تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.

ج. مثير للسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، قد يكون هذا المثير داخليا (الأعراض المرضية)، وخارجيا (وسائل الاعلام).

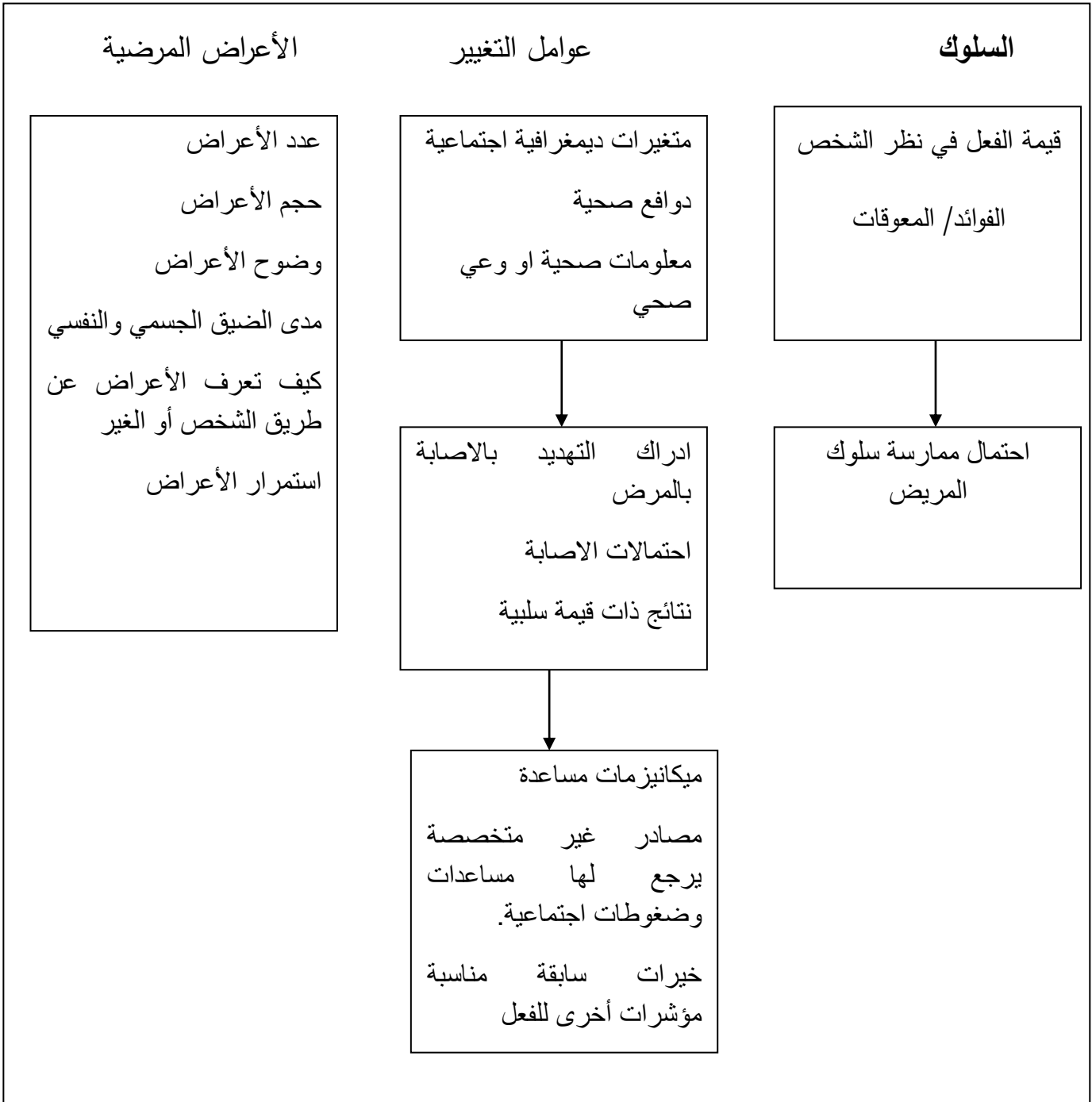
ويتلخص تفسير السلوك الصحي أو السلوك المرضي عن طريق نموذج المعتقدات الصحية في نقطتين أساسيتين:

1. أن السلوك الصحي للفرد تجاه مشكلة صحية معينة تتحدد عن طريق ما يراه هذا الفرد من احتمالات تعرضه لهذه المشكلة (المرض).

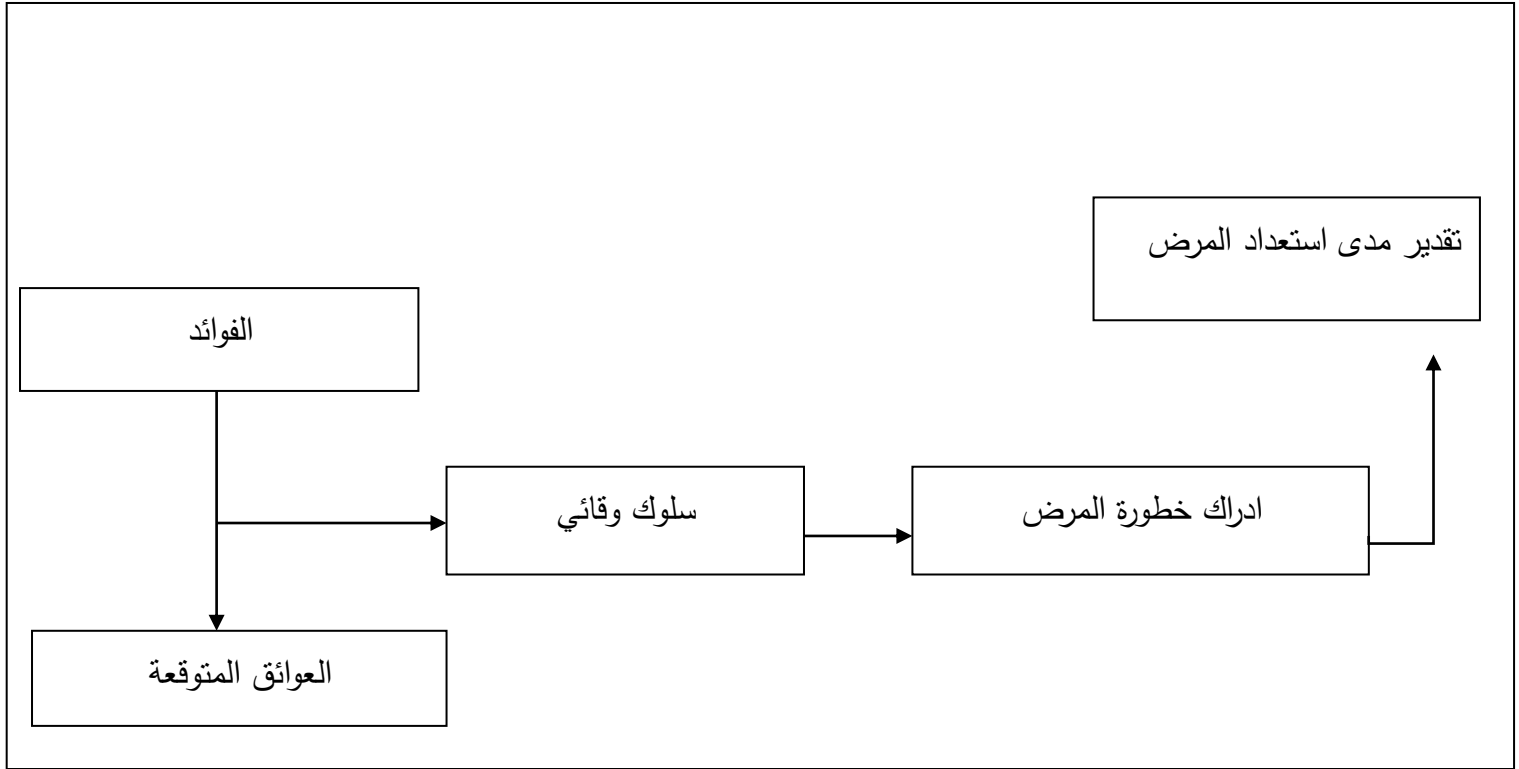
2. أن السلوك يتحدد من خلال صراع الأهداف والدوافع وأن هذا السلوك يتجه نحو أو يتبع أقوى الدوافع وأكثرها قيمة في رأي الفرد، وعلى الرغم أن العوامل الديمغرافية والاجتماعية والشخصية المتنوعة تؤثر على الدوافع والخبرات والمعلومات الصحية للشخص فإنها لا تعتبر أسبابا مباشرة للسلوك الصحي وانما تعتبر عوامل تؤثر في أبعاد المعتقدات حسب نموذج المعتقدات الصحية الذي يحدد السلوك الصحي.

يتم تنفيذ السلوك الصحي عندما تتوفر الشروط الآتية:

- عندما يدرك الفر ويقتنع أن عم ممارسة النشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بمرض.
- قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ اجراءات وقائية.
- تكون الفوائد المتوقعة أهم من التكلفة.
- أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي ستؤدي الى نتائج ايجابية متوقعة.
- أن تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه.

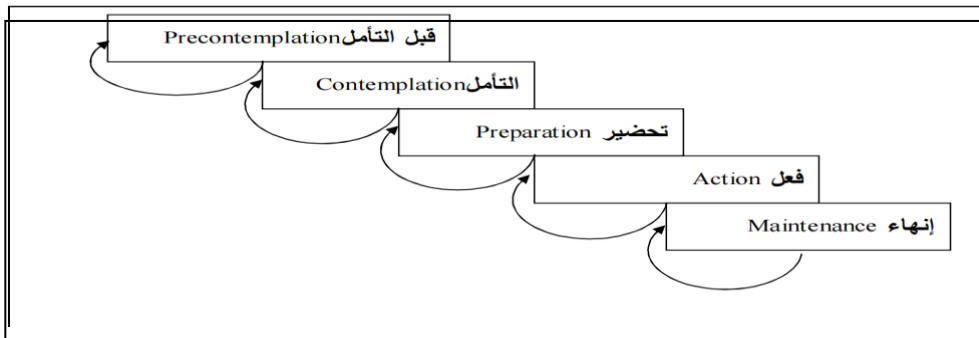


الشكل (02): نموذج المعتقدات الصحية



الشكل 03: نموذج المعتقدات

النموذج التحولي النظري (مراحل التغيير): وفقا لهذا النموذج، فإن أحداث التغييرات في السلوك الصحي عملية معقدة، ويقوم الناس بهذه التغييرات تدريجيا ليس بالضرورة في ترتيب خطي، (أنظر الشكل 3.4 Prochask et al.1992) ينتقل الناس من مرحلة الى أخرى بطريقة لولبية والتي تشمل على الحركة الى المراحل الجديدة، والحركة للخلف الى المراحل السابقة حتى يستكملوا عملية التغيير السلوكي.



شكل رقم (04): مراحل التغيير

- ان المرحلة الأولى في هذا النموذج هي قبل التأمل Precontemplation: فالأفراد في هذه المرحلة يقتصر الوعي بالسلوك المكلمة، وليس لديهم نوايا أو خطط لتغيير السلوك في المستقبل (مثلا: ليست لدي نية التوقف عن التدخين). بشكل أساسي، ليس لديهم دافعية لإجراء أي تغيير في سلوكهم، وربما يحطون من قدر فوائد التغيير وبيالغون في التكاليف لتبرير التكاسل.

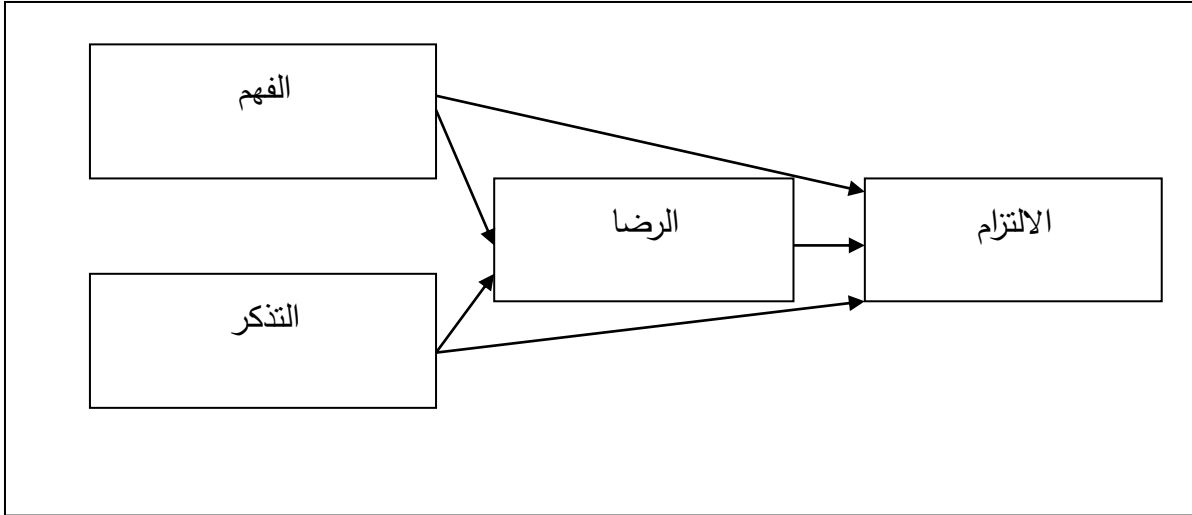
- ان الأفراد الذين يبدأون في التفكير في احداث تغييرهم في التأمل Contemplation (مثلا: ربما أبدا في التفكير في كيفية التوقف عن التدخين). هذه المرحلة تتميز في الغالب بالوعي بتكاليف السلوك السلبي وأيضا سرعة تأثرهم الشخصية، ان الناس في هذه المرحلة بعيدون عن مرحلة ما قبل التأمل ويدركون أن احداث التغيير فكرة جيدة، هذه المرحلة تتميز بالتناقض والاحباط.

أما الأفراد الذين يلتزمون بالتغيير، فهم في مرحلة الاعداد (مثلا: سوف أتوقف عن التدخين خلال 30 يوما)، وربما يبدأون في احداث تغييرات بسيطة كمحاولة بسيطة للانتقال نحو النقطة النهائية المرغوب فيها مثل تقليل عدد السجائر التي يدخنونها كل يوم، فالناس في هذه المرحلة يعدون لتغيير سلوكهم ولكنهم يبدأون بأخذ سلسلة من الخطوات الصغيرة نحو التغيير السلوكي المرغوب فيه.

يتم الوصول الى مرحلة الفعل عندما ينخرط الناس بالفعل في سلوك جيد (.. لقد توقفت عن التدخين..)، ان تغيير السلوك أصبح عاما كما أن المعيار للانخراط الناجح في أعلى مكانة له.

وأخيرا يتم الوصول الى مرحلة "المحافظة" عندما يبقى الناس على التغيير عبر الزمن، أي بعد ستة أشهر (سوف استمر في عدم التدخين)، ان تركيز هذه المرحلة على الوقاية من الارتداد (زناد، 2019، ص ص 103-104).

النموذج المعرفي: طور (Ley 1981-1989) فرضية النموذج المعرفي للالتزام، والتي مفادها أنه يمكن التنبؤ بالالتزام من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة، فهم المعلومات المعطاة والتذكير بالمعلومات والشكل المولي بين مختلف عناصر النموذج المعرفي



الشكل (05): عناصر النموذج المعرفي

رضا المريض: درس Ley1988 مدى رضا المرض عن الفحص الطبي، واستعرض 21 دراسة للمرض في المستشفى ووجد أن 41% من المرضى غير راضيين عن علاجهم و28% غير راضين عن المعاملة العامة، وجد في الدراسة التي قام بها Ley 1988 وHaynes et al 1979، أن مستويات رضا المرضى تتوافق مع نوعية الاستشارة ولا سيما الجوانب العاطفية (الدعم العاطفي والتفاهم)، الجوانب السلوكية (التفسير الكافي، وصف الأدوية)، الكفاءة (التشخيص، ملائمة الاحالة) القائم على الرعاية، ويذكر (Ley 1988) ان الرضا يرتبط كذلك بمحتوى الفحص وأن المرضى يريدون معرفة أكبر قدر من المعلومات الممكنة، حتى لو كانت سيئة، على سبيل المثال، في دراسة حول تشخيص السرطان، ان المريض يكون راضيا عندما يعطي التشخيص بالسرطان بدلا من حمايته من هذه المعلومة (لكحل، 2010، ص68).

الفهم: اختبرت دراسات عديدة مدى فهم المرضى لمضمون الاستشارة الطبية، حيث قام Boyel (1970) باختبار مدى معرفة المرضى لتعريف الأمراض المختلفة، وذكر أن 85% يعرفون بشكل صحيح التهاب المفاصل و 77% يعرفون بشكل صحيح اليرقان، 52% يعرفون بشكل صحيح الخفقان و 80% يعرفون بشكل صحيح التهاب الشعب الهوائية، كما يحدث Boyel عن تطورات المريض لموقع الأجهزة ووجد أن فقط 42% يعرفون موقع القلب بشكل صحيح و 20% يعرفون موقع المعدة بشكل صحيح، و 43% يعرفون موقع الكبد بشكل صحيح، ويشير هذا بشكل واضح الى تدني فهم الاستشارات، فإذا كان المعالج يقدم للمريض النصح ويوحي له باتباع برنامج علاجي خاص والالتزام به فيما لا يفهم المريض أسباب المرض، موقع الجهاز المصاب والعمليات التي ينطوي عليها العاج، فإن هذا النقص في الفهم من المحتمل أن يؤثر في النصيحة والالتزام الصحي لدى المريض.

التذكر: فحص الباحثون أيضا عملية استرجاع المعلومات المقدمة من خلال الفحص الطبي، حيث درست (Bain,1977) عينة من المرضى فوجدت أن 37 % منهم لا يتذكر اسم الدواء 23% لا يتذكرون عدد الجرعات، و 25% لا يمكنهم تذكر مدة العلاج، وفي دراسة تحليلية حول تذكر معلومات الفحص الطبي وجد (Ley,1981,1989) أن التذكر يتأثر بالعديد من العوامل على سبيل المثال (القلق، المعرفة الطبية، المستوى الفكري)، كما خلص الى أن التذكر ليس له علاقة بعمر المريض على عكس بعض التوقعات التي تقر بتأثير الشيخوخة على الذاكرة (عبد الصمد، 2019، ص 47).

جدول رقم (01): أهم النقاط المتعلقة بالنموذج المعرفي

الفهم	كثير من المرضى لا يفهمون المعلومات التي تقدم لهم بحيث لا يمكنهم الالتزام بها تحسين الفهم لا يرتبط دائما بتحسين الالتزام
الرضا	عندما يكون المريض راضٍ يميل إلى أن يكون ملتزماً، لأن هذا بدوره يتأثر بالفهم والتذكر
الذاكرة	لا يمكن للمريض بالالتزام عندما لا يمكنه تذكر المعلومات تذكر المعلومات يختلف حسب نوعها تذكر النصائح المتعلقة بالأدوية أحسن منها المتعلقة بالحمية أو التمارين تكرار عدد من العوامل تؤثر على قدرة المريض على التذكر: كثيرة المعلومات، استخدام المصطلحات، أفكار غير مألوفة والفهم.

جدول يلخص أهم النقاط المتعلقة بالنموذج (Julia Russell,2005,p104)

نموذج الالتزام الصحي 1986 Heiby and Carlson: تم تطوير هذا النموذج من قبل هذا العالم هيببي وكارلسون وهو نسخة شاملة لنموذج السلوك الاجتماعي المفسر لمختلف أنماط تقبل العلاج الخاصة به، القواعد الصحية، ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية، احترام المواعيد الطبية.

ويرى النموذج أن الالتزام الصحي قد يتأثر بمجموعة من المتغيرات بما فيها:

خصائص العلاج: كتعقيد جرعات الدواء، وطعمه بالإضافة إلى المعلومات المقدمة للمريض من حيث البساطة أو لصعوبة ومدى نجاح المريض في التكيف مع أسلوب الحياة الجديدة أو الفشل في ذلك.

مستوى المساندة الاجتماعية: ودورها في تقبل العلاج، طبيعة التواصل بين الطبيب والمريض وانعكاسها على نجاح أو فشل العمليات والالتزام الصحي لدى المريض، وهناك بعض المتغيرات الأخرى كتصورات المريض حول المرض واعتقاداته بفاعلية العلاج

وانعكاسها ذلك على على تقبل العلاج لديه والالتزام به من خلال سيرورة دينامية مستمرة للحفاظ على الصحة (زعروري، عاسي، 2021، ص 41).

4. العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي

جدول رقم (02): العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي

المريض	<ul style="list-style-type: none"> - الجنس - السن - تصورات ومعتقدات المريض (ادراك المريض لوضعيته الصحية، ادراكاته المرتبطة بفاعلية العلاج) - مستوى الفاعلية الذاتية - مستوى المعرفة لدى المريض
المرض	<ul style="list-style-type: none"> - الآثار الجانبية للأدوية وكثرتها - غياب الأعراض وعدم ظهورها - وجود أمراض أخرى مصاحبة
السيرورة العلاجية	<ul style="list-style-type: none"> - المعرفة المرتبطة بالعلاج - تعقيد النظام العلاجي والانزعاج من الآثار الجانبية له - عدم اختفاء الأعراض - عدم ملاحظة النتائج العلاجية المرجوة
العلاقة طبيب/مريض	<ul style="list-style-type: none"> - معتقدات المريض - نوعية العلاقة بين الطبيب والمريض
عوامل اقتصادية واجتماعية	<ul style="list-style-type: none"> - انخفاض الدخل - زيادة تكاليف العلاج

(عبد الصمد، 2020، ص 36).

5. قياس الالتزام الصحي: والحصول على أدلة ثابتة حول عدم الالتزام ليس بالأمر السهل، ففي إحدى الدراسات التي حاولت قياس مدى الالتزام باستخدام عقار الثيوفيلين Theophylline من قبل مجموعة من المرضى المصابين بأمراض القلب (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD)، وجد أن الأرقام والنسب تباينت بين تقارير الأطباء 78%، وما أظهرته لوائحهم 62% وما بينته التسجيلات المصورة لزيارات المرضى 69%، وتقارير المرضى 59% والجدير بالذكر أن الدراسة لم تقس ما إذا كان المرضى يتناولون الدواء بصورة صحيحة أم لا.

ويستخدم تعدد الحبوب الدواء (أي كمية الدواء المتبقية في علبة الدواء بعد انتهاء المريض من العلاج) كمقياس موضوعي لعدم الالتزام، لكن هذا الأسلوب يبدو عرضة لعدة أشكال من التحيز، فالمرضى قد ينقلون حبوب الدواء أو بعضها من علبة الدواء، وربما يتناولون ما تبقى من الدواء من علاج سابق، إضافة إلى ذلك، فحتى في الحالات التي تعرف منها بشكل ثابت كمية من تناول المرضى من حبوب الدواء، فإننا لا نعرف فيما إذا كانوا قد تناولوها بالشكل الصحيح، أي بالكمية والوقت الصحيحين.

أما قياس الالتزام من خلال قيام الأطباء باستجواب مرضاهم، فهو بطريقة يمكن أن تقودنا إلى تقديرات مزيفة وغير ثابتة حيث أن معظم المرضى بأنه يفترض بهم الالتزام، لذا فقد تكون اجاباتهم زائفة، حتى يظهروا بالمظهر الملتزم والمتعاون.

ونتيجة لذلك لجأ معظم الباحثين إلى طرق غير مباشرة لقياس الالتزام، مثل مواعيد المتابعة أو التحويلات التي التزم المريض بالفعل، لكن حتى هذه المقاييس يمكن أن تكون متحيزة، ومن الطرق الأخرى التي اعتقد العديدون بأنها أكثر ثباتاً، تم اللجوء إلى بعض الفحوص الطبية مثل فحص البول أو الدم، لكن هذه الطرق مكلفة وغير عملية وأخيراً، فقد تكون نتائج العلاج طريقة علمية فعالة لقياس عدم الالتزام، ولكن ليس هناك ما يكفي من البيانات للدلالة على وجود علاقة فعلية بين مدى الالتزام ونتائج العلاج.

اذن وباختصار هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى عدم وضوح العلاقة بين الالتزام والشفاء.

6. محددات الالتزام الصحي

جدول رقم (03): محددات الالتزام الصحي

المواظبة على اتباع العلاج المقرر	اتباع النظام العلاجي المقرر	
		الخصائص الاجتماعية
+	صفر	العمر
صفر	صفر	الجنس
صفر	صفر	التعليم
صفر	صفر	الدخل
		الخصائص السيكولوجية
+	+	معتقدات حول تهديد الصحة
+	+	معتقدات حول كفاءة الاجراء
+	+	المعرفة بالتوصيات والأهداف
صفر	صفر	الاتجاهات العامة تجاه الرعاية الطبية
صفر	صفر	المعلومات العامة حول الصحة والمرض
صفر	صفر	الذكاء
-	؟-	القلق
صفر	صفر؟	الضبط الداخلي
-	-	الاضطراب النفسي
		الاطار الاجتماعي
	+	الدعم الاجتماعي
	-	العزلة الاجتماعية
	+	استقرار الجماعة الأولية

		متطلبات الموقف
+	+	الأعراض
-	-	تعقيدات الاجراء
-	-	مدة الاجراء
-	-	التدخل باجراءات أخرى
		التفاعل مع أنظمة أخرى للرعاية الصحية
+	+	مدى الملائمة والقرب
+	+	استمرارية الرعاية
+	+	المصادر الشخصية للرعاية
صفر	صفر	الرضا العام
+	+	التفاعل الداعم

7. أسباب الالتزام الصحي:

وإذا ما سئل الأطباء عن أسباب عدم الالتزام، فإنهم يعزونها الى نمط الشخصية اللاتعاونية أو الجهل أو نقض الدافعية أو النسيان لدى المرضى ولكن في الحقيقة فإن جميع الجهود التي بذلت في التعرف على أنماط المرضى غير الملتزمين لم يحالفها النجاح والشيء المؤكد الوحيد الذي يمكن اعتباره سببا مباشرا لعدم الالتزام، هو الاتصال الخاطئ.

الاتصال الجيد Good communication: هناك عدة عوامل يمكنها أن تؤدي الى عدم الالتزام وجميعها قرار لا رجعة فيه ، يتضمن الرغبة الفعلية بالالتزام، ومدى فهمه لطبيعة العلاج والاجراءات الواجب اتباعها لانجاح مهمة العلاج، اضافة الى مدى رضاه العاطفي عن علاقته بطبيبه، وردود فعله تجاه البرنامج العلاجي، بما في ذلك عدم الالتزام الخلاق (Créative Non adhérence) والتشيطية الناجمة عن الشعور بفقدان السيطرة أو المبادرة (Réactance) وتصنيف الذات ضمن فئة ما (Self-Labeling)، وعوامل شخصية واجتماعية وديمغرافية متعددة أخرى.

وتتمثل الخطوة الأولى التي تضمن الالتزام، في قرار المريض الانصياع للبرنامج العلاجي طبقا لما يصفه الطبيب، لكن الأطباء يميلون للاعتقاد أن المرضى سوف يلتزمون حتما بإرشاداتهم ونصائحهم، دون أن يدركوا بأن العامل الكفيل بضمان ذلك يتمثل بتصميم المريض واتخاذ قراره قطعيا بهذا الشأن، فالمريض ليس طرفا سلبيا في نجاح العلاج والالتزام، وإنما كامل الحرية في اتخاذ القرارات التي يجدها ملائمة لوضعه ومنسجمة مع قناعاته.

ويحدد مدى استعداد المريض لمتابعة العلاج بما يلي:

1. ادراكه لمدى خطورة المرض، فإذا كان المريض يعتقد بأن مرضه خطير، فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج، بينما لن يكون الشعور مماثلا ان عرف بأن مرضه عابرا، وليس خطرا على مستقبله.

2. مقارنة كلفة العلاج بفوائده، فإذا كان العلاج باهظ التكلفة، وينتج عنه أوجاع وآثار جانبية، ويسبب له الضيق والازعاج، فإن التزام المريض سيكون ضعيفا.

أما الخطوات الكافية التي تسمح بتحقيق درجة عالية من الالتزام، فتمثل في فهم المريض لما هو مطلوب منه، والاجراءات التي سيشملها برنامج العلاج، أما إذا لم يفهم المريض هذه الاجراءات فإنه لم يتبعها ويطبقها بدقة حتما، وحسب لي (Ley,1988)، يكون الالتزام في أعلى درجاته عندما يحصل المريض على وصف كامل للمرض ومسبباته وكيفية علاجه، بأسلوب مبسط وخال من المصطلحات العلمية والطبية المعقدة، والتعليمات المكتوبة والمكررة لضمان استيعابها (تايلور، 2008، ص ص 458 463 464).

8. الالتزام الصحي لدى المصابين بداء السكري:

تؤكد التوجهات الحديثة في رعاية مرضى السكري على الدور المركزي للعناية الذاتية للمريض ويشير مفهوم العناية الذاتية أن المريض يراقب بشكل نشط، ويستجيب للتغيرات البيئية والبيولوجية من خلال إجراء تعديلات للتكيف مع مختلف جوانب علاج مرض السكري، وهذا للحفاظ على السيطرة الأيضية الكافية، والتقليل من احتمال حدوث مضاعفات على المدى البعيد، ولقد وصف هانتينان Hantinen الالتزام بسلوكات العناية الذاتية على أنها عملية مرنة نشطة، ومسؤولة من الإدارة الذاتية التي يتبناها المريض من أجل تحقيق الصحة الجيدة وذلك بالتعاون مع الفريق الطبي المعالج، ان سلوكات العناية الذاتية التي تسهم في تحقيق ادارة مرض السكري بنجاح، تتمثل في المراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم، اتباع الحمية الغذائية، التحكم في نسبة الأنسولين عن طريق الحقن أو الحبوب، ممارسة الرياضة بالانتظام العناية بالأقدام، الزيارات المنتظمة للأطباء وسلوكات أخرى كالعناية بالأسنان واختيار الألبسة المناسبة... الخ.

ضمن هذه الخلفية من المتطلبات المتعلقة بالمرض، فإن الالتزام الصحي هو نشاط طوعي يشترك فيه المريض لإدارة مرضه من خال اتباع البرنامج العلاجي، وتقاسم المسؤولية بينه وبين الفريق الطبي، ومن أجل قياس الالتزام الصحي لدى مرضى السكري فقد أجريت العديد من الدراسات التي تناولت كل بعد من أبعاد البرنامج العلاجي، الذي يتضمن قياس نسبة السكر في الدم تناول الأدوية، اتباع الحمية الغذائية، ممارسة الرياضة وغيرها من سلوكات الرعاية الذاتية، وستعرض النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات فيما يلي:

1. الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1): سنستعرض من بعض نتائج الدراسات التي أجريت على مرضى السكري من النمط (1) حسب كل بعد من أبعاد الالتزام الصحي على حدى كما يلي:

أ. **المراقبة المستمرة للسكر في الدم:** مدى الالتزام بالمراقبة المستمرة للسكر في الدم يتفاوت بين مرضى السكري من النم (1) على نحو واسع، فعلى سبيل المثال في عينة من أطفال مراهقين مصابين بالنمط (1) فإنه 26% من هذه العينة التزموا بما هو مطلوب منهم، بينما وصلت النسبة الى 40% عند البالغين المصابين بالنمط (1)، ونفس النتائج توصلت إليها

دراسة فنلندية أجريت على 213 مريضا تتراوح أعمارهم ما بين 17-65 سنة حيث أن 20% من المشاركين راقبوا نسبة السكر في دمهم كما هو موصى بها وفي دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة على عينة من مرضى السكري من النمط (1) يتراوح متوسط السن لديهم 30 سنة بلغت نسبة الالتزام 07% فقط.

ب. استخدام حقن الأنسولين: ان الالتزام باستخدام حقن الأنسولين على نحو صحيح بتفاوت على نحو واسع بين مرضى الكري النمط (1)، فقد بلغت نسبة المرضى المسنين الذين استخدموا حقن الانسولين كما هو موصى به 84% بينما بلغت النسبة 53% عند الشباب وفي دراسة أخرى بلغت النسبة 25% فقط لدى المراهقين.

ج. اتباع الحمية الغذائية: نتائج البحث على مدى التزام مرضى السكري من النمط(1) بالحمية الغذائية كانت متناقضة، ففي دراسة أجريت من قبل كرفجال وآخرون Carvajal et al في كوبا ودراسة وينغ Wing et al في الولايات المتحدة الأمريكية بينت نتائجها أن ما بين 70 الى 75% من المشاركين في هاتين الدراستين لا يلتزمون بالحمية الغذائية بينما وجد في دراسة تولجا مو وآخرون Toljamo et al التي اجريت في فلندا أن الالتزام بالحمية الغذائية كان مرتفعا حيث أن 70% من المشاركين كانوا يلتزمون بنظام غذائي صحي.

د. ممارسة الرياضة بانتظام: ان الدراسات التي أجريت لتحديد مدى الالتزام بممارسة الرياضة لدى مرضى السكري من النمط (1) نادرة، ففي دراسة أجريت في فنلندا على 213 مريضا وجد 35% مارسوا الرياضة مرتين في الأسبوع، و10% مارسوا التمارين الرياضية كل يوم.

2. الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (2): سنورد بعض نتائج الدراسات التي أجريت على مرضى السكري من النمط (2) حسب كل بعد من أبعاد الالتزام الصحي عل كما يلي:

أ. المراقبة المستمرة للجلوكوز في الدم: في دراسة أجريت لتقييم مدى التزام مرضى السكري من النمط (2) بالمراقبة الذاتية للجلوكوز في الدم أجريت في شمال كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 67%م شملتهم الدراسة ذكروا أنهم لا يراقبون نسبة الجلوكوز

في الدم كما هو موصى به، ونفس النتائج توصلت اليها دراسة أجريت في الهند حيث أن 23% فقط من المشاركين بلغوا عن قيامهم بمراقبة الجلوكوز في الدم كما هو مطلوب منهم من الفريق الطبي.

ب. اتباع الحمية الغذائية: في دراسة أجريت في الهند توصلت الى أن 37% فقط من مرضى السكري من النمط (2)، التزموا بالنظام الغذائي المطلوب، بينما وصلت نسبة الالتزام بالحمية في الولايات المتحدة الأمريكية 52% وفي دراسة قام بها وينغ وآخرون بينت أن مرضى السكري من النمط (2) يخسرون وزنا أقل من أزواجهم غير المصابين.

ج. استخدام الأدوية: في دراسة أجريت على 91 مريضا بالنمط (2) من السكري وجد أن 75% ممن شملتهم الدراسة أخطأوا في تناول الجرعة اللازمة والشكل السائد من عدم الالتزام بتناول الأدوية حسب نفس الدراسة كان يتناول المرضى جرعات أكثر مما هو مطلوب منهم، وفي دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بالتعاون مع الصيدليات وجد أن 15% فقط من مرضى السكري من النمط (2) يسعون للحصول على أدويتهم عند نفاذها في الوقت المناسب.

د. ممارسة الرياضة بانتظام: سجلت دراسات أجريت في هذا المجال، ففي كندا مثلا أجريت دراسة على عينة من مرضى السكري من النمط (2) تم اختيارها بطريقة عشوائية وجد أن 37% فقط من المرضى يمارسون الرياضة و 7% فقط مشتركين في نوادي رياضة وفي دراسة ثانية أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 26% فقط من المشاركين يتبعون برنامج رياضي (بوعافية، بدون سنة، ص ص 12.14).

خلاصة الفصل:

ونستنتج من خلال الفصل أن الالتزام الصحي من الأمور المهمة والمشكلات الثقيلة التي تحمل على عاتق الرعاية الصحية لجميع الدول وخاصة عند مرض المزمين وخاصة عندما يميلون الأفراد الى القيام بسلوكات غير صحية فهنا يتطلب تعزيز الالتزام الصحي لدى المرضى من أجل حمايته لأن الالتزام الصحي يعتبر من أهم الأمور في حياة الانسان لأنه يساعده على التعايش مع المرض ويجعل منه شخص ناجح الى حد ما.

الفصل الثالث:

جودة الحياة

الفصل الثالث: جودة الحياة

تمهيد:

1. مفهوم جودة الحياة
 2. نظرة تاريخية عن جودة الحياة
 3. محددات جودة الحياة
 4. مظاهر جودة الحياة
 5. النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة
 6. قياس جودة الحياة
 7. أدوات قياس جودة الحياة
 8. مصادر الرضا عن الحياة
- خلاصة الفصل

تمهيد:

ان لكل منا له توجه ازاء الحياة، وكلا منا لديه القدرة على المشاركة في الحياة بتوازن وتناغم ولكن الحياة مليئة بالتناقضات وهي السعادة والحزن، الفرح والغم، الاتزان والتوتر وحب السيطرة والتبعية والتفاؤل والتشاؤم، الرضا وعدم الرضا وهذا ما يدفع كل منا الى الوصول الى جودة الحياة باعتبارها الهدف الأكبر الرامي الى بلوغ مستقبل أفضل للحياة فأصبحت جودة الحياة من المفاهيم المهمة المرتبطة بتحقيق الصحة الصحيحة للفرد في ظل التغيرات السريعة التي يشهدها المجتمع في جميع مجالاته، وفي هذا الفصل سوف نتطرق الى جودة الحياة من كل جوانبها.

1. تعريف جودة الحياة:

أولاً: لغة: في المعجم الوسيط أصلها من جاد جودة صار جيداً يقال جاد المتاع وجاد العمل (الوسيط، 2004، ص 145).

ثانياً: اصطلاحاً:

تعرف حسب Bishop2001 بضوء بعدين أساسيين وهما البعد الذاتي والبعد الموضوعي، يتعلق البعد الذاتي بالراحة والارتياح النفسي، الرضا عن الحياة والسعادة الشخصية، اما البعد الموضوعي فيتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للقياس المباشر مثل "مستوى الدخل وأوضاع العمل" (بالعباس، 2015، ص 53).

يعرفها كل من تايلور وبيجدون Taylor & Bigdon في تعريفهما لجودة الحياة: عبارة عن دراسة احصائية لقياس مدى الشعور بالراحة التي تتوفر عند الانسان، من خلال خبراته الحياتية في هذا العالم (شيخي، 2014، ص 75).

2. نظرة تاريخية عن جودة الحياة:

استخدام مصطلح جودة الحياة كان مقتصرًا في البداية على الأبحاث العملية المبنية على حياة المرضى واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة من الزمان من الناحية التاريخية أول استخدام لمصطلح جودة الحياة ظهر في الفلسفة الاغريقية وافترض أرسطو ان السعادة مشتقة من فعالية ونشا الروح وبالتالي تحقق حياة سعيدة في الأوقات المعاصرة أعضاء من منظمة الصحة العالمية اقترحوا مفهوما ضمينا لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم الى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة " حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض أو المرض".

وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978 حيث وسعت المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة الحياة كافية وذلك طبعًا بالإضافة الى الرعاية الفسيولوجية في العام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة وأصبح جزءًا من المصطلحات الطبية المستخدمة وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنظمة في أوائل الثمانينيات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لبعض الأمراض ذو تكلفة دفع عالية وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى، جودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى وتستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات لصحية المقدمة، بجانب النظرة التقليدية التي تركز على نتائج المرض (صالح الهمص، 2010، ص47).

2. محددات جودة الحياة:

وفي اطار تحديد المتغيرات المؤثرة على جودة الحياة، يقترح أسامة ابو سريع وآخرون نموذجًا لتقدير وتفسير جودة الحياة، يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل جودة الحياة، موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات جودة الحياة، حسب كمونها داخل الفرد او خارجه ويسمى " بعد المحددات الشخصية الداخلية مقابل المحددات البيئية الخارجية، ويمثل البعد الرأسي توزيع تلك المحددات وفق اسس قياسها وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها، الى أسس موضوعية من خلال الاختبارات والاستبيانات ومقارنة

الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، أو اعتماداً على معايير كمية وكيفية أخرى، مثل الملاحظات وأساليب التقدير، ويسمى: بعد الذاتية مقابل الموضوعية.

بعد الذاتية			
المحددات الخارجية	التوافق الأسري	تقدير الذات	المحددات الداخلية
	الرضا عن الصداقة	الفعالية الذاتية	
	العلاقة مع المعلمين	التدين	
	الرضا عن المعروف الشخصي	الهويات الشخصية	
	الدخل الشهري الأسري	الصحة العامة	
	المصروف الشخصي	القوام البدني	
	نوعية السكن	القدرات والمهارات	
	نوعية المدرسة	الشخصية	
		التفوق الدراسي	
بعد الموضوعية			

شكل رقم (06): محددات جودة الحياة (معمرى، 2020، ص 20).

4. مظاهر جودة الحياة:

ان لجودة الحياة في بعديها الموضوعي والذاتي، عددا من المظاهر نجد في البعد الموضوعي المظاهر التالية:

المظهر الأول: ويتمثل في العوامل المادية، وهذه العوامل نسبية في التعبير عن جودة الحياة، فهي ترتبط بثقافة المجتمع ومستوى تحضره، وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع الثقافة التي يعيشون فيها، والمعايير الثقافية و الحضارية التي يوفرها المجتمع.

والمظهر الثاني: هو إشباع الحاجات، بمعنى أن جودة حياة الأفراد تقاس بالدرجة التي يمكن عندها مقابلة حاجاتهم بمدى إمكان إشباعها، فعندما يتمكننا لأفراد من إشباع حاجاتهم، فإن جودة حياته مترفع.

أما المظهر الثالث: فهو القوى والمتضمنات الحياتية فإن حياة الفرد لكي تكون جيدة، لابد له من استعمال القدرات العقلية والإبداعية الكامنة لديه، ويتم بالعلاقات الاجتماعية والعمل الهادف، وهي من المؤشرات على جودة الحياة.

والمظهر الرابع: هو الصحة والبناء الجسمي للفرد، فهي تعكس قدرته البدنية وسلامتها الصحية.

أما مظاهر البعد الذاتي لجودة الحياة فنجد :

1 . حسن الحال Well-being وهو مظهر عامل جودة الحياة.

2. والرضا عن الحياة، وهو أجد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، لأن كون الفرد راضيا عن حياته يعني أن حياته تسير بشكل جيد، وهو ينبع من إشباعا لفرد لكل توقعاته واحتياجاته.

3. ومعنى الحياة، لأنه كلما شعر الفرد بإنجازاته وبمواهبه وقيمه وأهميته لدى الآخرين، وأن غيابه يسبب نقصا أو افتقاد الآخرين، كلما شعر بجودة الحياة التي يحيهاها.

4. والسعادة والشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات والشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة والشعور بالنشوة، حينما يدرك الفرد قيمه ومتضمنا حياته، مع استمتاعه بالصحة النفسية (المرجع السابق، ص 20.21).

5. النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة

1. نموذج العوامل الستة لكارول رايف:

ترى رايف Ryff ان جودة الحياة الذاتية من المفاهيم ذات الطابع الجدل تسهم فيه مجموعة من المكونات وهو مفهوم ديناميكي معقد الاوجه يشتمل على أبعاد ذاتية واجتماعية ونفسية فضلا عن السلوك المرتبط بالصحة والموازن لتحديد الجوانب المتعدد للرضا وقياسها والأمن النفسي والاجتماعي لدى الأفراد.

يقوم نموذج رايف Ryff حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة احساسه بالسعادة التي حددتها رايف بمجموعة من المؤشرات السلوكية التي

تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن حياته بشكل عام وحددتها في ستة أبعاد رئيسية وينطوي تحت كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته وهذه الأبعاد هي:

1.1. الاستقلالية Atonomy:

يشير الى استقلالية الفرد، وقدرته على اتخاذ القرار، ومقاومة الضغوط الاجتماعية وضبط وتنظيم السلوك الشخصي أثناء التفاعل مع الآخرين، وينطوي تحت هذا لبعده الصفات التي تتمثل بقدرة الشخص على أن:

- يقرر مصيره
- يكون مستقلا بذاته.
- قادرا على مقاومة الضغوط
- يتصرف بطرائق مناسبة
- منظم في سلوكه
- يقيم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية (مبارك، 2012، ص26).

2.1 التمكن البيئي Environment Mastery:

يشير الى قدرة الفرد على اختيار البيئات المناسبة وتخليها، والمرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية التي تتلاءم مع الحاجيات والقيم الشخصية (بكر، 2013، ص67).

وينطوي تحت هذا ابعده الصفات التالية:

- الكفاية الذاتية للفرد
- قدرة الفرد على التحكم وادارة نشاطاته وبيئته
- قدرته على الافادة من الفرص المتاحة لديه
- قدرته على اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية
- قدرته على اختبار قيمة الشخصية
- قدرته على التصرف بما يناسب معايير مجتمعه (مبارك، 2012، ص 726).

3.1 التطور الشخصي (PersonaleGrowth):

قدرة الفرد على تنمية وتطوير قدراته وزيادة فعاليته وكفاءته الشخصية في الجوانب المختلفة والعمور بالتفائل (أبو هاشم، 2010، ص 277).

وينطوي تحت هذا البعد الصفات التالية:

- شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر
- ادراكه لتطور وتوسع ذاته
- انفتاحه للجوانب الجديدة
- احساسه الواقعي بالحياة
- شعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوما بعد آخر
- سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته وفعاليته الذاتية (مبارك، 2012، ص 727).

4.1 العلاقة الايجابية مع الآخرين Pasitive Relation Withothers:

تشير الى القدرة على اقامة علاقات اجتماعية ايجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتواد (الحب)، والقدرة على التواجد مع الآخرين (بكر، 2013، ص 67).

ويندرج تحت هذا البعد الصفات التالية:

- رضا الفرد عن علاقته الاجتماعية
- ثقته بالآخرين من حوله
- قناعته برفاهيته بالآخرين
- قدرته على التعاطف والتواد مع الآخرين
- اهتمامه بالتبادل الاجتماعي
- إظهاره للسلوك التواصلي مع الآخرين (مبارك، 2012، ص 727).

5.1 الحياة الهادفة Purpose in Life:

تشير الى قدرة الفرد على تحديد أهدافه في الحياة بشكل موضوعي وأن يكون له هدف ورؤية واضحة توجه أفعاله وتصرفاته وسلوكياته مع المثابرة والاصرار على تحقيق أهدافه (أبو هاشم، 2010، ص 277).

ويندرج تحت هذا البعد الصفات التالية:

- أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة
- أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها
- أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة
- أن تكون لديه القدرة على توجيه أهداف حياته
- أن يكون قادرا على الادراك الواضح لأهداف حياته
- أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في احساسه بمعنى الحياة (مبارك، 2012، ص 727).

6.1 تقبل الذات : Self Acceptance

تشير الى قدرة الفرد على تحقيق الذات والاتجاهات الايجابية نحو الذات والحياة الماضية وتقبل المظاهر المختلفة للذات بما فيها من جوانب ايجابية وأخرى سلبية (أبو هاشم، 2010، ص 277).

ويندرج تحت هذا البعد الصفات التالية:

- اظهار توجه ايجابي نحو ذاته
- قبوله بالسّمات أو الخصائص المكونة للذات
- الشعور الايجابي لحياته الماضية
- تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية
- يشعر بخصائصه المميزة
- يظهر النقد الايجابي لذاته (مبارك، 2012، ص 727).

2. نموذج شالوك:

قدم شالوك (Schalak) تحليلاً مفصلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة ادراك الفرد لجودة حياته ويبين الجدول التالي المجالات الثمانية لنظرية شالوك ومؤشرات كل مجال من هذه المجالات (مبارك، 2012، ص 724).

جدول رقم (04) : يوضح مجالات جودة الحياة ومؤشراتها بحسب نظرية شالوك

المجالات							
الحقوق البشرية والقانونية	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين الأشخاص	السعادة الوجدانية
-الحقوق البشرية -حقوق الجماعة -القانون والعمليات الواجبة	-التكامل -الترابط الاجتماعي - الادوار المجتمعة	الاستقلالية -الاهداف - لاختبارات	- الصحة - الانشطة اليومية -وقت الفرد	-التعليم -الكفاءة الشخصية -الآداء	-الحالة المادية -العمل - المسكن	- التفاعلات - العلاقات - الاسناد	الرضا مفهوم الذات انخفاض الضغوط
							المؤشرات

3. نموذج أندرسون:

قدم أندرسون شرحاً تكاملياً لمفهوم جودة الحياة متخذاً من مفاهيم السعادة ومعنى الحياة ونظام المعلومات البيولوجي والحياة الواقعية وتحقيق الحاجات، فضلاً عن العوامل الموضوعية الأخرى إطاراً نظرياً تكاملياً لتفسير جودة الحياة.

بناء على هذا التصور فإن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المتعددة الأبعاد تتضمن مؤشرات ذاتية وأخرى موضوعية

فقد أشار "أندرسون" الى ان ادراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصيا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكار كي يصل الى الرضا عن الحياة وأن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي الى الشعور بجودة الحياة.

الأول: وهي تعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد لتحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي ينصف العلاقة بين الأفكار والأهداف

الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي

وفي ضوء هذه السمات فإن النموذج يضع المؤشرات الآتية الدالة على جودة الحياة:

- ان شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته وأن هذا الشعور وان هذا الشعور يتحقق بالآتي:

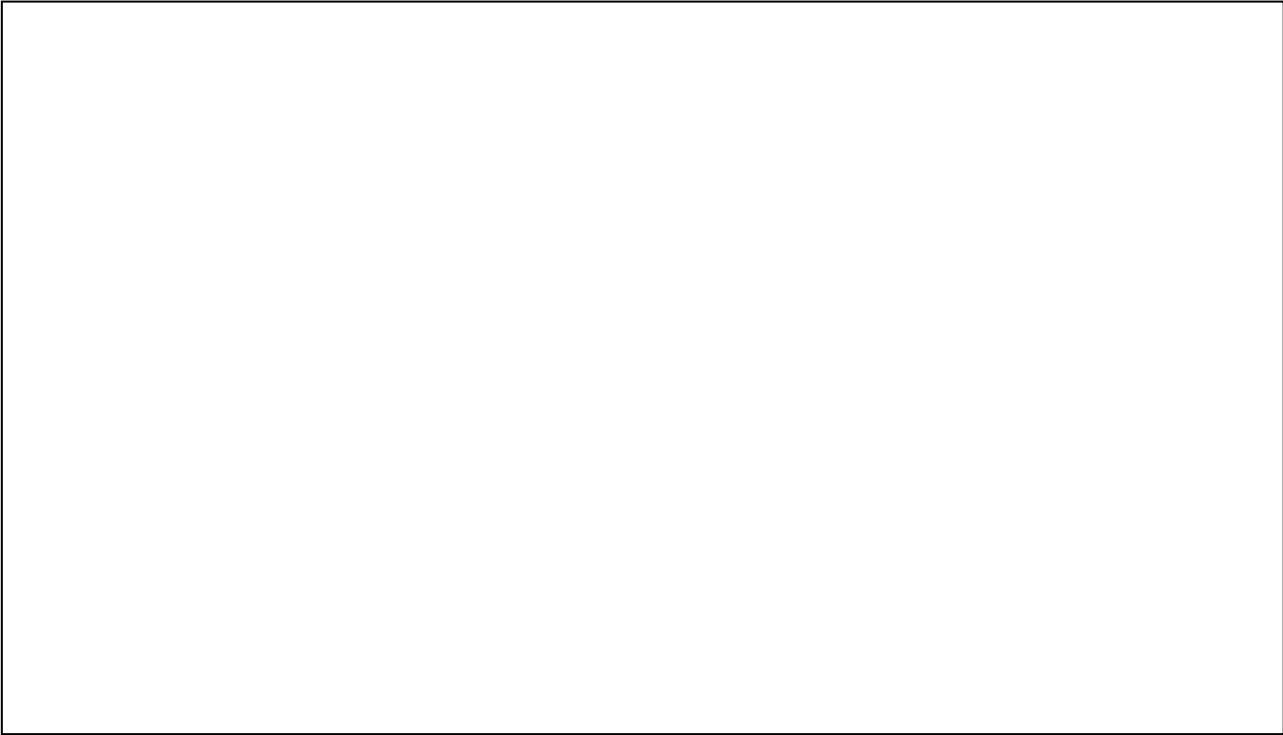
أ. أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها

ب. أن نسعى الى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا

- ان اشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة الى رضا الفرد والى شعوره بجودة الحياة، ذلك أنه أمر نسبي يختلف لاختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها، ان استغلال الفرد لإمكانيته في نشاطات ابداعية وعلاقات اجتماعية جيدة، واهداف ذات معنى تثبت فيه الاحساس بالحياة الذي يشعره بجودة الحياة ويوضح الشكل التالي تفصيلات النموذج المقترح من أندرسون لمؤشرات جودة (مبارك، 2012، ص 728).

4. نموذج فينتيجودت وآخرون:

تعد التصورات التي يطرحها هذا النموذج من أهم التصورات لتحديد أبعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي، اذا صاغوا ما يعرف بمتصل جودة الحياة وطرحوا في ضوءه ما يعرف بالنموذج التكاملي لجودة الحياة ويوضح الشكل التالي أبعاده وطبيعة التفاعل بين هذه الأبعاد:



الشكل رقم (07)، يوضح أبعاد النموذج التكاملي لجودة الحياة

يتضح من الشكل ان جودة الحياة أو ما يطلق عليه حسب مظامين الشكل "جودة الحياة الوجودية وفقا لرؤية فينتيجودت وآخرون تتضمن بعدين:

البعد الذاتي: ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في الرفاهية الشخصية والاحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة ذات المعنى

البعد الموضوعي: ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في عوامل موضوعية: مثل المعايير الثقافية، اشباع الحاجات، تحقيق الامكانيات، السلامة البدنية

نموذج أبو سريع وآخرون لجودة الحياة (أبو حلاوة، 2010، ص 10).

يقترح أبو سريع وشوقي وانور مرسى نموذج لتفسير وتقدير جودة الحياة موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب مكوناتها داخل الشخص أو خارجه وتسمى " بعد المحددات الشخصية " ويمثل البعد الرأسي توزيع تلك المحددات وفق أساس قياسها وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع ما بين أساس ذاتية يقدرها الفرد من منظور الشخصي كما يدركها ويشعر بها إلى أساس موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية أو اعتمادا على المعايير كمية وكيفية مثل الملاحظة ومقياس التقدير ويسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية، والشكل التالي يتضمن محددات جودة الحياة



الشكل رقم(08): محددات جودة الحياة حسب ابو سريع(المرجع السابق، ص ص 48-49).

بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة:

ان تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولم لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة، وتعطي جودة الحياة مؤشرات للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات (مسعودي، 2015، ص 206).

6. قياس جودة الحياة:

نظرا لعدم وجود معايير واضحة ومحددة لقياس مفهوم جودة الحياة لذا كانها كحذر شديد العمل قياس لجودة الحياة مع ضرورة هذا القياس وتجد أن العلماء والباحثين استخدموا العديد من المقاييس لقياس جودة الحياة. وعند مناقشة مفهوم جودة الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكن تختلف من ناحية المضمون مثلا لصحة الجيدة الحالة الصحية، الرضا عن الحياة والأمل ومن المهم تقييم العلاقة ما بين الثقافة وجودة الحياة إلا أن الإدراك لجودة الحياة ذو ارتباط وثيق مع الحدود الثقافية ولا يختلف من مجتمع لآخر. هناك بعض الأمور التي يمكن من خلالها قياس جودة الحياة وهي أمور يمكن قياسها مثلا لحالة الصحية، قابلية الحركة جودة المنزل وغيرها.

وهناك أمور أخرى لقياس جودة الحياة عن طريق الحصول على معلومات دقيقة عن حياة الشخص أو مدى كفاءة وفعالية النظام الذي يحياه الانسان مثال:

التوحيد، توزيع الدخل، توفير الوصول.

7. أدوات قياس جودة الحياة :

قسم ويكالد أنواع قياس جودة الحياة الى 3 أنواع، عالمي، عام، خاص وضع "رايف" و"كيز" علماء في علم النفس الإيجابي نموذجاً لجودة الحياة يعرف باسم نموذج العوامل الستة. وتعددت الأدوات والمقاييس المستخدمة في قياس جودة الحياة وذلك بتعدد المؤشرات النفسية المرتبطة بها من جهة ويأتي في مقدمة هذه المتغيرات، الرضا عن الحياة عن بعض ميادين الحياة والحاجات النفسية.

كاختبار مانشستر للتقييم المختصر النوعية الحياة : وقدت من تطوير اختبار مانشستر للتقييم المختصر لنوعية الحياة ليكون بمثابة أداة مكثفة بغرض تقييم جودة الحياة، بالتركيز على عامل الرضا في الحياة بصفة ومعدلة قلي عامة وفيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم المقياس جودة الحياة لفريتش وهو يقيس الرضا عن الحياة، جودة الحياة ويتضمن مقياس الجودة الذاتية 14 مجال للحياة مثل العمل والصحة ووقت الفراغ العلاقات مع لأصدقاء والأبناء . ومستوى المعيشة وفلسفة الحياة والعلاقات مع الاقارب والجيران والعمل ... الخ.

حيث طالب من المفحوص وتقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة السعادة العامة للفرد.

القياس العالمي :

وصمم اسلوب العام من أجل قيادة جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس "فلانجان" لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رأيهم من 15 مجالاً من المجالات.

القياس العام :

له أمور مشتركة مع القياس العالمي من أجل مهام وظيفة في الرعاية الصحية تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض من هذا المرض على حياة المرض

ويطبق المقياس الخاص على مجموعة كبيرة من السكان، والميزة الكبرى لهذا المقياس هي تغطيته.

المقياس الخاص بالمرض :

تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج حالات خاصة وهذه الخطوات محصورة لمشاكل المقياس الخاص بالمرضى، تميز مجموعة خاصة مع المرضى حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة (شيخي مريم، 2013، ص90).

8. مصادر الرضا عن الحياة:

حدد كرومباغ وموليش أربعة مصادر يجد الانسان فيها ما يحقق له الرضا من جودة حياته وهي:

1.القناعة في الحياة

2. القدرة على وضع أهداف محددة وانجازها

3. ان تكون لدى الفرد قدرة للسيطرة على حياته

4.الاستثارة والحماسة والجد في الحياة

*اما بريجر (1998) فحدد مصادر الرضا من الحياة بالتالي:

1.النمو الشخصي كما يتجلى في تحقيق معارف اكثر وتطوير الامكانيات العقلية

2.يظهر في خدمة او مساعدة الآخرين

3. العلاقات المتبادلة مع الآخرين

4. العيش طبقا لمعتقدات محدودة

5.التعبير والابداع من خلال العناء الجمال، الموسيقى الشعر التأليف

6. النواحي المادية من خلال حيازة الممتلكات وأسباب الرفاهية

7. التوجيه الوجودي القائم على اللذة والمتعة (برغوتي، 2013 ص 299).

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا للجانب النظري لجودة الحياة تبين لنا أن مفهوم جودة الحياة لها أهمية بالغة في حياة الفرد، فإدراك الواقع المعاش والرضا عنه هو ما يحقق التوافق النفسي والاجتماعي والانفعالي ومن ثمة تخطي صعوبات الحياة والعيش بسعادة ، أي أن جودة الحياة مرتبطة بالدرجة الأولى بالعلاقة الإيجابية والتفاعل الإيجابي مع الآخر ، هذا ما يجعل لحياته معنى ويمكنه من العيش منسجما وفعالا فمن خلال عرضنا لبعض النماذج التي فسرت جودة الحياة لها أهمية بالغة في الحياة الفرد فإدراك الواقع المعاش والرضا عنهم وما يحقق السعادة النفسية ،بمعنى عام الرضا عن ذاته وبيئته لتحقيق جودة حياة مستقرة

الفصل الرابع:

مرض السكري

الفصل الرابع: مرض السكري

تمهيد:

1. تاريخ مرض السكري
2. تعريف ومفهوم السكري
3. السكر في الدم
4. أنواع مرض السكري
5. أسباب مرضى السكري
6. أعراض السكري
7. مضاعفات السكري
8. تشخيص الداء السكري.
9. عوامل الخطر لمرضى السكري
10. الخصائص الوبائية الوصفية للسكري.
11. الوقاية والعلاج من السكري

خلاصة

تمهيد:

يعتبر مرض السكري مرض مزمن وشائع حيث صنف من بين الأمراض السيكوسوماتية التي تصيب مختلف الفئات العمرية فهو لا يقتصر على عمر محدد ولا على جنس محدد لذلك سمي مرض العصر فهو من بين الأسباب الرئيسية للوفاة خاصة في السنوات الماضية التي تفرض تحديدا لمواجهته ويتطلب أيضا علاج صارم وحماية متعددة المظاهر وذلك لاستقرار نسبة السكر في الدم وعليه فعلى المريض أن يتعرف على مرض هو كيف يستطيع التكيف معه وعليه فإننا في هذا الفصل سنتطرق إلى كلما يخص مرض السكري من تعريف وأعراض وأنواع إلى نهاية الوصول الى سبيل الوقاية والعلاج منه.

1. تاريخ مرض السكري:

يعد مرض السكري من اقدم الأمراض البشرية المعرفة، وقد تحدر اسمه الكامل Diabetesmellitus من الكلمتين اليونانيتين "Syphon" و "Sugar" ويصف هذا الاسم بشكل أكبر الأعراض الواضحة للسكري غير المضبوط التي تتمثل بكميات كبيرة من البول الذي يحتوي على السكر "وخصوصا الغلوكوز".

وكان الفرس والهنود والمصريون القدامى قد وصفوا أعراض المرض، لكن الفهم السليم للحالة قد تطور فقط خلال المئة سنة الأخيرة.

- اكتشاف الأنسولين:

اكتشف طبيبان ألمانيين في أواخر القرن التاسع عشر، أنه ينبغي أن يكون البنكرياس وهو غدة كبيرة خلف المعدة، مصدرا لمادة ما يفرزها من أجل وقف ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم.

وفي عام 1921، اكتشف ثلاثة علماء كنديين المادة اللغز التي أطلقوا عليها "انسولين" داخل مجموعة من الخلايا الموجودة في البنكرياس تعرف بـ "جزر لانجرهانس".

وعندما أصبح الانسولين متوفرا كعلاج للسكري بعد عام 1922، اعتبر معجزة طبية غيرت الآمال المستقبلية للذين يعانون من هذا المرض، وانقذ حياة كثير من الشباب الذين كانوا ليموتوا من دونها بعد مرض مؤلم موهن.

وبعد 30 عام، اكتشفت امكانية معالجة نوع من السكري بتناول أقراص من دواء تخفض مستويات الغلوكوز في الدم، ودفع هذا التطور الجديد الأطباء الى التمييز بين نوعية المرض.

*النوع الأول من السكري (المعروف سابقا المعتمد على الأنسولين): غالبا ما يبدأ هذا المرض صغار السن اذ يتحتم عليهم أخذ حقن أنسولين بانتظام للبقاء بصحة سليمة.

*النوع الثاني من السكري (المعروف سابقا بالسكري غير المعتمد على الانسولين): ويسمى هذا النوع أيضا بالسكري المرتبط بالتقدم في السن أو سكري البالغين، وهو أكثر شيوعا في منتصف أو متأخر العمر، ويمكن التحكم به بتناول أقراص دواء خاصة فقط أوباتباع حمية غذائية (رودي بيلوس، 2013، ص ص 2، 4).

2. تعريف داء السكري:

وقد عرف علي مرض السكري بأنه اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين (علي، 2001، ص 9).

مفهوم داء السكري من الناحية الطبية:

يمثل عامة مرضا وراثيا، أو ناتجا عن عدة عوامل كالاستعداد للمرض ومولدا أعراضا مختلفة لها تأثيرها العميق في الخصائص النفسية للمصاب وهو يعتبر من الأمراض السيكوسوماتية ومن الاضطرابات الأيضية، حيث يرتبط بخلل في افراز الأنسولين، أو بمقاومة من طرف هذا الهرمون على مستوى أنسجة الخلايا أن يتم تراكم مادة الغلوكوز كما يصاحب افراز بولي سكري مع كثرة العطش وظهور مقدار كبير من السكر في الدم يعد داء السكري من الأمراض التي تتطلب والمراجعة الجدية والمستمرة للطبي المختص والى انصياع المريض للتعليمات الطبية كما يشكل أحد الأمراض الخطيرة ذات التأثير السلبي على جسم المريض وان لم تتم مراقبته، يؤثر على كل أجهزة الجسم تقريبا (زلوف، 2011، ص80).

3. السكر في الدم: ذكرنا في أبحاثنا السابقة أن الدم البشري يحتوي على كمية من سكر العنب تكثر وتقل تبعا للظروف الخاصة، وكمية سكر العنب الطبيعية في الدم عند الاستيقاظ صباحا من النوم وقبل تناول شيء من الغذاء تتراوح بين (0.08 و 12%)، أو بتعبير آخر = (80 و 120 ميلغرام).

ونسبة السكر في الدم تزداد بعد وجبة من الأطعمة الكربوهيدراتية، أي أثناء نقل الدم للسكر من الأمعاء الى الكبد لتخزينه فيها، ولكنه يعود بعد ذلك بسرعة الى نسبته الطبيعية، فاضطراب عملية تأكسد (حرق) السكر المرتبطة بوجود الأنسولين وتوفرة- كما يحدث عند المصابين بالبول السكري- يؤدي الى زيادة لنسبة السكر في الدم (هوبركاوكيمي Hyperglykaimie)، فتحاول الكلى تخفيض هذه النسبة المرتفعة بافرازها قدرا من السكر مع البول وتصفية الدم منه.

لكن طاقة الكلى على ذلك لا تكون كافية في أكثر الحالات الشديدة التي ترتفع فيها النسبة الى (400-500 ميلغرام%)، كما انها لا تتجاوب أحيانا مع تزايد النسبة، ولا تفرز أي قدر من السكر في الدم، ولذلك أصبح من الأمور الهامة جدا للتشخيص والمعالجة معا تحديد كمية (نسبة) السكر في الدم عند المصابين بالبول السكري، ولهذا الغرض يكفي الحصول على (بضع نقط) من الدم تؤخذ من أحد أوردة المصاب في الصباح قبل تناول شيء من الطعام (على الريق).

ومن البديهي تؤخذ من أحد أوردة المصاب في الصباح قبل تناول شيء وفي بعض الحالات يقتضي معرفة درجات هذا التذبذب في مختلف أوقات النهار، فيعمد الى اجراء فحوصات متعددة، تنقل نتائجها ببيان تخطيطي على الورق كالبيان التخطيطي لقياس درجات الحرارة، ووضع مثل هذا التخطيط البياني لنسبة السكر في الدم، يساعد الطبيب كثيرا في معرفة حقيقة الترابط بين نسبة السكر في الدم وبين تناول الغذاء (رويحة، 1973، ص 34،35).

4. أنواع مرض السكري: يقسم مرض السكري الى:

1.4 سكري النوع الأول: ويسمى أيضا بالسكري المعتمد على الأنسولين ويحدث غالبا قبل سن الثلاثين كنتيجة لقلة أو انعدام افراز هرمون الأنسولين في الجسم ويمكن السيطرة على هذا النوع بواسطة حقن الأنسولين غالبا غير كافية.

2.4 سكر النوع الثاني: ويسمى أيضا السكري غير المعتمد على الأنسولين ويحدث غالبا بع سن الأربعين وفيه يفرز الجسم بعضا من الأنسولين بكميات أو أن الجسم لا يستطيع أن يستخدمها الاستخدام الأمثل، ويمكن السيطرة على هذا النوع بواسطة الحمية أو تناول الأدوية الفموية أو الأثنين معا، أو قد يتطلب في بعض الحالات اللجوء الى استخدام الأنسولين.

3.4 سكري الحمل: يماثل سكري الحوامل النمط الثاني في العديد من الأوجه سبيل المثال يتشبهان في قلة الأنسولين النسبية وضعف استجابة الأنسجة للجيم لمفعول الأنسولين، ويعاني 2 إلى 3 من الحوامل من هذا المرض ولكنه يختفي أو تتحسن حالة الأم بعد الولادة ويمكن الشفاء من السكري للحوامل بصورة نهائية ولكنه يتطلب مراقبة طبية دقيقة أثناء فترة الحمل حوالي 20/5 من الأمهات اللاتي عانين من سكري الحوامل يمكن أن يصابوا بالنمط الثاني في مرحلة لاحقة من حياتهم (بوكري، 2019، ص24).

5. أسباب مرض السكري:

لم يكن يعرف السبب الحقيقي للإصابة بداء السكري وخاصة النوع الثاني الا أن هناك عدة استنتاجات من قبل بعض العلماء أمثال أوسكار مينوسكي (Oscar Minkowski) الذي يعتبر أول من ربط مرض السكري وغدة البنكرياس التي كانت قد أزيلت من جسم الكلب أثناء الجراحة وهناك بعض الفرضيات والبراهين الحديثة مفادها أن جهاز المناعة في الجسم هو المسؤول عن تدمير خلايا بيتا (B) والمسؤول عن مرض السكري من الأول ولكن المعروف أن بعض الأشخاص مهيون أكثر من غيرهم للإصابة بالمرض الذي يزداد حدوثه بين الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم الثلاثين سنة وبين الأفراد البدينين وبين النساء.

ومن أسباب الإصابة بمرض السكري:

1. الوراثة: لا يمكن اعتبار مرض السكري مرضا وراثيا بحثا بمعنى أن الآباء المرضى بالسكري قد لا يكون أبنائهم مصابين بهذا المرض ولكن نسبة إصابتهم بالسكري تكون أكثر من غيرهم وهذه الحقيقة تم إثباتها من قبل الإحصاءات العلمية التي أجريت على مرض السكري والمقصود بالوراثة العائلية (الأب-الأم).

2. البدانة: ان البدانة ليست كافية للتسبب بالسكري بمعنى أنه ليس كل بدين مصاب بالسكري ولكن أثبتت الدراسات العلمية أن البدانة من عوامل الخطورة للإصابة بالسكري وان نسبة هذا المرض تزداد عند البدينين كما بينت الإحصاءات التي نشرت في مجلة السكري.

3. بعض الأدوية: كالأقراص المانعة للحمل، والأدوية الكظرية (الكورنيزويين) ومادات بيتا (B-blockers) التي تستخدم في معالجة أمراض القلب والضغط وغيرها من الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم.

4. الانفعالات النفسية الشديدة: الخوف الشديد والقلق المستمر أو الخسارة المادية الكبيرة والمفاجئة كلها أسباب قد تساهم في الإصابة بالسكري وهنا تجدر الإشارة الى أن هذه الحالات النفسية الشديدة ليست المسببة بشكل مباشر لهذا المرض ولكنها اذا تعرض لها شخص لديه استعداد للسكري أو مصاب بالسكري بشكل بسيط فإنها تزيد من خطورة الإصابة وتساهم في رفع نسبة السكر في الدم.

وفيما يخص العوامل النفسية التي تسهم في ارتفاع مستوى السكر في الدم فقد أظهرت بعض البحوث أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري حيث أظهرت الدراسات أن احتمالات الإصابة بارتفاع نسبة السكر تزيد مع تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

وفيما يخص نمط الحياة فقد أظهرت بعض الدراسات كدراسة المكاوي عبد الرحمان (1999) أن مرض السكري يكون أكثر انتشار في مجتمعات التي تزيد من احتمالات الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني.

5. الأمراض: خاصة الأمراض المعدية كمرض البنكرياس الكحولي أو التشمع الكبدي أو الحمى القرمزية التي تسبب في ارتفاع مستوى السكر في الدم وسبب الارتفاع في هذه الحالة ليس المرض المعدي وإنما الحمى التي ترافق هذا المرض وقد يختفي السكر بزوال الحمى ويشفى المريض.

6. الاختلال في عدد من الغدد الصم: وبالأخص أمراض الغدة الكظرية والنخامية (عبد الله المرزوقي، 2008، ص ص 30، 31، 32).

6. أعراض السكري (البول السكري):

أما أعراض الإصابة بمرض البول السكري كما تظهر في مختلف أعضاء الجسم وأجزائه فأهمها ما يلي:

الأعراض في الجلد: أهمها الشعور الشديد بالحكة التي كثيرا ما تعذب المصاب وتقلق راحته، ولهذا الحكة أماكنها المفضلة وهي الأماكن التي توجد فيها ثنيات مثل: تحت الأبط وتحت الثدي، والشفرتين عند النساء وكذلك المهبل، وهي هنا يبعثها وجود أنواع من الفطر تعيش وتتكاثر في السكر الموجود في البول الذي يلوث الفرج أثناء التبول، وكثيرا ما تكون شدة الحكة هنا الباعث الأول لمراجعة الطبيب واستشارته، ومن البديهي أن هذه الحكة لن تزول إلا بمعالجة البول السكري نفسه وبانعدام وجود السكر في البول، وقد تتبسط الإصابة في مراجعة الطبيب ويتأخر اكتشاف العلة وبالتالي معالجتها فتكون في موضوع الحكة (أكزما) ليس من السهل التغلب عليها والتخلص منها، ومن أعراض الإصابة بالبول السكري التي تظهر في الجلد أيضا تكون فقاعات قيحية ودمامل في مختلف أنحاء وعلى الأخص في أنحاء المقعد والرقبة.

الأعراض في اللثة والأسنان: ربما تكون التبدلات التي تحدث فيها عند المصابين بالبول السكري أول أعراض مرضية تلفت انتباه المصاب، إذ تصاب الأسنان بالتخلخل والسقوط دون أن تصاب بنخرة أو بأي عطب ظاهر، وطبيب الأسنان الماهر يستطيع ان يركز على هذه الظاهرة لتشخيص الإصابة بمرض البول السكري أو على الأقل للاشتباه بوجودها قبل معرفة المصاب بواقعها.

الأعراض في الجهاز الهضمي: تظهر بشكل مغص معدي (آلام في المعدة) ترافقه نزلات معوية (اسهالات) أو كسل معوي (امساك).

الأعراض في الجهاز التنفسي: من النادر أن يظهر مرض البول السكري أعراضا على الجهاز التنفسي وقد يصاب مريض البول السكري بالسل الرئوي ولكن إصابته هذه لا تختلف عن مثيلاتها عند غير المصابين بالبول السكري إلى جانب إصابتهم بالسل الرئوي.

الأعراض في الأوعية الدموية: ان الإصابة بالبول السكري تعرض الاوعية الدموية الى اصابتها بأعراض أشدها التعرض الى ما يسمى بالفرغرينا، وتظهر هذه على أصابع اليدين والقدمين ان يشعر المصاب فيها بآلام، كما يزرق لونها وتصاب بالخدر أو باضطرابات تحسيسية أخرى نتيجة لتوقف النذرة الدموية فيها، مما يؤدي في النهاية الى موتها بالفرغرينا، ولكن هذه الظاهرة الخطرة أصبحت بعد اكتشاف (الأنسولين) من النوار .

الأعراض في الغد التناسلية: قد يصاب الذكر المريض بالبول السكري (فقدان الطاقة الجنسية) أما المرأة المصابة بالبول السكري فقد تصاب بالعقم وياضطرابات في الطمث (العادة الشهرية = الحيض).

الأعراض في الحمل وفي النفاس: كثيرا ما تتفاقم أراض البول السكري أثناء الحمل وفي النفاس أيضا، غير أن اكتشاف الأنسولين جعل من النادر حدوث مثل هذا التفاقم أيضا.

الأعراض في العينين: قد تصاب العدسة عند مرضى البول السكري (بالاحتلام = الماء البيضاء) نتيجة للاضطراب في استقلاب الغذاء مما يضعف الرؤية وتزول هذه الإصابة في العدسة بتحسن أعراض المرض بالمعالجة، كما يمكن أن يحدث مرض البول السكري تبدلات مرضية في الطبقة الشبكية داخل العين أو التهابات في أوردتها الشعرية الداخلية أو إصابات أخرى في العين.

الأعراض في الجهاز العصبي: قد يسبب مرض البول السكري التهابات في بعض أعصاب الجهاز العصبي المركزي كالعصب الوركي = (عرق الأسر) والعصب في مؤخرة الجمجمة ومن النادر أن يسبب شللا تماما في أحد أعصاب الجهاز.

الأعراض النفسية: يصاب مريض البول السكري بالعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف المستمر من تفاقم المرض وسرعة الإثارة واليأس من الحياة، ومن واجب الطبيب وذوي المريض الانتباه جيدا والعمل على مكافحتها بالإيحاء، وبتقوية معنويات المريض، وعدم تعريضه قدر الإمكان للإشارات النفسية وبمساعده لتطبيق الحمية اللازمة والتي سيأتي البحث عنها منفصلا فيما بعد.

ومن النادر أن تظهر جميع الاعراض التي مر ذكرها مجمعة عند المصاب بالبول السكري، كما يمكن أن يظهر البعض منها كأعراض الأمراض أخرى لا علاقة لها بمرض البول السكري، والطبيب وحده قادر على تقييم الأعراض وتحديد أسبابها، خصوصا وأن خلو بول المصاب من السكر لا يحترم البعض منها فقط، في حين أن الدفعات الأخرى تظل خالية من الوجود (رويحة، 1973، ص ص 15،14،13،16، 17).

7. مضاعفات السكري

يتسبب مرض السكري في مضاعفات واختلالات تمس جوانب عدة على مستوى الجسم ومن بينها:

1. الاضطرابات الأيضية:

- تتمثل في الاعياء الحاد والتقلصات العضلية التي تكون ارادية، كذلك انخفاض مستوى السكري.
- مظاهر نسيجية كتدهور أو نقص القدرات العقلية في اضطراب السلوك اضافة الى سرعة الانفعال.
- مظاهر حسية من مؤشراتها تصيب العرق مع الارتجاف والاحساس الشديد بالعطش والجوع وتسارع ضربات القلب.

2. مضاعفات الرؤية:

- تتمثل في شذوذ انعكاسات الحدقية للعين مع تقلص البؤبؤ أثناء الراحة.
- قلة الاستجابة للضوء والشعور بوجود ستار أبيض على العين الذي يؤدي الى انخفاض الرؤية.
- ضعف قوة العدسة وعتامة القرنية الناتج عن وجود أترفة صغيرة بأوعية الشبكية.

3. مضاعفات الجهاز الحركي:

- الاحساس بالخدر والتنميل أو حتى بالألم على مستوى الأصابع خاصة ليلا وأثناء الاستيقاظ بسبب ضعف العصب الوسيط بالقناة الرسغية باليد وبالجهة الداخلية للمعصم.
- وأحيانا تؤدي الى مضاعفات كشكل الأصابع.

4. مضاعفات جلدية:

- تأخذ أشكالا كالطفح على شكل بيضوي الظاهر على مستوى الساق والمصاحب أحيانا بالتقرحات على القدم والكاحل.
- كما تظهر على القدم السكرية بقع ملونة وبثور مقيحة
- الإصابة التعفننية التي تثيرها فطريات مجهرية على مستوى الجلد أو شعر الرأس وأحيانا الفم والأظافر مما يسبب الحكه الجلدية.
- حدوث التهابات جلدية.

5. مضاعفات الشرايين: من أهمها:

- تصلب الشرايين خاصة القلبية منها وما يترتب عنها من أزمات.
- الإصابة بأمراض القلب والذبحة الصدرية التي قد تزداد في الشدة وتؤدي الى الوفاة (جعفر، 2018، ص ص 36، 37).



شكل رقم(09): يمثل مضاعفات السكري (<https://www.elaosboa.com/625937/>)

8. تشخيص الداء (مرض السكري):

عند تواجد الاعراض المرضية، تشخيص السكري، لا يطرح أي اشكال او صعوبة لدى مريض يقدم أعراضاً كتكرار مرات التبول مع ارتفاع في نسبة السكر في الدم أو لدى شخص دون أعراض مع ارتفاع متكرر لهذه النسبة لكن الاشكال يطرح لدى شخص دون اعراض لديه جميع مؤهلات الاصابة مع تواجد النسبة بشكل عادي.

عادة يلجأ الأطباء الى تقنية مفادها رفع نسبة السكر في الدم عن طريق جرعة زائدة من السكر عبر تناول الفموي لفحص مدى تحمل السكر من عدمه بهدف اثبات التشخيص أو نفيه عبر ميكانيزم مسؤول يتمثل في تحرير الادرينالين الذي يقوم بعملية تنشيط افراز الأنسولين مما ينشط الكليكايجون الذي ينشط الكليوكوجين ويعيق نشاط الأنسولين في النسيج المقصود، كل ذلك يؤدي الى تحرير الكلوكوز.

بهدف التحليل الدقيق والحد من نسبة الخطأ مجموعة DATA الدولية للسكري، ويهدف عزل أثر عوامل أخرى كالأمرض، أو القلق الذي من شأنه التأثير على تشخيص حددت عام 1979 مجموعة من الضوابط لضمان تشخيص دقيق عبر هذه التقنية:

1. في حالة الصوم (من الاستيقاظ حتى المساء)، التركيز البلازمي للكلوكوز في الدم (الوريد) أكبر من أن يساوي 7.4 m mol/l (1.4 غ/ل) على الأقل مرتين
2. بعد جرعة 75 غ كغلوكوز خلال الساعة الثانية يتموضع النسبة بين 7.8 و 11.1 m mol/l ($1.4 \text{ غ الى } 2 \text{ غ/ل}$)

مع تواجد قيمة اخرى خلال الساعتين أكبر من أن يساوي 11.1 m mol/l (2 غ/ل) نتحدث عن لا تحمل الغلوكوز، وبالتالي احتمال الاصابة بالداء (عمران، 2008، ص 76).

9. عوامل الخطر لمرضى السكري **Risc Factor For Diabètes**:

كما وصفنا سابقا في هذا الجزء فإن العوامل الجينية والسن تؤثر على احتمالية ان يكون لدى الشخص السكري، ان نسبة 4% ممن هم اقل من 45 عاما لديهم السكري، نسبة 17% ممن هم بين 45-64، نسبة 25% ممن هم فوق 65 عاما لديهم السكري.

وعلى الرغم من عدم وجود فروق راجعة للجنس في انتشار السكري، الا ان هناك فروقا جوهريّة في احتمالية تنمية السكري كوظيفة، للعرق تحديدا، ان نسبة 7.4% فقط من المواطنين البيض لديهم السكري مقارنة بنسبة 8% من الأمريكيين الآسيويين، نسبة 12.1% من اللاتينيين، نسبة 12.7% من المواطنين السود، الاله من ذلك هو الزيادة السريعة في انتشار السكري بين أطفال السود الآسيويين واللاتينيين مقارنة بالبيض.

ما لذي يجعل هذه الفروق العرقية في انتشار السكري؟، كما استعلم فإن هذه الاحتمالية المتزايدة للسكري كوظيفة للعرق تعود بشكل الى الانتشار الزائد لعوامل المخاطرة الأخرى الأكثر انتشارا لدى أصحاب البشرة الملونة، على سبيل المثال: ان السود أكثر من البيض بنسبة 40% لديهم ضغط دم مرتفع، كما ان الأمريكيين الأصليين أكثر بنسبة 60% من البيض لديهم بدانة، وهذه وظيفة للظروف البيئية والاجتماعية.

على الرغم من أن العوامل الجينية والعرقية والعمرية ثابتة أي لا تتغير، الا ان هناك عوامل أخرى تزيد من مخاطر السكري تتغير، فالبدناء أو من يعانون من زيادة الوزن ومن ينخرطون في المستويات المنخفضة من النشاط البدني من المحتمل أن يكون لديهم السكري (cdc,2017). على سبيل المثال ان الأطفال والمراهقين البدناء من المحتمل أن ينمو السكري مثل المشي تقليل من خطورة تنمية السكري من النوع الثاني نسبة 26%.

وقد بحثت العديد من الدراسات ما اذا كانت العوامل البيئية التي تشجع على النشاط الجسمي والأكل الصحي تقلل من مخاطر البدانة والسكري بالتبعية، على سبيل المثال، قدرت احدى الدراسات البيئية بلغة " المسح بالمشي " والذي يشتمل على قياس عدد المخازن والمدارس والخدمات الموجودة ضمن السير لمدة 10 دقائق، ثم قدروا الوزن الزائد، البدانة والسكري خلال فترة قدرها 11 عاما، وكما هو متوقع ارتبط المسح بالمشي بالمعدلات

المنخفضة من البدانة والسكري، هذه النتائج تشير الى ان العوامل البيئية يمكن أن تسهم في مخاطر تنمية السكري (catherinea.sanderson,2019.p370).

10. الخصائص الوبائية الوصفية للسكري:

أ. خصائص الشخص:

1. **العمر:** تكون ذروة حدوث النمط الأول في اليافعين والشباب، أما النمط الثاني فيصيب فئات العمر التي تزيد على خمسين سنة.

2. **الجنس:** لا توجد فروق واضحة في معدلات الإصابة بين الجنسين

3. **الحمل والإنجاب:** الحمل من العوامل التي تظهر السكري عند السيدات، ويزداد احتمال الإصابة مع زيادة عدد مرات الإنجاب.

ب. **خصائص المكان:** ينتشر المرض في الدول المتقدمة أكثر منه في الدول النامية، وربما كان أهم أسباب الاختلاف والتباين السمات الديمغرافية للدول والاختلاف في أسلوب الحياة وكفاءة التشخيص والتبليغ عن هذا المرض في الدول المتقدمة

ج. **خصائص الزمان:** ظهر ارتفاع في معدلات الإصابة والانتشار للسكري عبر السنين والعقود ذلك التطور الذي حدث في العلوم الطبية وفرص العلاج التي توافرها، وتحسن أساليب التشخيص والمعالجة، كذلك نتيجة التغيرات الاجتماعية والسكانية التي سبق شرحها (نخبة من الأساتذة في جامعات العالم العربي، 2011، ص ص 247.248).

11. الوقاية من السكري:

1. الوقاية من مرض السكري الخاضع للأنسولين:

- التلقيح بالفيروسات

- كبت المناعة الذاتية (من خلال فصادة ببلازما المريض وذلك لإزالة الأجسام التي يكونها الجسم المصاب ضد خلايا بيتا البنكرياسية)

- غرس أو زرع البنكرياس.

2. الوقاية من داء السكري غير الخاضع للأنسولين:

- الاعتماد على الأغذية الغنية بالألياف
- الابتعاد عن الأغذية المصنعة والمحفوظة
- الابتعاد قدر المستطاع عن الأغذية الغنية بالدهون والكوليستيرول، الوقاية من البدانة
- الابتعاد قدر المستطاع عن زواج الأقارب (جعفر، 2018، ص ص 38، 39).

12. علاج مرض السكري: من المتعارف عليه أنه لا يوجد علاج شاف لمرض السكري، وهدف الإجراءات العلاجية المتبعة إنما هي للتخفيف من وطأة أعراض المرض والتقليل من المضاعفات المحتمل حدوثها فيما بعد ويشير (الزطمة، 1985، 7) إلى أن أول خطوة في علاج مرض السكري يجب أن تتجه إلى نوعية المرضى وتثقيفهم عن مرض السكري وأعراضه ومضاعفاته الحادة والمزمنة.

- ومن الإجراءات العلاجية لمرض السكري ما حددته (Netina, 1996, p 743):

* تعريف المريض بالحمية الغذائية وأهميتها في تخفيف حدة المرض ومضاعفاته وذلك من ناحية كمية الغذاء ونوعيته.

* الرياضة الجسمية المنتظمة والخفيفة وأفضلها رياضة المشي

* إعطاء العلاجات المتمثلة بالأقراص عن طريق الفم أو حقن الأنسولين وتعليم المريض خصائص كل علاج وأهميته لمرض السكري

* الاعتناء بالنظافة الشخصية

* إرشاد المرضى إلى ضرورة مراجعة الطبيب المختص لمراقبة السكري وفاعلية العلاج.

ويضيف ريتشارد وآخرون (Ritchard, 1995, p263) إلى الإرشادات السابقة ما يلي:

- على المريض أن يتعرف على مرضه ويعرف ما يضره وما ينفعه.
- الابتعاد على القلق قدر الامكان

- الاعتماد على النفس وعدم الاعتماد على الآخرين في تنظيم مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم
- التعامل بواقعية مع المرض ومع الناس (شريقي، 2013، ص ص 91، 92).

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق وما تطرقنا اليه من تعريف لمرض السكري وأعراض ومضاعفات وأسباب يتضح لنا أن مرض السكري مرض مزمن الذي يتطلب اهتمام متزايد وادارة ذاتية فهو يؤثر على القدرات المتعلقة بالصحة الجسمية والنفسية لذا فعلى مرضى السكري التأقلم والتكيف مع المرض سواء داخل أو خارج البيت مع الالتزام بالعلاج الموصوف لتفادي حدوث مضاعفات والتمكن من التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم لمواجهة كافة الضغوط النفسية ولحل المشاكل خاصة فيما يتعلق بالصحة النفسية كما للأطباء دور فعال في مساعدة المرضى وتمكينهم من قضاء بقية حياتهم بطريقة عادية مع وجوب الحيلة والحذر في تناولهم للأدوية.

الجانب الميداني

الفصل الخامس:

منهج البحث وإجراءاته

الفصل الخامس: منهج البحث وإجراءاته

تمهيد

- منهج البحث
- حدود البحث
- عينة البحث
- أدوات البحث
- حساب الخصائص السيكومترية للاستبيانين
- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
- خلاصة

تمهيد:

ان البحوث والدراسات العلمية تتوقف وتحتاج الى مجموعة من الاجراءات المنهجية المضبوطة لكي تحضى بخصوصية وعلمية فالاعتماد على منهج وأدوات يبين مدى كفاءة الدراسة فبعد عرضنا للاطار النظري والذي اشتمل على دراسات سابقة خاصة بمتغيري الالتزام الصحي وجودة الحياة، سنتطرق في هذا الفصل الى توضيح الخطوات المتبعة في الدراسة أو بمعنى آخر عرض الاجراءات المنهجية المعتمدة في دراستنا الحالية والتي سوف نذكر من خلالها المنهج الذي اتبعناه وعينة الدراسة ومجالاتها ثم التطرق الى الأساليب الاحصائية المستخدمة

- منهج الدراسة:

لا بد من أي دراسة علمية منهج يعتمد عليه لتحقيق مصداقية للدراسة ونحن اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج الذي ارتئينا أن يكون أقرب للدراسة المنهج الوصفي الارتباطي لدراسة العلاقة بين المتغيرين.

- **تعريف المنهج الوصفي الارتباطي:** نعني الطرق الارتباطية دراسة العلاقات بين المتغيرات النفسية المختلفة وتقدير الى أي مدى يميل متغيرات الى ان يتماشيا معا، بحيث يزيد أحدهما بزيادة الآخر أو ينقص أحدهما بنقصان الآخر.

يمكن تعريف المنهج الارتباطي بأنه نوع من أنواع مناهج البحث العلمي يهتم ببيان العلاقة بين متغيرين أو أكثر ، وفي حالة وجود هذه العلاقة يهتم بمعرفة نوع هذه العلاقة سالبة أو موجبة ، طردية أو عكسية ، وتهتم الدراسات الارتباطية ببيان حجم ونوع العلاقات بين البيانات بحيث تتطابق التغيرات في كلا العاملين محل الدراسة الارتباطية ، ويستخدم المنهج الوصفي الارتباطي على وجه الخصوص في دراسات التنبؤ.

الساعة : 10:20 د (<http://www.search-academy.com>)

- حدود الدراسة:

حددت هذه الدراسة التي تناولت الالتزام الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى المصابين بالسكري بمجموعة من المحددات من بينها حدود بشرية ومكانية وزمانية وهي على النحو التالي:

1. الحدود البشرية: اقتصرنا دراستنا الحالية على 60 فرد مصاب بداء السكري داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية 240 سرير -الأغواط- والجدول التالي يوضح العينة المدروسة:

جدول رقم (05): يوضح عينة الدراسة

عدد المفردات	مكونات العينة حسب الجنس	عدد المفردات	مكونات العينة الكلية
29	ذكور	60	مرضى بداء السكري رجال+ نساء
31	اناث		

2. الحدود المكانية: أجريت الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية العقيد لطفى 240 سرير - الأغواط- ، وقد اخترنا هذه المؤسسة لتوفر العينة (مرضى السكري)، كما أنها قريبة للقطب الجامعي مما سهل عملية القيام بالدراسة بسهولة.

3. الحدود الزمانية: أجريت خلال عام 2023/2022 وكانت هذه المدة كافية للقيام بالدراسة رغم بعض العراقيل التي تعرضنا اليها بداية من شهر مارس الى غاية ماي.

- عينة الدراسة:

اعتمدت الدراسة على عينة قوامها 60 فرد من مرض السكري وقد بلغ عدد الذكور 29 مريضا أما عدد الاناث فقد بلغ 31 مريضة.

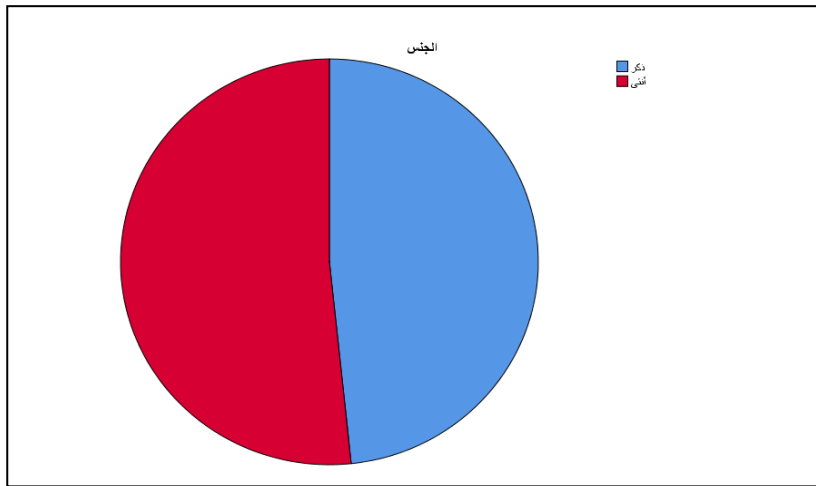
وتم اختيارها بطريقة عرضية ويكون الاختيار في هذا النوع من العينات سهلا، اذ يعتمد الباحث الى اختيار عدد من الأفراد الذين يستطيع العثور عليهم في مكان ما، وفي فترة زمنية محددة وبشكل عرضي أي عن طريق الصدفة (علي محمود، 2019، ص 175).

والجداول التالية تبين خصائص العينة حسب المتغيرات

جدول رقم (06): خصائص العينة حسب متغير الجنس:

ذكور	اناث	
29	31	عدد الافراد
% 48.3	%51.7	النسبة المئوية%

من خلال الجدول يتضح لنا ان عدد الاناث 31 أكثر من عدد الذكور وذلك لإختلاف النسبة المئوية



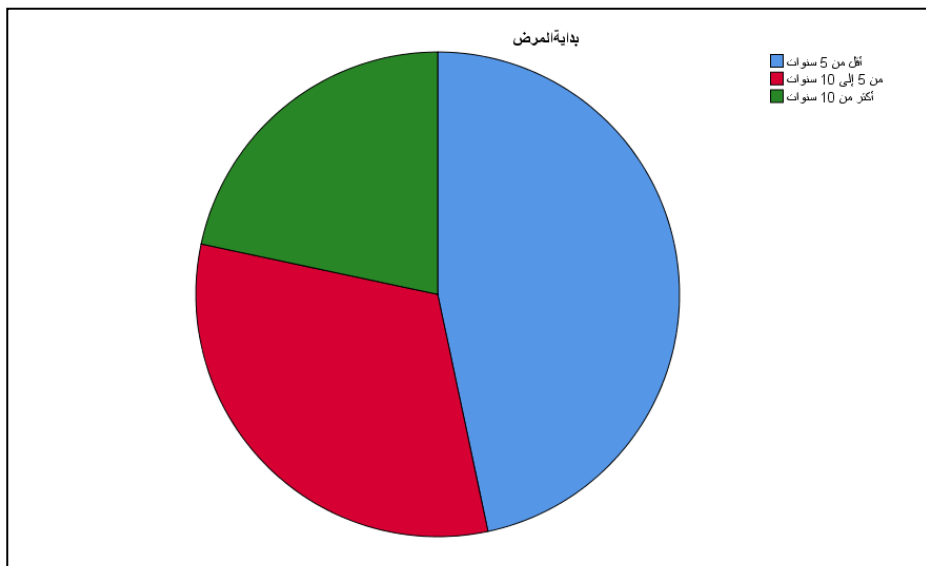
شكل رقم (10) يمثل خصائص العينة حسب متغير الجنس

جدول رقم (07): خصائص العينة حسب متغير السن

أقل من 20 سنة	من 21 الى 30 سنة	من 31 الى 40 سنة	من 41 الى 50 سنة	من 51 الى 60 سنة	أكثر من 60 سنة

عدد الافراد	8	7	7	8	11	19
النسبة المئوية	%13.3	%11.7	%11.7	%13.3	%18.3	%31.7

من خلال الجدول أعلاه نجد ان افراد العينة موزعين على 6 فئات عمرية بنسب مختلفة حيث نلاحظ تقارب في النسب المئوية عند الأفراد من سن 20 الى سن 50، كما نلاحظ ارتفاع في النسب المئوية لدى الأفراد الأكثر من 60 سنة

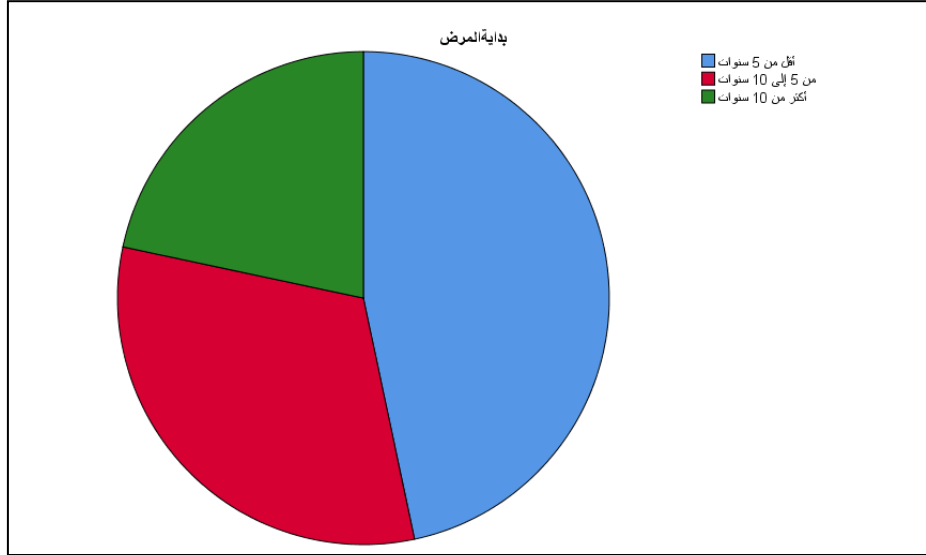


شكل رقم(11): يمثل خصائص العينة حسب متغير السن

جدول رقم (08): يوضح اختلاف العينة حسب بداية المرض

أقل من 5 سنوات	من 5 الى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	
28	19	13	عدد الافراد
%46.7	%31.7	%21.7	النسبة المئوية

من خلال الجدول أعلاه نجد أفراد العينة موزعين على ثلاث فئات، حيث نلاحظ النسبة الكبيرة منهم في الفئة (أقل من 5 سنوات) بنسبة 46.7%، تليها نسبة 31.7% لصالح الفئة (من 5 إلى 10 سنوات) بعدها تليها نسبة 21.7% لفئة (أكثر من 10 سنوات)

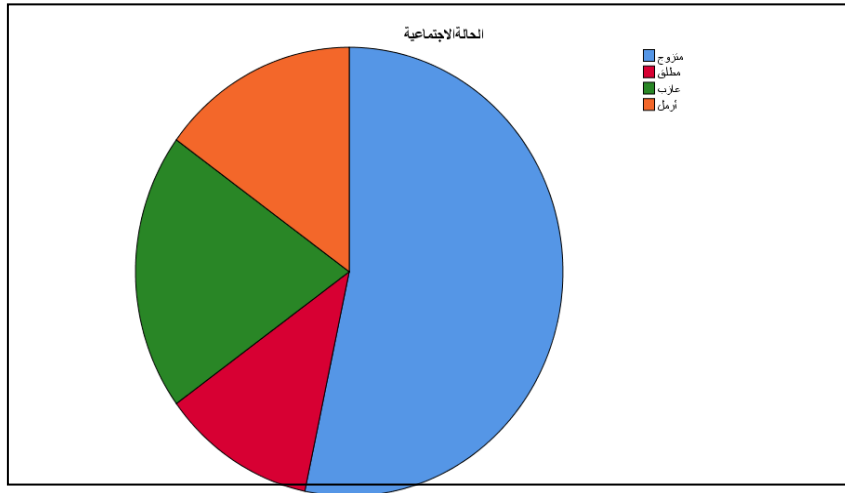


شكل رقم (12) يمثل اختلاف العينة حسب بداية المرض

الجدول رقم (09): يوضح اختلاف العينة حسب الحالة الاجتماعية

أرمل (ة)	عازب (ة)	مطلق (ة)	متزوج (ة)	
9	14	7	32	عدد الأفراد
15.0%	20.0%	11.7%	53.3%	النسبة المئوية

يتضح من خلال النتائج المبينة على الجدول أن نسبة الأفراد المتزوجين بلغت 53.3% وهي أكبر قيمة مقارنة بالقيم الأخرى حيث بلغت النسبة المئوية لدى المطلق ب 11.7% أما لدى العازب فبلغت 20% وأما بالنسبة للأرمل ف 15.0%

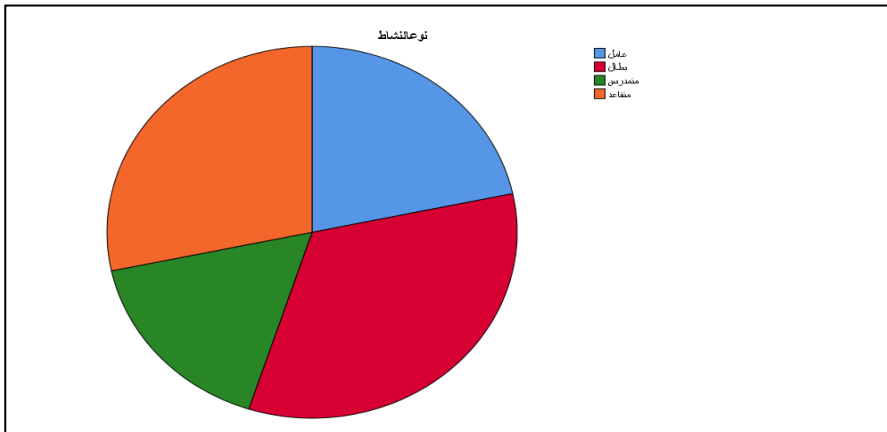


شكل رقم (13) يمثل اختلاف العينة حسب الحالة الاجتماعية

جدول رقم (10): يوضح اختلاف العينة حسب النشاط

متقاعد	متمدرس	بطل	عامل	عدد الافراد
17	10	20	12	
28.3%	16.7%	33.3%	21.7%	النسبة المئوية

من خلال الجدول يتضح لنا أن 33.3% من الأفراد بطالين لديهم نسبة أكبر ومختلفة مقارنة بالنسبة المئوية الأخرى حيث تقدر لدى العامل ب 21.7% ولدى المتمدرس 16.7% ولدى المتقاعد ب 28.3% وهي نسبة متقاربة

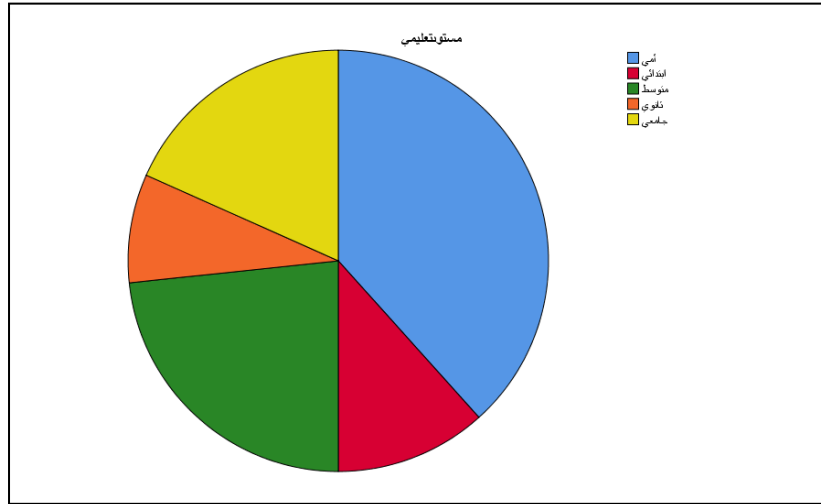


شكل رقم (14) : يمثل اختلاف العينة حسب النشاط

جدول رقم(11): يوضح اختلاف العينة حسب المستوى التعليمي

عدد الافراد	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
23	7	14	5	11	
%38.3	%11.7	%23.3	%8.3	%18.3	

يتبين من خلال النتائج أن توزيع الأفراد يعكس المستوى التعليمي حيث سجلت نسبة ابتدائي ونسبة الثانوي أدنى المستويات مقارنة ببقية المستويات التعليمية كما نلاحظ ارتفاع في نسبة الأميين.



شكل رقم (15): يوضح اختلاف العينة حسب المستوى التعليمي

أدوات الدراسة: اعتمدنا في دراستنا الحالية على مجموعة من الأدوات التي بدورها تساهم وبشكل آخر في نجاح البحث العلمي وصدق نتائجه ومن بين هذه الأدوات نذكر ما يلي:

أ. مقياس الالتزام الصحي: من اعداد الباحثين بن سعد سعاد وعشوري صباح حيث لجأت الباحثين لتحديد أبعاد المقياس الى الاداب النظري والدراسات السابقة وبالاستعانة ببعض المقاييس حيث يحتوي على 38 بند و5 محاور مقسمة على البنود و هي:

- الالتزام الدوائي
- الالتزام بالمواعيد الطبية

- ممارسة الرياضة
- التنقيف الصحي
- الأكل الصحي
- سبل الوقاية

واحتوى على 3 من البدائل (غالبا- أحيانا- لا) بمفتاح تصحيح: لا=1 ، أحيانا =2، غالبا=3، يهدف هذا المقياس لقياس مدى التزام الصحي للمرضى وبالبروتوكول العلاجي لتحقيق جودة حياة مستقرة.

- احتوى محور الالتزام الدوائي على بنود وهي: 1.2.3.4.5.6.7.8
- احتوى محور المواعيد الطبية على بنود وهي: 9.10.11.12.13.14.15
- احتوى محور الغذاء الصحي على بنود وهي: 16.17.18.19.20.
- احتوى محور ممارسة الرياضة على بنود وهي: 21.22.23.24.25.26.27
- احتوى محور الوقاية على بنود وهي: 28.29.30.31.32.33.34.35.
- احتوى محور التنقيف على بنود وهي: 36.37.38.

وبعد صياغة فقرات المقياس تم فحصه من طرف محكمين المختصين في مجال علم النفس وعددهم 06 محكمين من أعضاء هيئة التدريس من جامعة الأغواط وهم:

- خنفار سامرة.
- جخدم فتيحة.
- سحيري زينب.
- دعاماش خديجة.
- قويدري علي
- خوحلي أحلام

ب. مقياس جودة الحياة:

من اعداد (منظمة الصحة العالمية)، تعريب (بشرى اسماعيل أحمد، 2008) قبل التطرق الى خطوات اعداد الصيغة العربية، لهذا المقياس من طرف أحمد (2008) نحاول ان نقدم وصفا مختصرا للمقياس الاصيلي ومراحله.

جاء هذا المقاس كاختصار لمقياس جودة الحياة المئوي WHOQOL.100 الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذي تم اعداده عام 1991، عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية باعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس جودة الحياة، يغطي الجوانب المختلفة لجودة الحياة التي تناولتها الأدوات التقليدية لتقدير جودة الحياة المتعلقة بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تصميم أداة لتقييم جودة الحياة يمكن استعمالها بشكل واسع، حيث تم اعداده من خلال 15 مركزا ميدانيا تابعا لمنظمة الصحة العالمية وترجم ل 12 لغة حيث طبقت للصيغة الاستطلاعية الاصلية 235 بندا واستعملت هذه الصيغة في 15 مركزا ميدانيا بلغات مختلفة عبر العالم لتنتهي الى 100 بندا تقيس جودة الحياة في 6 مجالات وهي الممثلة في الجدول التالي:

جدول رقم (12): يمثل مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية:

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة والتعب، الراحة (الانزعاج)، الالم، النوم الراحة
الصحة النفسية	صورة الجسم والمظهر، المشاعر الايجابية، تقدير الذات، ردود الفعل (التعلم، الذاكرة، التركيز)
مستوى الاستقلالية	العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي
البيئة	الموارد والتمويل، الحرية والامن، الرعاية الصحية والمعنوية الاجتماعية، السكن، القدرة على التعلم، الهويات، البيئة الفيزيائية، التلوث، الصخب، المناخ

الصحة الروحية	الروحانية، الدين، المعتقدات الشخصية
---------------	-------------------------------------

تكونت الصيغة المختصر من بند واحد ممثل عند كل مجال من المجالات الأربع والعشرين، إضافة لبندين عن الحياة ككل، واصبح المقياس مكون من 26 بندا موزعة على 4 ابعاد، بندين بند حول جودة الحياة عامة، والبند الثاني حول الصحة العامة، أما باقي الأبعاد فهي موزعة كالتالي:

البعد	البنود
الصحة الجسدية	3-4-10-15-16-17-18
الصحة النفسية	5-6-7-11-19-26
العلاقات الاجتماعية	20-21-22
البيئة	8-9-12-13-14-23-24-25

وصيغت لبنود على شكل أسئلة يجاب عن كل منها على اساس مقياس خماسي ترتيبى يتراوح بين 1 و 5 من 1-5 في البنود الايجابية والمتمثلة في البنود التالية (1-2-5-6-7-8-9-10-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25) وتعكس في البنود السلبية (3-4-26). (عبد الصمد، 2020، ص 155).

الخصائص السيكومترية لمقياس الالتزام الصحي:

الصدق: وتم حسابه بالطرق التالية:

جدول رقم (13): معاملات ارتباط البنود لبعده الالتزام الدوائي

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.57**	0.01
2	0.60**	0.01
3	0.55**	0.01
4	0.27*	0.05

غير دال	0.02	5
0.01	0.59**	6
0.01	0.47**	7
0.01	0.41**	8

يتضح من خلال الجدول رقم (14) أكا كل معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمحور الالتزام الدوائي تراوحت ما بين (0.27 الى 0.60) وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) مما يعني صدق البعد، ما عدا البند (5) (0.02) غير دالة احصائيا.

جدول رقم (14): معاملات ارتباط البنود لبعد المواعيد الطبية

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	البنود
غير دال	0.21	9
غير دال	0.08	10
0.01	0.39**	11
غير دال	0.21	12
0.01	0.52**	13
0.01	0.55**	14
0.01	0.44**	15

نلاحظ من الجدول رقم (15): ان معاملات الارتباط بين بنود المواعيد الطبية تراوحت بين (0.39 الى 0.55) عند مستوى الدلالة (0.01) هذا مؤشر على صدق بنود المحور، ما عدا البنود 9-10-12 غير دالة احصائيا

جدول رقم (15): معاملات ارتباط البنود لبعد الغذاء الصحي

مستوى الدلالة	معاملات الارتباط	البنود
0.01	0.67**	16
0.01	0.60**	17

غير دال	0.88	18
0.01	0.74**	19
0.01	0.77**	20

بناء على النتائج الموضحة في الجدول رقم (16) يتبين أن معاملات الارتباط بين بنود محور الغذاء الصحي والدرجة الكلية قد تراوحت ما بين (0.60 الى 0.77) عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا مؤشر على صدق المحور، ماعدا البند 18 (0.88) غير دالة احصائيا.

جدول رقم (16): معامل ارتباط البنود لبعء الرياضة

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
21	0.71**	0.01
22	0.34**	0.01
23	0.60**	0.01
24	0.71**	0.01
25	0.54**	0.01
26	0.57**	0.01
27	0.64**	0.01

يتبين لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (17): أن معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة الكلية للمحور تراوحت من (0.34 الى 0.71) بدلالة احصائية عند (0.01) مما يعني أن بنود محور الرياضة تتمتع باتساق داخلي وهذا مؤشر على صدقه.

جدول رقم (17): معامل ارتباط البنود لبعء الوقاية

البنود	معامل ارتباط	مستوى الدلالة
28	0.55**	0.01
29	0.79**	0.01

0.01	0.67**	30
0.01	0.80**	31
0.01	0.51**	32
0.01	0.67**	33
0.01	0.49**	34
0.01	0.33**	35

تظهر لنا نتائج الجدول رقم (18): أن كل معاملات ارتباط البنود لبعده الوقاية تراوحت بين (0.33 الى 0.80) عن مستوى الدلالة (0.01) مما يعني صدق البعد.

جدول رقم (18): معامل ارتباط البنود لبعده التثقيف الصحي

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.01	0.71**	36
0.01	0.80**	37
0.01	0.69**	38

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (19): أن معاملات ارتباط بنود التثقيف الصحي جاءت كلها دالة احصائيا من (0.69 الى 0.80) عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا مؤشر جيد على صدق بنود المحور.

الثبات: ثبات المقياس

جدول رقم (19): يوضح قيمة معامل الفا كرونباخ لاستبيان الالتزام الصحي

العينة	البنود	معامل الفا كرونباخ
60	38	0.86

لقد تم حساب ثبات المقياس بعد حذف البنود (5-9-10-12) وذلك باستخدام معامل الفا كرونباخ

ونلاحظ من خلال الجدول رقم (20) ان معامل الفا كرونباخ يقدر ب 0.86 وهو معامل مقبول ويعبر عن ثبات الاستبيان وعلى تمتع بدرجة مقبولة من الثبات.

حساب الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

الصدق: الصدق اهم خاصية من خواص القياس، ويشير مفهوم الصدق الى الاستدلالات الخاصة التي تخرج بها من درجات المقياس، وذلك من حيث مناسبتها ومعناها وفائدتها، وتحقيق صدق المقياس معناه جميع أدلة تؤيد مثل هذه الاستدلالات (زعابطة،2016، ص174).

جدول رقم (20): معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لكل من جودة الحياة العامة والصحة العامة

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.70**	0.01
2	0.71**	0.01

جدول رقم (21): معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعدها الصحة الجسدية

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
3	0.35**	0.01
4	0.46**	0.01
10	0.60**	0.01
15	0.74**	0.01
16	0.33**	0.01
17	0.77**	0.01
18	0.75**	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (22) أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) وهي درجات مقبولة تعكس صدق البعد.

جدول رقم (22): معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعد الصحة النفسية

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
5	0.59**	0.01
6	0.69**	0.01
7	0.46**	0.01
11	0.47**	0.01
19	0.47**	0.01
26	0.46**	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (23): أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة احصائية عند مستوى 0.01 وهي درجات مقبولة تعكس صدق البعد

جدول رقم (23): معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعد العلاقات الاجتماعية

البنود	معامل ارتباط	مستوى الدلالة
20	0.61**	0.01
21	0.58**	0.01
22	0.74**	0.01

يتضح لنا من خلال الدول رقم (24): ان معاملات الارتباط لبعد العلاقات الاجتماعية دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) وهي درجات مقبولة تعكس صدق البعد

جدول رقم (24): معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لبعء البيئة

البنود	معامل ارتباط	مستوى الدلالة
8	0.63**	0.01
9	0.76**	0.01
12	0.55**	0.01
13	0.46**	0.01
14	0.64**	0.01
23	0.45**	0.01
24	0.64**	0.01
25	0.54**	0.01

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (25): ان معاملات الارتباط بين كل بند دال على مستوى 0.01 مما يدل على صدق الاستبيان

الثبات: ان كلمة كلمة قد تعني الاستقرار بمعنى ان لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت درجته شيئاً من الاستقرار، كما ان الثبات قد يعني الموضوعية، بمعنى ان الفرد يحصل على نفس الدرجة مما اختلف الباحث الذي يطبق الاختبار أو الذي يصححه وفي هذه الحالة يمون الاختبار الثابت يقدر الفرد تقديراً لا يختلف في حسابه اثنان (كريبع، طبعي، 2021، 77).

ثبات المقياس: تم تقدير ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ).

وقد اتت النتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (25): معامل ثبات مقياس جودة الحياة

العينة	البنود	معامل ألفا كرونباخ
60	26	0.85

تم التأكد من ثبات مقياس جودة الحياة وذلك باستخدام طريقة "ألفا كرونباخ"، وذلك بتطبيقه على العينة، وقد بلغ معامل ألفا كرونباخ (0.85) وهي القيمة تشير على تمتع المقياس بدرجة مقبولة من الثبات.

الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة :

- المتوسط الفرضي: $\frac{\text{اكبر درجة} + \text{اقل درجة}}{2}$
- الانحراف المعياري
- ألفا كرونباخ
- معامل الارتباط بيرسون
- اختبارات لحساب الفروق لعينة واحدة
- التكرارات والنسب المئوية

خلاصة الفصل:

وفي الأخير تم عرض جميع الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والتي تناولت متغيري الالتزام الصحي وجودة الحياة فنترقنا الى المنهج المستعمل وتعريفه وثم تحديد مجالات الدراسة وحدودها الزمانية والمكانية مع الاشارة الى عينة الدراسة التي تمحورت دراستنا الميدانية حولها.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة وتفسير

النتائج

الفصل السادس: عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضيات

أولاً: عرض وتحليل النتائج

- عرض نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها
- عرض نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها
- عرض نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها

ثانياً: مناقشة الفرضيات

- مناقشة الفرضية الأولى
- مناقشة الفرضية الثانية
- مناقشة الفرضية الثالثة

تمهيد:

بعد التطرق في الفصول السابقة لكل ما يلم بالدراسة توصلنا الى عرض وتحليل وتفسير ومناقشة الفرضيات في هذا الفصل التي طرحت وهذا ما يثبت أهمية الجانب الميداني كونه يدعم ويكمل ما تم بنائه في الجانب النظري.

أولاً: عرض وتحليل النتائج

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية " نتوقع ارتفاع في مستوى الالتزام الصحي لدى افراد العينة.

لإختبار هذه الفرضية قمنا بحساب الفروق بين المتوسط الحساب للالتزام الصحي والمتوسط الفرضي المقدر ب 68.

جدول رقم (26): الفروق في المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي للالتزام الصحي

لإختبار هذه الفرضية قمنا بحساب الفروق باستخدام اختبار ت لعينة واحدة، وجاءت النتائج كما بينها الجدول التالي:

المتغير	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	اختبار ت	Sig
الالتزام	80.8833	68	10.58475	9.423	0.000

من خلال الجدول رقم (27): يتضح لنا أن قيمة معامل ت بلغت 9.423 وهي قيمة دالة احصائياً عند أقل من 0.01 حيث بلغ مستوى الدلالة sig 0.000، مما يعني أن هناك فروقا بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي للالتزام حيث قدر المتوسط الحسابي ب 80.88 وعليه فمستوى الالتزام لدى أفراد العينة مرتفع لصالح المتوسط الحسابي مقارنة بالمتوسط الفرضي.

2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية: (نتوقع ارتفاع في مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالسكري)

لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب الفروق بين المتوسط الحسابي لجودة الحياة والمتوسط الفرضي الذي قدر بـ 78 ولاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب الفروق باستخدام اختبار ت لعينة واحدة.

جدول رقم (27): الفروق في المتوسط الحسابي الفرضي لجودة الحياة

وجاءت النتائج كما يبينها الجدول التالي:

المتغير	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	اختبار ت	Sig
جودة الحياة	85.1000	78	14.59940	3.767	0.000

من خلال الجدول رقم (28): يتضح لنا ان قيمة معامل ت قدرت بـ 3.767 وهي قيمة دالة احصائيا عند أقل من 0.01 حيث بلغ مستوى الدلالة 0.000 هذا يعني وجود فروق في المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لجودة الحياة حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 85.100 أما المتوسط الفرضي قدر بـ 78 وعليه فمستوى جودة الحياة للمصابين بالسكري مرتفع لصالح المتوسط الحسابي مقارنة بالمتوسط الفرضي

3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على: (أنه توجد علاقة ارتباطية بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بالسكري)

لإختبار هذه الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين الالتزام الصحي وجودة الحياة

الجدول رقم (28): يوضح معامل الارتباط بين متغير الالتزام الصحي وجودة الحياة

المتغيرات	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الالتزام الصحي وجودة الحياة	0.057	غير دال

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (29): أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الالتزام الصحي وجودة الحياة 0.057 وهي قيمة غير دالة احصائياً

ثانياً: مناقشة الفرضيات:

1. مناقشة الفرضية الأولى:

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول رقم (27) ان مستوى الالتزام لدى افراد العينة متوسط للعينة الكلية (80.8833) ومنه تشير النتائج المحصل عليها إلى عدم تحقق الفرضية الأولى وأسفرت نتائجنا على ان مستوى الالتزام الصحي لأفراد العينة مرتفع وهذا ما يتفق مع ما ورد في الفصل النظري الخاص بالالتزام الصحي حيث استهدفت هذه الفرضية الالتزام الصحي لأفراد العينة وأبعاها الستة " الالتزام الدوائي، المواعيد الطبية، الغذاء الصحي، ممارسة الرياضة، الوقاية، التنقيف".

وهذا ما يميز الدراسة الحالية عن باقي الدراسات فبالدرجة الأولى لم نجد دراسة توافقت نتائجها مع دراستنا فمعظم الدراسات أسفرت نتائجها على وجود مستوى مرتفع أو منخفض ولكن دراستنا خرجت بنتيجة متوسطة، وكما ان دراستنا هي الوحيدة التي تناولت كل الجوانب لدى المصابين بداء السكري وهذا ما أدى الى ظهور دراستنا والتي كشفت عن مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة لأن جميع افراد العينة التي تم التطبيق عليهم مقياس الالتزام الصحي كانت لديهم نسبة متشابهة في التزامهم من ناحية الالتزام الدوائي او من ناحية الالتزام بالمواعيد الطبية او من ناحية الغذاء الصحي اي اتباع حمية صحية جيدة او من ناحية ممارسة الرياضة او من ناحية الوقاية والتنقيف.

وكما ان دراستنا جديدة عوضا عن الدراسات السابقة التي وجدت انخفاض وارتفاع في مستوى الالتزام فهذا ما يريحون لأننا وجدنا ان مستوى الالتزام متوسط حيث تأكدنا أن المرضى المصابين بالسكري في ولاية الاغواط لديهم وعي جيد وملتزمون التزاما جيدا مما يساعدهم على التأقلم مع مرضهم والتعايش معه وتعزيز استراتيجيات التكيف معه.

وبناء عليه يمكن القول ان الالتزام الصحي قضية من القضايا الرئيسية في الصحة العامة وذلك لما له من تأثير حاسم ودور أساسي في العمليات العلاجية والمتابعة الصحية وكلما كان مستوى الالتزام الصحي مرتفع كلما نقص الثقل على عاتق المسؤولين في القطاع الصحي وكلما نقص الاصابة بالامراض الخطيرة خاصة كون داء السكري يصيب اغلب الاحيان العينين والكليتين.

وهذا ما نستنتجه من خلال مناقشتنا لفرضيتنا ان المرضى الذين طبقنا عليهم دراستنا كانوا يتمتعون بدرجة متوسطة من الالتزام باتباعهم لوصفات طبية وما يخص متابعتهم للدواء واتباعهم حمية غذائية جيدة وايضا ما يخص ممارستهم الرياضة المنتظمة والتي تعد احد انواع انماط السلوك الصحية الجيدة والايجابية وكما ان الرياضة تعمل على زيادة كفاءة الجهاز التنفسي.

وكما ان الوقاية ايضا تعتبر عنصر مهم في الالتزام الصحي والتي تشير الى الممارسة الصحية التي من شأنها ان تحافظ على صحة الفرد مثلا ان يحمي نفسه من الخدوش خاصة مرضى السكري وان يهتم بعناية قدميه.. الخ فهو يقي نفسه من تفاقم حالته الصحية وكما ان نسبة كبيرة من المرضى كان لديهم جانب تثقيفي والذي ساهم في التزامهم كونه يعتبر الحجر الاساس في العمليات العلاجية لان المريض لا يتحكم فيه طبيعة المرض او العلاج فحسب وانما معتقدات المريض ودرجة تثقيفه هو ما يتحكم في مرضه لأن المرضى الاقل اطلاعا على مرضهم والدواء الخاص بهم يكونوا اقل التزاما حيث أكدت هذه الفكرة

دراسة Schwartz et al ان 21% من المرضى الذين يرتكبون اخطاء كبيرة فيما يخص الالتزام لديهم غموض في البيانات المتعلقة بأمراضهم وعلاجهم فمعرفة هذه المعلومات تؤثر على قراراتهم(لكحل، 2011، 52).

ويعزي الباحثين هذه النتيجة الى الاسلوب الرئيسي القائم في النظام الصحي لأن لولا هذا الاسلوب والاهتمام الكبير من قبل وزارة الصحة لما توصلنا هذه النتيجة أي أننا وصلنا الى مستوى التزام متوسط.

2. مناقشة الفرضية الثانية:

أكدت نتيجة الفرضية الثانية ان مستوى جودة الحياة لدى المصابين بداء السكري كانت بدرجة متوسطة حيث قدر للعينة الكلية ب (85.1000)، وهذا ما أكدته نتائج الجدول رقم(28)، وهذا ما يؤكد ان كل افراد العينة راضين عن جودة حياتهم بدرجة متوسطة كما توافقت دراستنا مع دراسة ميامن والتكماجي (2014)، دراسة هدفت الى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كان متوسطا.

وكدراسة كولار -كاترن- رسنر (1996) حول جودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري المعتمد على الانسولين حيث اسفرت نتائجها على متوسط درجات الفرد في مقياس الأداة على جودة الحياة متوسط.

وترى الطالبان ان حصول افراد العينة على مستوى جودة حياة متوسط قد يرجع الى حرص المرض على توفر كافة الاسباب الممكنة لتعزيز قدرتهم على مواجهة مشاكل الحياة وضغوطها وهذه نتيجة منطقية لأنه عندما يدرك المريض بأن مقومات جودة حياته في قمة جيدة ومقبولة وراضي عنها ويتمتع بقدرة جيدة لاشباع حاجياته المهمة في حياته وانه راضي عن حالته من كل الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية.. ويدرك أن علاقته جيدة وداعمة

من جهة أخرى خاصة عند المصابين بالأمراض المزمنة بما فيه داء السكري فان معظم حاجياته ستكون بسيطة.

كما اشار (ابراهيم ماسلو) في نظريته في مبدأ اشباع الحاجات ان اساس جودة الحياة يكمن في اشباع الحاجات كمكون أساسي فكلما استطاع الفرد ان يشبع حاجاته الأساسية (نفسية، عاطفية، اجتماعية) وتحقيق ما يهدف له شعر بالرضا عن نفسه وتمتع بالصحة وعلاقات ايجابية (ربيع، مقروس، 2022، ص55).

كما يمكننا القول ان الاستمتاع بالحياة تعتر من أهم الأهداف التي يسعى لها كل شخص وعليه فإن الفرد اذا أصيب بأمراض خاصة اذا كان هذا المرض مرض مزمن وانه يبقى معه طوال حياته، فهذه الفكرة لوحدها قد تسبب له مشكلة نفسية وحتى جسمية وهذا من شأنه أن تولد له بعض الحالات لداخلية مثل القلق، الخوف..، ولكن عينة دراستنا أسفرت على وجود مستوى مرتفع لجودة الحياة لدى المصابين وتعتبر من اهم النتائج وكما انها هي الدراسة الوحيدة التي خرجت بهذه النتائج اي ان جودة الحياة مرتفعة وعلى الرغم من أن بعض الحالات تم بتر احد اعضاء جسمهم الا ان نوعية حياتهم مازالت جيدة خاصة لدى كبار السن لأن لديهم ثقة كبيرة بالله عزوجل، وهذا ما حسن جودة حياتهم وبالرغم ومن تقاوم حالتهم الا انهم مازالوا ينظرون للحياة بمنظار ايجابي كما أنهم راضين عن حالتهم الصحية وايضا نظرتهم الى هذه الحالة التي يعيشونها ليست عاجز يمنعهم عن القيام بأعمالهم كما أن نظرتهم لبنائهم الجسدي يتغير بعد عملية البتر.

3. مناقشة الفرضية الثالثة:

ومن اجل تحقيق هذه الفرضية استعمل معامل بيرسون لمعرفة العلاقة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى مرضى السكري، والتي توصلت نتائجها الى عدم وجود علاقة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن جودة الحياة لا تقتصر على الالتزام الصحي لدى مرضى السكري بل ترتبط بتحقيق مجموعة من الحاجيات لأنهم بالرغم من اصابتهم بالمرض الا انهم مازال لديهم اسلوب حياة ايجابية كما انهم يتعايشون مع حالتهم الصحية بطريقة لا تؤثر على نوعية حياتهم أي ان المريض سواء كان ملتزم او غير ملتزم فهذا لا يؤثر عن جودة حياته بل يؤدي المرض لديهم الى اكتساب العديد من السلوكيات الايجابية والتي تمثل له مرحلة من الاشباع والتوافق مع أنفسهم وطموحهم التي ترفع نسبة تقديرهم لذاتهم لكي لا يحسون بالعجز امام مرضهم وهذا يعد بمثابة أسلوب تكيفي مقبول بالنسبة لهم لأن مرضى السكري دائماً ما يشعرون بالانفعال والمنافسة والذي يزيد في معنى الحياة لديهم وهذه العوامل تزيد من معايشة الفرد لمرضه

كما تناقضت نتائج فرضيتنا مع العديد من الدراسات السابقة كدراسة Efrsini,2006 حول الالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري ومعرفة طبيعة العلاقة بينهما وقد أسفرت نتائجها عن وجود علاقة بين جودة الحياة والالتزام العلاجي لدى عينة الدراسة.

وكدراسة Malipa& al 2013 حول الالتزام وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السكري والتي خرجت بنتائج تؤكد أنه توجد علاقة ارتباطية بين الالتزام وجودة الحياة

وكدراسة ixbal& al,2017 أن جودة الحياة ترتبط ببعض مؤشرات الالتزام الصحي حيث اجرت الدراسة حول جودة الحياة لدى مرضى النوع الثاني من داء السكري واتضح من خلال الدراسة ارتباط كل من عدد الادوية الموصوفة والالتزام بالدواء والرضا عن العلاج بجودة الحياة لدى عينة الدراسة، وعلى الرغم من ان معظم الابحاث خرجت بنتيجة انه توجد علاقة ارتباطية بين الالتزام الصحي وجودة الحياة الا ان نتائج بحث دراستنا اسفرت على انه لا توجد علاقة بينهما والتي ميزت دراستنا وجعلتها ذات قيمة عالمية وكما انها إضافة نظرة جديدة للتراث النظري في علم النفس الصحة.

الخاتمة

خاتمة:

ان مرض السكري هو أحد الأمراض السكوسوماتية الأكثر انتشارا في العالم فهو يمس كل الشرائح ومختلف الأعمار، ان هذا المرض يزداد خطورة مع عدم اهتمام المريض بالعلاج الموصوف لأن الفرد هو الوحيد والمسؤول عن صحته لذلك عليه الامتثال للعلاج واحترام نوع مره سواء كان من الدرجة الأولى او من الدرجة الثانية نستنتج من خلال ما سبق ان الالتزام الصحي خاصة للمرضى المزمنين مشكلة صحية تفرض عبئا ثقيلًا على عاتق الأنظمة الصحية كما أن لهذا المرض مضاعفات خطيرة قد تسبب في وفاة المصاب والسبيل الوحيد للتأقلم مع المرض الالتزام بمعناه الصحيح من كل جوانبه.

ان دراسة الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بالسكري، عبارة عن التفاتة منا لهذه الفئة التي تكون نصف المجتمع، خاصة ودوره في الادارة الجيدة للمرض والتخفيف من أعراضه والوقاية من المضاعفات وذلك بإتباع التوصيات والارشادات الطبية التي تعمل بدور نجاح الخطة العلاجية

ان الالتزام بالعلاج بشكل عام الأمر الذي من شأنه الانعكاس بشكل ايجابي على الصحة النفسية والجسدية والاجتماعية لمرضى، ونظرا للأهمية الاكلينيكية للالتزام الصحي فقد سعى العلماء لتعزيز الالتزام بالعلاج لدى المرضى من خلال استراتيجيات متنوعة، والتي يمكن ان توظف من قبل مقدمي الرعاية الصحية، مثل زيادة وعي المريض بالأخطاء والمضاعفات الناجمة عن المرض وتعزيز ثقتهم بنفسهم وبقدراتهم على اتباع العلاج وتدريبهم على الرعاية الذاتية وادارة مرضهم، ونوعية محيطهم بدور المساندة الاجتماعية

وفي الأخير توصلت دراستنا الحالية الى النتائج التالية:

- أن مستوى الالتزام الصحي لأفراد العينة متوسط.
- أن مستوى جودة الحياة لعينة الدراسة متوسط أيضا.

- كما أنه لا توجد علاقة بين متغيري الالتزام الصحي وجودة الحياة، حيث أن الفرضية لم تتحقق بوجود علاقة بينهما.

نستنتج في الأخير أنه ليس بالضرورة أن تكون هناك علاقة بين الالتزام وجودة الحياة فليس كل المرضى يتمتعون بجودة حياة جيدة نتيجة التزامهم بالبروتوكول العلاج.

الاقتراحات والتوصيات:

استنادا الى النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية، يمكن تقديم جملة من الاقتراحات والتوصيات والمتمثلة في النقاط التالية:

- ضرورة تسليط الضوء على هذه الفئة بشكل أكثر وذلك بالقيام بدراسات معمقة تشمل جميع الفئات العمرية ولما لا تشمل الجزائر ككل في احصاء نسبة السكري.
 - تحسين القائمين بالرعاية الصحية بأهمية الالتزام الصحي وتحسينه وضرورة توعية المرضى وتزويدهم بالمعلومات المتعلقة بمرضهم.
 - تشجيع البحوث في ميدان علم النفس الصحة وخاصة الامراض المزمنة
 - التفكير في انشاء بحوث جامعية مشتركة مع المؤسسات العمومية الاستشفائية لتسهيل تعامل الباحثين مع تبادل الخبرات
 - ننصح بوجود القيام بدراسات مقارنة حول مرض السكري في فئة المرهقن الملتمزمين بالعلاج والغير الملتمزمين مع بناء مقاييس نفسية متوسعة
- أقترح على الاخصائيين النفسانيين بالرعاية والمتابعة النفسية لهؤلاء المرضى باعتبار هذا المرض مزمن ويجب التعايش معه لتحقيق توازن في الحياة.

قائمة المراجع

1. المراجع باللغة العربية:

1. ابو حلاوة، محمد السعيد،(2010)، جودة الحياة، المفهوم والأبعاد، فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، القاهرة.
2. أبو هاشم محمد،(2010)، النموذج لبنائي العلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمس للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، العدد81، جامع الزقازيق
3. بخوش نوري، حميداني خرفية،(2016)، جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور، دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات، الجلفة: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
4. برغوتي توفيق،(2018)، مشكلات الصحة النفسية للأطفال في الجزائر في الجزائر الواقع والحلول (مطبعة مركز البحث في العلوم الاسلامية والحضارات)، الأغواط.
5. بكر جوان،(2013)، جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين،(ط1)، الجزائر: منشورات مخبر القياس والدراسات النفسية، دار قرطبة للنشر والتوزيع.
6. بوكري سارة،(2019)، مستوى الالتزام بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، دراسة استكشافية بمستشفى محمد بوضياف،(مذكرة ماستر،جامعة قاصدي مرباح): ورقة.
7. بيلوس،(2013)، مرض السكري، (هنادي، مزبودي)، (ط1)، 1434^{هـ}-2013^م، دار المؤلف.
8. تيسير الياس شواشن أحمد اسماعيل هاشم،(2018)، علم النفس الاكلينيكي، العلوم والممارسة والثقافة،(ط1)، دار الفكر.
9. جعفر سارة، (2018)، التوافق الزوجي لدى المصابة بداء السكري دراسة عيادية لأربع حالات في ولاية بسكرة، مذكرة ماستر، جامعة محمد خيضر ببسكرة.

10. خنفار سامرة، بوصبع عائشة، (2017)، اشكالية تقبل العلاج ونوعية الحياة لمرضى السكري، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، المسيلة: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف.
11. رويحة أمين، (1973)، داء السكري أسبابه أعراضه طرق مكافحته، (ط1)، دار القلم بيروت، لبنان.
12. الزروق فاطمة، (2015)، علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه، البليدة الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
13. زعابطة سيرين هاجر، (2015-2016)، فاعلية برنامج وقائي مقترح قائم على نظرية دافع الحماية في خفض التفاؤل غير الواقعي وتنمية سلوك السياقة الآمنة لدى السائقين، أطروحة دكتوراه مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس العيادي، تخصص: علم نفس الصحة، جامعة باتنة 1.
14. زعروري سعاد، عساسي فايزة، (2021)، فعالية الذات وعلاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى ضغط الدم، جامعة محمد خيضر: بسكرة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
15. زلوف منيرة، (2011)، المعاش النفسي لدى المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين وأثره على مستوى التحصيل الدراسي.
16. زناد دليلة، (2019)، علم النفس الصحي، (ط2)، الجزائر: دار الخلدونية.
17. زهرة غريس، (2018)، تقبل العلاج لدى المرأة المتزوجة المصابة بالقصور الكلوي المزمن والخاضعة للدياليز، دراسة عيادية لثلاثة حالات بمصلحة تصفية الدم، مستشفى بشير بن ناصر بسكرة، مذكرة لنيل شهادة ليسانس علم النفس العيادي، بسكرة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر.

18. زيادة رشيدة،(2022)، مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقتها بقلق المستقبل، دراسة ميدانية بجمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم،جامعة ابن خلدون: تيارت، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
19. سارة بوكري،(2019)، مستوى الالتزام بالسلوك الصحي لدى مرض السكري، دراسة استكشافية بمستشفى محمد بوضياف، ورقلة: علوم اجتماعية، الشعبة علم النفس تخصص علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح.
20. شريقي، رولا رضا،(2013)، فاعلية برنامج ارشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري (رسالة دكتوراه في الارشاد النفسي غير منشورة)، جامعة دمشق.
21. شيخي مريم،(2013)، طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، دراسة ميدانية في ظل المتغيرات، رسالة ما جيستير، جامعة تلمسان، الجزائر.
22. شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر داود،(2008)، علم النفس الصحي،(ط1)، عمان، دار الحامد.
23. صالح اسماعيل عبد الله الهمص،(2010)، قلق الولادة لدى أمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقتها بجودة الحياة، الجامعة الاسلامية، غزة.
24. صورية عبد الصمد،(2019)، الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د.)، في علم النفس تخصص علم الصحة الاكلينيكية، باتنة: جامعة باتنة.
25. عبد الله ، جاسم محمد المرزوقي محمد،(2008)، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر-السكر، دار الفكر العلم والايمان.
26. كريبع خديجة بنت محمد، طعي عائشة الهام،(2021-2022)، مساهمة التفاؤل والمساندة الاجتماعية في التبوؤ بالاستجابة للعلاج الكيميائي لدى عينة من

- مرضى السرطان، دراسة ميدانية على عينة من مرضى السرطان بولاية الاغواط،
مذكرة ماستر: تخصص علم النفس العيادي، جامعة الأغواط.
27. لخضر عمران، (2008)، الاصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى
المصابين دراسة ميدانية بالمستشفى النهائي لمرض السكري بوادي العثمانية، جامعة
الحاج لخضر، باتنة: كلية الآداب والعلوم الإنسانية.
28. لكحل رفيقة، (2011)، تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى
ارتفاع ضغط الدم، جامعة الحاج لخضر، باتنة: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
والعلوم الإسلامية.
29. مبارك، بشرى عناد، (2012)، جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى
النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الأدب، العدد 99، جامعة ديالي.
30. المرزوقي جاسم عبد الله، (2008)، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض السكري،
(ط1)، العلم والايمان للنشر والتوزيع، عمان.
31. معمري بشير، (2012)، علم النفس الايجابي اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل
الانسانية، الجزائر: دار الخلدونية.
32. معمري بشير، (2020)، جودة الحياة تعريفاتها محدداتها مظاهرها أبعادها،
جامعة محمد الأمين دباغين، سطيف 2، أعمال الملتقى الوطني الأول.
33. نبيلة بوعافية، صهيب سامعي، (بدون سنة)، الالتزام الصحي والامراض المزمنة،
مرض السكري نموذجا، جامعة البليدة 02: قسم العلوم الاجتماعية.
34. نخبة من الأساتذة في جامعات العالم العربي، (2005)، طب المجتمع، الكتاب
الطبي، الجامعي (ب ط)، الناشر أكاديميا شارع فردان.
35. Catherinea, sanderson، (2019)، علم النفس الصحة، قيم العلاقة بين العقل
والجسد، (مراد علي عيسى، شواش تيسير الياس)، دار الفكر: المملكة الاردنية
الهاشمية.

2. المراجع باللغة الاجنبية:

37. Julia Russell,(2005), Introduction to Psychology For Health carers, united Kingdom, Nelson thornes LTD,108,109,104,122,123.

3.مواقع إلكترونية :

[http:// patideas.org/2016/11/13 pt.barriers.](http://patideas.org/2016/11/13/pt.barriers)

<https://www.elaosboa.com/625937/>

الساعة : 10:20 د (<http://www.search-academy.com>)

الملاحق



ترخيص بالزيارة

إلى السيد: محمد بن بلقيس الأخصائي النفسي
الاحتياطي ٤٤٥ ستر

في إطار ربط المعارف النظرية بالواقع المعاش ، و تجسيدا للتعاون بين الجامعة و المؤسسات
التربوية و الاجتماعية و الصحية (التوسمية و الخاصة) ، و كذا المؤسسات الثقافية
و الاقتصادية و ايماننا بضرورة تفتح الجامعة على محيطها ، فانتنا نلتئم من سيادتكم مد
يد المساعدة للطلبة :

عشور محمد صبيح

بنا سعد سعاد

و هذا في إطار دراسة ميدانية حول : ...صحة العقل ...الاسترخاء و علاقتهم بوجوده

الزيارة لدى : المهاجرين بالسنكرو

تساهم و تساعد الطلبة : في بحثه لنيل شهادة : الماجستير

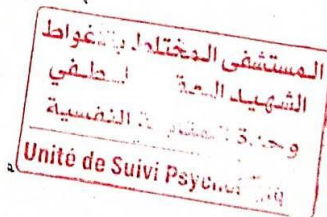
الأغواط في : /.../.....

رئيس القسم

قسم علم النفس وعلوم

الارطوفونيا

تتأرقف سمادية



مقياس الالتزام الصحي

أخي الكريم... أختي الكريمة

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تقيم السلوكيات اليومية المرتبطة بمرضك (مرض السكري) المطلوب منك قراءة كل عبارة بدقة ووضع علامة (X) أمام الاختيار المناسب والعبارة التي تنطبق عليك أرجو أن تجيب بصدق على كل عبارة، وتأكد بأن اجابتك ستبقى سرية وتستخدم لأغراض علمية.

معلومات أولية:

- الجنس: ذكر أنثى
- السن: أقل من 20 سنة من 21-30 من 31-40
- من 41-50 من 51-60 أكثر من 60
- تاريخ بداية المرض: أقل من 5 سنوات من 5 إلى 10 سنوات

الحالة الاجتماعية:

- متزوج(ة) مطلق(ة) عازب(ة) أرمل(ة)

المستوى التعليمي:

- أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

نوع النشاط:

- عامل(ة) بطال(ة) ممتدرس(ة) متقاعد(ة)

الرقم	العبارة	لا	أحيانا	غالبا
1	أشترى الأدوية قبل أن تتفد الكمية المتبقية			
2	أفضل تناول الأعشاب المساعدة لخفض السكري			
3	أحمل أدويتي معي عند السفر أو عند غيابي عن المنزل			
4	يقلقني تناول الدواء بشكل مستمر			
5	يبدو لي أن لدي الكثير من الأدوية			
6	أقوم بأخذ الدواء في أوقاته المحددة			
7	أتقيد بجرعات الدواء المحددة من طرف الطبيب			
8	أحرص على الحصول على الدواء الذي يصغه لي الطبيب			
9	أقوم بالتحاليل الطبية التي يطلبها الطبيب مني			
10	أعتقد أن اجراء الفحوصات الطبية بشكل دوري مضيعة للوقت			
11	أفضل التردد على الأطباء المختلفين للكشف عن حالتي الصحية			
12	يحصل ان لا اتناول دوائي لاعتقادي بأنه يضرني أكثر مما ينفعني			
13	التزم بحضور المواعيد الطبية			
14	لم اتعود على نظام الرعاية الطبية			
15	أقوم بزيارة الطبيب قبل نفاذ كمية الدواء			
16	أتجنب الأغذية التي تحتوي على السكريات			
17	ألتزم بتناول الأطعمة المفيدة والصحية			
18	عادة ما أتناول الوجبات الحلوة كما أضيف السكر للأطعمة			
19	أكثر من تناول المشروبات الطبيعية			
20	أتبع حمية غذائية للتحسن من حالتي الصحية			
21	ألجأ لتخفيض وزني كلما زاد			

			أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتي	22
			قبل بداية أي تمرين أقوم بفحص عام	23
			أتجنب أنواع الرياضات التي تتطلب مجهودا كبيرا	24
			أتقيد بالبرامج الرياضية أثناء الأسبوع	25
			وجدت صعوبة أثناء ممارستي للرياضة	26
			أمارس الرياضة بمفردي أو جماعة	27
			حرصت على التباعد أثناء الكوفيد	28
			أحرص على حماية جسدي من الخدوش أثناء العمل	29
			أختار الحذاء المناسب لقدمي	30
			أهتم بالعناية بقدمي بشكل يومي	31
			أحرص على شرب الماء بصفة منتظمة	32
			أنظم أوقاتي في النوم	33
			أبتعد عن كل ما يسبب لي الضغوط والتوتر	34
			أراقب بشكل مستمر نسبة السكر في دمي	35
			أشاهد الأشرطة الطبية حول السكري	36
			أحاول الاطلاع على كل المعلومات المتعلقة بمرضي	37
			أحرص على حضور اللقاءات الجموعية حول السكري	38

مقياس الالتزام الصحي بعد حذف البنود

مقياس الالتزام الصحي

أخي الكريم... أختي الكريمة

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تقيم السلوكيات اليومية المرتبطة بمرضك (مرض السكري) المطلوب منك قراءة كل عبارة بدقة ووضع علامة (X) أمام الاختيار المناسب والعبارة التي تنطبق عليك أرجو أن تجيب بصدق على كل عبارة، وتأكد بأن اجابتك ستبقى سرية وتستخدم لأغراض علمية.

معلومات أولية:

- الجنس: ذكر أنثى
- السن: أقل من 20 سنة من 21-30 من 31-40
- من 41-50 من 51-60 أكثر من 60
- تاريخ بداية المرض: أقل من 5 سنوات من 5 الى 10 سنوات

الحالة الاجتماعية:

- متزوج(ة) مطلق(ة) عازب(ة) أرمل(ة)

المستوى التعليمي:

- أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

نوع النشاط:

- عامل(ة) بطال(ة) ممتدرس(ة) متقاعد(ة)

الرقم	العبارة	لا	أحيانا	غالبا
1	أشتري الأدوية قبل أن تنفذ الكمية المتبقية			
2	أفضل تناول الأعشاب المساعدة لخفض السكري			
3	أحمل أدويتي معي عند السفر أو عند غيابي عن المنزل			
4	يقلقني تناول الدواء بشكل مستمر			
5	أقوم بأخذ الدواء في أوقاته المحددة			
6	أتقيد بجرعات الدواء المحددة من طرف الطبيب			
7	أحرص على الحصول على الدواء الذي يصغه لي الطبيب			
8	أفضل التردد على الأطباء المختلفين للكشف عن حالتي الصحية			
9	الترم بحضور المواعيد الطبية			
10	لم اتعود على نظام الرعاية الطبية			
11	أقوم بزيارة الطبيب قبل نفاذ كمية الدواء			
12	أتجنب الأغذية التي تحتوي على السكريات			
13	ألتزم بتناول الأطعمة المفيدة والصحية			
14	عادة ما أتناول الوجبات الحلوة كما أضيف السكر للأطعمة			
15	أكثر من تناول المشروبات الطبيعية			
16	أتبع حمية غذائية للتحسن من حالتي الصحية			
17	ألجأ لتخفيض وزني كلما زاد			
18	أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتي			
19	قبل بداية أي تمرين أقوم بفحص عام			
20	أتجنب أنواع الرياضات التي تتطلب مجهودا كبيرا			
21	أتقيد بالبرامج الرياضية أثناء الأسبوع			
22	وجدت صعوبة أثناء ممارستي للرياضة			
23	أمارس الرياضة بمفردي أو جماعة			

			24	حرصت على التباعد أثناء الكوفيد
			25	أحرص على حماية جسدي من الخدوش أثناء العمل
			26	أختار الحذاء المناسب لقدمي
			27	أهتم بالعناية بقدمي بشكل يومي
			28	أحرص على شرب الماء بصفة منتظمة
			29	أنظم أوقاتي في النوم
			30	أبتعد عن كل ما يسبب لي الضغوط والتوتر
			31	أراقب بشكل مستمر نسبة السكر في دمي
			32	أشاهد الأشرطة الطبية حول السكري
			33	أحاول الاطلاع على كل المعلومات المتعلقة بمرضي
			34	أحرص على حضور اللقاءات الجموعية حول السكري

الملحق رقم 02: مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة

إعداد (منظمة الصحة العالمية)

تعريب (د/بشري اسماعيل أحمد) 2008

الجنس: العمر:

التعليمات :

بهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها ، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة ، فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يناسب مع رأيك الشخصي عن البنود دلالية ، و أمام كل منها خمس إختيارات و عليك تحديد إختيار واحد يناسبك بوضع علامة (V) عند هذا إختيار ، ولاحظ جيدا أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند ، ولا تترك أي بند بدون الإجابة عنه ، و ثم أن اجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد سوى الباحثة والأغراض البحث العلمي .

م	العبارة
1.	ما هو تقديرك لجودة الحياة ؟ (أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (هـ) جيدة جداً
2.	ما هو مدي رضاك عن حالتك الصحية ؟ راضي جداً (ب) راضي نوعاً ما (ج) اور راضي نوعاً ما (د) لا راضي ولا الغير راضي (هـ) غير راضي أبداً
3.	من رأيك إلى أي مدي يمكن أن يؤدي مرضك إلي عجزك عن القيام بالعمل ؟ (أ) ليس دائماً (ب) درجة قليلة (ج) درجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
4.	حتي تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها ؟ (أ) ليس دائماً (ب) درجة قليلة (ج) درجة متوسطة (3) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
5.	ما مدي استمتاعك بالحياة ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
6.	ما مدي شعورك بوجود معني لحياتك ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
7.	إلي أي مدي يمكنك تركيز عقلك ببساطة ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
8.	ما مدي شعورك بالأمن في الحياة ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
9.	ما مدي الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
10.	هل لديك الكفاية و الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة
11.	هل أنت منقبل لبنانك الجسدي ؟ (أ) سيئ جداً (ب) سيئ نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيئ ولا جيد (هـ) جيد جداً
12.	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك ؟ (أ) سيئ جداً (ب) سيئ نوعاً ما (ج) جيد نوعاً ما (د) لا سيئ ولا جيد (هـ) جيد جداً
13.	ما مدي توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية ؟

(أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة	
إلي أي مدي تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء ؟	14.
(أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة	
كم أنت قادر علي التنقل هنا وهناك ؟	15.
(أ)ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة	
إلي أي مدي أنت راضي عن نومك ؟	16.
غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (3) جيد نوعاً ما	
مدي رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية ؟	17.
(أ)غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما(هـ) راضي جداً(هـ) راضي جداً	
ما مدي رضاك عن قدرتك علي العمل ؟	18.
(أ)غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
ما مدي رضاك عن نفسك ؟	19.
العمر راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
ما مدي رضاك عن علاقاتك الشخصية ؟	20.
غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
ما مدي رضاك عن حياتك الجنسية ؟	21.
(أ)غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما(هـ) راضي جداً	
كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك ؟	22.
(أ)غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما(هـ) راضي جداً	
ما مدي رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه ؟	23.
(أ)غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً	
ما هو مدي رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع ؟	24.

<p>(أ) غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً</p>	
<p>ما هو مدي رضاك عن مزاجك ورحلاتك ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب) سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً</p>	25.
<p>كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب والقلق ؟ (أ) ليس دائماً (ب) بدرجة قليلة (ج) درجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة</p>	26.

الفرضية 1

T-TEST

/TESTVAL=68

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=الالتزام

/CRITERIA=CI (.95) .

Test t

Statistiquesuréchantillonuniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenneerreur standard
الالتزام	60	80,8833	10,58475	1,36649

Test suréchantillon unique

Valeur de test = 68

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différencemoyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الالتزام	9,428	59	,000	12,88333	10,1490	15,6177

الفرضية 2

T-TEST

/TESTVAL=78

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=جودة الحياة

/CRITERIA=CI (.95) .

Test t

Statistiquesuréchantillonuniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenneerreur standard
جودة الحياة	60	85,1000	14,59940	1,88477

Test suréchantillon unique

Valeur de test = 78

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différencemoye nne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
جودة الحياة	3,767	59	,000	7,10000	3,3286	10,8714

الفرضية 3

```
CORRELATIONS  
/VARIABLES=الالتزام جودة الحياة  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

		الالتزام	جودة الحياة
الالتزام	Corrélation de Pearson	1	,057
	Sig. (bilatérale)		,663
	N	60	60
جودة الحياة	Corrélation de Pearson	,057	1
	Sig. (bilatérale)	,663	
	N	60	60

ثبات مقياس الالتزام

```
RELIABILITY  
  /VARIABLES=د1 د2 د3 د4 د6 د7 د8 د11 د13 د14 د15 د16 د17 د18 د19 د20 د21  
د22 د23 د24 د25 د26 د27  
د28 د29 د30 د31 د32 د33 د34 د35 د36 د37 د38  
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
  /MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombred'éléments
,864	34

ثبات مقياس الجودة

RELIABILITY

```
/VARIABLES=ب1 ب2 ب3 ب4 ب10 ب15 ب16 ب17 ب18 ب5 ب6 ب7 ب11 ب19 ب26 ب20 ب21  
ب22 ب8 ب9 ب12 ب13 ب14 ب23  
ب24 ب25  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	60	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombred'éléments
,852	26

صدق الاتساق الداخلي لمقياس الالتزام

```
CORRELATIONS  
/VARIABLES=د1 د2 د3 د4 د5 د6 د7 د8 WITH الدوائي  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

Corrélations

		الدوائي
د1	Corrélation de Pearson	,573**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	60
د2	Corrélation de Pearson	,609**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	60
د3	Corrélation de Pearson	,552**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	60
د4	Corrélation de Pearson	,272*
	Sig. (bilatérale)	,035
	N	60
د5	Corrélation de Pearson	-,023
	Sig. (bilatérale)	,863
	N	60
د6	Corrélation de Pearson	,591**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	60
د7	Corrélation de Pearson	,476**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	60

8-	Corrélacion de Pearson	,416**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	60

** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélacion est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

صدق الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة

CORRELATIONS
 /VARIABLES=جودة عامة WITHب1 ب2
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

Corrélations

		ب1	ب2
جودة عامة	Corrélacion de Pearson	,705**	,714**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	60	60

** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

CORRELATIONS
 /VARIABLES=صحة جسدية WITH ب3 ب4 ب10 ب15 ب16 ب17 ب18
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

Corrélations

		ب3	ب4	ب10	ب15	ب16	ب17	ب18
صحة جسدية	Corrélacion de Pearson	,352**	,460**	,609**	,741**	,337**	,778**	,752**
	Sig. (bilatérale)	,006	,000	,000	,000	,008	,000	,000
	N	60	60	60	60	60	60	60

** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

خصائص العينة

FREQUENCIES VARIABLES=الجنس السن بداية المرض الحالة الاجتماعية مستوى تعليمي نوع النشاط
/PIECHART FREQ
/ORDER=ANALYSIS.

Fréquences

		Statistiques					
		الجنس	السن	بداية المرض	الحالة الاجتماعية	مستوى تعليمي	نوع النشاط
N	Valide	60	60	60	60	60	60
	Manquant	0	0	0	0	0	0

Table de fréquences

		الجنس			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentagevali de	Pourcentagecu mulé
Valide	ذكر	29	48,3	48,3	48,3
	أنثى	31	51,7	51,7	100,0
Total		60	100,0	100,0	

		السن			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentagevali de	Pourcentagecu mulé
Valide	20 أقل من	8	13,3	13,3	13,3
	21_30 من	7	11,7	11,7	25,0
	31_40 من	7	11,7	11,7	36,7
	41_50 من	8	13,3	13,3	50,0
	51_60 من	11	18,3	18,3	68,3

60 أكثر من	19	31,7	31,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

بداية المرض

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentagevali de	Pourcentagecu mulé
Valide سنوات 5 أقل من	28	46,7	46,7	46,7
سنوات 10 إلى 5 من	19	31,7	31,7	78,3
سنوات 10 أكثر من	13	21,7	21,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

الحالة الاجتماعية

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentagevali de	Pourcentagecu mulé
Valide متزوج	32	53,3	53,3	53,3
مطلق	7	11,7	11,7	65,0
عازب	12	20,0	20,0	85,0
أرمل	9	15,0	15,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

مستوى تعليمي

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentagevali de	Pourcentagecu mulé
Valide أمي	23	38,3	38,3	38,3
ابتدائي	7	11,7	11,7	50,0
متوسط	14	23,3	23,3	73,3
ثانوي	5	8,3	8,3	81,7
جامعي	11	18,3	18,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

نوع النشاط

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentagevali de	Pourcentagecu mulé
Valide عامل	13	21,7	21,7	21,7
بطل	20	33,3	33,3	55,0
متمدرس	10	16,7	16,7	71,7
متقاعد	17	28,3	28,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	