

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

- جامعة محمد بوضياف - المسيلة

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم : النشاط البدني المكيف

تخصص : نشاط بدني مكيف وصحة

سنة ثانية ماستر

1985



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

1985



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

الممارسة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى داء السكري

إشراف :

د . خالد جوادي

إعداد الطالب :

إسحاق تركي

السنة الجامعية 2016/2015



قائمة المحتويات

الصفحة	المحتوى	الرقم
	شكر و عرفان	
	الإهداء	
	قائمة المحتويات	
	قائمة الأشكال	
	قائمة الجداول	
	مقدمة	
	الفصل الاول " الخلفية النظرية والدراسات السابقة "	
06	تمهيد	
	جودة الحياة	.I
10 - 07	تعريفات جودة الحياة	01
11 - 10	نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة	02
14 - 11	أبعاد جودة الحياة	03
15 - 14	مؤشرات قياس جودة الحياة	04
17 - 15	الاتجاهات النظرية المستخدمة في وصف وتفسير جودة الحياة	05
18 - 17	التوجهات النظرية المفسرة لجودة الحياة	06

20 - 19	علم النفس الايجابي وجودة الحياة	07
22 - 20	قياس جودة الحياة	08
23 - 22	أنواع القياسات	09
24 - 23	معوقات تحقيق جودة الحياة	10
25 - 24	جودة الحياة بين الانتقاء و التوجيه	11
26 - 25	مقومات جودة الحياة	12
30 - 27	كيفية تحقيق جودة الحياة	13
30	مبادئ خاصة بجودة حياة العمل	14
	مرض السكري	.II
31	التعريف العلمي لمرض السكري	01
32 - 31	المراحل العمرية التي تتم الإصابة فيها بمرض السكري	02
45 - 32	أنواع مرض السكري :	03
36 - 32	النوع الاول	1.3
41 - 37	النوع الثاني	2.3
42	النوع الثالث : السكر الثانوي	3.3
45 - 42	النوع الرابع : سكر الحمل	4.3
46 - 45	الأعراض العامة لمرض السكري	04
51 - 47	مضاعفات مرض السكري واجهزة الجسم المختلفة	05
58 - 51	الطرق العلاجية لمرض السكري :	06

52 - 51	بدون استخدام الأدوية	07
58 - 53	باستخدام الأدوية	08
58	التوصيات العامة لفحص السكري	09
59	نصائح هامة لمرضى السكري	10
	النشاط البدني لمرضى داء السكري	.III
60	التعريف ببعض المصطلحات	01
61 - 60	ما هو الحد الأدنى للنشاط البدني المعزز للصحة	02
62 - 61	وصفة النشاط البدني لمرضى داء السكري	03
62	متى تحدث حالة انخفاض جلوكوز الدم سواء أثناء النشاط أو بعد النشاط مباشرة	04
63 - 62	في حالة انخفاض جلوكوز الدم ما العمل	05
63	أسس وصفة النشاط البدني	06
65 - 63	كيفية حساب ضربات القلب المستهدفة بغرض تنمية اللياقة القلبية التنفسية	07
66	خ_____لاصة	08
70 - 67	الدراسات_____السابقة	
71	توظيف الدراسات_____السابقة	
	الفصل الثاني: "الإطار العام للدراسة"	
74 - 73	المفاهيم والمصطلحات	01
77 - 75	الإش_____كالية	02

78	أهداف الدراسة	03
78	أهمية الدراسة	04
78	فرضيات الدراسة	05
الفصل الثالث "الإجراءات الميدانية للدراسة"		
80	تمهيد	01
81 - 80	الدراسة الاستطلاعية	02
81	المنهج المتبع في الدراسة	03
81	مجتمع وعينة الدراسة	04
84 - 82	أدوات جمع البيانات والمعلومات	05
85	إجراءات التطبيق الميداني	06
86	الأساليب الإحصائية	07
الفصل الرابع : " عرض النتائج ومناقشتها "		
	عرض النتائج وتحليلها	01
	مناقشة نتائج الفرضيات	02
الفصل الخامس : " استنتاجات واقتراحات "		
	استنتاج عام	01
	اقتراحات	02
	قائمة المراجع	
	قائمة الملاحق	

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
12	مكونات جودة الحياة	01
13	مجالات جودة الحياة	02
24	معوقات تحقيق جودة الحياة	03
32	النسب المئوية للمصابين بداء السكري حسب العمر	04
41	أهم الفروق الموجودة بين النوع الأول والنوع الثاني لمرض السكري	05
57	أنواع الأنسولين الشائعة الاستخدام في الوقت الحاضر وخواصها	06
59	الأدوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم	07
64	شدة الجهد البدني تبعا للنسبة من ضربات القلب القصوى او احتياطي ضربات القلب القصوى .	08
89	العلاقة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى مرضى داء السكري	09
90	الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين بين الذكور والإناث	10
91	الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير العمر	11
92	الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير نوع المرض	12
93	الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير طبيعة الإصابة بالمرض	13
94	الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير الحالة المادية	14
96	الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين و غير الممارسين	15

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
15	العاملين الأساسيين في جودة الحياة	01
21	العوامل الستة لجودة الحياة حسب rutt et keyes	02

شكر وتقدير



قال الله سبحانه وتعالى: " وسيجزى الله الشاكرين " صدق الله العظيم.

يا رب شكرك واجب محتم
ها أنا بالشكر أتكلم
عدا النجوم بعرض السماء مقدارا
برضيك أني بعد شكرك مسلم
مالي أرى الإله تحيطني
من كل نحب ثم لا أتكلم
دعني أحدث بالنعيم فإني
ممن يقر ولست ممن أتكلم

نحمد الله حمدا كثيرا طيبا كثيرا وشكركه شكرا جزيلا الذي كان فضله كريما بحمده لأنه سهل لنا المبتغى وأعاننا على إتمام هذا العمل الذي تسأله أن يكون خالصا لوجهه الكريم.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذنا الفاضل والمشرف عني وعلى مذكري الدكتور "خالد حوادي" والذي لم يبخل علي بتوجيهاته ونصائحه القيمة، ومنحنا منهجية البحث العلمي المثلى وقد لا تؤدي الكلمات معناها بصدق وقد لا يكون الاعتراف في مستوى الإقرار بالجميل والشكر الجزيل للدكتور على التوجيه والنصائح القيمة الثمينة التي قدمها لنا، أشكره جزيل الشكر ونحيي فيه تلك الشخصية المميزة بكل ما تحمله من أخلاقيات وروح سامية بعيدا عن المجاملة.

Ieroivic Ishak

الهدايا

قل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون

صدق الله العظيم

"كن عالماً.. فإن لم تستطع فكن متعلماً ، فإن لم تستطع فأحب العلماء ، فإن لم تستطع فلا تبغضهم"

إلى من أرضعتني الحب والحنان

إلى رمز الحب وبلسم الشفاء

إلى القلب الناصع بالبياض (الزهرة والدي الحبيبة)

إلى من جرع الكأس فارغاً ليسقيني قطرة حب

إلى من كلت أنامله لي قدم لنا لحظة سعادة

إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم

إلى القلب الكبير (والدي العزيز رشيد)

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي (أختي العزيزتين سعاد و كريمة)

إلى أخوتي ورفقاء دربي وهذه الحياة بدونكم لاشيء معكم أكون أنا وبدونكم أكون مثل أي شيء

(عادل، خليل، و المازوزي محمد)

الآن تفتح الأشرطة وترفع المرساة لتسقط السفينة في عرض بحر واسع مظلم هو بحر الحياة وفي هذه الظلمة

لا يضيء إلا قنديل الذكريات ذكريات الأخوة البعيدة إلى الذين أحببتهم وأحبوني (أصدقائي الأعزاء

صابر، حلیم، ادهم، يوسف، زاكي، يعقوب، جلال، علاء، منير محمد)

تحية كبيرة إلى ابن عمي في الغربة مراد. وإلى الكتكوتة رماس

إلى كل الأصدقاء في اللغة الفرنسية

إلى كل الأهل و الأقارب

و إلى كل من لم تحمله مذكريتي و حملته ذاكريتي

TORKI

A
M
A
N

MAMA

ishak

مقدمة :

اتسم العصر الحالي أو ما يسمى بالعصر الحديث بالتقدم والتطور في شتى المجالات ، سواء كانت اقتصادية أو أو تكنولوجية أو اجتماعية أو ثقافية . ولقد كان لهذا التطور دورا إيجابيا على حياة الكائن البشري حيث وفر للأفراد سبل العيش والحياة الكريمة ، والعيش في رفاه و رخاء ، بعيدا عن حياة الضنك والتعب التي كان يعيشها قديما . وكما لهذه التكنولوجيا والتقدم محاسن وإيجابيات فإنها لا تخلو من النقائص والعيوب ، ومن عيوب التقدم العلمي في العصر الحديث استغناؤنا عن ممارسة الرياضة وتكاسلنا عنها واللامبالاة بها وهذا ما يجعل عضلات أجسامنا في حالة ضعف وارتخاء وقلة الممارسة لها خطورة كبيرة على صحة الجسم .

وكنتيحة حتمية للدلائل القوية التي تشير إلى العلاقة الوثيقة بين الممارسة الرياضية من جهة وصحة الإنسان النفسية والعضوية من جهة أخرى ، صدرت العديد من التوصيات والوثائق من قبل المنظمات والهيئات المتكفلة والمهتمة بصحة الإنسان ، تؤكد على الممارسة الرياضية وإتباع نمط حياة أكثر حركة ونشاط . ومن بين هذه الوثائق على سبيل المثال : ما صدر من قبل منظمة الصحة العالمية سنة 2004 التي توجت اهتماماتها بهذا الموضوع واستراتيجياتها الدولية للغذاء والنشاط البدني (WHO 2004) .

وعليه فقد طرأ تطور وتغير كبير في الآونة الأخيرة على مفهوم الممارسة الرياضية ، و مزاولة التمارين الرياضية والحاجة الماسة إليها من قبل مختلف الأعمار لكلا الجنسين ، بل أصبحت ضرورية لما لها من فوائد مختلفة على الصحة . خاصة ما يسمى باللياقة البدنية للأشخاص السليمين والأشخاص غير السليمين ، وما لها من دور إيجابي وفعال في مكافحة الأمراض والحد من مضاعفاتها . وقد بينت الدراسات أن الأشخاص الذين لا يتمتعون بمستوى لائق من اللياقة البدنية هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة عامة و السكري خاصة وهذا أكدته دراسة Hu, et al,1999 دراسة صحة المرضات الأمريكيات حيث أجريت هذه الدراسة الوبائية الموسعة على أكثر من 70 ألف ممرضة أمريكية في الأعمار من 40 - 65 سنة . لقد كانت متابعتهن في عام 1967 واستمرت لمدة 8 سنوات لاحقة ، أكدت نتائج المتابعة ، بعد ضبط العوامل الأخرى المهياة للإصابة بداء السكري ، أن ممارسة النشاط البدني المعتدل الشدة كالمشي أو المرتفع الشدة قد أدى إلى وقاية المرضات من الإصابة بالسكري من النوع الثاني حيث كانت نسبة الإصابة بداء السكري لدى الممارسات اقل للنشاط البدني اقل مما هي لدى غير الممارسات

وانطلاقاً من الدور الذي تلعبه الممارسة الرياضية في تحسين الحالة الصحية والعضوية لذوي الأمراض المزمنة عامة و مرضى السكري خاصة ، و محاولة العودة بهم إلى الحياة الطبيعية او الاقتراب منها . كما لها الأثر الايجابي في تحسين الحالة النفسية و المزاجية لشخصية الفرد . ولهذا فلقد ركز الطالب الباحث في هذه الدراسة على : الممارسة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري .

وقد أصبح مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة ، والتي تعتبر إحدى المتغيرات الأساسية للشخصية ، وهدف أساسي في حياة الفرد يسعى لتحقيقه المبدعون من فلاسفة وخبراء ومفكرين ، ويؤدي تحقيقه إلى شعور الفرد بالرضا والاستمتاع والبهجة وتحقيق الذات ، والتفاؤل ، و بالتالي التوجه الايجابي نحو الحياة . وترجع أهمية هذا الموضوع إلى الوقت الراهن بحكم طبيعة الحياة وتكيفه الشخصي والاجتماعي واستثمار النواحي الايجابية .

نما نجد كذلك هذا المفهوم ذكر في القرآن الكريم في مواطن عديدة والتي من بينها قال تعالى : **"الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ"** (الرعد : 28). فقد ربط الله تعالى بين اطمئنان القلب واستقرار عمله وبين ذكر الله . إن معظم أمراض العصر تتعلق بالقلب لأنه العضو الأكثر تعرضاً للإجهادات وبخاصة أننا نعيش في عصر التكنولوجيا الرقمية، ولذلك معظم الأبحاث العلمية تسعى لتنظيم عمل القلب واستقرار عمله . السر هنا هو أن ذكر الله تعالى بأكبر عدد ممكن من المرات يمنح ما يلي: قوة واطمئنان في عمل القلب، وشفاء من معظم الأمراض التي سببها القلب. قدرة أفضل على التنفس وتخفيف الإجهادات عن أعضاء جسده وبخاصة الدماغ. التخلص من الخوف والقلق والتوتر.. وتنشيط الخلايا! . زيادة الثقة بالنفس ومزيد من السعادة.. التخلص من هموم الحياة والغم والحزن وإبدال مكانها فرحاً برحمة الله تعالى. التفاؤل والاستبشار والأمل الكبير الذي يملأ حياتك لما ستجده في الآخرة من الأجر والثواب. (المصدر : موقع عبد الدائم الكحيل للاعجاز العلمي)

وتم التركيز على فئة مرضى داء السكري نظراً للعدد الهائل للمصابين بهذا المرض ، حيث تعاني شريحة عريضة منه خاصة في الآونة الأخيرة ، وذلك لأسباب عديدة أهمها قلة الحركة والعزوف عن الممارسة الرياضية . وتعزى خطورة هذا المرض إلى المضاعفات التي يمكن أن تصيب مختلف أعضاء الجسم ولهذا سمي بمرض المضاعفات . وهذا ما جعل منظمة الصحة العالمية أن تعتبره وباءً عالمياً نظراً لعدد المصابين به والذي قدرته ب 230 مليون مصاب .

الفصل الأول

الخطبة الظرفية

والدراسات السابقة

تمهيد:

لا ريب في أن الكائن البشري لا تنحصر مقومات حياته في تأمين الحاجات الأساسية و الضرورية لبقائه بل تتعدى ذلك إلى ما يشمل كل ما يحسن جودة الحياة للفرد ، تتجلى بالأساس في قياس و فهم وبناء مكامن القوة لدى الإنسانية وصولاً إلى توجيه الأفراد و الجماعات و المجتمعات نحو السبيل الأفضل نحو الحياة المتوازنة و الجيدة بالتركيز على التمكين الشخصي و حسن الحال الذاتي في الحياة ، و تختلف وجهات النظر حول مفهوم جودة الحياة وفق الذات الشخص ، أي ما يدركه الشخص وفقاً للمتغيرات البيئية التي تحيط بنا و الإمكانيات المادية و المعنوية و لذلك يمكن أن نعتبره مفهوم نسبي يختلف من إنسان إلى آخر و أصبح موضوع جودة الحياة في السنوات الأخيرة موضع اهتمام العديد من البحوث و الدراسات على الأفراد الأسوياء و غير الأسوياء .

وفي هذه الدراسة اختيرت شريحة من المجتمع وهي شريحة مرضى داء السكري . لان مرض داء السكري في الوقت الحاضر أصبح يعد من أكثر الأمراض انتشاراً في العلم اجمع المتقدم والنامي ، يصيب الأغنياء والفقراء ، الكبر والصغار ، الرجال والنساء وقد أظهرت الدراسات العلمية أن ما يقارب من 5 - 8 % من الأفراد مصابون بمرض السكري ، وكثيراً من المرضى لا تظهر عليهم أعراض المرض . ولا يعرفون أنهم مصابون بالسكر ، وربما يكون وراء هذا الانتشار الرهيب لهذا المرض تغير نوع الطعام والسمنة والرفاهة والقلق والتوترات النفسية والإصابة ببعض الفيروسات وأسباب أخرى . كما سنتطرق في الأخير إلى وصفة النشاط البدني التي من شأنها مساعدة هذه الفئة على ضبط مستوى السكر في الدم والعيش حياة طبيعية والإحساس بالرضا عن الحياة .

I. جودة الحياة :

1 - تعريفات جودة الحياة :

حظي مفهوم جودة الحياة باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد ، و حديثا في مجال علم النفس .

ويشير هارمان (Harman, 1996) إلى مفهوم ظهر في منتصف الستينيات من القرن العشرين ، ثم شاع استخدامه في الدراسات المختلفة كأحد المؤشرات الدالة على الاهتمام برفاهية الفرد في كافة المجالات ، وقد ظهر مفهوم جودة الحياة في الذي تسعى إليه غالبية المجتمعات ، باعتباره وسيلة البداية كمفهوم مكمل لمفهوم الكم quantity لتحسين ظروف الحياة و تحقيق الرفاهية ، وتعددت استخدامات مفهوم الجودة بصورة واسعة في السنوات الأخيرة في جميع المجالات ، مثل جودة الحياة ، و جودة المواد الخام ، و جودة الحياة الزوجية ، و جودة آخر العمر وجودة التعليم ، وجودة المستقبل .

يرى كومنس أنّ مفهوم جودة الحياة " يشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية " .

ويرى ليتوين : " أنّ جودة الحياة لا تقتصر على تدليل الصعاب و التصدي للعقبات و الأمور السلبية فقط ، بل تتعدى إلى تنمية النواحي الايجابية " .

ويرى كلّ من ليمانوجيناس أنّ جودة الحياة « تتمثل في الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والمتعة فيظلا لظروف التي يحياها الفرد » .

يشار إلى أن مفهوم جودة الحياة جاء امتداد للجهود السابقة في علوم أخرى غير علم النفس ، حيث انتظمت بدايات المعرفة لهذا المفهوم في علم الاقتصاد و الاجتماع و بالتالي فإن دراسة بدايات المعرفة لهذا المفهوم من المنظور النفسي قد اكتسب أهمية كبيرة نتيجة إدراك علماء الاقتصاد و الاجتماع و صانعي القرار السياسي ، حقيقة أن الحياة لا تقاس بالأرقام و الإحصائيات وإنما هي في حقيقتها استجابات و مشاعر ، فالزيادة في معدلات النمو الاقتصادي و ارتفاع متوسط دخل الفرد و تحسن مستوى ما يقدم له من خدمات و رفاهية لا يؤدي بالضرورة إلى إشباع حاجاته المتنوعة و إرضاء طموحاته الشخصية و كذلك تأكيد قيمة الإنسانية . (الصاوي والسيد حسن، 2005: 10) .

كما أشار فرانك " : جودة الحياة بأنها حسن إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية و الإبداعية و إثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه و مشاعره و قيمه الإنسانية و تكون المحصلة هي جودة الحياة و جودة المجتمع و يتم هذا من خلال الأسرة المدرسية ، و الجامعة و بيئة العمل و من خلال التركيز على ثلاث محاور هامة هي التعليم ، و التثقيف ، و التدريب ، و كذلك يعرفها فرانك بأنها إدراك الفرد للعديد من الخبرات و بالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل : الغذاء و

المسكن و ما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإيجاز و السعادة وجودة الحياة بالمفهوم الضيق خلو الجسم من العاهات الجسمية " (frank, 2000: 24) .

كما يرى **مصطفى الشرقاوي** جودة الحياة : " كل ما يفيد الفرد بتنمية طاقاته النفسية و العقلية ذاتيا و التدريب على كيفية حلا لمشكلات و استخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة والمبادرة بمساعدة الآخرين و التضحية من أجل رفاهية المجتمع و هذه الحالة تتسم بالشعور وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية و العلاقات الاجتماعية الايجابية و الاستقرار الأسري و الرضا عن العمل و الاستقرار الاقتصادي و القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية و الاقتصادية ، و يؤكد أنّ شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة " . (مصطفى حسن : 200415)

ويرى **روف (Ruff)**: «أنّ جودة الحياة هي الإحساس الايجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدره وذات قيمة ومعنى بالنسبة له واستقلالته في تحديد وجهة ومسار حياته وإقامة لعلاقات اجتماعية ايجابية مع الآخرين كما ترتبط جودة الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة و السكينة و الطمأنينة النفسية (Ryff et al, 2006 : 85-95) .»

ويعرف **(ديني، 2009: 33)** لجودة الحياة مفاده " أنّ جودة الحياة هي الإدراكات الحسية للفرد إتجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية ، و من منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد و كذلك علاقته بأهدافه وتوقعاته وثوابته ومعتقداته وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي و قد وجد الباحثون في العلوم النفسية و التربوية صعوبة في تعريف جودة الحياة : تعريفها محددًا فقد تعددت الآراء حول هذا المفهوم فمثلا عرف تايلور جودة الحياة على أنّها الرضا أي رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة و السعادة كما عرفها جود بأنها امتلاكا لفرص لتحقيق أهداف ذات معنى .

و يشير **حسن مصطفى** إلى جودة الحياة على أنّها "مفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية و الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع ، أو أنّ جودة الحياة تعتبر عن نزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف هذا النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة ، وذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه " .

و**عرف روبن** جودة الحياة بأنها : " الدمج و التكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية و النفسية و الحياة الاجتماعية ، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية

(cognitive comporment) الذي يشمل الرضا satisfaction والمكونات العاطفية

emotional comporment والتي تشمل السعادة " . (Rubin, 2000: 19)

ويرى ريبنيه وآخرون **Reine and al** : «أنَّ جودة الحياة هي إحساس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية ، وأنها تتأثر بأحداث الحياة و العلاجات وتغير حدة الوجدان والمشاعر و أنَّ الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثران باستبصار الفرد .

«Reine ,et al ,2003, 297» .

و كما أشارت سامية الأنصاري إلى رأي " مارتن سيلجمان " حين قال أنَّ الفرد يصبح أكثر سعادة وتفؤلاً عندما يجاور نفسه و يتحدى أفكاره السلبية ويحللها ويقارنها بما يتمتع به من النعم و بالرغم من أن الغالبية تتفق على أن جودة الحياة هدف أساسي و مطلب في حياة الفرد .

و يلاحظ من التعريفات السابقة أنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول تعريف موحد لمفهوم جودة الحياة إلا أنه يمكن القول بأنه مفهوم واسع يمثل إشباع الحياة جزء مهما.و تشير الأدبيات النفسية إلى صعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة ، فهذا المفهوم لا يرتبط بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفرع من فروع العلم ، إنما هو مفهوم

موزع بين الباحثين على اختلاف تخصصاتهم و الملفت للنظر في أن أصحاب كل تخصص يرون أهم الأحق باستخدامه سواء كان تخصصهم علم الاجتماع أو الطب بفروعه المختلفة .أو العلوم البيئية أو الاقتصادية التربوية أو علم النفس ، مثل تعريف كاظم شعور الفرد بالرضا و السعادة و القدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية و الاجتماعية و التعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه

نقلا عن الغندور : أن جودة الحياة من المنظور الاجتماعي إن منظمة اليونسكو UNESCO «United Nations To Educationnel and Science and Culture Organisation» تعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد و هو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية و الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه ذاته وبناء على ذلك فإن لجودة الحياة ظروف موضوعية و مكونات ذاتية .

وتحتل جودة الحياة دورا محوريا في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع ، كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة Quality يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد و بيئته و هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر و أحاسيس الفرد و مدركاته كما يؤكد على أهمية دور البيئة و العوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة . (Rogreson,1999: 969- 968)

و يشير العادلي إلى أنَّ جودة الحياة " قد تتمثل لدى البعض بامتلاك الثروة التي تحقق لهم السعادة في حين يرى البعض الآخر أن الحياة الجيدة هي التي يتوافر فيها فرص العمل والدراسة ويراها آخرون التي يتمكن فيها الفرد من الحصول على مبتغاه دون عناء أو جهد".(العادلي،2006 : 38)

و يشير كلاً من تايلر و بيجدون في تعريفهما لجودة الحياة ، : " بأنها عبارة عن دراسة إحصائية لقياس مدى الشعور بالراحة التي تتوافر عند الإنسان ، من خلال خبرته الحياتية في هذا العالم " .

يلاحظ من التعريفات السابقة أنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول تعريف موحد لمفهوم جودة الحياة إلا انه يمكن القول بأنه مفهوم واسع يمثل إشباع الحياة جزء مهمًا. و أن هذا المفهوم لا يوجد ضمن نظرية محددة ينطلق منها مما جعل العديد من الدراسات تتناول جودة الحياة و اكتفت بتحديد المؤشرات الدالة عليها ، كما اكتفت دراسات أخرى باعتبار المفهوم مؤشر المفاهيم أخرى مثل الصحة النفسية . إنه نتاج التفاعل بين الحالة الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية التي تؤثر على الإنسان . و نشير هنا إلى أدبيات المجال تعريف منظمة الصحة العالمية (1998) بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم ، إذ ينظر إلى جودة الحياة بوصفها :

إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة و أنساق القيم التي يعيش فيها و مدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه ، توقعاته، قيمة، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية ، حالته النفسية ، مستوى استقلالته ، علاقاته الاجتماعية ، اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة .

2- نشأة و تطور مفهوم جودة الحياة :

الفكرة الأولية لجودة الحياة بدأ ظهورها في المناقشات التاريخية لفلاسفة اليونان(أرسطو ، سقراط ، بلاتو) حول طبيعة جودة الحياة و مواصفاتها ، و رغم أن مبدأ مؤشرات جودة الحياة بدأ في الظهور من خلال تطور فكرة المؤشرات الاجتماعية خلال الستينات إلا أن لها جذور في وسائل القياس الاقتصادية خلال القرنين 18 و 19 و أوائل القرن العشرين ، هذه المؤشرات المبكرة و ما حولها انقسمت على نوعين من المؤشرات الكمية و المؤشرات النوعية.

و تطورت دراسات جودة الحياة حيث كانت تركز على موضوع واحد دون النظر إلى علاقته بعوامل أخرى و قد رصدت الدراسة حول موضوع " جودة الحياة " (1990,Riseborough) ثلاث (03) جوانب هامة هي :

الأول : بعد 1970 قلّ الاهتمام في المملكة المتحدة بدراسات جودة الحياة و البحث عن تعريفاتها ضمن المناطق الحضرية و الريفية على العكس من الدول الأخرى التي زاد فيها الاهتمام حول كيفية بحث و فهم هذه المواضيع .

الثاني : عالمياً حظيت جودة الحياة بشعبية في الأوساط الطبية على الرغم من ذلك ، فإن المدخل المتبع كان يغفل عوامل كثيرة مؤثرة في الصحة . و زيادة على ذلك ، فإن أعضاء من منظمة الصحة العالمية (WHO) عام 1947 اقترحوا مفهوماً ضمناً لجودة الحياة و توجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تمّ تعريف الصحة "حالة صحية جيدة" تشمل الجوانب الفسيولوجية و العقلية و الاجتماعية و

في سنة 1978 وسعت (WHO) هذا المصطلح سنة 1992 لتبدأ الدراسات فيه
Hinds(Kinget,1999:16)

و قد تطورت نتيجة ظهور تيار جديد على يد Martin Selgman

3 - أبعاد جودة الحياة :

بعد استعراض العديد من التعريفات لبعض الباحثين حول جودة الحياة و التي خلصوا فيها إلى عدم وجود تعريف محدد و واضح يستند عليه الباحثون لمفهوم جودة الحياة و هذا ما أشارت إليه دراسة كل من " جريج بوغنار"2005 Greg Bognar و دراسة " بارك"2002 Park et al "تيلور و رسينو" 1991 Taylor et Racine "دنيس" و آخرون 1993، و تشير الدراسات إلى أن جودة الحياة مرادفة للدرجة أو المستوى و أنّ جودة الحياة بوجه عام تشير إلى الحياة النفسية ، حتى على الرغم من تضمين الظروف البيئية في بعض التعريفات و التالي ، فإن هذا المفهوم المركب يتم تقييمه بثلاث (03) ظروف هي :

- 1) من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة أو الاستمتاع).
- 2) التقدير الذاتي للرضا في مجالات أو جوانب معينة (العمل، الصحة، العلاقات مع الآخرين).
- 3) البيانات الديموجرافية بالنسبة لجودة الحياة (المؤشرات الاجتماعية والموارد أو العوائق)
frisch, et al, 2005).

و عادة ما يتحدد في مؤشرين :

❖ البعد الذاتي و البعد الموضوعي :

إلا أنّ غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة و يتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل أوضاع العمل ، مستوى الدخل ، المكانة الاجتماعية والاقتصادية وحجم المساندة المتاحة من شبكة العلاقات الاجتماعية .

و مع ذلك تظهر نتائج البحوث أنّ التركيز على المؤشرات لجودة الحياة إلا في جزء صغير من التباين في التقديرات الكلية لجودة الحياة .

و من هنا يتحدد بعدين لجودة الحياة :

3 . 1 . البعد الذاتي : و يقصد بها مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة، شعور الشخص بالسعادة .

3 . 2 . البعد الموضوعي : و تشمل :

- الصحة البدنية
- العلاقات الاجتماعية
- الأنشطة المجتمعية

- العمل
- فلسفة الحياة
- وقت الفراغ
- مستوى المعيشة
- العلاقات الأسرية
- الصحة النفسية
- التعليم . (العارف بالله الغندور، 27.1994)

الجدول رقم (01) يوضح مكونات جودة الحياة

على المستوى الاجتماعي	على المستوى الشخصي	
كيف يشعر الشخص اتجاه مجتمعه وقدراته على المشاركة والتأثير في قرارات المجتمع .	كيف يشعر الشخص اتجاه نفسه وحالته	شخصي - نوعي (الإحساس)
الحالة الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والكفاءة الحكومية .	الحالات الوظيفية مثل التعليم ، طبيعة العمل	موضوعي

في حين يرى باحثون آخرون إلى وجود ثلاث أبعاد لجودة الحياة منها جودة الحياة النفسية أحد مكونات جودة الحياة العامة : الناحية الذاتية : التقييم الشخصي من خلال الرضا و السعادة .

-الناحية الموضوعية : التقييم الوظيفي .

-الظروف الخارجية : المنبهات الاجتماعية (schalock ,2003,25)

إذ يفيد " لاوتن " إلى أن مفهوم جودة الحياة متعدد الأبعاد يتضمن :أبعاده عدة منها:

ما يتضح مع وصف " كاريج جاكسون Craig A. Jackson" 2010 و المصاغ تحت

مسمى الثلاثة بي **The 3 B's** و هي على النحو التالي : (Craig A. Jackson)

أ: الكينونة **Being**

ب: الانتماء **Belonging**

ج: السيرورة **Becoming**

و يوضح الجدول التالي تفاصيل المكونات الفرعية لهذه المجالات .

الجدول رقم (02) يوضح مجالات جودة الحياة

المجال	الابعاد الفرعية	الامثلة
الكينونة (الوجود) Bieng	الوجود البدني Physical bieng	* القدرة البدنية على الحركة و ممارسة الانشطة الحركية . * اساليب التغذية وانواع المأكولات المتاحة
	الوجود النفسي Psychological bieng	* التحرر من القلق و الضغوطات * الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح - عدم ارتياح)
	الوجود الروحي Spirituel bieng	* وجود امل في المستقبل (الاستبشار) * افكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطا
الانتماء Belonging	الانتماء المكاني (البدني) Physical belonging	* الشقة او المنزل التي اعيش فيها * نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد
	الانتماء الاجتماعي Social belonging	* القرب من اعضاء الاسرة التي اعيش فيها * وجود اشخاص مقربين او اصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية)
	الانتماء المجتمعي Community belonging	* توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية ، اجتماعية) * الامان المالي
السيرورة Becoming	السيرورة العملية Practical becoming	* القيام باشياء حول منزلي * العمل في وظيفة او الذهاب الى المدرسة
	السيرورة الترفيهية Leisure becoming	* الانشطة الترفيهية الخارجية (التنزه - الرياضة) * الانشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الاعلام والترفيه)
	السيرورة التطورية الارتقائية Groth becoming	* تحسين الكفاءة البدنية والنفسية . * القدرة على التوافق مع تغييرات الحياة

المصدر : (محمد السعيد أبو حلاوة، 07.2010)

الكفاءة السلوكية: ضبط البيئة أو السيطرة عليها) جودة الحياة المدركة وجودة الحياة النفسية ويؤكد "جونيكير" وآخرون (2004) أن بعد جودة الحياة النفسية المكون المحوري لجودة الحياة بصفة عامة : و هي بالتحديد الخلو من الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي و التقدير الايجابي للذات و الاتزان الانفعالي والإقبال على الحياة و هي نتاج للصحة النفسية .

و طرح " فيلس وبيري(1995) " نموذج ثلاثي العناصر لجودة الحياة يعكس التفاعل :

أ- ظروف الحياة : وتتضمن الوصف الموضوعي للأفراد وللظروف المعيشية لهم .

ب- الرضا الشخصي عن الحياة : ويتضمن ما يعرف بالإحساس بحس الحال والرضا عن ظروف الحياة أو أسلوب الحياة .

ويقرر كلا من (كومينزو ماك كيب، 1994) أيضا أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم متعددة الأبعاد و أنّ جميع المقاييس التي أعدت في هذا المجال تأخذ بهذا الاتجاه و يضيف أنّ أيّ مقياس لجودة الحياة يجب أن يتضمن المؤشرات الموضوعية و المؤشرات الذاتية .

ويرى " روزن1995 ("rosen)) أن جودة الحياة تتضمن أربعة أبعاد تضمنها المقياس الذي أعده لهذا الغرض وهي : الضغط النفسي المدرك، العاطفة، الوحدة النفسية، الرضا .

ج- القيم الشخصية والطموح الشخصي: وتتضمن القيمة أو الأهمية النسبية التي يسقطها الفرد على مختلف ظروف الحياة الموضوعية أو جودة الحياة الذاتية .

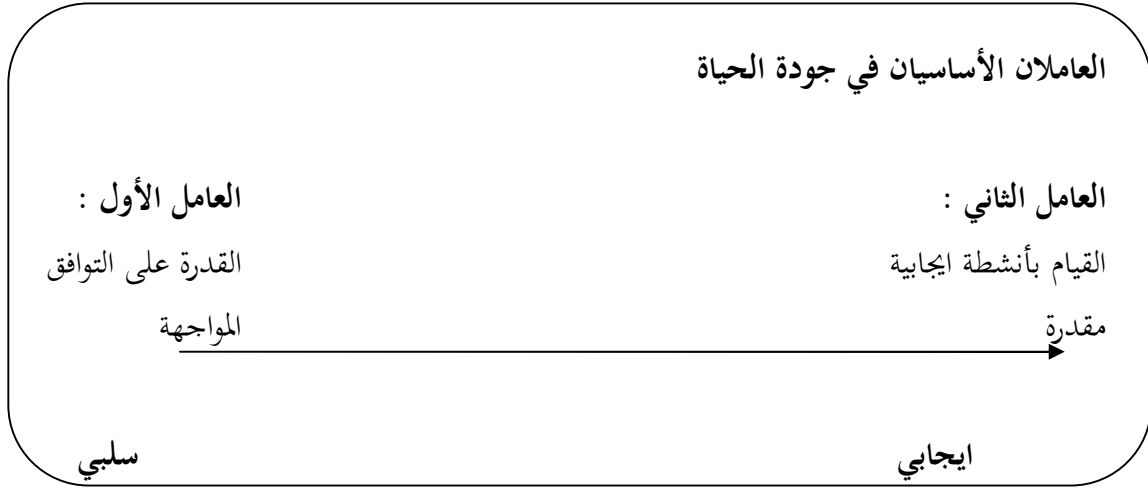
4 - مؤشرات قياس جودة الحياة : حسب " فالويلد"

● **المؤشرات النفسية :** وتتبدى في شعور الفرد بالقلق و الاكتئاب أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة.

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

● **المؤشرات المهنية :** تتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته ، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله .

● **المؤشرات الجسمية والبدنية :** و تتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية و التعايش مع الآلام و النوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية



شكل رقم : (01) العاملين الأساسيين في جودة الحياة

هنا تلعب دور الحياة والخبرات المتباينة التي نتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياتنا دورا شديدا الأهمية في واقع الأمر في ثبات أو تغير رؤيتنا لجودة وعلى الرغم من أن لكل شخص توقعاته الكيفية الخاصة .

5 - الاتجاهات النظرية المستخدمة في وصف وتفسير جودة الحياة :

يوجد أربع اتجاهات رئيسة في تفسير جودة الحياة وهي :

i. الاتجاه الاجتماعي

ii. الاتجاه الطبي

iii. الاتجاه النفسي

iv. الاتجاه الاجتماعي

5 - 1 - الاتجاه الاجتماعي : يشير إلى عدد من الجوانب و من منظور يركز على الأسرة و المجتمع ، وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل ، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية لأخرى .

حيث يرى أحد العلماء انه يجب الاهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية أكثر من الاهتمام بالكمية من العلاقات .

من أهم المجالات في الاتجاه الاجتماعي :

- السكان : إن علماء الاجتماع عند اهتمامهم بدراسة جودة الحياة يركزون على المؤشرات الخارجية مثل : معادلة المواليد والوفيات وضحايا الأمراض المختلفة ، نوعية المساكن ،

مستويات تعليمية للأفراد ، المجتمع ومستوى الاستيعاب والقبول في مراحل التعليم المختلفة إضافة إلى مستوى الدخل .

● **العمل** : يرتبط مفهوم جودة الحياة بما يقوم به الفرد من عمل أو ما يشغله من وظيفة و ثمة محددات هامة يمكن اعتبارها في هذا الصدد أن يكون لها تأثير على تحقيق هذا المفهوم إجرائيا مثل :أوضاع العمل ،نفسه والعائد المادي و ما يمكن أن يوفره العمل من فرص للحراك المهني و المكانة المهنية مما يكون له تأثيره على حياة الفرد في علاقته بالمهنة ، كما أن نوعية الإشراف و علاقة الزمالة تعد من العوامل الفعالة في تحقيق هذا المفهوم ، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.(الغندور،1999. 18-27) .

5 - 2 - الاتجاه الطبي :

ويهدف هذا المجال إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة أو النفسية أو العقلية و ذلك عن طريق البرامج الإرشادية و العلاجية و تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي و في تطوير الصحة فقد زاد اهتمام أطباء ومتخصصين الشؤون الاجتماعية و الباحثين في العلوم الاجتماعية لتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرض من خلال توفير الدعم النفسي و السيكلوجي لهم .

عدد أبحاث جودة الحياة التابعة لقسم الصحة بجامعة " تورينتو " بكندا تقول إن الهدف النهائي من دراسة جودة الحياة و تطبيق ذلك على حياة الناس تعيش حياة ذات جودة حياة لها معنى و يتم الاستمتاع بها.(صالح إسماعيل عبد الله . 2010 ، 44)

ومنظمة الصحة العالمية أجملت هذه الاعتبارات بالمقولة القائلة : إضافة سنوات إلى الحياة يعتبر نصرا غير عادي مضمون ما لم تكن هناك إضافة حياة لهذه الأعوام(who,1998) و دراسة جودة الحياة من خلال تحديد تأثير المرض على جودة حياة الشخص المصاب بأمراض مزمنة فتدور الإشكالية حول الاندماج وجودة الحياة المتعلقة ببعض الأعراض (كالكسل،الحمول،عدم الإحساس بالأمان.)

5 - 3 - الاتجاه النفسي :

الإدراك كمحدد أساسي لجودة الحياة فجودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها كما أن جميع متغيرات المنحى الاجتماعي السابق الإشارة إليها تعتمد على تقييم الفرد للمؤشرات المادية الموضوعية في حياته أي أن العوامل النفسية و يعتمد هذا المنحى على عدة مفاهيم أساسية منها : مفهوم القيم، مفهوم الإدراك الذاتي، ومفهوم الحاجات ومفهوم الاتجاهات و مفهوم الطموح ومفهوم التوقع ومفهوم تقدير الذات إلى مفاهيم الرضا والتوافق والصحة النفسية .

(.سامية الانصاري ، 2010 .43)

وبالتالي فالأساس لجودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد و بيئته وهذه العلاقة تتوسطها مشاعر و أحاسيس الفرد ومدركاته فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية مثل المدركات التي تظهر من خلالها جودة حياة الفرد كما ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق الحياة وجودة الحياة يتطلب إلى استماع الأشياء بالشكل تراكمي أن يفهم الإنسان ذاته وقدراته وإمكانيات وتوافق ميوله وقدراته مع اختياراته بما يمكنه من الصحة النفسية و التوافق النفسي وكدالة لمواجهة الضغوط النفسية . وحسب المنحى النفسي هو درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب خاصة في النواحي النفسية مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والانجاز والتعلم المتصل بالعادات والمهارات والاتجاهات وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف وتبني منظور التحسن.(خليل الشراوي 1999، العدد 117: 126)

6 - التوجهات النظرية لجودة الحياة :

6 - 1 - التوجه المعرفي :يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين :

الأولى : إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة.
الثانية : وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد ، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة.ووفق ذلك ،وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

6 - 1 - 1 - نظرية "لاوتن" (Lawton theory, 1997)

طرح لاوتن مفهوم طبعة البيئة ، ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الآتي :

إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

-الظرف المكاني : أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته ، وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها .

-الظرف الزمني: إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته (Argyle, 1999 : 353-363) .

6 - 2 - التوجه الإنساني :

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما

1) وجود كائن حي ملائم .

2) وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين.

و لقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات self concept

6 - 2 - 1 - نظرية رايف (Ryfftheory, 1999)

تدور نظرية " رايف " حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاط لتحديد معنى السعادة النفسية.

البعد الأول : الاستقلالية تمثل قدرة الشخص على اتخاذ القرارات ، يكون مستقل بذاته.

البعد الثاني : التمكن البيئي

البعد الثالث : النمو الشخصي.

البعد الرابع : العلاقات الإيجابية مع الآخرين.

البعد الخامس : تقبل الذات.

البعد السادس : الهدف من الحياة (Ryff, 1989, 971)

و لقد بين " رايف " أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة و أن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

6 - 3 - التوجه التكاملي :

6 - 3 - 1 - نظرية أندرسون (Anderson,) : 2003

شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذًا من مفاهيم السعادة و معنى الحياة و نظام المعلومات البيولوجي والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات ، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة ، فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات جودة الحياة:

- أن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة .
- أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها .
- أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا .
- أن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد و إلى شعوره بجودة الحياة.

7 - علم النفس الإيجابي و جودة الحياة :

يمثل جودة الحياة بؤرة اهتمام ما يعرف بعلم النفس الإيجابي و الذي لم يدخل المسار الأكاديمي مجال علم النفس إلا في سنة 1998 عندما تناوله " مارتين سيلجمان (عالم نفس أمريكي ورئيس سابق للرابطة الأمريكية العقلية) في خطاب للدورة الافتتاحية للجمعية الأمريكية لعلم النفس ، و علم النفس الإيجابي هو فرع من فروع علم النفي يؤكد على دراسة كل ما من شأنه أن يؤدي إلى تحسين الأداء النفسي الأدائي الوظيفي للكائن البشري بما يتجاوز نطاق أو حدود الصحة النفسية العادية . و ينظر علم النفس الإيجابي إلى الإنسان نظرة مختلفة تماما و هي أن الأصل هو الصحة و ليس المرض من خلال السعادة و دراسة العوامل التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تعايش . (Crystal L. Park , 2003, 3) .

حيث استخدم " سيلجمان(2005) " كلمتي السعادة و طيب الحال تبادليا كمصطلحات لوصف أهداف علم النفس الإيجابي و يتضمنان المشاعر و الأنشطة الإيجابية :

7 - 1 - تعريف السعادة في علم النفس الإيجابي :

عرفت سهير سالم (2008: 99) أنّ السعادة سمة من سمات شخصية الفرد يتميز أصحابها معظم الوقت بالنشاط (خارجي أو داخلي) و الحيوية و الراحة لديهم القدرة على الاستمتاع و يتمتعون بالوقت بطريقتهم الخاصة ولديهم مشاعر الحب و الصداقة و نظرهم للحياة إيجابية و معظم تعاملاتهم و علاقاتهم ناجحة.

7 - 2 - مفهوم التوجه نحو الحياة :

يعرفها موسى أنه اتجاه من جانب فرد ما نحو الحياة أو نحو أحداث معينة ، يميل أحيانا إلى حد مفرط للعيش على الأمل أو نحو التركيز على الناحية المشرقة من الحياة أو الأحداث أو الجانب المفعم بالأمل و الخير.

7 - 3 - المرونة النفسية:

وردت في إصدارات الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2002) في نشرة بعنوان الطريق إلى المرونة النفسية التي يوجهها الأفراد مثل : المشكلات الأسرية ، مشكلات العلاقة مع الآخرين ، المشكلات الصحية الخطيرة ، ضغوط العمل .

7 - 4 - الرضا عن الحياة :

و يعرف (الدسوقي .1998. 6) الرضا عن الحياة بأنه تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقا لنسقه القيمي و يعتمد هذا التقييم على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل التي يعتقد أنه مناسب لحياته . و يعرف حسام (2009) درجة رضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة و مدى سعادته بالوجود الإنساني و تشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة

كما أنها تشمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته و عوامل خارجية كتلك التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي - النشاطات و مدى إنجاح الفرد للمواقف .

من خلال ما تمّ استعراضه يتبين وجود علاقة وثيقة بين مفهومي الرضا عن الحياة وجودة الحياة ، حيث يعتبر الرضا عن الحياة عنصراً أساسياً لتحقيق جودة الحياة ، و يدعم هذا الرأي مقياس جودة الحياة الذي أعده " بيكر " و آخرون 1993 يتكون من عدة مجالات للرضا عن الحياة تمثلت في الرضا عن العمل ، الرضا عن الصحة، الرضا عن الحالة الجسمية ... و يتفق ذلك مع ما قدمه "ليمان" (1988) (Lehman .) من نموذج جودة الحياة يعرفها بأنها بالضرورة مسألة ذاتية تنعكس في صورة إحساس عام بالرفاهية والسعادة ، و المؤشرات الذاتية بصفة عامة أكثر حساسية لجودة الحياة ، و تتكون غالباً من تقديرات للرضا عن الحياة.

وتفيد "كريستال بارك " (Park L. Crystal 2003) في إطار إيجابتها عن السؤال الخاص بما هو علم النفس الإيجابي ، أنّ التعريف الذي قدمه كلٌّ من "مارتن سيلجمان" هو يهتم بدراسة و تحليل الخبراء الشخصية الذاتية أو ذات القيمة مثل :الرفاهية الشخصية أو وجود الوجود الذاتي الشخصي، (القناعة و الرضا) في الماضي (الأمل و التفاؤل ، السعادة) في الحاضر ، وكذا تحليل السمات الإيجابية للفرد، القدرة على الحي و العمل، الإحساس، التذوق الجمالي، المثابرة، التسامح، الأصالة، الانفتاح العقلي والتطلع للمستقبل، الشغف الروحي .

وأهم مجالات لبحوثه في مفهوم جودة الحياة :

✓ بحوث في مجال طبيعة و محددات " الحياة الممتعة أو السارة ."

✓ دراسة الحياة الطيبة أو الحسنة .

✓ الحياة الهادفة . (GableetHaid, 2005, 103 -110)

8 - قياس جودة الحياة :

نظراً لعدم وجود معايير واضحة و محددة لقياس مفهوم جودة الحياة ، لذا كان هناك حذر شديد لعمل قياس لجودة الحياة مع ضرورة هذا القياس، و نجد أنّ العلماء و الباحثين استخدموا العديد من المقاييس لقياس جودة الحياة .و عند مناقشة مفهوم جودة الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة و لكن تختلف من حيث المضمون مثل الصحة الجيدة، الحالة الصحية، الرضا عن الحياة و الأمل و من المهم تقييم العلاقة ما بين الثقافة و جودة الحياة لأنّ الإدراك لجودة الحياة ذو ارتباط وثيق مع الحدود الثقافية و التي تختلف من مجتمع لآخر.

(محمود ، 2003 : 33)

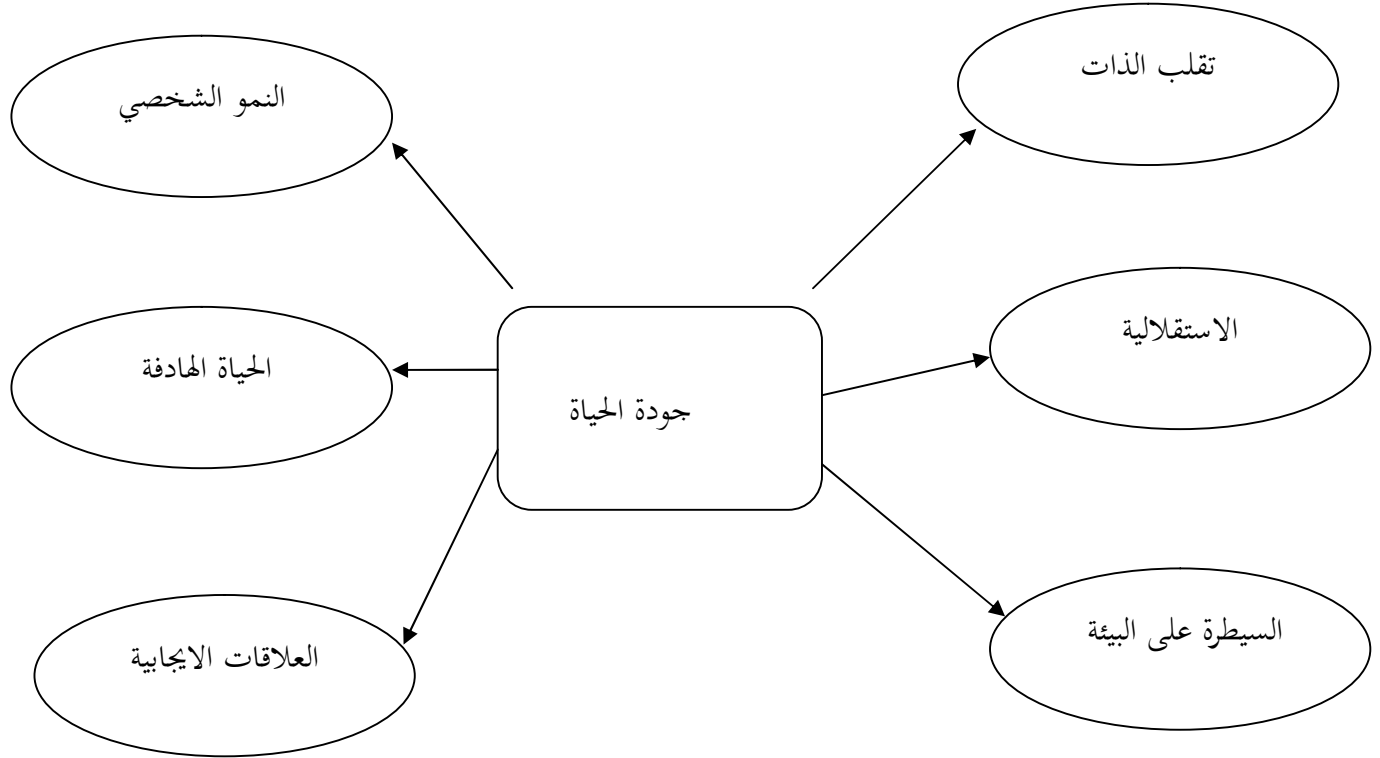
هناك بعض الأمور التي يمكن من خلالها قياس جودة الحياة و هي أمور يمكن قياسها مثل : الحالة الصحية ، قابلية الحركة، جودة المنزل و غيرها.

و هناك أمور أخرى لقياس جودة الحياة عن طريق الحصول على معلومات دقيقة عن حياة الشخص أو مدى كفاءة وفعالية النظام الذي يحياه الإنسان مثل : التوحيد، توزيع الدخل، توفر الوصول. وهناك سؤال آخر عن قياس جودة الحياة و يكون هذا القياس مستندا على قيمة الجودة مثل : مدى قدرة الإنسان على الاستقلالية و التحكم وتعتبر مؤشرا على جودة الحياة جيدة أو و قد توصف لبعض الأشخاص و ليس للجميع.

8 - 1 - أدوات لقياس جودة الحياة :

قسم "ويكلاند" (Wiklund and others, 2000) أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع : عالمي ، عام ، خاص .

وضع "رايف و كيز" علماء في علم النفس الإيجابي. (Ryff et Keyes, 1995) نموذج لجودة الحياة يعرف باسم نموذج العوامل الستة.



شكل رقم (02) يمثل نموذج العوامل الستة لجودة الحياة حسب (Ryff et Keyes)

و تعددت الأدوات و المقاييس المستخدمة في قياس جودة الحياة و ذلك بتعدد المؤشرات النفسية المرتبطة بها ، من جهة و يأتي في مقدمة هذه المتغيرات ، الرضا عن الحياة عن بعض ميادين الحياة و الحاجات النفسية .

8 - 1 - 1 - كاختبار " مانشستر " للتقييم المختصر لنوعية الحياة :**Manchester short (MANSA) Assessment of Quality of life**

و قد تم تطوير اختبار " مانشستر " للتقييم المختصر لنوعية الحياة ليكون بمثابة أداة مكثفة و معدلة قليلا بغرض تقييم جودة الحياة ، بالتركيز على عامل الرضا عن الحياة بصفة عامة.

و في ما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم :

8 - 1 - 2 - مقياس جودة الحياة لفريش (Frisch) :

و هو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة) و يتضمن مقياس الجودة الذاتية 14 مجال للحياة مثل العمل و الصحة، و وقت الفراغ، العلاقات مع الأصدقاء و الأبناء ، و مستوى المعيشة و فلسفة الحياة و العلاقات مع الأقارب و الجيران و العمل... الخ
حيث يطالب من المفحوص و تقدير الرضا في مجال معين من الحياة و كذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد .

وخلاصة هذا القول هي أن الباحث اقتبس تعريف منظمة الصحة العالمية والذي عرّف جودة الحياة بأنه مفهوم متعدد الجوانب و عرفه بالتالي : " إدراك الأفراد لمواقعهم في الحياة في سياق نظام الثقافة و القيم التي يعيشونها و علاقة هذا الأمر مع أهدافهم و معاييرهم واعتباراتهم . (WHO, 1996)

التعريف يشمل 6 مجالات واسعة :

1. الصحة الجسدية.

2. الحالة النفسية.

3. مستوى الاستقلالية.

4. العلاقات الاجتماعية.

5. المميزات البيئية.

6. الاعتبارات الدينية.

9 - أنواع القياسات :

لقد استخدمت نظرية " ماسلو " الخاصة بالترتيب للحاجات، في التنبؤ بنمو و تطور جودة الحياة القومية - عبر التطور الزمني . (الغندور .العارف.1999 : 123)

و بالنسبة لمقاييس جودة الحياة :

فترى " باري و كروبي " (Barry, and Crouby, . 1993)

أنّ المؤشرات الموضوعية تتميز بأنها أقل إشكالية في المنهج و أكثر تحديدا ، فالبيانات مثل مستوى المعيشة الحالي و المهنة و الوضع المالي يمكن تحديدها بدقة ، إلا أن ما يعيها أنها لا تعبر عن إدراك أو

قيم الفرد الذي يجيب على المقياس ،فبينما تعكس الموضوعية المعيار الاجتماعي المقبولة ولا تكون بالضرورة منسجمة مع قيم الفرد موضع الدراسة لهذا فإن المؤشر الذاتي ، و يشترك في الحدود (LQLP)مقياس "مانشستر"المختصر لجودة الحياة مع المقاييس الأخرى مثل المنهجية و المفاهيم نفسها، و على الرغم من أنّ هذا المقياس يقيس المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة إلا أنه يركز على المؤشرات الذاتية.

يعتبر أهمية محورية في قياس جودة الحياة. (سامي محمد موس بهاشم، 30)

9 - 1 - القياس العالمي :

و صمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة و شاملة ، و هذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس "فلاجان" لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالاً من مجالات الحياة .

9 - 2 - القياس العام :

له أمور مشتركة مع القياس العالمي و صمم من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى. و يطبق المقياس الخاص على مجموعة كبيرة من السكان، و الميزة الكبرى لهذا القياس هي تغطيته .

9 - 3 - المقياس الخاص بالمرضى :

تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في حالات خاصة و هذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة معالم رضا حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة

10 - معوقات تحقيق جودة الحياة :

يتضمن البناء النفسي لكل من مكامن قوة و بمواطن ضعف ، و إذا أردنا أن نحسن جودة الحياة، للإنسان علينا أن لا نركز فقط على المشكلات بل يتعين التركيز كذلك على كلّ أبعاد الحياة و استخدام وتوظيف قدرات و كافة الإمكانيات المتاحة لتحسين جودة الحياة .و يجب عند وصف هذه الأخيرة أن نميز بين الظروف الداخلية والظروف الخارجية ،الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثير الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص.

الجدول رقم (03) يوضح معوقات تحقيق جودة الحياة

الظروف	المعوقات	القدرات
الظروف	المرض	المهارات
الداخلية	- الإعاقات - الخبرات الحياتية السلبية	- الخبرات الحياتية الايجابية - الحالة المزاجية الذهنية - الايجابية والسرور
الخارجية	- نقص المساعدة الاجتماعية والانفعالية - ظروف الحياة أو المعيشة السيئة - سوء الاختيار	- توافر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية - الانفعالية وتعدد السائقين لها - توافر نماذج رعاية جيدة - وجود برامج توجيه وإرشاد

11 - جودة الحياة بين الانتقاء و التوجيه :

مدى فاعلية التوجيه في تنمية جودة الحياة المدركة تزيد الفرد من تقبله لذاته و الرضا و من خلال اكتشاف معناه و الجوانب الإيجابية فيها. بمعنى ذلك أنّ التوجيه بالمعنى يعمل على مساعدة الفرد على اكتشاف معنى حياته و تحديد أهدافه و ذلك من خلال تنمية و دافعيته للبحث عن قيمة وجوده الشخصي و فهم مفرد و جودة من أجل تحقيق جودة الحياة . يرتبط مفهوم نوعية الحياة ما يقوم به الفرد من عمل أو ما يشغله من وظيفة و ثمة محددات هامة يمكن اعتبارها في هذا الصدد أن تكون لها أثر على تحقيق هذا المفهوم مثل أوضاع العمل نفسه ما يمكن أن يوفره العمل من فرص للحراك المهني و المكانة المهنية للفرد مما يكون له تأثير على حياة الفرد في علاقته بالمهنة .

- و يرى والتون 1974Walton

تعريف جودة الحياة : " تشير إلى الدرجة التي يستطيع معها أعضاء مؤسسة ما تحقيق حاجاتهم الخصية الهامة استناد إلى خبراتهم في هذه المؤسسة " من المنظور التوجيه المهني هو تحقيق المتطلبات الأساسية لتحقيق الرضا الوظيفي و زيادة الإنتاجية فحسب دراسة كوفهان (1991) فإن جودة الحياة تتطلب أن يكون نوع من التوافق بين وقت العاملين من ناحية انتقاء الوظيفة من شأنه تحسين نوعية العمل و جودة الحياة بوجه عام .

و قد اهتم علماء الإرشاد النفسي بالتعامل مع الحالات من منظور إرشادهم إلى كيفية تحقيق جودة الحياة و الاحتفاظ بهذه الجودة بمعنى العمل على استمراريتها .

و قد أوضح الدكتور " تيلوين " بجامعة وهران في أحد محاضراته حول : جودة الحياة (ملتقى واقع وطرق الإرشاد في تسيير الصراعات النفسية في الجزائر) أنّ مؤشر الدخل الخام كمؤشر للنمو الاقتصادي في الجزائر غير كافي وداعي إلى اعتماد مؤشر الدخل الخام من السعادة كمؤشر نفسي و مكمل لتحقيق جودة الحياة .

12 - مقومات جودة الحياة :

نستطيع أن نقول بأنّ جودة الحياة تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته وتوجب عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة :

- الصحة العامة التي تعتبر فيها تأثير الصحة إلى جانب المرضى .
- قدرة الإنسان على الوظائف اليومية .
- القدرة على التفكير و أخذ القرارات.
- قدرة الإنسان و اختياره لنمط الحياة و تأدية الأنشطة إلى القدرة على التنفيذ و أخذ القرارات.
- التكاليف الاقتصادية و الاجتماعية.
- المعتقدات الدينية و القيم الثقافية و الحضارية و معايير و أساسيات المعيشة و الدخل .
- الرضا عن أساسيات المعيشة و الخيارات البيئية و جودتها .
- تحليلات المجال الاجتماعي .
- المقارنة بين المناطق الحضرية و الريفية .
- أنماط الحياة و اورد التنوع فيها .
- الرفاهية .

حيث نقول أنّ البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد تكون السبب الأكبر وراء انخفاض جودة حياتهم بأبعادها المختلفة.

فالتوافق غير الفعّال و الحزن الوجداني و العجز و القلق و الغضب والمستويات المنخفضة للتفاعل و اضطراب المزاج لها تأثيرات قد تكون حادة على مستوى جودة حياة الأشخاص، لأنها تؤثر على إدراك السعادة و العلاقات الاجتماعية و الاستقلال و تقدير الذات و كمية الطاقة اللازمة لمواجهة مشكلات الحياة أو من المشكلات النفسية و يتطلب الإحساس بجودة الحياة فهم الفرد لذاته و قدراته و سماته و استخدامها في إدراك جوانب الحياة المختلفة و هذه الخصائص الشخصية.

و إذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة هناك نواحي أو عوامل نجدها تتمثل في أربعة نواحي أساسية و التي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان، بل و على نموه كما أنّها تتفاعل مع بعضها البعض :

- الناحية الجسمية.
- الناحية الشعورية.
- الناحية العقلية.
- الناحية النفسية.

و في ما يلي المجالات التي تستخدم عادة في دراسات جودة الحياة :

- الصحة العامة التي يعتبر فيها تأثير الصحة إلى جانب المرض .
- قدرة الإنسان على تنفيذ الوظائف اليومية .
- قدرة الإنسان و اختياره لنمط الحياة و تأدية الأنشطة .
- التكاليف الاقتصادية و الاجتماعية .
- معايير و أساسيات المعيشة و الدخل.
- الفقر و عدم المساواة .
- الجنسية و التهميش الاجتماعي .
- الرفاهة و السفر .
- الرضا عن أساسيات المعيشة و الخيارات .
- البيئة و جودتها .
- السكن و الجيرة .
- تحليلات المجال الاجتماعي .
- المقارنة بين المناطق الحضرية و الريفية .
- التلوث.
- أنماط الحياة و إدراك التنوع فيها .

و في بعض الأحيان تعتمد المجالات المحددة على القضايا أو المشاكل التي يتم دراستها ، و هذا يقود إلى الطرق المختلفة لقياس جودة الحياة، و أحياناً تتداخل المصطلحات فعلى سبيل المثال ،"مفهوم الرفاهة" غالباً يستخدم بدلاً من جودة الحياة ، تستخدم الأمم المتحدة هذا المصطلح للتعبير عن جودة الحياة ، و كثير من المعايير المستخدمة لتحديد الرفاهة تظهر في فهارس جودة الحياة.

13 - كيف تتحقق جودة الحياة :

كبي يستطيع الإنسان الشعور بجودة الحياة والوصول إليها ، لابد أن تتضافر و تتوافر مجموعة من العوامل تتمثل في :

13 - 1 - تحقيق الفرد لذاته و تقديرها :

يعرف كلا من عبد الحميد ، و كفاي ، (1995) : " مفهوم الذات على أنه فكرة الفرد و تقييمه لنفسه ، بما تشمل عليه من قدرات و أهداف واستحقاق شخصي " .

تذكر (فرغلي،1994) : "أنّ مفهوم الذات لدى الفرد يتكون من مجموعة من العوامل من أهمها : تحديد الدور، و المركز، و المعايير و الاجتماعية ، والتفاعل الاجتماعي، و اللغة ، و العلاقات الاجتماعية." .

و يرى الباحث أنه يجب على الفرد أن يدرك بأنه يمتلك الطاقات و القدرات ، وعليه أن يقدر ذاته و يحترمها ، و أن لا يقلل من قيمة نفسه و يستسلم لها ، و عليه أن يعمل جاهدا على تحقيقها، على الرغم من وجود العقبات التي تعترضه في الحياة، فتحقيق الذات يعتبر بمثابة قمة الشعور و الإحساس بالرضا عن الذات ، و من ثمّ شعوره بجودة الحياة.

13 - 2 - إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة :

و يذكر " غندور(1999) " أنّ البعض قد يرى أن لب موضوع جودة الحياة يكمن في دراسة "ماسلو" عن الحاجات الإنسانية ، و النظرية الاقتصادية للمتطلبات الإنسانية ، و من المعلوم لدى أهل التخصص في علم النفس أنّ تصنيف " ماسلو " للحاجات الإنسانية يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها و هي كالتالي :

- الحاجات الفسيولوجية .
- الحاجة للأمن .
- الحاجة للانتماء .
- الحاجة للمكانة الاجتماعية .
- الحاجة لتقدير الذات .

و يرى الطالب بأن إشباع الحاجات الأساسية هي حاجات ضرورية لكل فرد من أفراد المجتمع بشكل عام و للمعاقين بشكل خاص ، قد تتفاوت منفرد إلى آخر من حيث درجة تحقيقها و إشباعها ، و لكنها حاجة يسعى الكل إلى تحقيقها، على الرغم من وجود بعض الظروف المحيطة بالفرد و التي تحول بين الفرد و بين تحقيق البعض من هذه الحاجات الضرورية للفرد ، و قد يكون الفرد ليس له دخل فيها ،

إلا أن تحقيقها لا يتم إلا من خلال عملية متكاملة بين أفراد المجتمع و الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد.

13 - 3 - الوقوف على معنى ايجابي للحياة :

يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوما هاما جداً و يعتبر " فرانكل " (1969.Frankl) " الحياة يجب , أن تكون لها معنى تحت كل الظروف ، و أن هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير، إلا أنه يظل موجودا دائما ، و يرى فرانكل أن الإنسان يستطيع اكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاث طرق مختلفة " و هي كالتالي :

- عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما .
 - تجربة خبرات و قيم سامية مثل الخير و الحق والجمال .
 - الالتقاء بإنسان آخر في أوج تفرد الإنسان .
- و لقد حدّد فرانكل ثلاثة مصادر يستطيع الإنسان من خلالها تحقيق معنى لحياته و هي كالتالي :

Values و تشمل كلما يستطيع الفرد انجازه ، فقد يكون ذلك :

❖ القيم الإبداعية **Créative Values** :

وتشمل كل مل يستطيع الفرد انجازه،فقدي كون ذلك الانجاز عملا فنيا أو اكتشافا علميا. و تتضمن كلما يمكن أن يحصل عليه الإنسان

❖ القيم الخبراتية **Expérientiels Values** :

و تتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان من خبرات حسية و معنوية ، و خاص ما يمكن أن يحصل عليه من خلال الاستمتاع وبالجمال أو محاولات البحث عن الحقيقة، أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة كالحب أو الصداقة

❖ القيم الاتجاهية **Values Attitudinal** :

و تتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي لا يمكن أن يتجنبها كالمقدر أو المرض أو الموت .

فمعنى الحياة يمكن تحقيقه من خلال الاتجاه الذي يتخذه الإنسان حيال مواقف الألم و المعاناة التي لا يمكنه تجنبها في رحلته مع الحياة .(كلود فوسلر، 2000، 76-77)

و يضيف كلا من سليمان، و فوزي، (1999) أن المسعى الرئيسي للإنسان هو تحقيق معنى لحياته ، فالإنسان لا يسعى فقط ليشبع غرائزه، أو لتهيئة أفضل الظروف الاجتماعية ليعيشها، لأن هذا وحده لا يسعده و لا يرضيه، و لكنه يسعى و يهتم بأن يكون هناك معنى و مغزى لحياته، و هدفا و

قيمة يتوجه إليها، و من خلال هذا المعنى و تلك القيمة يجد الحياة بكل ما تحمله من كبد و معاناة تستحق أن تعاش.

13 - 4 - توافر الصلابة النفسية :

و يعرفها حمزة (2002) بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية ، و هي خصال تضم الالتزام و التحدي و التحكم ، و التي يراها الفرد على أنها خصال مهمة له تمكّنه من مجابهة المواقف الصعبة والتصدي لها، و كذلك المواقف المثيرة للمشقة النفسية ، و التي تمكنه من التعايش معها بنجاح .

ويرى الباحث بأن للصلابة النفسية دوراً مهماً في حياة الشخص المعاق، و التي تزرع في داخله روح التحدي و الصمود ، و تقوية عزيمته ، كما أنها تعمل على إمداد الفرد بامتلاكه المقدرة على تحمل الواقع المؤلم الذي يعيشه.

13 - 5 - التوجه نحو المستقبل :

تشير شقير (2005) إلى أن قلق المستقبلي مثل أحد أنواع القلق و الذي يشكل خطورة في حياة الفرد ، و الذي يمثل خوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية و حاضرة أيضا يعيشها الفرد ، و الذي يجعله يشعر بعدم الأمن و توقع الخطر، و من ثم شعوره بعدم الاستقرار، وقد تسبب له هذه الحالة شيئاً من التشاؤم و اليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي و خطير، كالاكتئاب والاضطرابات النفسية العصبية الخطيرة . و تشير أيضا إلى أن قلق المستقبل قد ينشأ عن أفكار خاطئة و غير عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله، و كذلك المواقف و الأحداث و التفاعلات بشكل خاطئ ؛ مما يدفعه إلى حالة من الخوف و القلق الذي يفقده السيطرة على مشاعره و على أفكاره العقلانية، و من ثم عدم الأمن و الاستقرار النفسي، وقد يتسبب هذا القلق في حالة من عدم الثقة بالنفس، وعدم القدرة على مواجهة المستقبل، و كذلك الخوف و الذعر الشديد من المتغيرات الاجتماعية و السياسية المتوقع حدوثها في المستقبل، مصحوبا بالتوقعات السلبية لما يحمله هذا المستقبل، و من ثم الثورة النفسية التي تأخذ أشكالا مختلفة كالخوف من المجهول المستقبل.

و يشير حبيب، إلى وجود خطوات هامة يستطيع الفرد استخدامها من أجل الوصول إلى جودة الحياة و تتمثل في التالي :

- بناء الوعي بضرورة الحاجة إلى التحسين و التطوير.
- تحديد أهداف التحسين المستمر للأداء، و بناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف.
- تنفيذ جوانب الجودة الحياتية .

و يلخص حبيب، (2006) القول بأنه ينبغي أن يتبنى الفرد منظور التحسين المستمر لجوانب شخصيته ، و أبعادها النفسية و العقلية و الاجتماعية والثقافية والرياضية و الدينية والجسمية كأسلوب حياة، مع تلبية احتياجاته و رغباته بالقدر المتوازن، وإستمرارته في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني ، بما ينمي مهاراته النفسية و الاجتماعية). (دعاء، 2010:46.47.48)

14- مبادئ خاصة بجودة حياة العمل:

يؤثر كل من الرضا المهني وضغط العمل في نوعية حياة الفرد العملية أو جودتها فمثلا لا بد من أن يتمتع العامل الذي يشعر بقدر كبير من الرضا المهني، و قليل من الضغط السلبي المحزن، بحياة مهنية ممتعة و جيدة إلى حد كبير و هكذا فإننا نصف حياته العملية بأنها من نوعية عالية و تتأثر جودة حياة العمل بعدد من المتغيرات أبرزها ما يتلقاه الفرد من تعويض و منافع جانبية وفرص الترقى والتقدم في المنظمة ونوعية العمل وخصائص المنظمة و طبيعة التفاعل الاجتماعي بين الزملاء وباختصار تعكس نوعية حياة العمل جميع جوانب الحياة أثناء العمل. ومن المحاولات الكبرى في سياق جودة حياة العمل محاولة " والتون " التي نظرت إلى مفهوم نوعية حياة العمل على أنه يتكون من جميع جوانب الحياة العملية، بما في ذلك التعويض، وظروف العمل، وفرص النمو والترقي ومن أجل التعرف على جودة حياة العمل تقوم المنظمة من خلال قياس معدلات التغيب والاستقالة ونسبة الحوادث ومستوى الرضا المهني لعاملين.

الخصائص المهمة لجودة حياة العمل :

- تعويض راتب و فوائد أو منافع جانبية.
- ظروف عمل صحية، وأمنة.
- وجود فرص لاستخدام قدرات الفرد و تطويرها استخدام ما يتمتع به من معارف، ومهارات، وقدرات، وتمكينه من التحكم في وظيفته، وتطوير مشاعر الاستقلالية لديه.
- تطوير احتمالات النمو المستمر و الأمان.
- المناخ الاجتماعي لبيئة العمل علاقات اجتماعية جيدة بين الزملاء و الرؤساء.
- التوازن بين حياة العمل والوجبات الأخرى لغير العمل.
- المسؤولية الاجتماعية للمنظمة لعمليات المؤسسة و سياستها من ناحية أخلاقية وإستراتيجيات التوظيف و التسويق (جمال 2009 : 66)

II. مرض السكري :**- التعريف العلمي لمرض السكري :**

يعرف مرض السكر بأنه اختلال في عملية أيض السكر، الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الغلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية ، عضوية ، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها اقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، ويطلق على هذه الحالة "قصور الأنسولين"، أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة، ولكن هناك مقاومة من الأنسجة وخلايا الجسم تعوق وظيفته الأنسولين ، ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين"

وفي كلتا الحالتين يكون الغلوكوز غير قادر على دخول الخلايا، مما يؤدي الى تراكمه في الدم وإمكانية ظهوره في البول وبمرور الوقت مع ازدياد تراكم السكر في الدم بدلا من دخوله خلايا الجسم، قد يؤدي إلى مضاعفات مزمنة على بعض أجزاء الجسم كالأوعية الدموية الدقيقة في شبكة العين، وحوصلات الكلى، وتلك التي تغذي الأعصاب.

(world haelthe organizasion ; part 1 : 1999)

2- المراحل العمرية التي تتم فيها الإصابة بمرض السكري :

يظهر مرض السكري في أي مرحلة من مراحل العمر، إلا أن تحدث الحالات تكون بعد أن يتخطى الإنسان سن الأربعين من عمره إلا انه قد يصاب الإنسان بهذا المرض قبل هذا السن، ومن الممكن أن يصاب به الأطفال في سن مبكرة وان كان ذلك نادر الحدوث، ويمكن أن يصيب هذا المرض الشباب في سن العشرينات أو الثلاثينيات وان كانت هذه الإصابات محدودة النسبة.

ويوضح الجدول رقم (04) النسب المئوية للمصابين بمرض السكري حسب العمر

العمر بالسنوات	النسبة المئوية من مجموع مرضى السكر
اقل من 20	5
39-20	10
59-40	40
60 فأكثر	45

3- أنواع مرض السكري :

تم تصنيف أنواع مرض السكري حديثا إلى أربعة أنواع ، النوع الأول (type 1) الذي يعتمد في علاجه على الأنسولين والنوع الثاني (type2) الذي لا يعتمد على الأنسولين في علاجه والنوع الثالث يعرف بمرض السكري الثانوي والنوع الرابع هو سكر الحمل .

(American diabète associasion ,2001 : 24)

3-1- النوع الأول :

ويسمى بمرض السكر رقم 1 وكان يعرف قديما بالسكر المعتمد على الأنسولين (IDDM)، ويقصد به مرضى السكري الذين يعتمدون في علاجهم على الأنسولين، وكان هذا النوع يسمى أيضا بسكر الصغار "juvenile daibetes" لأنه عادة ما تظهر أعراضه في سن الخامسة عشر، ولكن هذه التسمية ألغيت لان السكر من النوع الأول يصيب الشباب والمسنين على حد سواء وهذا النوع في الغالب الأطفال والبالغين الأقل من ثلاثين سنة، وذروة بدء النمط الأول بين 11-13 سنة ولكنه يبدأ في اي فئة عمرية بما فيها الشيخوخة .

واغلب المرضى المصابين بالنوع الأول عادة هم أصحاب وأوزانهم اعتيادية عند حدوث المرض، ويتميز بانعدام او نقص الأنسولين الشديد بسبب تلف خلايا بيتا في البنكرياس، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى

السكر في الدم،ولهذا فهذا النوع لا يستجيب للعلاج بالأقراص الخافضة للسكر ولا ينفعه سوى الحقن بالأنسولين . (atikson Ma eisenbarth ,2001 : 221 - 229)

كما أن أعراض هذا المرض قد تحدث فجأة مع حدوث عطش،وتبول كثير،وانفتاح للشهية وفقدان للوزن يتم في خلال أيام عديدة وتزيد معه احتمال حدوث مضاعفات عديدة كحموضة الدم الكيتونية ketoacidosis والغيوبة السكرية daibetic coma .

وقبل اكتشاف الأنسولين كان متوسط الحياة للأشخاص الذين يتم تشخيصهم بالإصابة بالنوع الأول من السكر في حدود سنتين فقط،وقد احدث تطور الأنسولين و استخدامه في العلاج ثورة عظيمة في علاج مرض السكر،وتحويله من مرض يقتل بسرعة إلى مرض مزمن،ولسوء الحظ أدت إطالة عمر المريض مع وجود المرض إلى ظهور المضاعفات الثانوية للسكر،والتي تشمل اعتلال الأعصاب والفشل الكلوي واعتلال الشبكية وأمراض الدموية والقلب،والتي تحدث في حدود 10-20 سنة من بداية اكتشاف المرض .

3-1-1- أسباب حدوث النوع الأول :

1- نقص في كفاءة الجهاز المناعي للجسم :

يعود السبب الرئيسي في حدوث النوع الأول من السكر إلى نقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم،والتي يصاحبها أجسام مضادة،تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لانجر هانز وتسبب تلف خلايا بيتا في البنكرياس التي تفرز الأنسولين،ولا يعرف السبب الحقيقي عن كيفية بدء التأثير على الجهاز المناعي للجسم،ولكن الدراسات تشير إلى أن الاستعداد الوراثي والإصابة ببعض الفيروسات قد تكون السبب في نقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم .

2- العوامل الوراثية :

فمرض السكر الذي يصيب صغار السن ، ويحتاج إلى الأنسولين في علاجه قد لا يرجع سببه إلى الوراثة،وقد بينت الإحصائيات التي عملت خلال الثلاثين سنة الماضية زيادة كبيرة في حدوث النوع الأول من السكر في بعض الدول العربية والولايات المتحدة الأمريكية،ولو كانت العوامل الوراثية هي

السبب الوحيد للنوع الأول من السكر فان الزيادة في عدد الحالات سوف تأخذ ما لا يقل عن 400 سنة

3- الفيروسات :

يعتقد الباحثين أن الإصابة ببعض الفيروسات، مثل تلك المسببة للحصبة الألمانية والنكاف (mumps) وفيروسات أخرى من فصيلة كوكس ساكي (coxsackie) وخاصة في الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي قد يكون سببا في حدوث مرض السكر من النوع الأول وهذه الفيروسات تهاجم بعنف خلايا بيتا في البنكرياس المفرزة للأنسولين وتدمرها، كما أن بنية هذه الفيروسات تماثل بنية البروتينات التي توجد في خلايا بيتا في البنكرياس وتعمل على خداع جهاز المناعة (في الأشخاص الذين يكون جهازهم المناعي معرض وراثيا) فيحسب جهاز المناعة خطأ أن خلايا بيتا هي جزيئات الفيروس، ويقوم بتكوين أجسام مضادة للتصدي إلى خلايا بيتا بدلا من التصدي للفيروسات، وبذلك تدمر خلايا بيتا بفعل الأجسام المضادة الموجهة توجيهها خاطئا بفعل الفيروسات وقد تهاجم الفيروسات خلايا بيتا وتدمرها بشكل مباشر وتؤدي إلى نقص سريع في الأنسولين ، أو تؤدي إلى فقدان تدريجي لوظائف خلايا بيتا وحدث مرض السكر بعد عدة سنوات من الإصابة بالفيروسات وهذا النوع يمثل 5-10% فقط من مرضى السكري .

4- اختلاف السلالات والأجناس :

توجد اختلافات كبيرة بين الأشخاص في معدلات الإصابة بالنوع الأول من السكر، وهو أكثر شيوعا في الأشخاص المنحدرين من شمال أوروبا وبعض مناطق البحر الأبيض المتوسط مثل (سردينيا)، وقل شيوعا بين الآسيويين و الأمريكيين السود وفي أمريكا وجد بان الأفراد المصابين بالنوع الأول من السكر أكثر عرضة للوفاة بما يعادل 5% من الأشخاص البيض، وقد يكون السبب في ذلك تدني العناية الصحية لدى السود. (rennert , and gary , 1999 : 28)

3-1-2- المراحل العمرية التي تتم فيها الإصابة بالنوع الأول :

يقدر عدد المصابين بالنوع الأول من مرض السكري في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها بمليون شخص، مع اكتشاف ما يقارب ثلاثين ألف حالة سنويا، وهذا النوع اقل شيوعا من النوع الثاني من السكر حيث يشكل فقط 5-10% من حالات مرض السكر، ومع ذلك فان معدل الإصابة بالنوع الأول من السكر قد زاد خلال السنوات الماضية خاصة في بعض الولايات المتحدة الأمريكية، وبعض الدول الأوروبية (فنلندا وبريطانيا).

3-1-3- العوامل التي تسبب خطورة الإصابة بالنوع الأول من السكر عند الأطفال :

يظهر النوع الأول عادة بين مرحلة الولادة وحتى سن الثلاثين وهو يصيب صغار السن من الذكور والإناث بنسبة متساوية .

وقد أظهرت دراسات وجود عدد من عوامل الخطورة التي تسبب حدوث النوع الأول من السكر في الأطفال وهي:

1- مرض الطفل في سن مبكرة .

2- عدم الرضاعة الطبيعية من صدر الأم وشرب حليب البقر عند الأطفال الرضع.

3- كبر سن الأم .

4- إصابة الأم بالنوع الأول من السكر .

5- إصابة الأم بضغط الدم أثناء الحمل .

6- ثم ربط السمنة لدى الأطفال بإمكانية إصابتهم بنسبة كبيرة بالنوع الثاني من السكر في سن متقدمة، وقد أظهرت بعض الدراسات أيضا علاقة وطيدة بين زيادة الوزن عند الولادة والسمنة خلال الطفولة بأنها سبب رئيسي لحدوث مرض السكري من النوع الأول والعامل الرئيسي في ذلك هو زيادة

الوزن، وهذا نظريا على الأقل يمكن أن يجهد خلايا بيتا في البنكرياس مما يجعلها أكثر عرضة للتلف وحدوث النوع الأول من السكر خاصة لدى الأطفال الذين لهم استعداد وراثي للإصابة بالمرض.

ومع إن معظم حالات مرض السكر عند الأطفال هي من النوع الأول، إلا أن التقديرات في الوقت الحالي تشير الى ما نسبته 8% و 45% من حالات السكر المكتشفة حديثا في الأطفال هي من النوع الثاني وقد يكون السبب الرئيسي في ذلك السمنة المفرطة لدى الأطفال .

7- حليب البقر : أظهرت دراسة أن الأطفال الذين تتم تغذيتهم عن طريق شرب حليب البقر خلال الثمانية أيام الأولى من الولادة أكثر عرضة للإصابة بالنوع الأول من السكر، مقارنة بالذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية من حليب الأم، وقد يكون السبب في ذلك لاحتواء حليب الأم لمكونات قد تساعد في تنظيم الجهاز المناعي وبالتالي تمنع الإصابة بالمرض عند أولئك الأطفال .

وقد بينت الدراسات إنا لأطفال الذين يتم تشخيصهم بالنوع الأول من السكر حديثا غالبا تكون لديهم معدلات عالية من الأجسام المضادة لنوع معين من البروتينات موجود في حليب البقر ويعرف ببروتين مصلى حليب البقر "BSA" وهو يشبه احد البروتينات الموجودة في خلايا بيتا، وبما ان معدة الأطفال الرضع لا يستطيع هضم الأطعمة بما فيها البروتينات بصورة جيدة فان البروتينات الكبيرة الغير المهضومة تمر عبر جدران الأمعاء إلى الدم ويعتبر الجسم مثل هذه البروتينات بما فيها BSA مواد غريبة فيقوم بإفراز الأجسام المضادة لمهاجمتها، وقد يحصل خلل في التعرف على خلايا بيتا فتقوم تلك الأجسام المضادة بمهاجمتها لأنها تشبه بروتين BSA وتدمرها وعلى العموم هناك دراسات تعمل على حاليا للتحقق من وجود علاقة حقيقية بين حليب الأبقار ومرض السكر من النوع الأول .

(zhang , baffy , perret et al , 2001 : 105)

3-2- النوع الثاني :

ويسمى بمرض السكر رقم "2" وقد بما كان يسمى بالسكر الذي لا يعتمد على الأنسولين (NIDDM) ويقصد به مرضى السكري الذين لا يعتمدون في العلاج على الأنسولين ، وكان يسمى كذلك "سكر الكبار " لأنه عادة يبدأ بعد سن الأربعين، وأعراض هذا المرض تبدأ بشكل تدريجي، واحتمالات حدوث الغيبوبة السكرية، والمضاعفات اقل من النوع الأول، وغالبا ما يتم اكتشاف هذا المرض عن طريق الصدفة، عند إجراء التحاليل الطبية الروتينية، وفي هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين ولكنها تكون غير كافية او هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعيق وضيقة الأنسولين بسبب نقص مستقبلات الأنسولين، أو وجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين وتنافسها على الوصول إليها مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم، وفي هؤلاء المرضى تلعب الوراثة والسمنة دورا هاما في حدوث المرض فمعظم المرضى يتصفون بالسمنة وخاصة الأشخاص الذين يتسمون بزيادة الوزن حول منطقة وسط البطن (شكل التفاحة Apple-shap) فهؤلاء أكثر عرضة للإصابة بالنوع الثاني من السكر فالسمنة تجهد البنكرياس ويتضح دور السمنة في الإصابة بمرض السكر من النوع الثاني في ملاحظة انخفاض معدل الإصابة بالسكر أثناء الحرب العالمية الثانية بسبب المجاعات وقلة الأغذية بينما عادت إلى الارتفاع بعد الحرب نظرا لوفرة الغذاء، وهذا لا يعني بالطبع أن كل إنسان سمين سوف يصاب حتما بمرض السكر، وإنما هناك علاقة وطيدة بين السمنة ومرض السكر من النوع الثاني .

وغالبا ما يكفي تنظيم الغذاء باستهلاك المواد السكرية وإنقاص الوزن والرياضة لعلاج هذا النوع من السكر حيث يعود مستوى الأنسولين للمستوى الطبيعي بعد تخفيض الوزن .

(tumilehto , lindstorm , eriksson et al , 2001 : 50)

وقد يكون الشخص مصابا من النوع الثاني لعدة سنوات قبل التشخيص دون ملاحظة ذلك من قبل المريض بسبب أن الأعراض في البداية تكون خفيفة في البداية، ولكن المضاعفات الخطيرة يمكن ان تحدث بسبب عدم ملاحظة الإصابة بهذا النوع من السكر بعد عدة سنوات، والتي تشمل الفشل الكلوي و أمراض الأوعية الدموية (بما فيها أمراض الأوعية التاجية)

وهذا النوع يمثل الأغلبية (90%) من مرضى السكر، وهو بعكس النوع الأول ليس له علاقة بالجهاز المناعي للجسم، و قد لا يعتمد على الأنسولين ، والمريض المصاب بهذا النوع من السكر يستجيب في الغالب للأقراص الخافضة للسكر. (rosenbloom , young , winter ,2001 : 22)

3-2-1- أسباب حدوث النوع الثاني :

1- السمنة :

لقد أظهرت دراسة عملت في 2001 م على ما يقارب 85000 ممرضة، أن السمنة كانت السبب الأول والرئيسي لخطر الإصابة بالنوع الثاني من السكر، كما أوضحت دراسة حديثة بان إنقاص الوزن بما يعادل 5 بالمائة فقط قد يكون كافي لمنع حدوث مرض السكر من النوع الثاني عند الأشخاص البدينين الذين يعانون من احتلال تحمل الجلوكوز، وتشير التقديرات ان 80- 95 بالمائة من الزيادة الحالية في مرض السكر من النوع الثاني هي بسبب السمنة وزيادة الدهون في منطقة البطن حيث ان زيادة الدهون تلعب دورا مهما في مقاومة الأنسولين، ولكن أيضا طريقة توزيع الدهون في الجسم أيضا مهمة ، فزيادة الوزن حول البطن والجزء العلوي من الجسم (شكل التفاحة) له علاقة بمقاومة الأنسولين وحدث مرض السكر مرض القلب وزيادة ضغط الدم والجلطة الدماغية وزيادة معدلات الكوليسترول الغير صحي .

(defronzo , 1997 : 05)

ويجب الإشارة هنا إلى أن السمنة وحدها قد لا تشرح جميع حالات السكر من النوع الثاني، والذي ينتشر في أشخاص من بلدان أخرى معروفة بقلّة الوزن مثل آسيا والهند .

2- التاريخ العائلي :

إن حوالي 25%-33% من المرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر لديهم أفراد في العائلة مصابين بنفس المرض، وقد اظهرت دراسة أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي بالسكر يكونون أكثر عرضة لخطر حدوث مرض السكر لديهم في سن مبكرة، وتكون أعراضه شديدة وعند حدوث أعراض مرض السكر من النوع الأول والثاني في نفس العائلة، فان العامل الوراثي يكون له دور كبير جدا في المرض .

3- اختلاف السلالات والأجناس :

إن خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكر، وكذلك شدة مضاعفات مرض السكر يختلف بين سلالات البشر المختلفة وقد يكون للوراثة والعوامل الاقتصادية والاجتماعية دورا مهما في الاختلاف بين سلالات البشر .

وقد بينت دراسة أمريكية أن الرجال الأمريكيين من أصل إفريقي أكثر عرضة للإصابة بالنوع الثاني من السكر بما يعادل مرة ونصف، والنساء الأمريكيات من أصل إفريقي أكثر عرضة لخطر الإصابة بما يعادل مرتين بالأمريكيين من أصل ابيض، وقد يعزى ذلك إلى زيادة معدلات ارتفاع ضغط الدم والتدخين ، وكذلك قلة العناية الحية لدى السود،

وقد تلعب الوراثة دورا مهما في ذلك وعلى سبيل المثال قد بينت بعض الأبحاث ان الأمريكيين من أصل إفريقي لديهم خلل في إفراز الأنسولين ليس له علاقة بالتغذية او العوامل الأخرى .

وقد وجد أن معدل حدوث مرض السكر من الثاني لدى الأمريكيين الأصليين أكبر بما يعادل 19 مرة من معدل حدوثه لدى البيض، وكذلك فإن معدل الإصابة بالنوع الثاني لدى الأمريكيين من أصل اسباني أكبر من ذلك الموجود لدى البيض بما يعادل الضعف .

4- نقص الوزن عند الولادة :

لقد أظهرت الأبحاث أن نقص الوزن عند الولادة يشكل عامل خطورة لحدوث للإصابة بالنوع الثاني من السكر، ويرجع العلماء ذلك إلى سوء التغذية عند المرأة الحامل والذي قد يؤدي إلى اختلال في عمليات الايض في الأطفال الناشئين وإمكانية الإصابة بمرض السكر.

3-2-2- المراحل العمرية التي تتم فيها الإصابة بالنوع الثاني:

يقدر عدد المصابين بالنوع الثاني من السكر في الولايات المتحدة الأمريكية بما لا يقل عن 16 مليون شخص، وللأسف فإن العدد في ازدياد مستمر وقد بينت دراسة أمريكية عملت في عام 2000م إن معدل الإصابة بالنوع الثاني من السكر قد زاد بمقدار الثلث بين عامي 1990 و1998م وكانت الزيادة الكبرى 70% بين الشباب في عمر الثلاثين سنة، يصيب النوع الثاني من السكر الأشخاص بعد سن

الأربعين وفي سنة 1990م فقد زادت نسبة الإصابة بمعدل إجمالي 6% مع زيادة قدرها 10% في الأمريكيين من أصل إفريقي ويعزى السبب الرئيسي في تلك الزيادة الكبيرة إلى السمنة .

(defronzo , 1997 : 251 - 276)

3-2-3- مرض السكر في الأطفال البالغين:

حتى وقت قريب كان مرض السكر الذي يصيب الأطفال عادة هو النوع الأول تقريبا(نقص في كفاءة جهاز المناعة)، وللأسف فإن التقديرات في الوقت الحاضر تشير إلى ما نسبته 8-45% من الحالات الجديدة السكر عند الأطفال عادة هو من النوع الثاني.(الاختلافات الكبيرة في التقديرات بسبب الصعوبات في اكتشاف السكر عند الأطفال). (rosenbloom , 2001 : 867 - 871)

. ولاشك أن ذلك يعطي دلالة على أن المرض في ازدياد عند جميع الشعوب.

ومما سبق يمكن تلخيص أهم الفروق الموجودة بين النوع الأول والثاني في الجدول الآتي :

جدول رقم (05) يمثل اهم الفروق الموجودة بين النوع 1 والنوع 2 لمرض السكر .

الخصائص	النوع الاول	النوع الثاني
العمر	عادة قبل سن الثلاثين	عادة قبل سن الأربعين
ظهور الأعراض المرضية	فجأة	بشكل تدريجي
الحالة البدنية	المريض عادة نحيلاً او سوي الوزن	عادة سمين
الأعراض الطبية	عادة عطش شديد، رغبة شديدة في الأكل، كثرة التبول، نقص في الوزن	غالبا بدون أعراض
الأعراض الكيتونية	غالبا موجودة	عادة لا تظهر
الأنسولين داخل الجسم	لا يوجد	موجود لكن الجسم غير قادر على الاستفادة منه
الاعتلال في الدهون	زيادة الكوليسترول وثلاثي الجليسريد في الدم	زيادة الكوليسترول وثلاثي الجليسريد في الدم
العلاج بالأنسولين	مطلوبة	مطلوبة فقط في حوالي 20-30% من المرضى
الادوية الخافضة للسكر	يجب عدم استخدامها	تستخدم طبيا
الحمية الغذائية مطلوبة مع الأنسولين	مطلوبة مع الأنسولين	مطلوبة مع أو بدون أدوية

3-3- النوع الثالث : مرض السكر الثانوي(secondary) :

ويحدث لوجود علة مرضية تؤثر على الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس واهم هذه العلل :

- الالتهاب المزمن للبنكرياس .
- أورام الغدة فوق الكلوية (pheochromocytoma) .
- استئصال البنكرياس في حالة حدوث أورام سرطانية مثلا .
- بعض أمراض الغدد الصماء: كمرض العملاقة (acromigaly) بسبب زيادة إنتاج هرمون النمو، و فرط إفراز الغدة الدرقية (hyperthyroidism).

3-4- النوع الرابع : سكر الحمل(gestationaldaidetes) :

قبل اكتشاف الأنسولين وعلاجه بنجاح في مرض السكر، كانت المرأة المصابة بمرض السكر تعاني من تأثير المرض على وظيفته المبيض وخصوبته وتكرار حدوث الإجهاض، وحتى لو استمر الحل كان هذا يصاحب بعض المضاعفات والمخاطر على المرأة الحامل مثل :

- زيادة مستوى السكر بالدم بشكل ملحوظ وخاصة في الأشهر الأخيرة من الحمل .
- زيادة احتمالية الإصابة بتسمم الحمل .
- زيادة احتمالية الإصابة بالتهابات المسالك البولية .
- زيادة فرصة حدوث مضاعفات في العين .

3-4-1- أنواع السكر أثناء الحل :

وهناك نوعان من السكر أثناء الحمل :

1- سكر الحمل :

وهو من اقل أنواع مرض السكر انتشارا، و يظهر أثناء الحمل فقط في النساء اللواتي لم يصبن بمرض السكر في السابق، وغالبا ما يعود سكر الغلوكوز في الدم إلى معدلاته الطبيعية بعد الولادة ليعاود الظهور في الحمل التالي، وهكذا تشير الدراسات إلى أن حوالي ثلث إلى نصف النساء المصابات بمرض سكر الحمل قد يصبن بالنوع الثاني من السكر في غضون عشر سنوات .

وتظهر عادة أعراض سكر الحمل كالعطش وكثرة التبول والتعب المبكر او الإجهاد السريع خلال الأسبوع الرابع والعشرين من الحمل. وفي بعض الأحيان يكون المرض بدون أعراض حيث يكتشف ارتفاع السكر للمرة الأولى عند الفحص الشهري لدم الحامل . (world health organization , part 1 : 1999)

ويتسبب سكر الحمل في مشاكل صحية للجنين، كما يشكل عامل خطورة للام الحامل حيث ان زيادة مرض السكر تؤدي إلى حالة تسمى "ماكروسوميا" أو "الجنين البدين" والذي قد يؤدي إلى صعوبة الولادة وضرورة إجراء عملية قيصرية لإخراجه .

وقد بينت دراسة أجريت في ألمانيا أن 25% من النساء المصابات بسكر الحمل يحتجن إلى عملية قيصرية لإخراج الجنين .

ويتم علاج سكر الحمل عادة بالاكتهفاء بتنظيم الغذاء وحده، وممارسة التمارين الرياضية المناسبة لحالتها مع عدم محاولة إنقاص الوزن خوفا من حموضة الدم .

1.1. الفئات التي تصاب بسكر الحمل :

يقدر معدل الإصابة بسكر الحمل بحوالي 4%، ولكن أيضا أظهرت بعض الدراسات أن معدل الإصابة قد يكون أكبر من ذلك فمثلا أظهرت دراسة أجريت في ألمانيا أن 13% من النساء الحوامل تم تشخيصهم بهذا النوع من السكر .

2.1. عوامل خطورة الإصابة بسكر الحمل :

وتشمل عوامل خطورة الإصابة بسكر الحمل التالي :

- زيادة الوزن، حتى وان كانت ضئيلة خلال السنوات الأولى من البلوغ .
- وجود تاريخ عائلي للإصابة بمرض السكر .
- التدخين .
- إذا كانت المرأة تنتمي إلى سلالات مصابة بمرض السكر .
- زيادة الوزن قبل الحمل .
- كبر عمر المرأة .

2- مرض السكر مع الحمل :

ويقصد به حدث الحمل لمريضة مصابة بالسكر، او عندما تكتشف الإصابة بالسكر أثناء الحمل ولا تنتهي بنهايته، ولا يوجد اختلاف بين سكر الحمل وهذا النوع من السكر في مدى الخطورة على الأم والجنين وفي طرق العلاج.

ويتركز الهدف الأول لعلاج سكر الحمل أو مرض السكر على الحفاظ على مستوى ثابت وطبيعي السكر في الدم طوال فترة الحمل .

ويجب ملاحظة أن الأنسولين هو العقار الوحيد الواجب استخدامه لضبط مستوى السكر في الدم عند المرأة الحامل، سواء كانت مصابة بالنوع الأول أو الثاني مع تجنب الأقرص الخافضة للسكر للأسباب التالية :

- الأنسولين هرمون طبيعي لا يسبب أي تشوهات خلقية للجنين .
- الأقرص تسبب زيادة إفراز هرمون الأنسولين من بنكرياس الجنين، وهذا يؤدي إلى تقليل مستوى السكر بدم الجنين، وخاصة بعد الولادة مباشرة مما قد يعرض الجنين إلى غيبوبة نقص السكر والموت .
- الأقرص الخافضة للسكر لا تستطيع تخفيض سكر الحمل (osman , and al nozha ,2000 : 465 - 475)

3-4-2- الاختلاف بين مرض سكر الحمل ومرض السكر الاعتيادي :

يختلف مرض سكر الحمل عن الاعتيادي في نقطتين أساسيتين :

- سكر الحمل لا يؤدي إلى مضاعفات تصلب الشرايين الذي يكثر لدى المصابين بمرض السكر الاعتيادي .

- احتمال المضاعفات التي قد يصاب بها الجنين لا تزيد عن الحالات الطبيعية في غير المصابات بمرض السكر.

4- الأعراض العامة لمرض السكر :

هناك عدة أعراض يمكن من خلالها التكهن أن كان الشخص مصابا بمرض السكر، وهذه الأعراض هي :

- شدة العطش، الإكثار من شرب المياه وخاصة المثلجة .

- زيادة عدد مرات وكمية التبول .

- ازدياد الشهية لتناول الطعام وخاصة السكريات والحلويات .

وبجدر الإشارة إلى أن الأعراض المذكورة أعلاه يمكن أن تحدث بسرعة في النوع الأول من السكر، وخاصة عند الأطفال (أسابيع أو أشهر)، ولا كنها قد لا تظهر تماما، أو تظهر بشكل بطيء في النوع الثاني .

- جفاف الحلق و اللسان .

- نقص الوزن : في النوع الأول من السكر يمكن أن يحدث نقص وزن الجسم دون سبب واضح على الرغم من الأكل الطبيعي، أو حتى زيادة الأكل عند الشخص ويعزى ذلك إلى إفراز هرمون الجلوكاجون المضاد لعمل الأنسولين، والذي يفرز من البنكرياس أيضا ويعمل هذا الهرمون على تكسير البروتينات والدهون، و تحويلها إلى سكر مما يسبب في حدوث نقص الوزن، كما يرجع سبب نقص الوزن أيضا إلى بسبب فقد كمية كبيرة من الماء نتيجة كثرة التبول .

- يمكن ان يصاحب النوع الأول من السكر الشعور بالكسل،الضعف،الحمول وعدم القدرة على احتمال المجهود البدني ، وهنا يجب الحرص على عمل التحاليل الطبية بدلا من البحث عن فيتامينات أو دواء منشط ، يظن المريض أنها مقوية،وهي في الواقع تؤخر موعد اكتشافه لحقيقة المرض الذي يشكو منه فعلا .

- الشراهة في الأكل وفقدان الوزن والتعب المستمر يمكن أن تظهر عند مريض السكر من النوع الثاني عندما يكون مستوى التحكم في السكر لديه ضعيف .

- عدم وضوح الرؤية والدوخة او الصداع وعدم التركيز .

- الغيبوبة السكرية الكيتونية : وقد تكون هي اول مؤشر لوجود مرض السكر،وخاصة في صغار السن المصابين بالنوع الأول من السكر.وتحدث الغيبوبة السكرية الكيتونية بسبب تكسر الخلايا الدهنية وإنتاج مركبات يطلق عليها المركبات الكيتونية .

وبسبب إنتاج بعض الأنسولين في الأشخاص المصابين بالنوع الثاني من السكر فان الغيبوبة السكرية الكيتونية عادة لا تحدث لديهم .

- سرعة التهيج والتوتر .

- زيادة قابلية الإصابة بالالتهابات الميكروبية فالسكر مادة تساعد على نمو الجراثيم،لذلك تكثر الالتهابات في المناطق الرطبة من الجسم مثل : الأعضاء التناسلية (خاصة لدى السيدات)،والجلد كما تساعد على تقليل مقاومة الجسم ضد الجراثيم في مواقع أخرى من الجسم .

- الحكمة وخاصة في منطقة الأعضاء التناسلية .

- التأخر في التئام الجروح و الرضوض عند حدوثها (تقرحات القدم) .

- الضعف الجنسي ويكون واضحا عند الذكور .

- القلق والاضطراب النفسي ،وعدم الرغبة في العمل والأرق . (680 - 671 : 2002 , berneyy)

5- مضاعفات مرض السكر على أعضاء وأجهزة الجسم المختلفة :

تشير الدراسات إلى أن خطر الوفاة لدى مرضى السكر كبير بغض النظر عن الجنس والعمر والحالة الاجتماعية، وقد بينت تلك الدراسات أن السبب الرئيسي هو مرض القلب عند مريض السكري، ولا شك أن تلك الدراسات تسبب قلقا بالغاً نظراً للزيادة المطرد في معدلات الإصابة بمرض السكر، وخاصة النوع الثاني ومن المضاعفات لمرض السكر : اعتلال الأوعية الدموية الكبيرة والصغيرة، والأعصاب والتي تؤدي إلى حدوث مضاعفات لكثير من الأعضاء مثل : العين والكلى والقلب وقد أثبتت الدراسات أن التحكم في سكر الدم في مرضى السكر له أهمية كبيرة للتقليل من المضاعفات المصاحبة لمرض السكر . (brajendra , siravastava , 2006 : 130 - 147)

وبالتالي فإن تعليم مريض السكر ومعرفة نوع المرض له أهمية بالغة في التقليل من خطورة مضاعفات المرض .

وينبغي للمعالجين لمرض السكر ضرورة إرشاد المرضى للمشاكل الصحية الأخرى التي تعجل أو تسيء للأمراض المصاحبة لمرض السكر، وهذه تشمل ضرورة إيقاف التدخين، وزيادة الكوليستيرول في الدم عن طريق التحكم في نوعية الغذاء، والرياضة والأدوية ، والسمنة ، وارتفاع ضغط الدم .

1. مرض السكر والأعصاب :

قد يصيب مرض السكر أي نوع من هذه الأعصاب وإصابة الأعصاب هي من مضاعفات مرض السكر الشائعة التي تظهر مبكراً ويشكو من أعراضها كثير من المرضى وتختلف شدتها وأعراضها من مريض إلى آخر .

ويرجع تأثير مرض السكر على الأعصاب إلى نقص الدم في الشرايين الدقيقة التي تغذي الأعصاب ويؤدي هذا إلى كثرة تصلب هذه الشرايين عند مريض السكر .

2. مرض السكر والدورة الدموية والقلب :**التأثير على أعصاب الجهاز الدوري :**

يشكو مريض السكر من زيادة في عدد دقات القلب أثناء الراحة ، ويعزى هذا إلى تأثير مرض السكر على الأعصاب اللاإرادية المتحكمة في حركة وانقباض القلب .

وقد قدر العلماء معدل الوفيات بسبب مشاكل القلب الناتجة عن اعتلال الأعصاب بسبب مرض السكر من 15%-53% .

✚ مرض السكر يعجل من تصلب الشرايين :

إن أهم المضاعفات التي تصيب مرضى السكر ولا سيما مع إهمال العلاج هي تصلب الشرايين، وهذا قد يؤدي إلى أمراض التاجية والجلطة القلبية والدماغية وقد اظهرت الدراسات أن الجلطة القلبية تشكل 60% والجلطة الدماغية 25% من الوفيات في مرضى السكر وفي النوع الأول من السكر قد يحدث لدى المريض ارتفاع في ضغط الدم إذا تعطلت وظائف الكلى والارتفاع في ضغط الدم يعتبر سبب رئيسي في آخر للجلطة القلبية وفشل القلب. ويعتبر تصلب الشرايين من الأسباب المهمة في ارتفاع ضغط الدم .

وتمتد تصلب الشرايين عند مريض السكر ليصيب كل أنواع الشرايين الكبيرة والمتوسطة والصغيرة ولكن اخطر واهم الشرايين التي يصيبها شرايين المخ والكلى والعين والقلب والقدمين .

3. مرض السكر والعين :

لقد وجد أن ما يقارب من 50% من مرضى السكر قد تتأثر عيونهم في وقت من الأوقات ويضعف إبصارهم ، ويؤدي مرض السكر إلى حدوث ما يعادل من 12000 الى 24000 حالة جديدة من فقدان البصر سنويا، ويعتبر مرض السكر السبب الرئيسي الأول لحالات فقدان البصر الجديدة في الأشخاص البالغين من سن 20-75 سنة .

4. مرض السكر والكلى :

يعتبر مرض الكلى من المضاعفات الخطيرة لمرضى السكر، وخاصة إذا كان المريض يعاني من ارتفاع في ضغط الدم، أو أعراض الشرايين التاجية، أو ان هناك مشاكل صحية في مجرى البول، وتشمل أعراض

الفشل الكلوي التورم في القدم والركبة والإجهاد وشحوب لون الجلد، كما انه يجد من وظيفة الكلى الأساسية وهي التخلص من السموم الضارة التي تدخل الجسم او التي تنتج في داخله، وهذا يؤدي إلى بقاء السموم داخل الجسم .

كما يؤدي مرض السكر إلى تكرار الإصابة بالالتهابات الجرثومية لحوض الكلى والمثانة مما يؤدي الى زيادة عدد مرات التبول والحرقان أثناء التبول .

5. مرض السكر والجهاز الهضمي :

قد يسبب مرض السكر خلل في الأعصاب اللاإرادية ويؤدي إلى حدوث عدد من المشكلات لدى مريض السكر ومن ذلك :

- **الإسهال:** الذي لا يستجيب للأدوية الطبية ويزداد ليلا ، وأحيانا يشكو المريض من عسر الهضم مع الإسهال وفي الغالب ينشأ هذا الإسهال بسبب تلف الأعصاب اللاإرادية للأمعاء والمعدة التي تتحكم في حركة هذه الأعضاء .
- **الإمساك:** وينشأ ذلك أيضا نتيجة لوجود خلل في الأعصاب اللاإرادية المنظمة لحركة الأمعاء حيث يؤدي ذلك إلى قلة حركة الأمعاء وحدوث الإمساك .
- **انتفاخ البطن:** يشعر مريض السكر في بعض الأحيان بانتفاخ وعدم راحة بالبطن بعد تناول الطعام، مما يعطي دائما الشعور الدائم بامتلاء المعدة(التخمة)،وعسر الهضم ويرجع ذلك إلى كسل المعدة وبطء إفراغ الطعام منها فيمكن الطعام فيها مدة طويلة .

6. قدم مريض السكر :

قد يصيب تصلب الشرايين الطرفية للقدم في مرضى السكر مما يؤدي الى قلة سريان الدم فيها وهذا بسبب برودة القدمين والألم أثناء المشي ويؤدي تصلب وضيق الشرايين الى تلف الأعصاب الطرفية القدم والى حدوث القدم السكرية ويطلق تعبير القدم السكرية على المضاعفات والتغيرات التي تحدث في قدم مريض السكر من التهابات وتقرحات،إما عن دور تلف الأعصاب الطرفية في حدوث القدم السكرية فيرجع إلى أن هذا التلف يفقد الإحساس بالقدم او تضعفه مما يعرضها لكثرة الاصطدام بالأشياء وعدم

شعور المريض بألم أو حرارة أو برودة القدمين وبالتالي لا يشعر المريض بأي جرح أو حرق، كما أن تلف الأعصاب الطرفية يؤدي إلى فقدان الإحساس بمفاصل القدمين والأصابع مما تشوه الأصابع وعدم تكافؤ توزيع وزن الجسم على القدمين .

والقدم السكرية من أهم المضاعفات التي تواجه مريض السكر وتشير الإحصاءات العلمية انه يتم بتر قدم سكري كل 30 ثانية ولذلك اهتمت معظم دول العالم بهذا الموضوع وحددت يوما عالميا للتعريف بخطورة المشكلة يحمل اسم "يوم القدم السكري بطرق الوقاية من البتر " .

7. مرض السكر والوظائف العقلية وفقدان الذاكرة :

بينت الدراسات أن المصابين بالنوع الثاني من السكر أكثر عرضة للإصابة بفقدان الذاكرة الناتج عن مشاكل في الأوعية الدموية في الدماغ، وضعف التركيز والذاكرة يمكن أن يحدث حتى في الأشخاص الذين هم اقل من 55 سنة، والذين يعانون من مرض السكر لعدة سنوات، و قد اظهرت دراسة أن الزيادة في مستوى السكر في الدم في الأشخاص المصابين بالنوع الأول من السكر قد يكون لها علاقة ببطء وضيعة الدماغ . ويشمل ذلك صعوبة في النطق وكذلك صعوبة في إجراء العمليات الحسابية الذهنية .

8. مريض السكر والجراحة :

قد يحتاج مريض السكر مثل غيرهم لإجراء عمليات جراحية خلال حياتهم ولا تشكل الجراحة في الوقت الحاضر خطورة على مريض السكر وخاصة بعد توافر وسائل الجراحة الحديثة واكتشاف الأنسولين والمضادات الحيوية وفي حالات العمليات الصغيرة مثل فتح الخراج وغيره يمكن استخدام أدوية السكر المعتادة كالأنسولين و الأقراص الخافضة للسكر وفي حالة العمليات الجراحية المتوسطة فيجب استخدام الأنسولين ويفضل استخدامه لمدة يومين أو ثلاثة قبل إجراء العملية الجراحية مع إيقاف استخدام الأقراص الخافضة للسكر إذا كان يستخدمها وأثناء العملية يعطى الأنسولين مع الجلوكوز ويجب إعطاء المريض المضاد الحيوي قبل وأثناء وبعد العملية وبعد تحسن الحالة الصحية للمريض بعد الجراحة يعود الى استخدام الأدوية المعتادة (أنسولين أو أقراص) .

وبالإضافة للمضاعفات السابقة الذكر، فإن لمرض السكر مضاعفات أخرى تمس بالتقريب جميع الأعضاء و الأجزاء المتبقية هي: الجلد، الأسنان، الأنف و الأذن، الأجهزة التناسلية (الضعف الجنسي لدى الذكور والبرودة عند النساء)، كما يساهم في الإصابة في التهاب كل من الجهاز التنفسي والبولي .

(محمد بن سعد الحميد ، 2007 : 32 - 44)

6 - الطرق العلاجية لمرض السكر :

1.6. الطريقة الأولى : " العلاج بدون استخدام الأدوية" :

يمكن التحكم في سكر الغلوكوز في الدم بدون استخدام أي دواء مثل :

i. تنظيم غذاء مريض السكر كما ونوعا :

تشير الإحصاءات أن ما يقارب من 50% من المرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر يمكنهم ضبط مستوى السكر في الدم عن طريق تنظيم الغذاء فقط، وفي الحقيقة لا يوجد مرض من الأمراض يعتمد في علاجه على تنظيم الغذاء مثل مرض السكري، وفي نفس الوقت فإنه لا يمكن ضبط مستوى السكر في الدم بدون تنظيم الغذاء

الهدف من تنظيم الغذاء في علاج مرض السكر :

- ضبط مستوى السكر في الدم .
- تجنب حدوث انخفاض شديد في سكر الدم وخاصة مع استخدام أدوية علاج السكر .
- الحد من أعراض ومضاعفات ارتفاع السكر .
- تقليل الكوليسترول والدهنيات الضارة بالجسم والوقاية من تصلب الشرايين .
- المساعدة في تخفيف الوزن والوقاية من السمنة .
- التقليل من جرعة أدوية السكر .

مواصفات غذاء مريض السكر :

- أن يكون ملائما لظروف واقتصاديات مريض السكر .
- أن يحتوي على نسب مقننة من العناصر الغذائية المختلفة من نشويات وسكريات ودهون وبروتينات .

- كذلك يجب أن يحتوي على الأملاح والفيتامينات والحبوب الخضروات والأطعمة الغنية بالألياف .
- أن يتم تقسيم الوجبات الغذائية إلى وجبات صغيرة لا تقل عن ثلاث وجبات في اليوم .
- أن لا يحتوي على الكثير من السكريات السريعة الهضم مثل سكر الطعام والحلاوة .
- أن لا يحتوي على الدهون الحيوانية مثل : السمن، ودهون الحيوانات، واستبدالها بالزيت النباتية مثل زيت الزيتون والذرة .

ii. مزاوله مريض السكري للرياضة بشكل مستمر :

- للرياضة دور مهم وأساسي في علاج مرض السكر حيث تؤدي إلى :
- حرق كمية كبيرة من سكر الجلوكوز للحصول على الطاقة اللازمة لنشاط وحركة العضلات أثناء الرياضة، وبالتالي تؤدي إلى التقليل من مستوى السكر في الدم .
- إنقاص الوزن وتقليل الدهون الضارة وهذا سوف يقلل من فرص حدوث الإصابة بتصلب الشرايين الشائعة الحدوث في المرضى المصابين بالسكر.
- زيادة تدفق الدم في شرايين الساقين والقدمين مما يحد من إمكانية حدوث مضاعفات مرض السكر في القدمين .

ويعتبر المشي من الرياضيات المهمة لمريض السكر حيث تساعد على تخفيض مستوى السكر في الدم، ويفضل المشي بخطوات واسعة، وان تكون المعدة فارغة، وان يكون ذلك بشكل منتظم على الأقل ثلاثة أيام في الأسبوع ، ويفضل ارتداء الملابس القطنية، وان يكون الحذاء مريح للقدمين، ويجب عدم استخدام الأحذية الضيقة، والجوارب المصنوعة من البلاستيك أثناء مزاوله الرياضة .

ويجب على مريض السكر تجنب مزاوله الرياضة العنيفة: مثل المصارعة والكاراتيه، وخلاف ذلك وخاصة المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر خاصة بعد اخذ حقنة من الأنسولين، ويفضل عند مزاوله النشاط الرياضي الاحتفاظ بقطعة حلوى لتجنب حدوث غيبوبة نقص السكر . (ماريكولاز وكلافيل ، 2002: 96)

6-2 الطريقة الثانية : "العلاج باستخدام الأدوية" :

1. علاج مرضى السكر بالأنسولين :

i. التعريف بالأنسولين :

الأنسولين هو هرمون تفرزه خلايا خاصة في البنكرياس تسمى خلايا بيتا² أي الخلايا رقم 2 "وهي ضمن مجموعة من الخلايا المنتشرة على شكل جزر داخل البنكرياس وتعرف هذه الجزر بجزر" لانجر هانس "نسبة إلى مكتشفها .

ويتكون هرمون الأنسولين من سلسلتان من الأحماض الأمينية مرتبعتان بروابط كيميائية والأنسولين ضروري للجسم كي يتمكن من الاستفادة واستخدام السكر والطاقة في الطعام حيث يعمل على منع تراكم السكر وزيادة منسوبه في الدم مهما تناول الإنسان من سكريات ونشويات وإبقاء مستوى السكر في الدم ثابتا طوال الأربع والعشرون ساعة .
(gale , and anderson , 2005 : 110 - 112)

ii. آلية عمل الأنسولين ومصيره :

يذوب في دم الإنسان ما يقارب 5 غرامات من سكر الجلوكوز ، وهذا السكر هو المصدر الرئيسي للطاقة اللازمة لعمل أجهزة الجسم المختلفة في الإنسان ، ولكي يتم حرق السكر وإنتاج الطاقة فان الجسم يحتاج إلى هرمون الأنسولين والذي يقوم بإدخال الجلوكوز إلى خلايا الجسم لتقوم بحرقه وإنتاج الطاقة .

كما يقوم أيضا بإدخال الأحماض الأمينية الناتجة عن تحلل البروتينات حيث يساهم في دخولها إلى الكبد والعضلات لتخزينها .

ويلعب الأنسولين دورا مهما في التفاعلات الكيميائية داخل معظم خلايا الجسم ولكن تأثيره يظهر بصورة واضحة في :

* الكبد : يقوم الأنسولين بتخزين السكر الزائد عن حاجة الجسم في توليد الطاقة في الكبد على شكل غليكوجين "نشاء حيواني" لإعادة إنتاج السكر منه أثناء الحاجة ، ولا يقف عمل الأنسولين عند هذا الحد من تصريف الجلوكوز الممتص ، بل يتعداه إلى تكوين الجلوكوز في الكبد من المركبات الأخرى كالأحماض الأمينية بل انه يعمل على اتحاد هذه الأحماض الأمينية معا لتكوين البروتينات كما انه يساعد المواد البر وتينة في عملية البناء .

*العضلات : يقوم الأنسولين بتخزين السكر الزائد عن الحاجة في العضلات على شكل نشا حيواني

* الخلايا الدهنية : يساعد الأنسولين بالتخزين الزائد من الغلوكوز بحسب قدرة الكبد والعضلات على هيئة دهون في الخلايا الدهنية في الجسم، ويقلل من تكسير هذه الدهون للاستفادة منها وقت الحاجة . ومن هذا يتضح إن دور الأنسولين هو تنشيط استهلاك السكر في الخلايا مع تخزينه في الكبد والعضلات فتكون المحصلة تقليل وجود السكر في الدم .

وفي حال غياب الأنسولين أو إذا حدثت مشكلة في مستقبلات الأنسولين تراكم الغلوكوز في الدم وعجزه عن دخول الخلية التي تحتاجه كوقود ، وازدادت نسبته عن القيمة الطبيعية فيظهر مرض السكر و ما ينتج عنه من مضاعفات مرضية خطيرة .

كما ان غياب الأنسولين يؤدي إلى تحلل الأحماض الأمينية وتحويلها إلى سكر الغلوكوز ، وهذا ما يزيد نسبة السكر في الدم ، كما أن غياب الأنسولين يؤدي إلى زيادة تحلل الدهون ، وزيادة نسبة الأحماض الدهنية الحرة في الدم . وهذا قد يؤدي إلى حموضة الدم وزيادة الكيتونات وإمكانية حدوث الغيبوبة السكرية الكيتونية .

وبعد أداء الأنسولين لمهمته تقوم كل من الكبد والكلية بتكسيه والتخلص منه ، حيث تقوم الكبد بتكسير ما يقارب من 60% من الأنسولين ، بينما تقوم الكلية بتكسير الباقي منه وإفرازه في البول ، ويتم هذا عادة في دقائق محدودة والحكم و في هذا التكسير والتخلص من الأنسولين هو تفادي تراكم الأنسولين ، وإلا أدى التراكم إلى انخفاض السكر بشكل ملحوظ والدخول في غيبوبة نقص السكر . (ماريا كولاك وكلافيل ، 2002 : 129)

.iii مستحضرات الأنسولين :

تم استخلاص أول مستحضر من الأنسولين من الأبقار ثم بعد ذلك من الخنازير وذلك عن طريق فصل خلايا لانجر هانز وبروتين الأنسولين المتواجد فيها من تلك الحيوانات بعد ذبحها ، ثم تلى ذلك تقنية الأنسولين المستخلص من الأبقار والخنازير وتعبئته للاستخدام الآدمي ، وقد نجح الأنسولين المستخدم من تلك الحيوانات ولا يزال يستعمل في خفض مستوى السكر لدى العديد من المرضى .

وفي عام 1980 م وبسبب التقدم في التقنية تم صنع أنسولين مشابه لأنسولين الإنسان لأول مرة عن طريق تسخير البكتيريا ، واستخدام الجينات والوراثة للأنسولين وأطلق عليه اسم الأنسولين البشري ، وميزة هذا النوع انه اقل عرضة لإحداث أعراض جانبية بسبب عدم احتوائه على بروتين غريب " جميع أفراد البشر تحتوي على نفس الأنسولين بالضبط ، وبالتالي فانه لا ينظر إليه على انه بروتين غريب " ، وفي الوقت الحاضر هناك العديد من البكتيريا تقوم بصنع كميات كبيرة من الأنسولين البشري يتم تنقيته

وتعبئته على نطاق واسع ، وهذا النوع من الأنسولين يعتبر من أهم الأنواع الشائعة الاستخدام في الوقت الحاضر ، ويعتبر الأنسولين هرمون طبيعي لا يحدث تشوهات خلقية للأجنة وبالتالي يعتبر الدواء المناسب والآمن للاستخدام خلال فترة الحمل للتحكم في مستوى السكر في الدم .

ولا يمكن اخذ الأنسولين عن طريق الفم حيث ان العصارة المعدية تقوم بتكسير وتؤدي إلى عدم فاعليته ومع ان هناك العديد من الأبحاث والمحاولات التي تجرى حاليا للبحث عن طرق مريحة لإعطاء الأنسولين إلا أن الحقن تحت الجلد لا تزال هي الطريقة المثلى والوحيدة لإعطاء الأنسولين في الوقت الحاضر .

ويعتمد توقيت إعطاء حقن الأنسولين على عدد من العوامل :

* مدة مفعول الأنسولين : يوجد الأنسولين على أشكال متعددة المفعول تشمل السريع و المتوسط و القصير و الطويل .

* كمية ونوع الطعام : تناول الطعام يرفع من مستوى سكر الغلوكوز في الدم بينما الكحول يخفض من مستوى السكر في الدم .

* معدل النشاط الجسماني الذي يبذله الشخص : الرياضة تخفض من مستوى سكر الغلوكوز في الدم

🚦 وتوجد مستحضرات الأنسولين في الوقت الحالي على أربعة أشكال :

- قوارير (الزجاج) .
 - قوارير مسبقة التعبئة .
 - خرطوشة .
 - خرطوشة تستخدم في أقلام لتسهيلها عملية الحقن .
- ومن أهم أنواع الأنسولين الشائع استخدامها في الوقت الحاضر الأنسولين المعدل وراثيا " RECOMBINANT INSULIN " ، الأنسولين ليسبرو ، الأنسولين اسبارت ، والأنسولين جلارجين ، وفي الوقت الحاضر ينذر استخدام الأنسولين المشتق من المصدر الحيواني مثل البقر والخنزير .

(مارياكولاز و كلافيل ، 2002 : 143)

iv. العلاج بالأنسولين :

يتم اللجوء الى الأنسولين في الحالات الآتية :

- المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر حيث ينعدم الأنسولين .

- المرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر في حالة عدم القدرة على ضبط مستوى السكر في الدم عن طريق التغذية ،إنقاص الوزن ، الرياضة أو الأقراص الخافضة للسكر .
- غيبوبة السكر الكيتونية .
- أثناء العمليات الجراحية .
- السيدات الحوامل المصابات بمرض السكر .

٧. أنواع الأنسولين المستخدمة في العلاج .

يتم تصنيع الأنسولين على أشكال متعددة ، وكل نوع يعمل بسرعة مختلفة عن الآخر ، ومعظم المرضى يضطر الى استخدام أكثر من نوع من الأنسولين لمحاولة محاكاة الإفراز الفسيولوجي الطبيعي للأنسولين في جسم الإنسان .

ويمكن تشبيه الأنواع المتعددة من الأنسولين بالاختلاف بين العدائين في الألعاب الأولمبية :

- فهناك أنواع من الأنسولين مثل العداء الذي يجري بالسرعة القصوى ، حيث يبدأ بسرعة ثم يصل إلى أقصى سرعة ثم ينتهي بسرعة .
- وهناك أنواع من الأنسولين مثل عداء الماراتون ، أو سباق المسافات الطويلة ، حيث يبدأ ببطء ويستمر في عمله ببطء ويبقى في الجسم لمدة طويلة .
- وهناك أنواع من الأنسولين متوسطة المفعول فهي ليست سريعة مثل العداء الذي يركض بسرعة قصوى ، وليست بالبطيئة مثل العداء الذي يخوض سباق المسافات الطويلة .
- ولا يمكن وصف نوع من الأنسولين بأنه أفضل من الآخر . فجميع الأنواع مهمة للتحكم في سكر الدم ، وتختلف استجابة المريض للأنسولين من شخص لآخر ، والطبيب وحده هو الذي يحدد نوع الأنسولين ومواعيد إعطائه للمريض .

جدول رقم (06) يبين أنواع الأنسولين الشائعة الاستخدام في الوقت الحاضر وخواصها .

نوع الأنسولين	الاسم العلمي والتجاري	بدء المفعول	أقصى مفعول	مدة المفعول
سريع المفعول	أنسولين ليسبرو (هيومالوج) أنسولين اسبارت (توفالوج)	5 - 15 دقيقة	30-90 دقيقة 1 - 3 ساعات	3 - 5 دقيقة
قصير المفعول	أنسولين عادي (هيوميولين) ار ، نوفولين ار .	30 - 60 دقيقة	2 - 5 ساعات	5 - 8 ساعات
متوسط المفعول	أنسولين ايزوفان (هيوميولين) إن ، نوفولين إل) لينت أنسولين (هيوميولين) إل	1 - 2.5 ساعة 1 - 2.5 ساعة	8 - 14 ساعة 8 - 12 ساعة	14 - 24 ساعة
طويل المفعول	الترالينيت انسولين) هيوميولين إل) أنسولين جلارجين (لانتوس) (4 - 6 ساعة 1 - 2 ساعة	10 - 18 ساعة لا يوجد	20 - 36 ساعة إلى 24 ساعة

2 - علاج مرضى السكري بالأقراص الخافضة للسكر :

توصف الأدوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم للمرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر عندما تفشل الحمية الغذائية و الرياضة في خفض مستوى السكر لديهم بشكل جيد ، وهذه الأدوية لا تستخدم للمرضى المصابين بالنوع الأول من السكر لان آلية عمل هذه الأدوية تعتمد أساسا على إفراز الأنسولين من البنكرياس ، و هذا الهرمون كما أسلفنا غير موجود أصلا عند هؤلاء المرضى .

تعطى الأدوية الخافضة للسكر عن طريق الفم مرة واحدة في اليوم (في الصباح) مع أن بعض الأشخاص قد يحتاج إلى جرعتين أو ثلاث ويمكن استخدام أكثر من دواء عن طريق الفم عندما يكون احد الأدوية غير كافي لخفض مستوى السكر في الدم بالمستوى المطلوب ، وعندما تفشل الأدوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم في التحكم بمستوى السكر في الدم بشكل جيد فانه يعطى حقن الأنسولين إما لوحدها أو بإعطائها مع الأدوية أخرى .

2 - 1 أنواع الأدوية الخافضة للسكر :

هناك العديد من أنواع الأدوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم :

- 1 - الأدوية التي تعتمد في آلية عملها على إفراز الأنسولين *insuline secretagogues* مثل السلفونيل يوريا (مثل الجلایبيورايد) و الميتيقلينيد (مثل الريباقلينيد) . وهذه الادوية تمتص من الأمعاء إلى الدورة الدموية ومن ثم تعمل على تنبيه إفراز الأنسولين من خلايا بيتا في البنكرياس
- 2 - الأدوية التي تزيد من استجابة الجسم للأنسولين *insuline sensitizer* مثل مجموعة اليقوانيد (مثل الميتفورمين) ، و مركبات الثيازوليدين ديون مثل (الروز يقليتازون) ، وهذه الأدوية لا تؤثر على إفراز الأنسولين من خلايا بيتا في البنكرياس ، لكنها تزيد من حساسية مستقبلات الأنسولين في أعضاء الجسم المختلفة للأنسولين ولكي تعمل هذه الأدوية فانه ينبغي تواجد هرمون الأنسولين في البنكرياس ويمكن للطبيب المعالج صرف هذه الأدوية إما لوحدها أو مع أدوية السلفونيل يوريا .
- 3 - مثبطات الالفا- جلوكوزايديز *alph-glucosidaseinhibitors* مثل الاكاربوز ، وهذه الأدوية لا تؤثر على إفراز الأنسولين من البنكرياس ، وعادة لا تمتص من الأمعاء عند إعطائها عن طريق الفم ، ويقتصر دورها على إبطاء امتصاص سكر الجلوكوز من الأمعاء ، وتستعمل عادة للتقليل من ارتفاع سكر الدم بعد تناول وجبة غذائية .

جدول رقم (07) يبين الادوية الخافضة للسكر التي تعطى عن طريق الفم

المجموعة	الدواء	عدد الجرعات اليومية	الآثار الجانبية المحتملة
مركبات البيقوانيد	الميتفورمين	3 - 2	الإسهال ، زيادة حموضة الجسم (نادرة الحدوث)، فشل الكبد (نادر الحدوث)
	الميتفورمين طويل المفعول	2 - 1	
مركبات السلفونيل يوريا	الاستيوهكساميد	2 - 1	الزيادة في الوزن نقص الصوديوم في الدم مع الكلور بروباميد
	الكلور بروباميد	1	
	الجليميرايد	1	
	الجلييزايد	2 - 1	
	الجلابيبورايد	2 - 1	
	التولازاميد	2 - 1	
التولبيوتاميد	2 - 1		
مركبات الميقلينيدي	الناتيقليدي	3	الزيادة في الوزن
	الريباقليدي	3	
مركبات التيازوليدين ديون	البيوقليتازون	1	الزيادة في الوزن ، احتجاز السوائل
	الروزيقليتازون	2 - 1	
مشطات جلوكوز ايدز	الكاربوز	3	اسهال ، الم وانتفاخ في البطن
	الميقليتول	3	

7 - التوصيات العامة لفحص السكر :

يتم تشخيص النوع الأول من السكر عادة بظهور الأعراض ، مثل كثرة التبول ، والعطش الشديد ، وغالبا ما يصاحب ذلك فقدان الوزن ، وهذه الأعراض تسود خلال أيام إلى أسابيع وحوالي 25 % من الأشخاص المصابين حديثا بالنوع الأول من السكر يكون قد حدث لديهم درجة من الأحماض الكيتونية عند اكتشاف السكر لديهم .

وينصح الخبراء في الوقت الحاضر كل شخص أكبر من 45 عاما بإجراء فحص السكر بشكل منتظم وأيضا يجب فحص السكر لدى البالغين من صغار السن وذلك في الحالات التالية :

- * زيادة في الوزن بما يعادل 20 % من الوزن المثالي
- * ارتفاع ضغط الدم (90-140 ملم زئبق أو أكثر)
- * نقص معدل الكوليستيرول الجيد HDL في الدم (اقل من 35 ملي غرام في ديسيلتر وزيادة في معدلات ثلاثي الجليسريد (أكبر من 250 ملي غرام في الديسيلتر) (2.83 ميلي مول في اللتر)

* إصابة احد أفراد العائلة المقربين بالسكر

* انتماء الشخص إلى إحدى السلالات التاريخية المعروف تاريخها بإصابتها بالسكر *

* وجود تاريخ سابق بالإصابة بسكر الحمل

وينصح الخبراء بإجراء فحص السكر من النوع الثاني لكل طفل أكبر من 10 سنوات إذا كان لدينا ، او لديه احد عوامل خطورة الإصابة بالسكر المذكورة أعلاه .

ويمكن تشخيص مرض السكر عند إصابة الشخص بأحد الأمراض التي عادة يسببها مرض السكري ، مثل الجلطة القلبية ، الجلطة الدماغية واعتلال الأعصاب وبطء التئام الجروح ، أو ظهور قرحة القدم ، ومشاكل في العين ، وبعض الالتهابات الفطرية ، أو ولادة طفل بدين يعاني من نقص السكر في الدم .

(محمد بن سعد الحميد ، 2007 : 17)

8 - نصائح هامة لمرضى السكري :

* يجب المحافظة على زيارة الطبيب المعالج باستمرار للتأكد من التحكم بمستوى السكر بالدم بشكل جيد .

* المواظبة على اخذ الأدوية بانتظام .

* مراعاة الانتباه للأكل و ممارسة القليل من الرياضة بانتظام لان الرياضة تساعد على تدفق الدم إلى شرايين الساقين والقدمين ، مما يقلل من حدوث مضاعفات المرض في القدمين .

* يجب مراعاة التنسيق بين مواعيد الوجبات و مواعيد اخذ أدوية السكر حيث أن الإخلال بذلك قد يسبب ارتفاع أو انخفاض شديد في مستوى السكر في الدم

*أهمية قياس مستوى السكر باستمرار وتسجيله والاحتفاظ بهده التسجيلات لمراجعتها من قبل الطبيب المعالج .

* يجب عم استخدام حقن الأنسولين أكثر من مرة لمنع التلوث و العدوى كما يجب إلقاء الإبرة في وعاء مغلق لتجنب إصابة شخص آخر بأضرار .

* يجب عدم تغيير نوع دواء السكر الذي يستخدمه المريض بدون استشارة الطبيب المعالج .

* من الضروري معرفة كيفية التصرف في حالة حدوث زيادة او ارتفاع مفاجئ في مستوى السكر .

* إذا كان المريض بصدد إجراء عملية جراحية لا بد من إبلاغ الطبيب بذلك .

* الامتناع عن تعاطي المشروبات الكحولية .

* يجب عدم استخدام الأدوية الشعبية بدون استشارة الطبيب المعالج حيث أن لها آثار جانبية كثيرة قد تؤدي بحياة المريض كما أن ادعاء بعض الأطباء الشعبيين بان أدويتهم تشفي المريض نهائيا من مرض

السكري نهائيا غير صحيح . (محمد بن سعد الحميد ، 2007 : 96)

النشاط البدني لمرضى داء السكري :

1 - التعريف ببعض المصطلحات :

المكافئ الأيضي : MET (Metabolic équivalent)

- مقدار الطاقة المصروفة من قبل الجسم أثناء النشاط منسوبة إلى يصرف أثناء الراحة .

- في الراحة :

- المكافئ الأيضي = 1
- استهلاك الأكسجين = 3.5 مل/كجم . د
- الطاقة المصروفة = 1 ك كاللوري/كجم . سا

شدة النشاط البدني بالمكافئ الايضي MET :

- منخفض الشدة: **light** : less than 3 MET .
- معتدل الشدة: **moderate** : 3 - 6 MET .
- مرتفع الشدة: **vigorous** : 6 above MET .

2 - ما هو الحد الأدنى للنشاط البدني المعزز للصحة ؟

■ لصحة القلب و الأوعية الدموية :

نشاط بدني معتدل الشدة لمدة 30 دقيقة كحد ادني 5 مرات في الأسبوع على الأقل أي 150 سعر

كيلو حراري في اليوم (اقل من 1000 كيلو سعر حراري في الاسبوع)

■ لتنمية اللياقة القلبية التنفسية :

نشاط بدني هوائي عند شدة اقل من 40 % من احتياطي ضربات القلب لمدة 20 دقيقة كحد ادني ،

ثلاث مرات في الأسبوع على الأقل

▪ لصحة الجهاز العضلي و الهيكلي :

- تمارينات تقوية عضلية للعضلات الكبرى من الجسم مرتين في الأسبوع على الأقل (8 -12 تكرار)
مجموعة واحدة أو اثنتين .

- تمارينات إطالة للعضلات ، ثلاث مرات على الأقل في الأسبوع .

▪ لضبط الوزن ومكافحة السمنة :

- العبرة في مجمل الطاقة المصروفة في الأسبوع وليس بالشدة .

- 200 - 300 دقيقة من المشي السريع في الأسبوع .

▪ لضبط مستوى السكر في الدم :

ينبغي ممارسة نشاط بدني هوائي معتدل الشدة لمدة 30 دقيقة على الأقل ، تمتد إلى 60 دقيقة فيما بعد
كل يوم أو كل أيام الأسبوع . (Ainsworth B. 2000 .32)

3 - وصفة النشاط البدني لمرضى داء السكري :

✚ نشاط بدني لمدة 30 دقيقة على الأقل ، يمتد بعد مدة من التدرج إلى 60 دقيقة فيما بعد ،
ويكون ذلك يوميا أو معظم أيام الأسبوع .

✚ تشمل الأنشطة الهوائية المعتدلة الشدة : المشي السريع ، السباحة ، ركوب الدراجة الثابتة ،
التنس الأرضي ...

✚ ينبغي أن ترتفع ضربات القلب بعد فترة من التدرج ال 60 - 70 % من ضربات القلب
القصى .

✚ ضربات القلب القصى = 220 - العمر بالسنوات

او = 208 - (0.8 * في العمر بالسنوات)

✚ ينبغي ان يبدأ النشاط بحوالي 5 دقائق من الإحماء وينتهي بمثلها من التهدئة .

✚ يمكن لمن ليس لهم اعتلال بالشبكية او ارتفاع ضغط الدم ممارسة تمارينات معتدلة الشدة لتقوية
العضلات بمعدل مرتين في الأسبوع . (8 -12 تكرار لكل من المجموعات العضلية الكبرى
في الجسم) .

✚ ينبغي تنوع الأنشطة البدنية الممارسة لتشمل جميع العضلات الرئيسية في الجسم ، حتى تتم
الاستفادة القصى من النشاط البدني .

لا بد من الانتظام في ممارسة النشاط البدني ، حيث تضمنحل فوائد النشاط البدني لمرضى السكري بعد توقف من أسبوع إلى أسبوعين .

ينبغي الاهتمام بالمرضى الذين لديهم مشاكل بالقدمين ، تجنب ممارسة الجري ، ومارس المشي يوميا ، والسباحة و ركوب الدراجة في اليوم الآخر .

لا بد من استخدام الحذاء الجيد المناسب لقدم المريض ، و المتضمن بطانيات جيدة - هلام السليكا - او فقاعات الهواء - مع العناية بالجوارب القطنية التي تمتص العرق .

في حالة استخدام الأنسولين ، تجنب ممارسة النشاط البدني إذا كان مستوى السكر في الدم اقل من 100 ملجم /دسل أو يكون قد وصل الى 250 ملجم /دسل فأكثر .

لا ينبغي حقن الأنسولين بالقرب من العضلات التي تستخدم في النشاط البدني .

تجنب حدوث الجفاف بتناول السوائل على الدوام .

ينبغي إجراء اختبار للجهد البدني قبل البدء بممارسة أي نشاط بدني عنيف خاصة لمن هم :

- فوق 35 سنة من العمر .
- مصابون بالسكري من النوع 1 لمدة تزيد عن 15 سنة .
- مصابون بالسكري من النوع 2 لمدة تزيد عن 10 سنوات .
- لديهم عوامل الخطورة المهيأة للإصابة بأمراض القلب التاجية
- لديهم مضاعفات في الأعصاب (الطرفية أو الذاتية) أو الأوعية الدموية الصغيرة (في الشبكية أو الكليتين) .

4 - متى تحدث حالة انخفاض جلوكوز الدم سواء أثناء النشاط أو بعده مباشرة ؟

- إذا كان المريض يأخذ أنسولين أو يتناول حبوب خافضة للسكر .
- لم يتناول وجبته الاعتيادية الغذائية الاعتيادية .
- مارس النشاط البدني لفترة طويلة جدا .
- مارس نشاطا بدنيا عنيفا .

5 - في حالة انخفاض لجلوكوز الدم ما العمل ؟

- على المريض تناول حصة غذائية خفيفة قبل الممارسة .
- تعديل جرعة الأنسولين ، أو الحبوب الخافضة للسكر .

- ينبغي على المريض حمل معه قطعة سكر أو فاكهة أو عصير .
(Albright,A.,2000 . 76)

6 - أسس وصفة النشاط البدني :

- نوع النشاط البدني (**mode**) : هل هذا النشاط هو نشاطا هوائيا من اجل تنمية كفاءة القلب والرئتين ، ام نشاطا لتقوية العضلات ، أم تمارينات إطالة بغرض تحسين المرونة ؟
- شدة النشاط (**intensity**) : وهي الشدة التي ينبغي ممارسة النشاط البدني عندها .
- مدة النشاط (**duration**) : وهي المدة الزمنية التي ينبغي قضاءها عند ممارسة النشاط البدني يوميا (أو في كل مرة) ، وهي تختلف نوع النشاط البدني ، سواء كان النشاط هوائيا أم لتقوية العضلات أم لإطالتها .
- تكرار النشاط (**frequency**) : أي عدد مرات ممارسة النشاط في الأسبوع .
- التدرج في الشدة و المدة والتكرار (**progression**) : وهو قاعدة مهمة جدا ، لان إتباعها ليس فقط يجنب الشخص من الإصابة بل هي قاعدة مهمة من قواعد التكيف الفسيولوجي الذي ينبغي ان يحدث من جراء ممارسة النشاط البدني بانتظام

7 - كيفية حساب ضربات القلب المستهدفة بغرض تنمية اللياقة القلبية التنفسية :

- باستخدام النسبة من ضربات القلب القصوى .
- باستخدام النسبة من احتياطي ضربات القلب .

جدول رقم (08) يمثل شدة الجهد البدني تبعا للنسبة من ضربات القلب القصوى او احتياطي ضربات القلب القصوى .

شدة الجهد البدني	النسبة من احتياطي ضربات القلب القصوى	النسبة من ضربات القلب القصوى
خفيفة جدا	اقل من 20 %	اقل من 50 %
خفيفة	20 - 39 %	55 - 63 %
معتدلة	40 - 59 %	64 - 76 %
عالية	60 - 84 %	77 - 93 %
عالية جدا	85 فما فوق	94 فما فوق
قصوى	100 %	100 %

❖ حساب ضربات القلب المستهدفة :

■ النسبة المستهدفة من ضربات القلب القصوى

65 - 90 % (للمبتدئين من 55 %)

- ضربات القلب القصوى = 220 - العمر بالسنوات

■ النسبة المستهدفة من احتياطي ضربات القلب

50 - 85 % (للمبتدئين من 40 %)

(احتياطي ضربات القلب * النسبة) + ضربات القلب في الراحة

■ احتياطي ضربات القلب = ضربات القلب القصوى - ضربات القلب في الراحة

تنبيه للمرضى الذين يستخدمون مثبتات بيتا

لا يمكن تقدير ضربات القلب القصوى لديهم باستخدام أي من المعادلات السابقة ، لان الأدوية المثبطة لمستقبلات بيتا تخفض من نسبة ضربات القلب القصوى ودون القصوى وضربات القلب في الراحة .

(AmericanDiabetesAssociation. 2002. 120):

خلاصة :

يعد مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع الاستعمال ، فهو يستخدم في العديد من التخصصات ، وقد برز هذا المفهوم بشكل كبير في المجال الصحي حيث يدمج تحت هذا المجال جوانب موضوعية مثل (ظروف الحياة الوظيفية والصحية) ، وجوانب ذاتية مثل (السعادة والارتياح والرفاهية) . وعليه فان جودة الحياة تهتم بالصحة البدنية للفرد ، وحالته النفسية ، وعلاقاته الاجتماعية ، وعلاقاته مع بيئته . ونظرا لأهمية هذا المفهوم في المجال الصحي ، لجأ الكثير من الباحثين لإجراء دراسات حول هذا المفهوم وهو نفسه الذي نسعى إليه من هذه الدراسة التي تهدف إلى إيجاد العلاقة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى المصابين بداء السكري .

ويعد داء السكري مرض خطير جدا وشائع أكثر فأكثر . لكنه لم يعد مرضا محاطا بالشك ، إذ يدرك الأطباء اليوم أكثر من أي وقت مضى ، ما يجدر القيام به لضبط داء السكر و مساعدة المرضى على عيش حياة صحية ومنتجة ، لكن الطبيب لا يستطيع وحده فعل ذلك ، فالسيطرة الناجحة تستلزم عملا جماعيا والتزاما طوال الحياة .

كما أن لممارسة الأنشطة البدنية والرياضية أهمية كبيرة ودور فعال في ضبط مستوى سكر الغلوكوز في الدم . ويؤدي النشاط البدني أيضا إلى زيادة حساسية مستقبلات الأنسولين في الخلايا وخاصة العضلية منها .

الدراسات السابقة والمشابهة :

حاول الباحث في هذا الإطار أن يلم قدر الإمكان بمجموعة من الدراسات السابقة التي تكون لها علاقة بصفة كلية او جزئية بموضوع هذه الدراسة ، إلا انه لا توجد دراسة تجمع متغيرات الموضوع بشكل واضح ، في حين هناك دراسات مست بعض جوانب هذه الدراسة ، وربما يرجع ذلك إلى حداثة التخصص النشاط البدني الرياضي المكيف و الصحة ، وحداثة المواضيع التي يتطرق ليها ، حيث أن البحوث لا تزال قائمة في تطور مستمر لتوضيح مدى أهمية هذا الاختصاص .

❖ بالنسبة لمتغير جودة الحياة .

- الدراسة الأولى :

rothdinnis et al دراسة روث دينيس وآخرون سنة 1998 :

بعنوان : تقييم جودة الحياة للمعاقين وفق الخدمات المقدمة لهم (دراسة تخطيط وتقييم) ، وهدفت الدراسة إلى تقييم الخدمات المقدمة للمعاقين وفقا للخدمات والبرامج التي تقدم لهم وفقا لمفهوم جودة الحياة ، وقد استخدم الباحثون النموذج المثالي في هذه الدراسة التحليلية (المنهج الوصفي النوعي) الذي يركز على قيم الإنسان واحتياجاته و خبراته المتراكمة ، والتي تشمل على نقاط القوة والضعف التي يواجهها المعاقون .

ومن أهم نتائج هذه الدراسة ما يلي :

- أن الخدمات والبرامج المقدمة للمعاقين يجب أن تأخذ بعين الاعتبار مدى الملائمة النفعية بين مكونات مفهوم جودة الحيات واحتياجات الإنسان .
- أن الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة ، يجب أن يتم التواصل والاتصال معهم من قبل مقدمي الخدمة من اجل تحديد أهمية مفهوم جودة الحياة والتي يجب ان تتراجم في البيئة التي يعيش فيها هؤلاء المعاقون .

- الدراسة الثانية :

جودة الحياة وعلاقتها بسلوك النشاط البدني :

في دراسة أجراها كل من جانا ، بيترسون ، جون ، اندرو ، وآخرين. حول العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة وبين الحياة النشطة *active living* ، وذلك سنة 2003 ، وكان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الحياة النشطة وبين الخصائص والوظائف المعبر عنها في سلم جودة الحياة . مستخدمين في ذلك المنهج الوصفي لارتباطي ، مستعينين بمقياس جودة الحياة ، واستبيان النشاط البدني لبايك (baecke et all; 1982) وذلك على عينة مكونة من حوالي 407 فرد بمستوى عمري بين 25 - 88 سنة حيث 57 % من العينة كانوا إناث . ومن بين أهم نتائج هذه الدراسة انه كانت هناك علاقة بين متغيرات الدراسة

❖ بالنسبة داء السكري .

- الدراسة الأولى :

دراسة (slonzka .z. 1986) إذ بينت نتائجها أن الإصابة بداء السكري ، تشكل وضعية ضغط على المصابين به ، فتؤثر على مواقفهم و سلوكياتهم اليومية ، وتضعهم موضع مواجهة شبه دائمة مع صعوبات في التعامل اليومي مع ظروف الحياة ، ومع مواقفها المختلفة . كما بينت هذه النتائج أيضا أن لمرض السكري أيضا مضاعفات على المستوى النفسي تتمثل في : (القلق ، سرعة الغضب ، التقدير الواطي للذات ، واتخاذ المرض كحجة في التعامل مع مواقف الحياة) .

الدراسة الثانية :

Eriksson et lindgerde, 1991 الدراسة التجريبية السويدية :

أجريت هذه الدراسة بمدينة مالمو بالسويد ضمت 260 مشاركا من الرجال في الأعمار 47 - 49 سنة . من المصابين بانخفاض قدرتهم على تحمل اختبار السكر (Gloucousetolirance test) . لقد استمرت متابعة المشاركين لمدة 6 سنوات ، بعد ان تم تقسيمهم إلى مجموعتين ، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة . مارست المجموعة التجريبية النشاط البدني مع ضبط تغذيتهم ، وكان الهدف الوصول

الى ممارسة 45 - 60 دقيقة في اليوم مرتين في الأسبوع أنشطة بدنية شملت المشي والمهولة والتمارين البدنية وبعض الألعاب الرياضية .

أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن ملحوظ في اللياقة البدنية للمجموعة التجريبية مع انخفاض كتلة الجسم لديهم كما تحسنت قدرتهم على تحمل اختبار السكر . لقد كان من أهم نتائج الدراسة أيضا أن النشاط البدني المتزامن مع ضبط التغذية قد أدى إلى انخفاض نسبة الإصابة بداء السكري بعد ست سنوات من المتابعة بمقدار 63 % مقارنة بالمجموعة الضابطة .

- الدراسة الثالثة :

دراسة : peyrot , Mc Murry , 1992

حاولت أن تستثمر الفرضية القائلة دور أساليب المقاومة في تخفيف مستوى الضغط والتأثير في عملية تنظيم نسبة السكر في الدم بالنسبة للمصابين بداء السكري وقد هدفت الدراسة لاختبار صحة الفرضية التي ترى أن الضغط النفسي الاجتماعي يرتبط بالمراقبة الضعيفة لنسبة السكر في الدم وان المقاومة تساهم في تحسين عملية المراقبة تلك ، بفضل دورها في تخفيض مستوى الضغط . وطبقت هذه الدراسة على عينة تتكون من 105 مصاب بمرض السكري ممن تفوق أعمارهم سن الثلاثين . وقد استخدم الباحثان في هذه الدراسة اختبارات الضغط ، اختبارات المقاومة ، اختبارات قياس نسبة الهيموغلوبين في الدم (HbA1) .

حيث خلصت نتائج الدراسة إلى أن أساليب المقاومة يمكن أن تلعب دورا فعالا في الحماية من الضغط المزمن لدى مرضى داء السكري . وان غيابها يمكن أن يجعل الأشخاص أكثر عرضة لتأثيرات الضغط .

- الدراسة الرابعة :

Hu, et al, 1999 دراسة صحة الممرضات الأمريكيات :

أجريت هذه الدراسة الوبائية الموسعة على أكثر من 70 ألف ممرضة أمريكية في الأعمار من 40 - 65 سنة . لقد كانت متابعتهن في عام 1967 واستمرت لمدة 8 سنوات لاحقة ، أكدت نتائج المتابعة ، بعد ضبط العوامل الأخرى المهيأة للإصابة بداء السكري ، أن ممارسة النشاط البدني المعتدل الشدة كالمشي أو المرتفع الشدة قد أدى إلى وقاية الممرضات من الإصابة بالسكري من النوع الثاني حيث كانت نسبة الإصابة بداء السكري لدى الممرضات اقل للنشاط البدني اقل مما هي لدى غير الممرضات

- الدراسة الخامسة :

Tuomilehto et al, 2001 الدراسة التجريبية الفنلندية :

أجريت هذه الدراسة 523 مشاركا من الرجال والنساء البدناء الذين تراوحت أعمارهم من 40 - 65 سنة ، وكانوا يعانون من انخفاض قدرتهم على تحمل اختبار السكر ، لقد تم تقسيم المشاركين في هذه الدراسة العلمية الى مجموعتين ، إحداهما ضابطة لم تتلقى أي شيء ، والأخرى مجموعة تجريبية مارست النشاط البدني وتلقت إرشادات لتحسين نمط تغذيتهم ، تضمن النشاط البدني ممارسة أنشطة معتدلة الشدة لمدة 30 دقيقة في اليوم على الأقل ، بما في ذلك المشي و الهرولة والسباحة والتزلج ، لقد اظهرت نتيجة الدراسة ان نسبة الإصابة بداء السكري بعد أربع سنوات من المتابعة بلغت لدى المجموعة الضابطة 23 % بينما هي لدى مجموعة النشاط البدني هي 11 % فقط ، مما يعني ان هناك انخفاض في الإصابة بداء السكري من جراء النشاط البدني المتزامن مع إرشادات التغذية .

❖ **توظيف الدراسات السابقة :**

تعتبر الدراسات السابقة الركيزة والدعم القوي للباحث ، وعلى هذا فإنها تساعده في سيرورة بحثه منذ البداية وحتى النهاية إذ يتم الرجوع إليها دائما وفي كل المجالات البحث وقد أفادتنا الدراسات السابقة التي تناولناها ، في الجانب النظري من خلال المعارف التي ضمتها وأيضاً ساعدتنا في صياغة الاستبيان وفهم الموضوع جيدا وفي الجانب المنهجي للبحث وكذا تحديد أبعاد المشكلة وطرق جمع البيانات والمعلومات وكيفية التحليل و التفسير للنتائج .

كما اتفقت هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة من حيث المنهج المتبع لأنه يتلائم مع هذا النوع من الدراسات

الفصل الثاني

الإطار العام للتربية

1 - مفاهيم ومصطلحات :

❖ تعريفات جودة الحياة :

يعدّ تعريف جودة الحياة من المهام الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة و متفاعلة و من بين العلوم التي اهتمت بجودة الحياة ، علم النفس حيث تبنى هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية ، النظرية منها و التطبيقية .

- **التعريف الغوي :** أصلها من فعل جاد ، الجودة ، جاد ، جود ، جودة ، أي صار جيدا و هو ضد الرديء

وجود الشيء أي حسنه و جعله جيدا (البستاني،98).

- **التعريف الاصطلاحي :** فالجودة هي انعكاس للمستوى النفسي و نوعية ، و أن ما بلغه الإنسان اليوم من مقومات الرقي والتحضر، تعكس بلا شك مستوى معيناً من جودة الحياة ، و يقصد بجودة الحياة بشكل عام :جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه الجسمي و النفسي و المعرفي و درجة توافقه مع ذاته و مع الآخرين و تكوينه الاجتماعي و الأخلاقي . و تواترت المفاهيم التي تضم جودة الحياة لتشمل عدة مفاهيم متشابهة كالسعادة ، والرضا و الحياة الجيدة و الرضا الذاتي.

(Andlmen et al, 1999 :106)

- **التعريف الإجرائي :** يمكن تعريفها بأنها المستوى الأمثل للحالة النفسية والجسدية ، والأداء الاجتماعي الذي يقوم به الفرد ، بما في ذلك العلاقات والمعتقدات والصحة واللياقة ، والارتياح في الحياة والرعاية .

❖ تعريفات مرض السكري :

- **التعريف الاصطلاحي :** مرض السكري هو متلازمة syndrome ارتفاع سكر الدم تحدث بسبب نقص كلي او نسبي لهرمون الأنسولين وأعراضه ترجع إلى تغييرات في استقلاب الجلوكوز والدهون والبروتينات ، وهذه التغييرات قد تؤدي إلى مضاعفات كلوية أو شبكية أو شريانية أو عصبية .

(ريتشارد اجولدز بي ، 1980 ، 25)

- **التعريف الإجرائي** : يحتوي الدم على الدوام قدرا من سكر العنب (الجلوكوز) يتذبذب بين الارتفاع و الانخفاض ، بعد تناول الأكل ، و في حالة الصيام ، وكذلك بعض الانفعالات و من هنا يمكننا القول بأنه الانحراف عن المعدل الطبيعي للسكر في الدم والمقدر ب 110 مليجرام / 100 سم 3 .

❖ تعريفات الممارسة الرياضية :

- **التعريف الاصطلاحي** : تعتبر الممارسة الرياضية من ارقى الأشكال الرياضية ، وإحدى اتجاهات الثقافة الرياضية لدى الإنسان ، وهي الأكثر تنظيما والأرفع مهارة من الأشكال الأخرى .

(أمين أنور الخولي ، 1996 : 32)

- **التعريف الإجرائي** : جزء متكامل من التربية العامة وميدان تجريبي ، هدفه تكوين الفرد من الناحية البدنية ، العقلية ، الانفعالية والاجتماعية ، وذلك عن طريق أنواع النشاط البدني .

2 - الإشكالية :

يتسم العصر الحالي بالتسارع في مختلف الميادين، ومن ثم خلق لدى الأفراد من التوتر، وذلك من اجل توفير سبل العيش الكريم. وكل ذلك حساب صحة الأفراد وقلة ممارسة الأنشطة. ومن هذا أطلق عليه عصر اللانشاط "حياة الجلوسية". فلقد أصبحت حياة الكثيرين في هذا العصر تعتمد على ما توفره لنا الحضارة من وسائل الراحة والرفاهية الجسمانية، فأصبحت الحركة قليلة، وممارسة النشاط البدني والرياضي لا وجود له إلا في نطاق ضيق. مما يؤدي إلى حياة تكثرت فيها المخاطر الصحية وانتشار ما يعرف بأمراض العصر .

ويعد مرض السكري من أكثر الأمراض المزمنة، التي يتعرض لها أفراد العصر الحديث ، حيث تقدر منظمة الصحة العالمية عدد المصابين به 230 مليون نسمة، أي إصابة شخص واحد من ستة أشخاص وبلغ عدد المصابين بهذا المرض في الجزائر أزيد من 3,5 مليون شخص . وهذا ما يعزوه الأطباء إلى الخمول وعدم ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية. بجانب انتشار البدانة وتغير نمط المعيشة .

كما أبرزت كشوفات نشرتها الجمعية الجزائرية لمرضى السكري ، أن 25 بالمائة من المصابين هم شباب، إضافة 10 بالمائة هم أطفال، بينما تتوزع ال 65 بالمائة على شريحة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 30 سنة . المصدر (مديرية الصحة لولاية المسيلة إحصاءات 2015)

وقد أوضح مختصون أن معظم المصابين بهذا المرض يعانون من مضاعفات صحية جمة، على مستوى شبكة العين، القلب، الكلى... المصدر (مجلة الرياض : 2015 ، 07 ، العدد : 17011)

وإضافة إلى هذه المضاعفات نجد تكاليف العلاج الباهظة الثمن حيث صرح الأمين العام للاتحاد العالمي للسكر بدولة قطر الدكتور كامل سلامة أن تكلفة علاج المريض 1333 دولار للفرد الواحد سنويا ، فيما ميزانية المملكة لعام 2014 م 236 مليار دولار ، نسبة ميزانية وزارة الصحة 29 مليار دولار ، وكانت تكلفة علاج مرضى السكري ما يقارب 10 مليار دولار اي 34 % من ميزانية وزارة الصحة تصرف على علاج السكري . المصدر (مجلة الرياض : 2015 ، 02 ، العدد : 17011)

وأمام هذا التزايد المطرد و المخيف لعدد المصابين بهذا المرض، تعددت دراسات الأطباء والمختصين في هذا المجال ومما توصلوا إليه أن ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية وسيلة من وسائل العلاج الطبيعي القليلة التكاليف التي لها دور فعال في زيادة قابلية الجسم لإفراز الأنسولين و لما لها من انعكاسات ايجابية على صحة الفرد .

ويرى الباحث من خلال الفترة التي قضاها مع هذه الفئة والتي امتدت على طول العام الدراسي 2015 - 2016 أن المصابين بهذا المرض لهم نظرة خاصة تجاه الحياة التي يعيشونها وتجاه أنفسهم وتجاه المجتمع الذي يعيشون فيه من الناحية النفسية حيث أنهم يعيشون حياة ضغط نفسي عالي كما أنهم يعانون من صعوبات نفسية اجتماعية جمة وتعتبر الخدمات والدعم المقدم لهم بمثابة جودة الحياة التي يطمح إليها كل مصاب .

وهذا ما أكدته دراسة (slonzka .z. 1986) إذ بينت نتائجها أن الإصابة بداء السكري ، تشكل وضعية ضغط على المصابين به ، فتؤثر على مواقفهم و سلوكياتهم اليومية ، وتضعهم موضع مواجهة شبه دائمة مع صعوبات في التعامل اليومي مع ظروف الحياة ، ومع مواقفها المختلفة . كما بينت هذه النتائج أيضا أن لمرض السكري أيضا مضاعفات على المستوى النفسي تتمثل في : (القلق ، سرعة الغضب ، التقدير الواطي للذات ، واتخاذ المرض كحجة في التعامل مع مواقف الحياة) .

(إرزوق : 1997 ، 04 ، رسالة ماجستير)

ويشير الباحث إلى أن هذه الفئة تحتاج إلى رعاية وخدمات خاصة تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإصابة بهذا الداء وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة ورضا الفرد عنها وإحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة .

ولا شك إن وجود هذا المرض في المجتمع يفرض الاهتمام بالبحث عن كيفية تجنبه والوقاية من حدوثه ، وتجنب أسبابه والحد من آثاره وذلك من تحسين جودة الحياة من خلال جودة البرامج الوقائية والعلاجية وبناء على ذلك يرى الباحث إن جودة الحياة تختلف من شخص لآخر ومن مريض سكري لآخر حسب ما يراه من معايير يقيم فيها حياته في ضوء الدعم المقدم.

وتلخيصا لما سبق يوجز الباحث القول بان المجتمع ومؤسساته مسؤولة كبيرة تجاه هذه الشريحة فلا بد من تضافر الجهود وتوفير الإمكانيات من اجل الارتقاء بهم والوصول بهم لحياة أفضل أو إلى جودة أفضل لحياتهم.

ومن هذا يمكننا طرح التساؤلات التالية :

- 1 - هل توجد علاقة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى المصابين بداء السكري ؟
- 2 - هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في إجابات أفراد العينة الممارسين تعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس ، العمر ، نوع المرض ، طبيعة الإصابة بالمرض ، الحالة المادية) ؟
- 3 - هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى داء السكري بين الممارسين وغير الممارسين ؟

3 - أهداف الدراسة :

- تتجلى أهداف الدراسة المقدمة من طرف الطالب الباحث فيما يلي :
- معرفة مستوى جودة الحياة لدى هذه الفئة .
 - التعرف على الفروق الموجودة بين هذه الشريحة من حيث الشعور بجودة الحياة .
 - كما تهدف إلى تصحيح الفهم الخاطئ لنظرة البعض للممارسة الرياضية على أنها ترفيه وتسلية بل هي ابعد من ذلك ، فبالإضافة إلى فوائدها الاجتماعية والنفسية فهي آلية علاجية ينصح بها كل الأطباء .

4 - أهمية الدراسة :

- تبرز أهمية الدراسة المقترحة من الطالب الباحث في :
- دراسة مدى تأثير الممارسة الرياضية على جودة الحياة لدى مرضى داء السكري ، ومعرفة أثرها الايجابي على صحتهم .
 - التعرف على اثر متغيرات : الجنس ، العمر ، طبيعة المرض ، نوع المرض ، الحالة المادية ، والممارسة الرياضية على جودة الحياة بالنسبة لهذه الفئة .
 - إيجاد العلاقة المتعلقة بالمتغيرات الثلاث : الممارسة الرياضية ، جودة الحياة ، ومرض السكري .

5 - فرضيات الدراسة :

- 1 - توجد علاقة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى المصابين بداء السكري
- 2 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في إجابات أفراد العينة الممارسين تعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس ، العمر ، نوع المرض ، طبيعة الإصابة بالمرض ، الحالة المادية)
- 3 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى داء السكري بين الممارسين وغير الممارسين

القصص الثالث

الأميريات السليمانية السريانية

تمهيد :

لا تخلو أي دراسة ميدانية من جانب نظري والذي يعتبر كأساس قاعدي لها ، يكمله الجانب التطبيقي الذي بدوره يعد من أهم خطوات البحث العلمي ، حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية ويوسع من مجال تطلعاته .

وماذا كان الجانب النظري هو المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق المتعلقة بمتغيرات البحث ، فان الجانب الميداني هو الذي يثبت او ينفي صحة تلك الحقائق ، وذلك من خلال تحويل نتائجها الخام من نتائج كيفية الى معطيات كمية يعبر عليها إحصائيا بأرقام محددة التي تدل على دلالات محددة .

لهذا فاننا سنحاول في هذا الفصل تبيان الخطوات التي اتبعناها لإجراء هذه الدراسة والمتعلقة باستبانة جودة الحياة ، وذلك باستخراج النتائج ومناقشتها وتحليلها فيما بعد وهذا من اجل الأهداف المرجوة من هذه الدراسة .

1 - الدراسة الاستطلاعية :

كأي دراسة ، فانه لا بد من المرور بإجراءات معينة من اجل التحكم والإمام أكثر بجوانبها ، وبالتالي الوصول بطريقة سليمة إلى الهدف المرجو من هذه الدراسة . وتهدف الدراسة التي قام بها الباحث إلى :

- التعرف على مجتمع الدراسة وكيفية انتقائها على ضوء ملائمة موضوع الدراسة .
- جمع المعلومات الضرورية للدراسة .
- التأكد من صلاحية أداة البحث .
- التمكن من تعديل بعض البنود وإعادة صياغتها .
- الكشف عن الصعوبات التي من الممكن أن تصادفها وبالتالي محاولة ضبطها وتجاوزها أثناء التطبيق .

- المجال الجغرافي :

يتحدد المجال الجغرافي - المكاني - لهذه الدراسة في :

جمعية مرضى داء السكري بولاية المسيلة .

عيادة الطبيب بركاتي لأمراض السكري و الغدد الكائن بالمسيلة .

الصالة الرياضية New Gym للأستاذ مقري محمد .

- المجال الزمني :

تمت هذه الدراسة في غضون العام الدراسي الممتد ما بين 2015 - 2016 . وقد كانت أول زيارة للجمعية بالتحديد في 25 سبتمبر 2015 وكانت البداية بجمع بعض المعلومات عن متغيرات الدراسة في الجانبين النظري والميداني . واستمر البحث عن المعلومات ذات الصلة بالموضوع بالتوازي الى غاية نهاية البحث .

2 - المنهج المتبع في الدراسة :

ان طبيعة الدراسات والبحوث هي التي تفرض على الباحث اختيار المنهج الملائم لها . والمعيار الأساسي في استخدام منهج معين للبحث هو ما إذا كان هذا المنهج يوفر للباحث الإجابة عن تساؤلات البحث ويوصله الى نتائج موضوعية وصحيحة قدر الإمكان .

ونظرا لكون الدراسة الحالية تسعى إلى معرفة العلاقة الكامنة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى مرضى السكري ، فان المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي الارتباطي لكونه الملائم في الكشف عن مثل هذه العلاقات .

ويعرف المنهج الوصفي على انه استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر التعليمية او النفسية كما هي قائمة في الحاضر قصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها وبينها وبين ظواهر تعليمية او نفسية أو اجتماعية أخرى . (فؤاد السيد البهي ، 1979 : 18)

3 - مجتمع وعينة الدراسة :

إن دراسة أي مجتمع عن طريق عينة ممثلة جيدا ، تعني عن دراسة المجتمع الأصلي ، وبالتالي فان النتائج المستقاة من الأفراد الذين تشملهم العينة ، يمكن أن تعمم على المجتمع الأصلي .

وقد تم اختيار عينة البحث من الأفراد المصابون بداء السكري من جمعية مرضى داء السكري - بالمسيلة -

وقد بلغ عدد العينة 25 فردا . 10 أفراد غير ممارسين ، و 15 فردا ممارسا .

4 - أدوات جمع البيانات والمعلومات :

للحصول على المعلومات والحقائق التي تقع ضمن اهتمامات بحثنا ، اعتمدنا على المصادر النظرية والميدانية والإعلامية التالية :

- المصادر النظرية : يتم الحصول على المعلومات النظرية بالاطلاع على كل ما يتعلق بالإنتاج الفكري بموضوع البحث ، من المعاجم ، الكتب ، الدراسات ، مذكرات التخرج ، المجالات

- المصادر الإعلامية : الانترنت

- المصادر الميدانية : ويقصد بها الأدوات التي يستخدمها الباحث لجمع البيانات والمعلومات من ميدان الدراسة .

4 - 1- أداة الدراسة :

يعتزم الطالب الباحث في الدراسة الميدانية الأساسية استخدام مقياس استعدته طبيعة البحث وموضوعه وذلك من اجل اختبار فرضيات البحث والوقوف على مدى تحققها . وعلى أساس هذا المقياس تم استخلاص و بناء الاستبيان الذي اعتمد في هذه الدراسة .

- وصف الأداة : SF 36 Quality de vie :

هو مقياس من بين مقاييس التقييم الذاتي ، أسسه البعض من الباحثين بعض الباحثين في مجال الصحة العامة بعدة لغات . واعتمده منظمة الصحة العالمية كمقياس عالمي لحساب درجات جودة الحياة المتعلقة بالصحة للأفراد ، وهو سلم يتكون من 8 محاور تقيس جوانب مختلفة من صحة الفرد . وقد اعتمد الطالب الباحث في هذه الدراسة على سلم جودة الحياة المتعلق بالصحة المعد بالغة الفرنسية ، حيث قام بترجمته إلى اللغة العربية وإعادة ترجمته إلى اللغة الفرنسية بالاعتماد على مختص في الترجمة .

(Wade JE, (SF-36). Medical Care 1992 ; 473- 483)

- الصورة الأولية للاستبيان :

على ضوء المعلومات المستقاة من بعض الكتب والمقاييس التي عالجتها وتطرقنا إلى موضوع جودة الحياة ، تم وضع الصورة الأولية للأداة "الاستبيان" والتي تكونت من 36 عبارة ، وقد روعي في صياغة عباراتها ما يلي :

- أن تكون العبارات واضحة و مفهومة .
- أن لا تشمل العبارة أكثر من معنى .

4 - 2 - عرض الاستبيان على الأساتذة المحكمين :

عرضت الصورة الأولية على مجموعة من الأساتذة بالمعهد من قسم النشاط البدني الرياضي المكيف ، وذلك لإبداء الرأي في محاور الاستبيان ، ومدى صلاحيته وتوافقه مع العينة المدروسة ، وكذلك إجراء بعض التعديلات على البنود الغير مناسبة . وقد أسفرت العملية على جملة من الملاحظات التي أخذت بعن الاعتبار حيث تم إجراء بعض التعديلات وهي :

- تعديل في بدائل الإجابات
- تعديل في صياغة بعض البنود
- حذف بندين من الاستبيان

4 - 3 - الصورة النهائية للاستبيان :

بناء على الخطوات السابقة الذكر فان الصورة النهائية تكونت من ثلاث أجزاء مقسمة كما يلي :

▪ الجزء الأول :

وقد شمل البيانات الشخصية الخاصة بالمرضى (السن ، الجنس ، نوع المرض ، طبيعة المرض ، الحالة المادية ، الممارسة الرياضية) .

▪ الجزء الثاني :

ويحتوي على الجزء الخاص بجودة الحياة و المكون من 24 عبارة موزعة على ثلاث محاور وهي :

- محور النشاط اليومي
- محور الجانب المهني
- محور الجانب النفسي الاجتماعي

▪ الجزء الثالث :

ويحتوي على الجزء الخاص بالممارسة الرياضية والمكون من 08 بنود في محور واحد وهو ممارسة الأنشطة الرياضية .

شرح محاور الاستبيان :

جدول رقم (09) يبين المحاور الخاصة بالاستبيان مع ذكر أرقام وعدد العبارات .

المحور	أرقام العبارات	عدد العبارات
1 - النشاط اليومي	01 ، 02 ، 03 ، 04 ، 05 ، 06 ، 07	07 عبارات
2 - الجانب المهني	08 ، 09 ، 10 ، 11 ، 12 ، 13 ، 14 ، 15 ، 16	09 عبارات
3 - الجانب النفسي الاجتماعي	17 ، 18 ، 19 ، 20 ، 21 ، 22 ، 23 ، 24	08 عبارات
4 - ممارسة الأنشطة الرياضية	25 ، 26 ، 27 ، 28 ، 29 ، 30 ، 31 ، 32	08 عبارات

- وتم الإجابة على العبارات السابقة بالنسبة للجزء الخاص بجودة الحياة ضمن ليكرت خماسي متدرج على النحو التالي :

* ينطبق تماما * ينطبق * ينطبق نوعا ما * لا ينطبق * لا ينطبق تماما

- أما بالنسبة للجزء الخاص بالممارسة الرياضية تتم الإجابة وفق ليكرت خماسي متدرج على النحو التالي :

* دائما * غالبا * أحيانا * نادرا * أبدا

5 - الخصائص السيكومترية :

5 - 1 - صدق الأداة :

يعد صدق الأداة من أهم الشروط الواجب توفرها في أدوات القياس ، وهو من أهم معايير جودة الاختبار . ويعرفه "ليندكويست" (1951) بأنه الدقة التي يقيس بها الاختبار ما وضع لأجله .

ومن اجل التأكد من صدق الأداة اتبع الباحث أكثر من وسيلة لتقنين معامل الصدق وهي كالتالي :

- **الصدق الظاهري** : يشير هذا النوع من الصدق إلى ما إذا كان الاستبيان يبدو كما لو كان يقيس أو لا يقيس ما وضع من اجله ويدل هذا النوع من الصدق على المظهر العام للاستبيان كوسيلة من وسائل القياس .
- **الصدق الذاتي** : ويقصد به الصدق الداخلي للاختبار ، وهو عبارة عن الدرجات التجريبية للاختبار منسوبة إلى الدرجات الحقيقية الخالية من أخطاء القياس . ويقاس من خلال حساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الأداة .

(محمد نصر الدين رضوان : 2006 ، 177)

وبما أن معامل ثبات الأداة يساوي 0,72 فان معامل الصدق الذاتي يكون كالتالي :

معامل الصدق الذاتي = الجذر التربيعي لمعامل الثبات .

ومنه فالصدق الذاتي = 0,84

5 - 2 - ثبات الأداة :

ويعني أن الدرجات التي يتم الحصول عليها دقيقة وخالية من الخطأ ، أي انه في حالة إعادة تطبيق الأداة على نفس الفرد أي عدد من المرات فإننا نحصل على نفس النتائج . .

ومن خلال دراسة معاملي الصدق والثبات يمكننا القول بان الاستبيان يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات مما يفيد بإمكانية الاعتماد عليه في هذه الدراسة .

– الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.:

قمنا بتفريغ وتحليل الاستبيان من خلال : برنامج التحليل الإحصائي (SPSS : V.22)، المعروف باسم البرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ، حيث قمنا باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- اختبار ألفا كرونباخ : لمعرفة ثبات فقرات استمارة الاستبيان.
- معامل الارتباط بيرسون : وهذا لقياس العلاقة بين محاور الاستبيان .
- المتوسط الحسابي : وهو متوسط مجموعة من القيم، أو مجموع القيم المدروسة مقسوم على عددها، وذلك بغية التعرف على متوسط إجابات المبحوثين حول الاستبيان .
- الانحراف المعياري : وذلك من أجل التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة .
- اختبار أنوفا : لدراسة الفروق لثلاث عينات مستقلة والمتمثلة في متغير الحالة المادية .
- اختبار (t) المحسوبة : لدراسة الفروق لعينتين مستقلتين لمتغيرات الدراسة .

الفصل الرابع

تحليل ومناقشة النتائج

تمهيد :

إن المعطيات المنهجية تقتضي عرض وتحليل النتائج التي كشفت عنها الدراسة و أفرزتها المعالجة الإحصائية للبيانات المحصل عليها ، حيث قمنا في هذا الفصل بعرض وتحليل النتائج والتعقيب عنها ، واستعراض خصائص كل متغير لعينة الدراسة للتحقق من صحة الفرضيات المطروحة في البحث.

وتحتاج البحوث في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية في دراستها للظواهر إلى الجمع بين محورين أساسيين هما الجانب النظري لموضوع البحث والمعطى الواقعي الذي يمثله الجانب الميداني الذي يقوم به الباحث.

ونظرا لأن الدراسة النظرية وحدها غير كافية للكشف عن الحقائق ذات الصلة بالموضوع المدروس فإنه من المهم جدا القيام بالدراسة الميدانية، وذلك بشرط إتباع خطوات علمية منهجية واضحة، باختيار الإجراءات المناسبة التي يجب مراعاتها للوصول إلى نتائج دقيقة وقابلة للتعميم فيما بعد على الأقل على المجتمع الذي سحبت منه العينة فيما بعد، ومن الخطوات الواجب مراعاتها اعتماد منهج مناسب واختيار أدوات مناسبة للدراسة يتم التحقق من خصائصها السيكومترية، ثم اختيار عينة يتم تطبيق الأدوات المناسبة عليها أين يتم ترجمة المعطيات إلى بيانات إحصائية يتم تحليلها وتفسيرها بما يتماشى مع المعطيات النظرية، وهذا باستعمال أساليب إحصائية مناسبة يتم من خلالها تحليل البيانات واختبار صحة الفرضيات للوصول إلى النتائج.

❖ عرض وتحليل ومناقشة فرضيات الدراسة :

1 - الفرضية الأولى : و التي تنص على انه توجد علاقة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى مرضى داء السكري .

جدول رقم (09) يوضح العلاقة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى مرضى داء السكري

الممارسة الرياضية	مجموع المحاور 3 ، 2 ، 1	الجانب النفسي الاجتماعي	الجانب المهني	النشاط اليومي	المحاور
					معامل بيرسون
					Sig
				15	العينة
			1	0,282	معامل بيرسون
				0,309	Sig
			15	15	العينة
		1	0,550*	0,006	معامل بيرسون
			0,034	0,984	Sig
	15	15	15	15	العينة
	1	0,647**	0,897**	0,599*	معامل بيرسون
		0,009	0,000	0,018	Sig
	15	15	15	15	العينة
1	0,541*	,0186	0,308	0,698**	معامل بيرسون
	0,037	0,507	0,265	0,004	Sig
15	15	15	15	15	العينة

*دالة إحصائية عند مستوى 0.05

**دالة إحصائية عند مستوى 0.01

التحليل :

خلصت نتائج اختبار بيرسون إلى وجود علاقة ذات دلالة معنوية بين مجموع محاور جودة الحياة و محور الممارسة الرياضية حيث بلغت قيمة معامل بيرسون 0,541 عند مستوى الدلالة 0,05 . كما ان هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين الممارسة الرياضية والمحور الأول لجودة الحياة و المتمثل في النشاط اليومي حيث بلغت قيمة معامل بيرسون 0,698 عند مستوى الدلالة 0,01.

2 - الفرضية الثانية : اختبار صحة الفرض القائل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة الممارسين تعزى لمتغيرات الدراسة .

1 - بالنسبة لمتغير الجنس

جدول رقم (10) يوضح الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين بين الذكور والإناث

المحاور	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	Sig	القرار
النشاط اليومي	ذكور	33,800	2,1499	1,533	13	0,149	غير دال
	إناث	30,600	6,0663				
الجانب المهني	ذكور	33,600	4,5995	0,248	13	0,808	غير دال
	إناث	32,800	8,0436				
الجانب النفسي الاجتماعي	ذكور	32,300	3,3350	0,804	13	0,436	غير دال
	إناث	33,600	1,8166				
مجموع المحاور 1 , 2 , 3	ذكور	99,700	8,4466	0,512	13	0,617	غير دال
	إناث	97,000	11,8533				
الممارسة الرياضية	ذكور	34,200	5,8841	0,677	13	0,510	غير دال
	إناث	32,200	4,0866				

التحليل :

خلصت (t) المحسوبة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة الممارسين بين الذكور والإناث . حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة 0,512 في مجموع محاور جودة الحياة وقيمة (sig) 0,617 . وقد بلغت قيمة (t) المحسوبة في محور الممارسة الرياضية 0,677 وقيمة (sig) 0,510 . أما بالنسبة للمتوسط الحسابي فقد بلغ عند مجموع محاور جودة الحياة لدى الذكور 99,70 وانحراف معياري قيمته 8,44 في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الإناث 97,00 وانحراف معياري قيمته 11,85 . أما محور الممارسة الرياضية فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي فيه 34,2 وانحراف معياري قيمته 5,88 لدى الذكور في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الإناث 32,2 وانحراف معياري قيمته 4,08 .

2 - بالنسبة لمتغير العمر :

جدول رقم (11) يوضح الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير العمر

المحاور	العمر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)	درجة الحرية	Sig	القرار
النشاط اليومي	أقل من 30 سنة	35,000	0,0000	1,109	13	0,288	غير دال
	من 30 سنة فأكثر	32,167	4,3029				
الجانب المهني	أقل من 30 سنة	33,333	4,7258	0,000	13	1,000	غير دال
	من 30 سنة فأكثر	33,333	6,0803				
الجانب النفسي الاجتماعي	أقل من 30 سنة	32,000	1,0000	0,474	13	0,644	غير دال
	من 30 سنة فأكثر	32,917	3,2322				
مجموع المحاور 1 ، 2 ، 3	أقل من 30 سنة	100,333	4,0415	0,307	13	0,764	غير دال
	من 30 سنة فأكثر	98,417	10,3876				
الممارسة الرياضية	أقل من 30 سنة	35,667	0,5774	0,770	13	0,455	غير دال
	من 30 سنة فأكثر	33,000	5,8310				

التحليل :

خلصت نتائج (t) المحسوبة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير العمر. حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة في مجموع محاور جودة الحياة 0,307 وقيمة (sig) 0,764 . وقد بلغت قيمة (t) المحسوبة في محور الممارسة الرياضية 0,770 وقيمة (sig) 0,455 . أما بالنسبة للمتوسط الحسابي فقد بلغ عند مجموع محاور جودة الحياة لدى الفئة الأقل من 30 سنة 100,33 وانحراف معياري قيمته 4,04 في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الفئة من 30 سنة فأكثر 98,41 وانحراف معياري قيمته 10,38 . أما محور الممارسة الرياضية فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي فيه 35,66 وانحراف معياري قيمته 0,57 لدى الفئة الأقل من 30 سنة في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الفئة من 30 سنة فأكثر 33 وانحراف معياري قيمته 5,83 .

3 - بالنسبة لمتغير نوع المرض :

جدول رقم (12) يوضح الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير نوع المرض .

المحاور	نوع المرض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	Sig	القرار
النشاط اليومي	النوع الأول	33,400	3,8644	0,909	13	0,380	غير دال
	النوع الثاني	31,400	4,3359				
الجانب المهني	النوع الأول	32,300	5,4782	0,997	13	0,337	غير دال
	النوع الثاني	35,400	6,1074				
الجانب النفسي الاجتماعي	النوع الأول	32,500	3,3082	0,425	13	0,677	غير دال
	النوع الثاني	33,200	2,1679				
مجموع المحاور 1 ، 2 ، 3	النوع الأول	98,200	10,4009	0,340	13	0,740	غير دال
	النوع الثاني	100,000	7,8102				
الممارسة الرياضية	النوع الأول	34,300	5,6578	0,783	13	0,448	غير دال
	النوع الثاني	32,000	4,6368				

التحليل :

خلصت نتائج (t) المحسوبة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير نوع المرض . حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة في مجموع محاور جودة الحياة 0,340 وقيمة (sig) 0,740 . وقد بلغت قيمة (t) المحسوبة في محور الممارسة الرياضية 0,783 وقيمة (sig) 0,448 . أما بالنسبة للمتوسط الحسابي فقد بلغ عند مجموع محاور جودة الحياة لدى مرضى النوع الأول 98,200 وانحراف معياري قيمته 10,40 في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى مرضى النوع الثاني 100 وانحراف معياري قيمته 7,81 . أما محور الممارسة الرياضية فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي فيه 34,30 وانحراف معياري قيمته 5,65 لدى النوع الأول في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى مرضى النوع الثاني 32,00 وانحراف معياري قيمته 4,63 .

4 - بالنسبة لمتغير طبيعة الإصابة بالمرض :

جدول رقم (13) يوضح الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير طبيعة الإصابة بالمرض .

المحاور	طبيعة الإصابة بالمرض	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	Sig	القرار
النشاط اليومي	وراثية	33,000	2,0000	0,125	13	0,903	غير دال
	مكتسبة	32,667	4,4176				
الجانب المهني	وراثية	31,333	3,5119	0,669	13	0,516	غير دال
	مكتسبة	33,833	6,1175				
الجانب النفسي الاجتماعي	وراثية	31,667	1,1547	0,696	13	0,499	غير دال
	مكتسبة	33,000	3,1909				
مجموع المحاور 1 ، 2 ، 3	وراثية	96,000	3,0000	0,565	13	0,582	غير دال
	مكتسبة	99,500	10,3616				
الممارسة الرياضية	وراثية	30,000	7,2111	1,328	13	0,207	غير دال
	مكتسبة	34,417	4,6799				

التحليل :

خلصت نتائج (t) المحسوبة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير طبيعة الإصابة بالمرض . حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة في مجموع محاور جودة الحياة 0,565 وقيمة (sig) 0,582 . وقد بلغت قيمة (t) المحسوبة في محور الممارسة الرياضية 1,328 وقيمة (sig) 0,207 . أما بالنسبة للمتوسط الحسابي فقد بلغ عند مجموع محاور جودة الحياة لدى المصابين بالمرض وراثيا 96,00 وانحراف معياري قيمته 3,00 في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى المصابين بالمرض بصورة مكتسبة 99,50 وانحراف معياري قيمته 99,50 . أما محور الممارسة الرياضية فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي فيه 30,00 وانحراف معياري قيمته 7,21 لدى المصابين بالمرض وراثيا في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى المصابين بالمرض بصورة مكتسبة 34,41 وانحراف معياري قيمته 4,67 .

5 - بالنسبة لمتغير الحالة المادية :

جدول رقم (14) يوضح الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير الحالة المادية .

المحاور	الحالة المادية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة فيشر F	درجة الحرية	Sig	القرار
النشاط اليومي	جيدة	34,333	1,1547	0,507	14	0,615	غير دال
	متوسطة	32,091	4,5045				
	دنيا	35,000	3,9905				
الجانب المهني	جيدة	33,000	4,3589	0,198	14	0,823	غير دال
	متوسطة	33,091	6,3159				
	دنيا	37,000	5,6779				
الجانب النفسي الاجتماعي	جيدة	33,333	2,5166	0,184	14	0,834	غير دال
	متوسطة	32,455	3,2051				
	دنيا	34,000	2,9147				
مجموع المحاور 1 ، 2 ، 3	جيدة	100,667	5,6862	0,402	14	0,677	غير دال
	متوسطة	97,636	10,4237				
	دنيا	106,000	9,3671				
الممارسة الرياضية	جيدة	35,000	2,6458	0,393	14	0,683	غير دال
	متوسطة	32,818	5,9467				
	دنيا	37,000	5,2897				

التحليل :

خلصت نتائج اختبار Anova إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة الممارسين في متغير الحالة المادية . حيث بلغت قيمة (f) في مجموع محاور جودة الحياة 0,402 وقيمة (sig) 0,677 . وقد بلغت قيمة (f) في محور الممارسة الرياضية 0,393 وقيمة (sig) 0,683 . أما بالنسبة للمتوسط الحسابي فقد بلغ عند مجموع محاور جودة الحياة لدى الأفراد الذين يتمتعون بحالة مادية جيدة 100,667 وانحراف معياري قيمته 5,68 في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الأفراد الذين يتمتعون بحالة مادية

متوسطة 97,63 وانحراف معياري قيمته 10,42. في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الذين يتمتعون بحالة مادية دنيا 106 وانحراف معياري قيمته 9,36 .

أما محور الممارسة الرياضية فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي فيه 35 وانحراف معياري قيمته 2,64 لدى الأفراد الذين يتمتعون بحالة مادية جيدة في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الأفراد الذين يتمتعون بحالة مادية متوسطة 32,18 وانحراف معياري قيمته 5,94. في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الذين يتمتعون بحالة مادية دنيا 37 وانحراف معياري قيمته 5,28

3 - الفرضية الثالثة : هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى داء السكري بين الممارسين وغير الممارسين .

جدول رقم (15) يوضح الفروق في إجابات أفراد العينة الممارسين و غير الممارسين .

المحاور	الممارسة الرياضية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	Sig	القرار
النشاط اليومي	يمارس	32,73	3,990	1,757	23	0,092	غير دال
	لا يمارس	29,50	5,212				
الجانب المهني	يمارس	33,33	5,678	0,495	23	0,625	غير دال
	لا يمارس	32,30	4,084				
الجانب النفسي الاجتماعي	يمارس	32,73	2,915	2,158	23	0,042	دال
	لا يمارس	29,90	3,635				
مجموع المحاور 1 ، 2 ، 3	يمارس	98,80	9,367	2,053	23	0,052	غير دال
	لا يمارس	91,70	6,848				

التحليل :

خلصت نتائج (t) المحسوبة إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية جودة الحياة في إجابات أفراد العينة الممارسين و غير الممارسين في متغير الممارسة الرياضية . حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة في مجموع محاور جودة الحياة 2,053 وقيمة (sig) 0,052 . أما بالنسبة للمتوسط الحسابي فقد بلغ عند مجموع محاور جودة الحياة لدى الأفراد الممارسين للرياضة 98,80 وانحراف معياري قيمته 9,367 في حين قد بلغ المتوسط الحسابي لدى الأفراد غير الممارسين للرياضة 91,70 وانحراف معياري قيمته 6,848 .

كما خلصت نتائج الاختبار إلى ان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في إجابات أفراد العينة الممارسين وغير الممارسين في المحور الثالث والمتمثل في الجانب النفسي الاجتماعي حيث بلغت قيمة (t) 2,158 اما قيمة (sig) فقد بلغت 0,042 . لصالح الأفراد الممارسين للنشاط البدني الرياضي بمتوسط حسابي قيمته 32,73 وانحراف معياري قدره 2,91

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

2-1- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الأولى بأنه توجد علاقة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة . ومن خلال المعالجة الإحصائية التي قام بها الباحث ثبت صحة هذا الفرضية . حيث و بالرجوع للنتائج المدونة في الجدول رقم (09) الصفحة (89) نجد أن قيمة معامل الارتباط بين مقياس الممارسة و مقياس جودة الحياة دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0,05، بلغت قيمة (sig) 0,037

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من جانا ، بيترسون ، جون ، اندرو ، وآخرين . حول العلاقة بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة وبين الحياة النشطة active living ، (2003) ، حيث استخدم الباحثين مقياس جودة الحياة ، واستبيان النشاط البدني لبايك (baecke et all; 1982) وذلك على عينة مكونة من حوالي 407 فرد بمستوى عمري بين 25 - 88 سنة حيث 57 % من العينة كانوا إناث . ومن بين أهم نتائج هذه الدراسة انه كانت هناك علاقة بين متغيرات الدراسة . كما أن الممارسة الرياضية تعتبر احد مكونات أبعاد جودة الحياة كما ذكرها العارف بالله الغندور 1994 حيث صنفها ضمن البعد الموضوعي الذي اعتبره من بين المؤشرات القابلة للملاحظة و القياس (انظر الصفحة 11 - 12)

2-2 - مناقشة النتائج في ضوء الفرضية العامة الثانية :

تنص الفرضية العامة الثانية بان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة الممارسين في جودة الحياة تعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس ، العمر ، نوع المرض ، طبيعة الإصابة بالمرض ، الحالة المادية) . ومن خلال المعالجة الإحصائية التي قام بها الباحث لم يثبت صحة هذا الفرض فبالرجوع إلى النتائج المدونة في الجداول (10 ، 11 ، 12 ، 13 ، 14) الصفحة (من 90 إلى 94) نجد أن قيمة (sig) غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 .

نقلا عن الغندور (1999) أن جودة الحياة ترتبط بما يقوم به الفرد من عمل وما يشغله من وظيفة ومن ثم محددات هامة يمكن اعتبارها في هذا الصدد من أن يكون لها تأثير تحقيق جودة الحياة مثل : أوضاع العمل نفسه ، والعائد المادي ، وما يمكن أن يوفره العمل من فرص الحراك المهني مما يكون له تأثير على حياة الفرد . (أنظر الصفحة 16) . هذا ما يبين أن لمتغير العمر و متغير الحالة المادية أثر بالغ في تكوين جودة حياة الفرد .

وقد ذكر (Argyle) سنة 1999 في التوجهات النظرية لجودة الحياة ما يسمى بالتوجه المعرفي وهذا الأخير يتركز فكرتين أساسيتين : الأولى هي أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة . أما الثانية فتكمن في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد ، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة . وبما أن متغيري الجنس والعمر متغيرات ذاتية هذا ما يفسر أهميتهما في إحساس الفرد بجودة الحياة . (أنظر الصفحة 17) .

وحسب "فالوفيلد" ذكر المؤشرات الجسمية والبدنية ضمن مؤشرات قياس جودة الحياة وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام و النوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية .(انظر الصفحة 14)

في حين ذكر " رايف " 1999 في نظريته التي تدور حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة وقد حددها في ستة أبعاد ، وقد وصف البعد الخامس بتقبل الذات ، وهذا ما ينعكس على متغير المرض او طبيعة الإصابة به . فيجب على الفرد المصاب تقبل ذاته مهما كانت وعلية التعايش مع هذه الإصابة بل يجب عيه ان يهيئ نفسه للتكيف مع حياته الجديدة في خضم الإصابة والقدرة على التوافق مع تغيرات الحياة .(أنظر الصفحة 18)

أما " كاريج جاكسون " صاغ النظرية المسماة الثلاثة بي " The 3 B's " والتي وضح فيها مجالات جودة الحياة وتفاصيل مكوناتها الفرعية فقد ذكر في مجال الانتماء بعد الانتماء المجتمعي وكان من بين تفاصيل وأمثلة هذا المجال الأمان المالي وهذا ما يعكس أن متغير الحالة المادية مكون أساسي لجودة الحياة .

كذلك قد تناول في هذه المجالات ما يسمى بمجال الكينونة أو الوجود ومن بين الأمثلة المذكورة في بعد الوجود البدني مثال : القدرة البدنية على الحركة وممارسة الأنشطة الحركية . وهذا دليل على أن الممارسة الرياضية ركيزة أساسية لتحقيق مفهوم جودة الحياة . (أنظر الصفحة 12 - 13)

2-3 - مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد العينة الممارسين وغير الممارسين في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الممارسة الرياضية . ومن خلال المعالجة الإحصائية التي قام بها الباحث لم يثبت صحة هذا الفرض مع مجموع المحاور الثلاث فبالرجوع للنتائج المدونة في الجدول رقم (15) الصفحة (96) نجد أن قيمة (sig) بلغت 0,052 وهي غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05،

أما بالنسبة للمحور الثالث والمتمثل في الجانب النفسي الاجتماعي كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في إجابات أفراد عينة البحث لصالح الأفراد الممارسين للنشاط البدني الرياضي . بالرجوع إل نفس الجدول نجد أن قيمة (sig) بلغت 0,042 وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05

ففي دراسة (slonzka .z. 1986) إذ بينت نتائجها أن الإصابة بداء السكري ، تشكل وضعية ضغط على المصابين به ، فتؤثر على مواقفهم و سلوكياتهم اليومية ، وتضعهم موضع مواجهة شبه دائمة مع صعوبات في التعامل اليومي مع ظروف الحياة ، ومع مواقفها المختلفة . كما بينت هذه النتائج أيضا أن لمرض السكري أيضا مضاعفات على المستوى النفسي تتمثل في : (القلق ، سرعة الغضب ، التقدير الواطي للذات ، واتخاذ المرض كحجة في التعامل مع مواقف الحياة) .

وقد وضح "كاريج جاكسون" في بعد الانتماء أن القرب من أعضاء الأسرة التي يعيش فيها الفرد و وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء وتكوين شبكة ذات علاقات اجتماعية قوية من أهم مجالات جودة الحياة .(انظر الصفحة 12) .

أما "فالويلد " حدد المؤشرات النفسية والاجتماعية ضمن مؤشرات قياس جودة الحياة ، فيرى أن المؤشرات النفسية تتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض والشعور بالسعادة .في حين أن المؤشرات الاجتماعية تتضح من خلال العلاقات الشخصية و نوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية . (أنظر الصفحة 14) .

من خلال ما سبق و من خلال نتائج هذه الفرضية تتضح الأهمية والمكانة البارزة للممارسة الرياضية في تحقيق الجانب النفسي الاجتماعي الذي يعد ركيزة أساسية في تحقيق مفهوم جودة الحياة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَذَا وَمَا كُنَّا لِنَشْكُرَهُ لَوْلَا رَحْمَتُ اللَّهِ عَلَيْنَا لَفُتْنَا فِي الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ

1- استنتاجات عامة:

إن النتائج التي توصلت إليها هذا البحث من خلال الدراسات التي عرضناها والأفكار التي جمعناها والواقع الذي عايشناه جعلتنا نستنتج بعض الحقائق الهامة وهي كما يلي:

- هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى مرضى داء السكري .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد عينة البحث في جودة الحياة تعزى لمتغيرات الدراسة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد عينة البحث الممارسين وغير الممارسين للرياضة في جودة الحياة مع مجموع المحاور .
- أما بالنسبة للمحور الثالث والمتمثل في الجانب النفسي الاجتماعي كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في إجابات أفراد عينة البحث لصالح الأفراد الممارسين للنشاط البدني الرياضي

2- توصيات واقتراحات عامة:

إن هذه الدراسة ما هي إلا محاولة بسيطة ومحصورة في إمكانياتنا المتوفرة، ورغم ذلك أردنا أن نعطي نقطة بداية لبحوث أخرى في هذا المجال بتوسع وتعمق أكثر، والتي نفتقر إليها خاصة باللغة العربية، وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها نتقدم ببعض الاقتراحات إلى كل من يهمه الأمر، والتي نأمل أن تكون بناءً مما تسهل عليهم تجنب العديد من المشاكل التي يجدها خلال عملهم.

لنستطيع أن نقدم الاقتراحات والتوصيات التالية:

- ❖ التركيز من خلال برامج التوعية الإعلامية والدينية في التعامل مع هذه الفئة (ذوي الاحتياجات الخاصة) للحد من التوجه السلبي نحو الممارسة الرياضية.
- ❖ العمل على ممارسة دور التوجيه والإرشاد لمواجهة النقص في التعامل مع هذه الفئة .
- ❖ التركيز على برامج الإرشاد الإعلامي على أهمية اشتراك المجتمع بصفة عامة في تنشئة هذه الفئة وإتاحة الفرصة لإيجاد حلقة اتصال معنوي وفكري قوي.
- ❖ التركيز على البرامج والمناهج التي تقوم بتعديل اتجاهات هذه الفئة نحو الممارسة الرياضية.
- ❖ التركيز على القيام بندوات ودورات تدريبية خاصة بهذه الفئة.
- ❖ التركيز على الاستراتيجيات ذات الصلة بتقبل هذا المرض المزمن وكيفية التعايش معه .
- ❖ القيام ببرنامج تربوي مبني على أسس منهجية لدراسة الحالة النفسية والاجتماعية.
- ❖ أهمية النظر إلى الإرشاد الاجتماعي على انه جزء هام لرفع معنويات المصابين بهذا المرض المزمن .

- ❖ تفعيل التواصل المشترك بين أفراد المجتمع وكافة الجهات المعنية التي تقدم خدمات لذوي الاحتياجات الخاصة .
- ❖ العمل مع الأخصائي المختص على بناء اتجاهات سوية مع مريض السكري .
- ❖ مشاركة المجتمع كل حسب طاقته في البرنامج التأهيلي لمرضى السكري .

3- الأفاق المستقبلية:

فيما يخص الفرضيات المستقبلية ، لدراستنا فقد قمنا باقتراح بعض الفرضيات البحثية التي نراها قابلة للإجراء الميداني والتي سنوجز بعضها في النقاط التالية:

- توفير الوسائل و التجهيزات الرياضية في المؤسسات والنوادي يحفز مرضى داء السكري على العمل بجدية ويمكنهم تحقيق أهداف في نشاطاتهم الرياضية .
- التنوع في الأوساط الاجتماعية حول أهمية النشاط البدني المكيف في إعداد أفراد الغد يزيد من دافعية الأفراد المصابين بهذا الداء نحو الممارسة الرياضية ويحسن من قدراتهم الحركية و مهارية .
- الأساليب والطرق المنتهجة من طرف مدربي النوادي لها دور في تعلم المهارات الحركية لمختلف الأنشطة الرياضية لهذه الفئة.
- إجراء دراسة حول المشاكل التي تحد من ممارسة هذه الأنشطة خاصة لدى هذه الشريحة .
- محاولة تدعيم دراستنا هذه بإعطاء الصورة الحقيقية للنشاط البدني الرياضي المكيف وأثره على تطوير التعلم والممارسة للأنشطة الرياضية وعلاقته بجودة الحياة للناس عامة ومرضى داء لسكري خاصة .

قائمة

المصادر

❖ المصادر :

1 - مديرية الصحة و جمعية مرضى داء السكري لولاية المسيلة ، إحصاءات 2015 .

2 - القرآن الكريم

❖ قائمة المراجع

❖ باللغة العربية :

- 1 - البيولوجيا .1980 . ريتشارد اجولدز ، منشورات مجمع اللغة العربية الأردني .
- 2 - أمين أنور الخولي . 1996 . الرياضة والمجتمع سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للأدب والفنون ، الكويت ، ط1 ،
- 3 - احمد حسانين احمد .2011 . مقاييس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية ، مجلة الدراسات النفسية ، العدد (4) مارس ، الجزائر ، دار الخلدونية للنش و التوزيع .
- 3 - ارخايل .1993 . سيكولوجية السعادة (ترجمة فيصل يونس) ، سلسلة عالم المعرفة العدد (2) .
- 4 - إيمان ، احمد خميس . جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال . المؤتمر العلمي الثالث ، تربية المعلم العربي وتأهيله ، رؤى معاصرة ، جامعة جرش الخاصة .
- 5 - جمال ، السيد تفاحة .2009 . الصلابة النفسية والرضا عن الحياة ، مجلة كلية التربية ، المجلد 19 العدد (3) جامعة الإسكندرية .
- 6 - حسن مصطفى عبد المعطي . 2005 . الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر . المؤتمر العلمي الثالث ، " الإنماء النفسي التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة . كلية التربية . جامعة الرقازيق .
- 7 - دعاء ، الصاوي والسيد ، حسن . 2009 . جودة الحياة المدركة لدى عينة من الطلاب و مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنميتها .
- 8- سامية ، الأنصاري 2007 . علم النفس الايجابي وجودة الحياة . الجمعية المصرية لجودة الحياة .
- 9- فؤاد السيد البهي . 1979 . علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري ، دار الفكر العربي .
- 10- كلود ، فوسلر . 2000 . إدارة البيئة من اجل جودة الحياة (ترجمة علاء احمد صلاح) . مصر . مركز الخبرات المهنية للإدارة .

- 11- ماريا كولازو كلافيل . 2002 . ترجمة مركز التعريب والبرمجة ، السيطرة على داء السكري . ط 1 ، الدار العربية للعلوم
- 12 - محمد بن سعد الحميد . 2007 . مرض السكر - أسبابه مضاعفاته وعلاجه . ط 1 . الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- 13- مجدي ، الدسوقي . 1998 . دراسة أبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين ، المجلة المصرية - للدراسات النفسية ، العدد 2 ، سبتمبر .
- 14 - محمد سعيد أوب حلاوة . 2007 . جودة الحياة . المفهوم ، ورقة مقدمة ، جامعة الاسكندرية .
- 15 - محمد ، الغندور . 2007 . أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة - دراسة نظرية ، المؤتمر الدولي السادس ، مصر : مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين الشمس ، نوفمبر .
- 16 - محمود ، عبد الحلیم منسي وعلي ، مهدي كاظم . 2003 . مقاييس جودة الحياة لطلبة الجامعة . جامعة السلطان قابوس .
- 17 - مراد ، صلاح احمد ، أمين علي ، 2005 . الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية ، خطوات إعدادها وخصائصها : دار الكتاب الحديث .
- 18- مصطفى ، خليل الشرقاوي . 2004 . مقياس جودة الحياة الصحة النفسية . القاهرة دار الكتاب .
- 19- محمد نصر الدين رضوان ، 2006 مدخل الى القياس في التربية البدنية والرياضية . ط 1 . مركز الكتاب للنشر والتوزيع . مصر . القاهرة
- 20- ناهد ، عابد زيد ، وآخرون . 2012 . تقدير الذات وعلاقته بجودة الحياة لطلبات جامعة بابل . مجلة جامعة بابل ، العلوم الإنسانية ، المجلد 20 ، العدد 4 .
- 21- هارون ، توفيق الرشدي ، 1996 . مقياس نوعية الحياة ، المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي ، القاهرة ، جامعة عين شمس .
- 22 - هشام ، بركات بشر حسين . 2008 . تحليل البيانات باستخدام spss ، دار النشر الالكتروني . www.kotobarabia.com
- 23 - سامي محمود موسى ، هاشم . 2003 . جودة الحياة . ط 1 . دار الكتاب للنشر والتوزيع .

❖ الرسائل :

فائز إزروق ، الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري : استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي ، رسالة ماجستير .

❖ المجالات :

الرياض : الثلاثاء 29 ربيع الأول 1436 هـ - 20 يناير 2015 - العدد 17011

❖ باللغة الأجنبية :

1 - Ann bowling , health - related quality of life , review of disease - specific quality of life measurment scales , library of congress cataloging in publication data . 2001 .

2 - American diabetes association (ADA) report of the expert committee on the diagnosis and classification of daibetes mellitus care , 2001 ; 24 (suppl 1) S 5 -S20 .

3 - Atkinson MA . and eisenbrath GS : TYPE 1 diabetes : new prospective on disease pathogenesis and treatment . lancet . 2001 358 (9277) .

4 - Ainsworth B, Haskell W, Whitt M, Irwin M, et al. (2000): Compendium of physical activity: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc*, 32(suppl): S 498-S 516.

5- Albright, A., Franz, M., Hornsby, G., Kriska, A., et al. (2000): ACSM position stand: exercise and type 2 diabetes. *Med Sci Sports Exerc*, 32: 1345-1360.

6 - American Diabetes Association. (2002): Position Statement- Diabetes mellitus and exercise. *Diabetes Care*, 25: S 64- S 68.

7 – Brajendra , K, and srivastava . daibetes mellitus complication and therapeutics . med sci monit . 2006

8 – Cummins . r. a . maccabe . mp 1994 .the comprehensive quality of life scales . educational psychological measurmeent.

9 – Dofrenzo RA : pathogenesis of type 2 diabetes : metabolic and molecular implication for identifying diabetes genes . diabete .1997

10 – Frank A , deng S ,huang ,and al : transplantation for type 1 biabetes comparison of vascularized whole- organ pancreas with isolated Pancreatic Islets. Annals of Surgery

.Volume 240, Number 4, October 2004; 631-643 .

11 – Gale, E and Anderson, J.: Diabetes mellitus and other disorders of metabolism. In, Kumar and Clark Clinical medicine, 6th ed.,2005, vol. 19, 1110- 1112.

12 – Marlou , bruchon , schweitzer . 2006 . psychologie de la santé du bien être et qalité de vie (modèle concepts et méthodes). paris .ed DUNOD , EDITION 1 .

13 – Martin patric , jean micheal azorin . 2004 qualité de vie et schizophrénie gean libbey . paris .

14- pierre , r , turcotte . 1999 . qualité de vie au travail anti- stresse

et créativité 7 – Rennert, O. and Gary, L.: Update on the

genetics and pathophysiology of type 1 diabetes mellitus.

Pediatric Annals,

1999; 28; 570-575.

15 - Rosenbloom A, J 51 J, Young R, Winter W: Emerging epidemic of Type 2 diabetes in youth. Diabetes Care, 2001; 22: 867-71.

. paris . les éditions d'organisation .

16 - the whoqol group .1998 . development of the world health organisation whoqol - bref quality of life assessment .

17 -Tumilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Eng J Med, 2001; 344: 1343-50.

18 - World Health Organization (WHO): Definition, Diagnosis and classification of diabetes mellitus and complications. Part

1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Department

of Non-communicable Disease Surveillance, Geneva, 1999,

19 - Zhang C, Baffy G, Perret P et al: Uncoupling protein-2 negatively regulates insulin secretion and is a major link between obesity, cell dysfunction, and type 2 Diabetes. Cell, 2001;

105: 745-755

-Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483

قائمة

المساجد

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة

معهد العلوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط البدني المكيف

الماحق رقم : 01

الاستبيان المدكم

في إطار إنجاز مذكرة لنيل شهادة الماستر في النشاط البدني المكيف تخصص نشاط بدني مكيف وصحة تحت عنوان " الممارسة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى داء السكري " نرجو من سيادتكم تحكيم هذا الاستبيان بصدق وموضوعية، ونتعهد أن كامل البيانات المجمعة بواسطة هذه الاستمارة ستكون سرية ولا تستخدم إلا لأغراض علمية بحتة، وشكرا على تعاونكم.

شكرا على مساهمتكم ومساعدتكم

السنة الجامعية: 2015-2016

المحور الاول

معلومات عامة :

- 1- الجنس : ذكر أنثى
- 2 - السن : اقل من 18 سنة 18-25 سنة 26-35 سنة 36-45 سنة
- أكبر من 45 سنة.

3 - نوع المرض :

- النوع الأول: (IDDM) المعتمد في العلاج على الأنسولين
- النوع الثاني: (NIDDM) الغير معتمد في العلاج على الأنسولين
- 4 - طبيعة الاصابة بالمرض : وراثية مكتسبة
- 5 - الحالة المادية : جيدة متوسطة دنيا
- 6- هل تمارس الرياضة : نعم لا

المحور الثاني

بدائل الاجابات					العبارات	الرقم
النشاط اليومي						
لا ينطبق	لا	ينطبق	ينطبق	ينطبق	خلال الربعة اسابيع الماضية هل واجهتك الصعوبات التالية :	01
تماما	ينطبق	نوعا ما	تماما	تماما	ممارسة نشاطات ذات شدة منخفضة(تحريك طاولة، لعبة كرة الحديد)	02
					التعديل	
					حمل المشتريات	03
					التعديل	
					صعود سلالم عمارة ذات طوابق متعددة	04
					التعديل	
					صعود سلم عمارة ذات طابق واحد	05
					التعديل	
					ثني الجذع (الاتثناء ، الركوع ، الانحناء)	06
					التعديل	
					المشي أكثر من كيلو متر ونصف	07
					التعديل	
					المشي أكثر من 500 متر	08
					التعديل	

					المشي مئة متر	09
						التعديل
					لبس الثياب و الاغتسال	10
						التعديل
الجانب المهني						
					تقليص وقت بالعمل	11
						التعديل
					انجاز مهام اقل مما كنت تريد	12
						التعديل
					تتعرض لمشاكل مرتبطة بنوع العمل او النشاط	13
						التعديل
					تضع حدود اثناء قيامك بأنواع معينة من المهام	14
						التعديل
					تقليص الوقت الخاص بالعمل	15
						التعديل
					انجاز مهام اقل مما هو مطلوب منك	16
						التعديل
					انجاز أعمال في اقل من الوقت المعتاد	17
						التعديل
					القيام بأعمال اقل مما كنت تتوقع	18
						التعديل
					عدم القدرة على اتقان العمل	19
						التعديل
					انا راض عن علاقتي مع زملائي بالعمل	20
						التعديل
					استطيع ان اوفق بين ممارسة هواياتي و أداء عملي	21
						التعديل
الجانب النفسي الاجتماعي						
					اشعر بالرضا عن علاقتي باسرتي	22
						التعديل
					تتعامل بشكل لائق مع مجموعة الاصدقاء	23

					التعديل
				اشعر و كأنني عبء على اسرقي	24
					التعديل
				حالتك الصحية تعيقك في اداء المهام العائلية	25
					التعديل
				تحاول ان تبدو متفائل	26
					التعديل
				حالتك الجسمية تتعارض مع حياتك الشخصية	27
					التعديل
				تشعر بالإجهاد عند القيام بأي عمل في البيت	28
					التعديل
				تتعرض للمرض بسهولة	29
					التعديل
				أمارس عادات ايجابية في حياتي	30
					التعديل
ممارسة الأنشطة الرياضية					
				حالة الصحية جيدة او حتى اني افضل من الاخرين	31
					التعديل
				ممارسة نشاط بدني هوائي معتدل الشدة لمدة 30 دقيقة	32
					التعديل
				ممارسة النشاط البدني مرهقة وتسبب لك ألم	33
					التعديل
				ممارسة النشاط البدني اشعر بالخلج والتحرج من الممارسه	34
					التعديل
				لا اجد الوقت الكافي لممارسة نشاط بدني	35
					التعديل
				نشاطات ذات شدة عالية(الجري،رفع الاشياء الثقيلة،المشاركة في رياضات مكثفة "	36
					التعديل

الإمضاء

اسم ولقب الدكتور المحكم:

جامعة محمد بوضياف-المسيلة-

معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية

قسم النشاط الرياضي المكيف

الملحق رقم : 02 - الصيغة النهائية للاستبيان -

الموضوع : استمارة استبائية موجهة الى المصابين بداء السكري .

اخي ، اختي ، تحية طيبة وبعد ...

في اطار القيام بانجاز مذكرة تخرج ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماستر نقوم بدراسة تتناول حول الممارسة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري ، وبصفتك الشخص المؤهل لتزويدنا بالمعلومات المناسبة في هذا الموضوع ، نرجو منك ابداء رأيك حول العبارات الواردة في الاستبيان ، وتتعهد بسرية المعلومات التي لن تستخدم الا لاجراض البحث العلمي .

ولك منا جزيل الشكر والتقدير .

المحور الاول

معلومات عامة :

- 1- الجنس : ذكر ، أنثى .
- 2 - السن : اقل من 30 سنة ، 30 سنة فما فوق .
- 3 - نوع المرض :
النوع الأول: (IDDM) المعتمد في العلاج على الأنسولين .
النوع الثاني: (NIDDM) الغير معتمد في العلاج على الأنسولين .
- 4 - طبيعة الاصابة بالمرض : وراثية مكتسبة .
- 5 - الحالة المادية : جيدة ، متوسطة ، دنيا .
- 6 - هل تمارس الرياضية : نعم ، لا .

المحور الثاني

بدائل الاجابات					العبارات	الرقم
النشاط اليومي						
لا ينطبق تماما	لا ينطبق	ينطبق نوعا ما	ينطبق	ينطبق تماما		
					01	ممارسة نشاطات ذات شدة منخفضة(تحريك طاولة، لعبة كرة الحديد)
					02	حمل المشتريات
					03	صعود سلالم عمارة ذات طوابق متعددة
					04	صعود سلم عمارة ذات طابق واحد
					05	ثني الجذع (الانثناء ، الركوع ، الانحناء)
					06	المشي مئة متر
					07	لبس الثياب و الاغتسال
الجانب المهني						
					08	اميل الى تقليص الوقت الخاص بالعمل
					09	انجاز مهام اقل مما كنت تريد
					10	تتعرض لمشاكل مرتبطة بنوع العمل او النشاط المهني
					11	تضع حدود اثناء قيامك بانواع معينة من المهام
					12	انجاز مهام اقل مما هو مطلوب منك
					13	انجاز أعمال في اقل من الوقت المعتاد
					14	القيام بأعمال اقل مما كنت تتوقع
					15	انا راض عن علاقتي مع زملائي بالعمل
					16	استطيع ان اوفق بين ممارسة هواياتي و أداء عملي
الجانب النفسي الاجتماعي						
					17	اشعر بالرضا عن علاقتي بأسرتي
					18	تتعامل بشكل لائق مع مجموعة الاصدقاء
					19	اشعر و كآفتي عبء على اسرتي
					20	تحاول ان تبدو متفائل

					حالتك الجسمية تتعارض مع حياتك الشخصية	21
					تشعر بالإجهاد عند القيام بأي عمل في البيت	22
					تتعرض للمرض بسهولة	23
					أمارس عادات ايجابية في حياتي	24

المحور الثالث

					العبارات	
بدائل الاجابات						
ممارسة الانشطة الرياضية						
ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما		
					حالة الصحية جيدة او حتى ابي افضل من الاخرين	25
					ممارسة نشاط بدني هوائي معتدل الشدة لمدة 30 دقيقة	26
					ممارسة النشاط البدني مرهقة وتسبب لك ألم	27
					ممارسة النشاط البدني لا اشعر بالجلد والتخرج من الممارسه	28
					اجد الوقت الكافي لممارسة نشاط بدني	29
					نشاطات ذات شدة عالية(الجري، رفع الاشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة "	30
					المشي أكثر من كيلو متر ونصف	31
					المشي أكثر من 500 متر	32

الملحق رقم 3
جدول يبين توزيع مرضى داء السكري

السنة	العدد	المنطقة
2014	أزيد من 3,5 مليون مصاب	● الجزائر ككل
2014	1600 مصاب	● ولاية المسيلة ككل (مجموع البلديات والدوائر)
2014	أزيد من 4228 مصاب	● مدينة المسيلة لوحدها
2014	213 مصاب	
2015	311 مصاب	
في الثلاث اشهر الاولى من سنة 2016	70 حالة إصابة بالمرض	

الملحق رقم : 04

قائمة أسماء الأساتذة المحكمين لاستمارة الاستبيان:

الرقم	الأستاذ	الدرجة العلمية	القسم	مكان العمل
01	نطاح كمال	أ. محاضر	المكيف	جامعة المسيلة
02	بلخيلر عبد القادر	أ. محاضر	المكيف	جامعة المسيلة
03	حبارة محمد	دكتوراه	المكيف	جامعة المسيلة
04	عمارة نور الدين	دكتوراه	المكيف	جامعة المسيلة
05	قيال مراد	دكتوراه	التربية	جامعة المسيلة

❖ عنوان الدراسة :

الممارسة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى داء السكري .

❖ الفرضيات العامة للدراسة :

- 1 - توجد علاقة بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى المصابين بداء السكري ؟
- 2 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في إجابات أفراد العينة الممارسين تعزى لمتغيرات الدراسة (الجنس ، العمر ، نوع المرض ، طبيعة الإصابة بالمرض ، الحالة المادية)
- 3 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى داء السكري بين الممارسين وغير الممارسين

❖ أهداف الدراسة :

تتجلى أهداف الدراسة المقدمة من طرف الطالب الباحث فيما يلي :

- معرفة مستوى جودة الحياة لدى هذه الفئة .
- التعرف على الفروق الموجودة بين هذه الشريحة من حيث الشعور بجودة الحياة .
- كما تهدف إلى تصحيح الفهم الخاطئ لنظرة البعض للممارسة الرياضية على أنها ترفيه وتسلية بل هي ابعد من ذلك ، فبالإضافة إلى فوائدها الاجتماعية والنفسية فهي آلية علاجية ينصح بها كل الأطباء .

❖ عينة الدراسة : مرضى داء السكري .

❖ منهج الدراسة : المنهج الوصفي

❖ أدوات الدراسة : الإستبيان

❖ النتائج المتوصل إليها :

- هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين الممارسة الرياضية وجودة الحياة لدى مرضى داء السكري .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد عينة البحث في جودة الحياة تعزى لمتغيرات الدراسة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد عينة البحث الممارسين وغير الممارسين للرياضة في جودة الحياة مع مجموع المحاور .
- أما بالنسبة للمحور الثالث والمتمثل في الجانب النفسي الاجتماعي كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة في إجابات أفراد عينة البحث لصالح الأفراد الممارسين للنشاط البدني الرياضي

❖ توصيات واقتراحات :

- التركيز على البرامج والمناهج التي تقوم بتعديل اتجاهات هذه الفئة نحو الممارسة الرياضية.
- التركيز على القيام بندوات ودورات تدريبية خاصة بهذه الفئة.
- التركيز على الاستراتيجيات ذات الصلة بتقبل هذا المرض المزمن وكيفية التعايش معه .
- القيام ببرامج تربوي مبني على أسس منهجية لدراسة الحالة النفسية والاجتماعية.
- أهمية النظر إلى الإرشاد الاجتماعي على انه جزء هام لرفع معنويات المصابين بهذا المرض المزمن .

Le résumé de l'étude en arabe

❖ Titre de l'étude:

La pratique du sport et sa relation avec la qualité de vie chez les patients diabétiques.

❖ hypothèse générale de l'étude:

- 1 - il existe une relation entre la pratique sportive et la qualité de vie chez les personnes atteintes de diabète?
- 2 - Il existe des différences statistiques significatives dans la qualité de vie dans les réponses des personnes praticiens en raison des variables des différences d'étude (le sexe, l'âge, le type de maladie, la nature de la maladie, la situation financière)
- 3 - Il existe des différences statistiques significatives dans la qualité de vie chez les patients diabétiques entre les praticiens et les non-praticiens .

❖ objectifs de l'étude:

Il reflète les objectifs de l'étude présentée par l'étudiant chercheur dans ce qui suit:

- Connaître la qualité de vie au niveau de cette catégorie.
- Identifier les différences qui existent entre cette catégorie en termes d'un sens de la qualité de vie.
- Il vise aussi à corriger une idée fausse de regarder une certaine pratique de sports comme les loisirs et le divertissement sont même au-delà, en plus des avantages sociaux et psychologiques sont le mécanisme thérapeutique recommandée pour tous les médecins.

❖ échantillon de l'étude: les patients atteints de diabète.

Méthodologie: approche descriptive

outils d'étude: questionnaire

résultats obtenus :

- Il y a une relation entre la pratique sportive et la qualité de vie chez les patients diabétiques .
- y a Aucune différences statistiques significatives dans les réponses des personnes de l'échantillon dans la qualité de vie en raison des variables de l'étude.
- y a Aucune différences statistiques significatives dans les réponses des praticiens de l'échantillon et non-praticiens du sport dans la qualité de vie dans total des axes de la qualité de vie .
- mais au troisième axe de l'aspect psycho-social, il y avait des différences statistiques significatives dans la qualité de vie dans les réponses des personnes de l'échantillon au profit des praticiens de l'activité sportive physiques

❖ recommandations et suggestions:

- Mettre l'accent sur les programmes qui modifient les attitudes envers cette catégorie de la pratique sportive.
 - il faut faire des séminaires spécifique à cette catégorie et de sessions de formation.
 - En se concentrant sur les stratégies liées à accepter cette maladie chronique et comment vivre avec elle.
 - Faites un programme éducatif est construit sur les fondations de la méthodologie pour l'étude de la situation psychologique et sociale.
- L'importance de considérer le conseil social comme un élément important pour élever le moral des personnes vivant avec cette maladie chronique.



تَمْرُ حَجْرٍ بِسْمِ اللَّهِ

