الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية: العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي: 98/ ك ع إ إ ج/ 2024

رقم التسجيـــل: D.PS/3C/03/17

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في: علم النفس

تخصص: علم النفس الصحة

بعنوان:

الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري (دراسة مقارنة بين مرضى السكري نمط1 و نمط2)

إعداد الطالب:

سميـــر لعربـــي

تاريخ المناقشة: 2024/02/14

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
01	سماعيلي يامنة	أستاذ	محمد بوضياف. المسيلة	رئيسا
02	قارة سعيـــد	أستاذ	محمد بوضياف. المسيلة	مشرفا ومقررا
03	ضياف زين الدين	أستاذ	محمد بوضياف. المسيلة	عضوا مناقشا
04	بوضياف نوال	أستاذ	محمد بوضياف. المسيلة	عضوا مناقشا
05	عزوز اسمهان	أستاذ محاضر "أ"	الحاج لخضر . باتنة 1	عضوا مناقشا
06	بن بردي مليكة	أستاذ محاضر "أ"	محمد البشير الابراهيمي. برج بوعريريج	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2023/2022

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية: العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي: 98/ ك ع إ إ ج/ 2024

رقم التسجيـــل: D.PS/3C/03/17

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في: علم النفس

تخصص: علم النفس الصحة

بعنوان:

الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري (دراسة مقارنة بين مرضى السكري نمط1 و نمط2)

إعداد الطالب:

سميـــر لعربـــي

تاريخ المناقشة: 2024/02/14

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
01	سماعيلي يامنة	أستاذ	محمد بوضياف. المسيلة	رئيسا
02	قارة سعيد	أستاذ	محمد بوضياف. المسيلة	مشرفا ومقررا
03	ضياف زين الدين	أستاذ	محمد بوضياف. المسيلة	عضوا مناقشا
04	بوضياف نوال	أستاذ	محمد بوضياف. المسيلة	عضوا مناقشا
05	عزوز اسمهان	أستاذ محاضر "أ"	الحاج لخضر . باتنة 1	عضوا مناقشا
06	بن بردي مليكة	أستاذ محاضر "أ"	محمد البشير الابراهيمي. برج بوعريريج	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2023/2022

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر و تقدير

الحمد لله الذي تتمّ بنعمه الصالحات، و بعد:

" من لا يشكر النّاس لا يشكر الله " النبي محمّد ﷺ

بكثير من معاني التقدير والامتنان، وجميل مشاعر الصدق العرفان، أتقدّم بجزيل الشكر غير متناهي، إلى كلّ من ساعدني ومدّ لي يد العون من قريب أو بعيد، لإنجاح هذا العمل المتواضع وإخراجه في أبهى صورة معرفية، وأخصّ بالذكر، أستاذي المشرف:

البروفيسور " سعيد قارة " الذي لم يبخل عليّ بنصائحه وتصويباته، طيلة مشواري البحثي.

الاستاذ المشرف المساعد، البروفيسور " العيد وليد "، على ما قدّمه من نصائح و توجيهات قيّمة.

الدكتور " لحسن ذبيحي " على مساندته المعنوية و العلميّة التطبيقية من اجل إتمام هذا العمل.

لجنة التكوين في طور دكتوراه علم النفس الصحة على توجيهاتهم ونصائحهم في بداية المشوار وعلى رأسهم البروفيسور(ة) " يامنة سماعيلي "، البروفيسور(ة) " نوال بوضياف "، وجميع طاقم التدريس دفعة 2017.

مركز المساعدة النفسية CAPU الذي احتضن شخصنا في بداية المشوار بجامعة مسيلة، كعضو بمجلسه الاداري وعضو متكفل بالمركز، وكل طاقمه وعلى رأسهم رئيس المركز الدكتورة " فاطمة الزهراء بوعلاقة ".

جمعية مرضى السكري لولاية المسيلة و أخص بالذكر رئيسها الذي سهّل لنا سبل التواصل مع أكبر عدد من المرضى.

جمعية مرضى داء السكري منصورة ولاية برج بوعريريج و أخص بالذكر رئيسها

الذي لم يبخل علينا بمجهوداته في تطبيق المقاييس مع أكبر عدد متاح من مرضى السكري في الجمعية.

اخي وصديقي الممرض بمستشفى الزهراوي " الياس حواسي " الذي رافقني خلال فترات تواجدي بجامعة المسيلة

الأخصّائي النفساني وطالب الدكتوراه " منير" على توجيهاته الميدانية في توزيع المقاييس بولاية المسيلة

الأخصائيات النفسانيات بمستشفى الزهراوي بالمسيلة على مساعدتهم في التواصل مع مرضى السكري.

الأخصائيات النفسانيات العاملات بالمؤسسة الاستشفائية الجوارية بالمسيلة حي أولاد سيدي ابراهيم.

الطاقم الطبي العامل بالعيادة المتعددة الخدمات "بشير لعجوزي" دار السكري ببلوزداد بالجزائر العاصمة.

الطاقم الطبي بالمركز العلاجي بالقطب لجامعة المسيلة على مساعدتهم في توزيع مقاييس الدراسة.

شكرا، صديقي " طيب باي بلال " وعائلته الكريمة على كرم الضيافة مرات عديدة بولاية المسيلة.

صديقي الدكتور نور الدين قرة على توجيهاتك / صديقي " هشام حماش " على رفقتك بجامعة المسيلة.

ثلّة من الطلبة والأصدقاء عبر مختلف ولايات الوطن الذين ساهموا معي في توزيع مقاييس الاختبارات المطبّقة في الدراسة على مرضى السكري في مناطقهم وجمعها، وأخصّ بالذكر كل من: محمد لوارغي (المدية)، خالد عروف (سطيف)، أيوب ربيح (بوسعادة)، عبد الصمد مناع (برج بوعريريج).

وأخيرا أشكر كلّ معلم و أستاذ نهلت من معين علمه الصافي، وإلى كلّ ناصح وطالب علم، شقّت لي نصيحته دروب النّجاح، وكلّ ناقد و موجّه بصّرني بعيوبي فاهتديت بنقده وتوجيهه نور العلم والمعرفة.

كتبه، سمير لعربي

اهـــــــداء

بأصدق معاني الرحمة و الدعاء، و أسمى مشاعر الحبّ و الوفاء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى

روح أمي الحبيبة " فاطمة عمروش " رحمها الله وأسكنها فسيح جنّاته

إلى أبي العزيز " أمحمد ابن محمد بن عبد القادر " حفظه الله ورعاه وأمدّه بالصحة و العافية

إلى إخوتي وسندي " لكحل، أمنة، هشام، نهال رؤية هديل، فؤاد "

إلى ابن الأخ و برعم العائلة و نبضها " صهيب "

إلى جدّتي لأبي " فاطمة لعمراوي" اطال الله في عمرها

إلى أرواح أجدادي الطيبين، الذين رافقتني دعواتهم الصالحة

أثناء حياتهم طيلة مشواري الدراسي بالتوفيق والنجاح

جدّي لأبي " محمد لعربي الملقب بـ" العمراوي "

جدتي لأمي " خديجة سالي"

جدّي لأمي " أحمد الشيخ عمروش " رحمة الله عليهم أجمعين

إلى زوجة أخي " لكحل " و زوجة أبي " امحمد "

إلى الأخ الذي لم تلده أمّي " عبد القادر ضبيان "

إلى الصاحب و رفيق الدرب " عبد الحميد بوغازي "

إلى الصديق الوفي و المخلص " لخضر صبور "

إلى زملاء الدراسة في تخصص "علم النفس" عامّة و"علم نفس الصحة" خاصّة

إلى جميع زملاء مهنة الدفاع بالمنظمة الجهوية للمحامين بمستغانم

إلى كلّ من علّمني علما وأنار لي فكرا وسهّل لي دربا، عبر جميع أطوار الدراسة والتعليم العالي

إلى جميع مرضى السكري شفاهم الله وعافاهم، في الوطن العربي عامّة والجزائر الحبيبة خاصّة

إلى كل طالب علم يسعى لتقدّم الأمّة ونهضتها

" أهدي هذا الجهد البشري الناقص، وما الكمال إلاّ لله وحده لا شريك له "

" راجيا من الله عز وجل، أن يعمّ نفعه و يأتي أكله ".

كتبه، سمير لعربي

2023

فهـرس المحتويـات

الموضـــــــــــــوع	رقم الصفحة
فهرس المحتويات	أ
فهرس الجداول	د
فهرس الأشكال	ر
مقدمـــــــة	1
الجـــانب النظــري للدراسة	
الفصل الأول: التعريف بإشكالية وموضوع الدراسة	
1-الإشكالية	5
2- الفرضيات	7
3- دوافع اختيار الموضوع	8
4- أهمية الدراسة	8
5- هدف الدراسة	9
6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة	10
6-1- الصلابة النفسية	10
6-2- جودة الحياة المرتبطة بالصحة	10
الفصل الثاني: الصلابة النفسية	
تمهيد	13
1- تعريف الصلابة النفسية	13
1-1- الخلفية النظرية للصلابة النفسية	13
1-2- تعريف مصطلح الصلابة لغة	14
1-3- تعريف الصلابة النفسية اصطلاحا	15
2- أبعاد الصلابة النفسية	17
2-1- الإلتـزام - Commitment	17

2-2- التحكم – Control	18
2-3- التحـدّي – Challenge	19
2-4- بعدا الاتصال و الثقافة – Communication & Culture	20
2-5- مركبات الصلابة وكيفية قياسها (البناء الواحد والبناء المركب)	20
3- نظرية كوبازا Kobasa للصلابة النفسية ونموذج فنك Funk المعدّل	21
3-1- نظرية كوبازا Kobasa (1979-1985)	21
3-2- نموذج فنك Funk (1992) المعدّل لنظرية كوبازا	23
4- خصائص الصلابة النفسية	23
4-1- خصائص الأفراد ذوي الصلابة المرتفعة	24
4-2- خصائص الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة	25
5- أهمية الصلابة النفسية	25
5-1- أهمية الصلابة النفسية حسب فيكي وآخرون Vickie et al (2003)	26
5-2- أهمية الصلابة النفسية حسب ميشال كول Michael cole (2006)	26
5-3- أهمية الصلابة النفسية حسب فيردون سيزجين Ferudun Sezgin (2006)	27
5-4- أهمية الصلابة النفسية حسب كول بول وآخرون Col paul et al (2012)	28
6- المجالات التطبيقية للصلابة النفسية	29
6-1- مجال التنشئة الاجتماعية	29
6-2- مجال الصحة البدنية و العقلية	29
6-3- مجال العمل و الإرهاق	30
6-4- مجال المخدرات و الادمان	30
6-5- مجال الإعاقة و التمريض	31
6-6- مجال التعلّم و التدريب	31
7- قياس الصلابة النفسية	32
- خلاصة الفصل	35
الفصل الثالث: جودة الحياة	
تمهيد	37
1- مدخل مفاهيمي لجودة الحياة	37

1-1- الاتجاه الفلسفي لمفهوم جودة الحياة	38
1-2- الاتجاه الاجتماعي لمفهوم جودة الحياة	39
1-3- الاتجاه النفسي لمفهوم جودة الحياة	39
1-4- الاتجاه الطبي لمفهوم جودة الحياة	41
2- تعريف جودة الحياة	42
2-1- الجودة: لغة Quality	43
2-2- جودة الحياة اصطلاحا: Quality of life	43
2-3- أبعاد جودة الحياة (البعد الذاتي والبعد الموضوعي)	45
2-4- تصنيفات لتعاريف جودة الحياة	46
3- النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة	47
3-1- نموذج رايف (1989) Rayff	47
3-2- نموذج لاوتن (1996) Lawton	47
3-3- نموذج ستلز و ونز (2002) Steels & Ones	48
3-4- نموذج شالوك (2002) Schalok	48
3-5- نموذج التكاملية لـ أندرسون (2003) Anderson	49
3-6- نموذج تيلفير واخرون (2003) Taillefer et al	50
3-7- النموذج العربي لجودة الحياة لأبو سريع واخرون (2006)	50
3-8- نموذج كوستانزا واخرون (2008) Costanza et al	51
3-9- نموذج جاكسون (2010) Jakson	52
3-10- استنتاج و تعليق حول النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة	53
4- جودة الحياة المرتبطة بالصّحة (HRQoL)	57
4-1- تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصّحة	57
4-2- تعريف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة	59
5- مجالات جودة الحياة المرتبطة بالصّحة	60
5-1- المجال النفسي و العقلي لجودة الحياة المرتبطة بالصّحة	60
5-2- المجال الجسمي و البدني لجودة الحياة المرتبطة بالصّحة	62
5-3- المجال الاجتماعي و البيئي لجودة الحياة المرتبطة بالصّحة	63

5-4- مجال الرفاهة الشخصية لجودة الحياة المرتبطة بالصّحة	64
6- قياس جودة الحياة وجودة الحياة المرتبطة بالصّحة	65
6-1- مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (WHOQOL, 1996)	66
6-2- المقياس الأوروبي EuroQol-5D لجودة الحياة	68
6-3- مقياس استبيان النموذج الصحي الموجز SF-36	68
7- جودة الحياة و أهميتها بالنسبة للأمراض المزمنة.	70
خلاصة الفصل	72
الفصل الرابع: مرض السكري	
تمهيد	74
1- تعريف مرض السكري	74
2- أنواع مرض السكري وأعراضه	78
2-1- نمط السكري الأول	78
2-1-1- أعراض نمط السكري الأول	79
2-2- نمط السكري الثاني	81
2-2-1- أعراض نمط السكري الثاني	81
3 – أسباب مرض السكري	84
3-1- أسباب مرض السكري النمط الأول	84
3-1-1- العوامل الوراثية	84
3-1-2- العدوى الفيروسية	85
3-1-3- خلل الجهاز المناعي	85
3-1-4- الأدوية و الأغذية التي تحتوي على مواد كيميائية	86
3-2- أسباب مرض السكري النمط الثاني	86
3-2-1- زيادة الوزن (السمنة)	86
3-2-2- العوامل النفسية	87
4 – تشخيص مرض السكري	87
5- الأبعاد الصحية و المضاعفات المرضية للسكري	89
6- علاجات مرض السكري	91

6-1- العلاج الغذائي لمرضى السكري	91
6-2- العلاج الرياضي لمرضى السكري	92
6-3- العلاج الدوائي لمرضى السكري	92
6-3-1- العلاج بالأقراص	93
6-3-2- العلاج بالأنسولين	93
7- الكفالة النفسية والإدارة الذاتية لمرض السكري	94
7-1- الكفالة النفسية لمريض السكري	95
7-2- الادارة الذاتية و إلتزام مريض السكري	95
خلاصة الفصل	98
الفصل الخامس: العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة	
تمهيد	100
1- دراسات تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة	100
1-1- دراسات تناولت الصلابة النفسية و جودة الحياة لدى فئة المرضى (السكري و أمراض أخرى)	100
- استنتاج وتعليق	103
1-2- دراسات تناولت الصلابة النفسية و جودة الحياة لدى فئات مجتمعية أخرى	103
- استنتاج وتعليق	107
2- دراسات تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية و مرض السكري	108
- استنتاج وتعليق	109
3- دراسات تناولت العلاقة بين جودة الحياة و مرض السكري	110
- استنتاج وتعليق	114
خلاصة الفصل	116
الجانـــب التطبيـــقـي للدراسة	
الفصل السادس: منهج واجراءات الدراسة	
تمهيد	119
1- منهج الدراسة	119
2- الدراسة الاستطلاعية	120
3- أدوات الدراسة	121

3-1- مقياس الصلابة النفسية	121
3-2- الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية.	122
3-3- مقياس جودة الحياة : (استبيان الشكل القصير للمسح الصحي SF-36. V 2)	124
3-4- الخصائص السيكومترية لاستبيان نموذج المسح الصحي لجودة الحياة .	126
4- العينة	129
5- حدود الدراسة	136
6- الأساليب الإحصائية	136
خلاصة الفصل	137
الفصل السابع: عرض ومناقشة النتائج	
تمهيـد	139
- أولا: عرض النتائج	140
1- الفرضية الأولى	140
2- الفرضية الثانية	141
3- الفرضية الثالثة	143
4- الفرضية الرابعة	147
5- الفرضية الخامسة	148
6- الفرضية السادسة	149
7- الفرضية السابعة	150
8- الفرضية الثامنة	151
9- الفرضية التاسعة	152
10- الفرضية العاشرة	154
ثانيا: مناقشة النتائج	155
1- مناقشة الفرضية الأولى	155
2- مناقشة الفرضية الثانية	157
3- مناقشة الفرضية الثالثة	159
4- مناقشة الفرضية الرابعة	161
5- مناقشة الفرضية الخامسة	162

6- مناقشة الفرضية السادسة	163
7- مناقشة الفرضية السابعة	164
8- مناقشة الفرضية الثامنة	166
9- مناقشة الفرضية التاسعة	166
10- مناقشة الفرضية العاشرة	168
خلاصة الفصل	170
خاتمـــــة	172
الاقتراحات	177
المراجـــع	
المراجع بالعربية	180
المراجع بالأجنبية	186
الملاحق	

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجــدول	رقم الصفحة
01	الأصناف الأساسية لتعريفات جودة الحياة حسب "فاركوهار Farquhar"	46
02	محددات وأبعاد جودة الحياة حسب نموذج ستلز و ونز "Steels & Ones"	48
03	الأبعاد الثلاثة الأساسية التي تحدد جودة الحياة حسب نموذج " جاكسون Jakson ".	52
04	خلايا جزر لانجرهانز والهرمون الذي تفرزه	78
05	الفروق الأساسية بين السكري نمط 1 و السكري نمط 2	82
06	طرق فحص قيمة السكر في الدم و المعايير التي تعبر عن الاصابة من عدمها	88
07	الحمية الغذائية المناسبة لمريض السكري حسب كل نمط	92
08	مستويات الدرجة الكلية للصلابة النفسية و مستوى بعدي الالتزام والتحدي معا ومستوى بعد التحكم	122
09	العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية وأبعاده الفرعية	122
10	مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس الصلابة مع الدرجة الكلية للمحاور التي تنتمي اليها	123
11	معامل ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية	124
12	أبعاد استبيان الشكل القصير للمسح الصحي SF-36. V 2 مع تحديد الاسئلة والبنود التي يضمها كل بعد وصيغة البدائل ودرجة الترميز	125
13	العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة وأبعاده الفرعية	126
14	مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس تقدير جودة الحياة مع الدرجة الكلية للمحاور التي تنتمي اليها	127
15	معامل ألفا كرونباخ لمقياس تقدير جودة الحياة	128
16	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	129
17	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نمط السكري وعدد كل حسب كل نمط	130
18	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مضاعفات مرض السكري	131
19	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	131
20	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي	132
21	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية	133
22	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المهنة	134
23	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض	135
24	التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرين محل الدراسة	139

25	العلاقة بين الصلابة النفسية وتقدير جودة الحياة	140
26	مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد مقياسي الصلابة النفسية و تقدير جودة الحياة والدرجة الكلية لدى (149) مريض بالسكري نمط1	141
27	مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد مقياسي الصلابة النفسية و تقدير جودة الحياة والدرجة الكلية لدى (153) مريض بالسكري نمط2	143
28	نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الصلابة النفسية	147
29	نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الصلابة	148
30	نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة	149
31	نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة. (ن=153)	150
32	نتائج اختبار "ت" ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات استجابات افراد العينة على مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة تبعا لمتغير نوع المرض السكري (نمط 1 ونمط 2)	151
33	يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات استجابات افراد العينة على مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة تبعا لمتغير نوع المرض (نمط 1 ونمط 2)	152
34	نتائج الانحدار البسيط لأثر الصلابة النفسية على جودة الحياة المرتبطة بالصحة	154

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
01	نموذج فنك Funk المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها	23
02	تلخيص منظور علم النفس للمؤشرات الذاتية لجودة الحياة وادوات قياسها من إعداد الباحثة بكر	40
03	أبعاد السعادة النفسية المحددة لمفهوم جودة الحياة وفق نموذج "رايف Ryff " من إعداد الباحث	47
04	مجالات جودة الحياة وأبعادها حسب نموذج " شالوك Schalok " (تصميم الباحث)	49
05	محدّدات جودة الحياة وفق نموذج أبو سريع وأخرون(2006)	50
06	مفهوم جودة الحياة وفق نموذج كوستنزا وأخرون (2008) Costanza et al (ترجمة الباحث)	52
07	أبعاد مؤشر الرفاهة الشخصية حسب ما ورد عن الباحثين (1978) Lasson و (2002) Keyes et al (تصميم الباحث)	64
08	محاور وأبعاد مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (WHOQOL, 1996) (تصميم الباحث)	67
09	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	130
10	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير نمط السكري	130
11	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مضاعفات مرض السكري	131
12	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	132
13	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي	133
14	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية	134
15	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المهنة	135
16	توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض	135
17	التوزيع الطبيعي لبيانات متغير الصلابة النفسية	139
18	التوزيع الطبيعي لبيانات متغير تقدير جودة الحياة المرتبطة بالصحة	140

مقدمـــــة

مقدمـــة:

إنّ التحدي الراهن للنظم الصحية في عصرنا الحالي عبر مختلف دول العالم، لا يقتصر على تقديم الخدمات الطبية و الرعاية الصحية فقط، بل يتجاوزه إلى الاهتمام بالدراسات والأبحاث المتعلقة بالصحة النفسية و مدى تأثيرها على نوعية حياتهم بصفة عامة و على جودة حياتهم الصحية بصفة خاصة، و بالأخص لدى فئة الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة بشتى أنواعها وتعقيداتها، كون المرض المزمن يساير حياة الفرد يوميا و بشكل مستمر، مما يؤثر على جميع نواحي حياته النفسية و الجسدية و حتّى الأسرية منها و الاجتماعية، إذ شكل المؤتمر العالمي العاشر لتعزيز الصحة المنظم من قبل منظمة الصحة العالمية و الذي عقد افتراضيا في جنيف بسويسرا بمشاركة 4500 مشارك من 13 إلى 15 ديسمبر 2021، على بداية حركة عالمية بشأن مفهوم تمتّع المجتمعات بالرفاه في مختلف القطاعات من أجل التصدي للتحديات العالمية و مساعدة الأفراد على السيطرة على صحتهم وحياتهم، وفيه تحدث مدير منظمة الصحة العالمية الدكتور " تيدروس ادحانوم غيبريسوس" Dr Ted ros Adhanom Ghebreyesus قائلا: " إنّ الصحة لا تبدأ في المستشفى أو العيادة، بل في بيوتنا ومجتمعاتنا، والطعام الذي نتناوله و المياه التي نشربها والهواء الذي نتنفسه، في مدارسنا و أماكن عملنا. وعلينا أن نغير جذريا الطريقة التي يفكر بها الزعماء السياسيون والقطاع الخاص والمؤسسات الدولية في الصحة وأهميتها، وأن نعزز تحقيق نمو قائم على صون صحة ورفاه الناس والكوكب في البلدان بمستويات دخلها كافة ". (WHO, 2021)

وعليه فإنّ موضوع تمتع المجتمعات بالرفاه و نوعية الحياة التي يعيشونها خصوصا أصبح محط أنظار كبرى الهيئات الصحية عالميا لما له من تأثير على صحتهم الجسدية و النفسية، وبهذا توجهت اهتمامات الباحثين في مجال علم النفس الصحي و بالأخص لدى فئة الافراد المصابين بالأمراض المزمنة إلى الدراسات التي تهتم بجودة الحياة و مدى ارتباطها بالجانب النفسي مثل الصلابة النفسية لدى المرضى ومدى تأثيرها على جودة حياتهم عموما و جودة حياتهم المتعلقة بصحتهم الجسدية خصوصا وهو موضوع اهتمام الباحث في هاته الدراسة، ومن بين فئة الأمراض المزمنة المستهدفة، فئة مرضى السكري بنوعيه (نمط1 و نمط2).

كما تطورت اهتمامات الباحثين في مجال علم النفس الصحة الى الاهتمام بفئة الأمراض المزمنة ومن بينها مرضى السكري وتناول مختلف المواضيع التي لها علاقة بالمرض مثل صلابتهم النفسية ونوعية الحياة التي يعيشها المريض ومدى تعايشه مع المرض بالإضافة الى التربية الصحية والسلوكيات الصحية وغيرها من المواضيع التي لا زالت الابحاث والدراسات حولها في العالم العربي متأخرة نوعا ما مقارنة بالدول الأوروبية والأمريكية على حد سواء.

فكان موضوع الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري بنمطيه 1 و 2 (دراسة مقارنة) من بين المواضيع التي شدّت اهتمام الباحث في هذا المجال وذلك من خلال التطلع الى الوصول

الى نتائج توضح لنا مدى ارتباط الصلابة النفسية بجودة الحياة لدى مرضى السكري ومدى امكانية التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال مستوى الصلابة النفسية التي يتمتع بها مرضى السكري بنمطيه 1 و2 كدراسة مقارنة بين النمطين من خلال النتائج المتوصل اليها.

وقد حاول الباحث في هذه الدراسة الإحاطة بمتغيرات الموضوع، وعليه فقد وقعت الدراسة في جانبين:

- الجانب النظري الذي احتوى خمسة فصول هي على التوالي: التعريف بإشكالية وموضوع الدراسة، الصلابة النفسية، جودة الحياة ، مرض السكري، العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة.
- الجانب التطبيقي الذي احتوى الفصل السادس والسابع على التوالي: منهج وإجراءات الدراسة، عرض نتائج الدراسة ومناقشتها.

واختتم الباحث دراسته بخاتمة تلتها مجموعة من الاقتراحات، ثم قائمة المراجع والملاحق.

ويبقى هذا العمل عبارة عن جهد متواضع في ميدان البحث العلمي الذي لا نهاية له، حاملا في طياته السهو والنقصان بالرغم من المجهودات المعتبرة على أن يكون على وجه التمام والكمال.

وفي الاخير نسأل الله

السداد والتوفيق

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول:
التعريف بإشكالية و موضوع الدراسة

1- الإشكالية:

يعتبر مرض السكري بنمطيه 1 و 2 احدى مشكلات الصحة التي تزداد أهميّة وخطورة سنة بعد الأخرى، كونه مرضا مزمنا يصاب به الافراد بمختلف فئاتهم العمرية ذكورا واناثا. هذا المرض –داء السكري– الذي أصبح في تزايد مستمر، حيث ارتفع عدد المصابين بالسكري حسب الاحصاءات المقدمة من طرف منظمة الصحة العالمية من 108 مليون شخص في عام 1980 إلى 422 مليون شخص في عام 2014، وفي عام 2019 كان السكري السبب المباشر في 1.6 مليون حالة وفاة عبر العالم. (WHO, 2023)، وحسب المعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر سنة 2005 يحتل مرض السكري المرتبة الرابعة بين الامراض المزمنة غير معدية بنسبة انتشار للسكري نمط1 تتراوح بين 8.1 بالمائة الى 11.9 بالمائة، أما السكري نمط2 تتراوح بين 6.4 إلى 8.2 لدى الاشخاص ما بين 30 و 64 سنة، إذ بلغ عدد مرضى السكري في الجزائر عام 2010 حوالي 2.8 مليون مريض ليتضاعف العدد خلال 10 سنوات بنسبة 50 بالمائة ليبلغ سنة 2019 أكثر من 4 ملايين مصاب. وفقا لأحدث الارقام الصادرة عن الاتحاد الدولي للسكري يوجد حاليا 537 مليون شخص تتراوح أعمارهم ما بين 20 – 79 سنة يعيشون مع مرض السكري، ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد الى 643 مليون بحلول عام 2030 و 783 مليون بحلول عام 2045. (IDF, 2021)

هذه النسب ان دلّت على شيء فإنّما تدل على سعة انتشار الداء وما ينتج عنه من عواقب وأثار سلبية على الفرد والمجتمع، ناهيك عن الصعوبات التي تعترض المختصين أثناء التكفل بمرضى داء السكري وعلاجاتهم وبالأخص مع ما يحمله المرض من تعقيدات ومضاعفات صحية أخرى يعاني منها المريض.

هذا وبالرغم من التطور الطّبي والعلاجات و وسائل التكفل وتوفر الأدوية وما توفره الدولة الجزائرية وقطاع الصحة العمومية من إمكانيات، إلاّ أنّ السيطرة على هذا الداء تصعب كونه مرضا مزمنا بالدرجة الأولى وكذلك عدم التطلع والبحث ومواكبة الدول الاخرى في أبحاثها حول التعامل مع المرض والانتقال من العلاج الطبي إلى مستويات علاجية أخرى في التعامل مع المرض والتركيز بالموازاة مع العلاج الطبي على النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي الذي هو أحد اهتمامات المختصين في مجال علم النفس الصحي.

وعليه لطالما سارعت الدول والهيئات والمنظمات الصحية العالمية ومراكز البحث العلمي بتسخير جميع الامكانيات المادية والبشرية وعقد المؤتمرات العلمية دوليا ومحليا من أجل تبادل البحوث والخبرات الصحية حول هذا المرض بغية الوصول إلى التكفل الصحي الجيد والتعايش معه دون حدوث مضاعفات صحية أخرى كما أشار

المختصون أنّه يمكنها ان تنتج عن مرض السكري، كأمراض القلب و ضغط الدم والفشل الكلوي بالإضافة الى صعوبات أخرى على مستوى الوظائف النفسية والاجتماعية.

فبالإضافة إلى الموضوعات التي تهتم في علم النفس الصحي بالوقاية من المرض وكيفية التعايش معه عند الاصابة وحدوث مضاعفات أخرى ومدى التزام مرضى السكري بالبرنامج العلاجي والمراقبة الذاتية لمستوى السكر في الدم، والمساندة الاجتماعية بغية تحقيق جودة الحياة الصحية لدى المرضى، أثار اهتمام الباحث في علم النفس الصحي موضوع الصلابة النفسية من حيث شدتها وضعفها لدى مرضى السكري وأهميتها من حيث التعايش مع المرض دون حدوث تعقيدات صحية أخرى باعتبارها –الصلابة النفسية– لها علاقة بجودة الحياة المتعلقة بالصحة وإلى أي مدى يمكن أن تؤثر الصلابة النفسية لدى مرضى السكري في جودة حياتهم الصحية، وهل تعتبر الصلابة من حيث نسبة ارتفاعها وانخفاضها وشدتها وضعفها كمنبئ لجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السكري بنوعيه؟

وجاء هذا الاهتمام بمفهوم الصلابة النفسية نتيجة سلسلة الدراسات التي أجرتها كوبازا (Kobasa 1985-1979) حيث توصلت إلى أنّ الصلابة النفسية هي إحدى المتغيرات الشخصية الايجابية التي تتضمن مكونات ثلاث هي الالتزام والتحكم والتحدي، وأنّ هذه المكونات تعمل كمتغير سيكولوجي من شأنه مساعدة الفرد في الوقاية من الأثر النفسي والجسمي الذي ينتج عن الضغوط النفسية. (رجاء محمود، 2016، ص. 356)

هذا وقد ساعدت البحوث السابقة على زيادة فهم الباحث لخاصية الصلابة النفسية وتأثيرها على عدد من المتغيرات النفسية التي يركز عليها علم النفس الصحي، والتي تعد جودة الحياة من أهم هذه المتغيرات التي يمكن أن تؤثر وتتأثر بمستوى الصلابة النفسية لدى الأفراد، حيث أوضحت بعض الدراسات على أنّ الصلابة النفسية ترتبط إيجابيا بجودة المتغيرات المرغوبة نفسيا واجتماعيا، كما أنها ترتبط بالرضا عن الحياة.

(رجاء محمود، 2016، ص.357)

هذا ما دفع بالمختصين حديثا توجيه اهتمامهم الى البحث في العلاقة بين متغيرات الصلابة النفسية وجودة الحياة وداء السكري، مثل دراسة رجاء (2016) بالمملكة العربية السعودية التي تناولت الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة بالإضافة ودراسة عمران (2009) التي تناولت الاصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين بداء السكري، وكذلك دراسة العمراني و أخرون بالمغرب (2016) التي اهتمت بقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى سكان تطوان في المغرب، ودراسة علة و بوفج (2017) التي درست واقع جودة حياة مرضى السكري ومدى استمتاعهم بالحياة ، وغيرها من الدراسات التي اهتمت بالبحث في موضوع الصلابة النفسية من حيث شدتها وضعفها لدى المصابين بمرض السكري وأهميتها من حيث التعايش مع المرض دون حدوث مضاعفات أخرى

وعلاقتها بجودة الحياة المتعلقة بالصحة ومدى تأثير الصلابة النفسية لدى مريض السكري في جودة الحياة الصحية التي يعيشها ، واذا كان هناك اختلاف من حيث تأثير الصلابة النفسية اذا كانت مرتفعة أو منخفضة على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري بين النمط 1 والنمط 2 .

هذا ما سيحاول الباحث التوصل اليه من خلال هذه الدراسة التي سيحاول فيها معرفة طبيعة العلاقة التي تجمع بين الصلابة النفسية و جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري ، وكمقارنة بين نمط السكري 1 ونمط السكري 2 سيحاول الباحث التعرف على ما اذا كانت توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة عند كل نمط سكري، بالإضافة الى المقارنة بين النمطين (سكري نمط1 ونمط2) من خلال التساؤلات حول مستوى الصلابة النفسية وجودة الحياة لكل نمط سكري، وكذلك المقارنة بين النمطين (سكري نمط1 ونمط2) من خلال النتائج التي سنتوصل اليها حول ما اذا كانت هناك فروق في الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لكل نمط سكري، وأيضا محاولة معرفة مدى امكانية التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري تبعا للصلابة النفسية. وهذا من خلال الاجابة على التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري؟
- هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 ؟
- هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 ؟
- ما هو مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 1 ؟
- ما هو مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 2؟
- ما هو مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 ؟
- ما هو مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 ؟
- هل توجد فروق في الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2؟
- هل توجد فروق في جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 ؟
- هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري تبعا للصلابة النفسية؟

2- الفرضيات:

2-1- الفرضية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري.

2-2- الفرضية الثانية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1.

2-3- الفرضية الثالثة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.

2-4- الفرضية الرابعة: مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 1 منخفض.

2-5- الفرضية الخامسة: مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 2 مرتفع.

2-6- الفرضية السادسة: مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 منخفض.

2-7- الفرضية السابعة: مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 مرتفع.

2-8- الفرضية الثامنة: توجد فروق في الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2.

2-9- الفرضية التاسعة: توجد فروق في جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2.

2-10- الفرضية العاشرة: يمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية.

3- دوافع اختيار الموضوع:

توافرت مجموعة من الأسباب التي دفعت بالباحث لاختيار الموضوع و هي:

- أهمية موضوع البحث الذي يندرج ضمن مواضيع ميدان تخصص الباحث في طور الدكتوراه في علم النفس الصحة من خلال متغيرات البحث.

- موضوع البحث من بين الدراسات الحديثة ذات الاهتمام الدولي في مجال علم النفس الصحة بالإضافة الى الدراسات الحديثة التي بدأت تهتم بهذا النوع في جامعاتنا الجزائرية.

- اهتمام المنظومة الصحية بهذا الطابع من الأبحاث كونه يتوافق مع توصيات منظمة الصحة العالمية في تعريفها الحديث لمفهوم الصحة بكل أبعادها العضوية والنفسية والاجتماعية.

- قابلية الموضوع للدراسة من حيث توافر المراجع والدراسات السابقة وبالأخص الدراسات الغربية التي كانت السبّاقة في مجال علم النفس الصحة و البحث في مواضيع الأمراض المزمنة ومن بينها مرض السكري.

- تزايد الاقبال من طرف جمعيات ومنظمات المجتمع المدني المهتمة برعاية فئة مرضى السكري مما يسهم هذا النوع من البحوث العلمية في عملية التكفل والعلاج الأمثل ومساعدتها على الاهتمام بهذه الفئة.

4- أهمية الدراسة:

تكتسي الدراسة أهمية بالغة كونها تسهم في اثراء مواضيع علم النفس الصحة، اذ تستمد الدراسة الحالية أهميتها النظرية من أهمية متغير الصلابة النفسية كونها تسهم في تحقيق التوافق النفسي مع الخبرات السلبية بما في ذلك الأمراض المزمنة التي يتعرض لها الأفراد بالإضافة إلى تناولها لموضوع جودة الحياة المرتبطة بالصحة الذي أصبح محل اهتمام الهيئات والمنظمات الصحية في الوقت المعاصر وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية التي

جاءت بمفاهيم وتعريفات جديدة حول الصحة في اخر اصداراتها و بما تحدثه جودة الحياة الصحية في تحقيق التنمية المستدامة للأفراد و المجتمعات. كما توضح هذه الدراسة دور الصلابة النفسية في تحقيق جودة الحياة المتعلقة بالصحة مما يسهم في تحقيق الأمن الصحي والرفاه الاجتماعي لهذه الفئة الحساسة من ناحية التعايش مع مرض السكري اذ يمكن ان تنتج عنه مضاعفات صحية أخرى قد تؤدي إلى الوفاة، مما يستوجب الاهتمام بجميع النواحي الفيزيولوجية والسيكولوجية التي تسهم في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لديهم.

كما قد يستفيد من هذه الدراسة العاملين في القطاع الصحي المتعاملين بصفة مباشرة مع مرضى السكري من أطباء مختصين وممرضين بصفة عامة والأخصائيين النفسانيين العاملين بقطاع الصحة العمومية بصفة خاصة في التعامل مع مرضى السكري ولفت انتباههم الى ضرورة الاهتمام بسمة الصلابة النفسية لدى المرضى ومحاولة العمل على الرفع من مستواها، باعتبارها تساهم في تعزيز السلوك الصحي لديهم والتنبؤ بمستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة تجنبا للمضاعفات والتعقيدات الصحية الاخرى التي قد تنجم عن هذا المرض.

5- هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة الموجودة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري بنوعيه. وكمقارنة بين النمطين هدفت الدراسة الى معرفة طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى كل نمط سكري بنوعيه ، أي هل توجد علاقة بين:

- الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري.
- الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1.
- الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.
- بالإضافة الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرات، وكمقارنة بين النمطين من حيث مستوى الصلابة وجودة الحياة المرتبطة بالصحة، هدفت الدراسة كذلك إلى معرفة مستويات كل من الصلابة النفسية و جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 و نمط 2. وإذا كانت هناك فروق في الصلابة النفسية و جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط1 و نمط 2، أي هل:

– مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط1 منخفض.

– مستوى الصلابة النفية لدى مرضى السكري نمط2 مرتفع.

– توجد فروق في الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2.

– توجد فروق في جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2.

– بالإضافة إلى الكشف عن إمكانية التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية.

6– التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة:

التعريف الاجرائي هو " تحديد المفهوم أو المتغير بذكر العمليات أو الاجراءات أو الملاحظات التجريبية التي تدل عليه و اللازمة لدراسته " (النحراوي، 2016، ص. 216)

وعليه لابد من تعريف المفاهيم والمصطلحات الواردة في عنوان الدراسة تعريفا اجرائيا، من أجل ايضاح مفهومها وكيفية دراستها وقياسها.

6–1– الصلابة النفسية: Psychological hardness -

- Force mentale

يعرف الباحث الصلابة النفسية إجرائيا على أنّها:

– قدرة الأفراد على الاحتفاظ بصحتهم الجسمية و النفسية ومواجهتهم لمختلف الضغوط الحياتية، اذ يعبر عنها – الصلابة النفسية– في مجموعة من الأبعاد ممثلة في الالتزام، التحكم والتحدي.

– الدرجة التي يحصل عليها الفرد في الأبعاد الثلاثة على مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر (1996).

6–2– جودة الحياة المرتبطة بالصحة: Health-related quality of life -

- Qualité de vie liée à la santé

يعرف الباحث جودة الحياة الصحية إجرائيا على أنّها:

– إدراك الفرد لمكانته و تمتعه بمستوى جيد من الصحة الجسدية و النفسية و الاجتماعية التي تحقق لديه الشعور بالاستقرار والنماء، إذ يعبر عنها –جودة الحياة الصحية– في مجموعة من الأبعاد (النشاط الجسمي والتحديدات

بسبب الحالة الجسمية– الألم الجسمي – الحياة والعلاقات مع الأخرين– الصحة النفسية– تحديدات بسبب الصحة النفسية– النشاط الحيوي والصحة المدركة).

– الدرجة التي يحصل عليها الفرد في مختلف الأبعاد على مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (SF-36).

الفصل الثانـي:
الصلابـــة النفسيـــة

تعتبر الصلابة النفسية (**Psychological hardness**) إحدى المفاهيم والمتغيرات التي حظيت باهتمام كبير من قبل الباحثين في مجال علم النفس الحديث، وعلى رأسهم كوبازا ومادي وكان (1982) & Kobasa Maddi & Kahn ، حيث كان نشأة هذا المفهوم على يد الأمريكية كوباسا باعتبارها رائدة هذا المجال، و التي اعتمدت في اخراج مفهوم الصلابة النفسية على الفلسفة الوجودية ومفاهيم نظريات علم النفس المعرفي والانساني، بالخصوص أفكار لازاروس Lazarus ، فكان ظهور متغير الصلابة النفسية في مجال علم النفس مرتبطا بالضغوط النفسية وأساليب مواجهتها، باعتبار الصلابة النفسية أحد أهم سمات الشخصية التي تلعب دورا مهما وايجابيا في مواجهة ضغوط الحياة اليومية والتكيف معها. (مخيمر، 1997، ص. 103-138)

على هذا الأساس أراد الباحث من خلال هذا الفصل أن يقدّم عرضا موجزا حول أهم المفاهيم المعرفية والأطر النظرية التي أسست لمفهوم الصلابة النفسية في إطار ما تمّ انتاجه من قبل الباحثين والمختصين في مجال الأدب النفسي وغيرها من المجالات العلمية ، والتي تطرقت لمتغير الصلابة النفسية كمفهوم حديث في علم النفس عامة ومجال علم النفس الصحي خاصة، إذ تزايد اهتمام الباحثين في علم النفس الصحي كما أشرنا في مقدمة الدراسة، لهذا المتغير – الصلابة النفسية – باعتباره مؤشرا ايجابيا في الحياة النفسية والصحية للفرد العادي و بالأخص الفرد المريض المزمن الذي يتعرض للضغوط اليومية وتغير نمط المعيشي مما يجعل مؤشر الصلابة النفسية لديه من بين المتغيرات النفسية الايجابية الضرورية للتكيف والتأقلم مع المرض ومضاعفاته من جهة، ومع البيئة والمحيط والمجتمع وتحدياته من جهة أخرى.

حيث ارتأى الباحث في مايلي، أن يقدم تعريفا للصلابة النفسية، أبعاد الصلابة ومكوناتها (التحكم، التحدي، الالتزام)، النظريات المفسرة للصلابة النفسية، خصائص الصلابة النفسية (مرتفعي الصلابة ومنخفضي الصلابة)، أهمية الصلابة النفسية في حياة الأفراد، ومجالات تطبيق الصلابة النفسية، إضافة إلى موضوع قياس الصلابة النفسية.

1- مفهوم الصلابة النفسية:

1-1- الخلفية النظرية للصلابة النفسية:

قبل أن يتطرق الباحث إلى تعريف الصلابة النفسية عند مختلف الباحثين، وجب أن نشير إلى الخلفية النظرية التي استندت عليها " كوبازا Kobasa " في بلورت وصياغة مفهوم الصلابة النفسية كمتغير سيكولوجي له خصائص ومميزات وأبعاد معينة يتكون منها هذا المفهوم من خلال اجرائها لعدة دراسات متتالية سنة 1979 و 1982، وهذا ما سنوضحه بايجاز من خلال اطلاع الباحث على بعض المراجع والدراسات في مايلي:

نقلا عن **حراوبية (2005)** في دراستها، أنّ " كوبازا Kobasa " : قد تأثرت بالنظريات الانسانية لعلماء النفس أمثال روجرز و ماسلو (Rogers & Maslow) اللذان أكدا على أنّ هناك بعض الأشخاص بالرغم من تعرضهم للضغوط والاحباطات فإنّهم يستطيعون تحقيق ذواتهم وإمكاناتهم الكامنة وعلى هذا الأساس رأت كوباسا أنّه يجب لا يجب التركيز على الأشخاص غير أسوياء في دراستها للضغوط النفسية بل يجب التركيز ايضا على الأشخاص الأسوياء الذين يشعرون بقيمتهم ويحققون ذواتهم. إضافة إلى تأثرها بما جاء به " فرانك Frank " من خلال فكرة أنّ ما يجعل الفرد يتحمل الضغوط النفسية والاحباطات التي يعيشها في الحياة اليومية هو وجود هدف ومعنى في حياته. كما تأثرت " كوبازا Kobasa " أيضا بعالم النفس الانساني لازاروس (1966) Lazarus الذي تطرق إلى الجانب المعرفي في حياة الفرد وأنّ التقييم الذاتي للفرد لخصائصه النفسية مثل الصلابة يؤثر في تقييمه المعرفي للضغوطات والأحداث وما ينتج عنها من تهديد أمني لصحته النفسية وتقديره للذات، وسلامة صحته النفسية كما ويؤثر أيضا في تقييمه لأساليب المواجهة للأحداث الضاغطة. وعليه فقد كان لــ " كوبازا Kobasa " من خلال اطلاعها وتأثرها بهذه الخلفيات النظرية، أن تستهدف دراساتها المتتالية الوصول إلى التعرف على أهم المتغيرات السيكولوجية والاجتماعية التي لها الأثر الكبير كعامل نفسي في احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للأحداث الضاغطة في الحياة إلى أن توصلت إلى مفهوم شامل للصلابة النفسية يتكون من مجموعة من الخصائص (الالتزام، التحكم، والتحدي).

(حراوبية، 2005، ص. 81)

هذا عن الخلفية النظرية التي استندت عليها كوباسا بصفتها رائدة مفهوم الصلابة النفسية كمتغير سيكولوجي وعامل وقائي مهم في حياة الفرد ومن أساليب مواجهة ضغوطات الحياة المختلفة. وقبل أن نعرض التعاريف الاصطلاحية لهذا المفهوم نشير الى مصطلح الصلابة في اللغة باختصار كما ورد عن اللغويين، حتى يتضح لنا معناه اللغوي، وبعدها نتطرق الى التعاريف والمفاهيم الاصطلاحية للصلابة النفسية.

1-2- تعريف مصطلح الصلابة لغة:

- **أبو هلال (1991):** جاء في مؤلف الفروق في اللغة لصاحبه أبو هلال العسكري أنّ: (الشدة – الصلابة)، والصلابة هي التئام الأجزاء المترابطة مع بعضها البعض مع وجود أجزاء متوازية في وصف الشيء والصلابة في اجزاء أخرى. (أبو هلال، 1991)

- **ابن منظور (1993):** و في معجم لسان العرب لصاحبه أنّ كلمة الصلابة تعني " صلب أي شديد، صلب الشيء وصلابة فهو صلب وصلب أي شديد". (ابن منظور، 1993، ص.297)

- **أحمد مختار (2008):** " وفي معجم اللغة العربية الحديثة لأحمد مختار أنّ الصلابة من مصدر صلب (بفتح الصاد وضمّ اللام وفتح الباء) – في وجهه صلابة: صفاقة. والصلابة أيضا صفة للجسم الذي يحتفظ بشكله و حجمه ". (أحمد مختار، 2008)

وفي مايلي سنعرض بعض التعاريف الاصطلاحية لمفهوم الصلابة النفسية انطلاقا من تعريف " كوبازا Kobasa " ومجموعة من الباحثين الاخرين الذين تطرقوا إلى هذا المتغير السيكولوجي في أبحاثهم ودراساتهم المختلفة.

1-3- تعريف الصلابة النفسية اصطلاحا:

1-2-1- تعريف كوبازا (1979) Kobasa: عرفت الصلابة النفسية على أنّها عبارة عن مجموعة السمات الشخصية، باعتبارها مصدر يعمل على الوقاية من الأحداث الشاقة، فهي اتجاه واعتقاد عام لدى الفرد حول قدراته على استغلال المصادر المتاحة لديه من امكانات نفسية و بيئة محيطة من أجل إدراكه لضغوط الحياة الشاقة إدراكا صحيحا بمنطقية وموضوعية غير مشوهة، ويتكيف بإيجابية معها، و تتكون الصلابة النفسية من ثلاثة أبعاد (مكونات) رئيسية تتمثل في الالتزام، والتحدي، والتحكم. (Kobasa, 1979, p.67)

وحسب دراسة أجراها كل من فيكي وآخرون (2003) Vickie et al : فإنّه وفقا لكوباسا (1979)، فإن الصلابة النفسية هي مركب من الالتزام والسيطرة والتحدي، فقد كانت تعتقد أن هذه المكونات الثلاثة كانت ذات صلة بالقدرة على مواجهة تحديات البيئة وتحويل أحداث الحياة المجهدة إلى فرص للنمو الشخصي والمنفعة، و عدم وجود هذه الأبعاد الثلاثة للصلابة يوصف بـ "الإرهاق"، حيث استمدت كوباسا مفهوم الصلابة النفسية من الوجودية. وفقا للفلسفة الوجودية، لأنّ الهدف النهائي للحياة البشرية هو "خلق معنى شخصي من خلال صنع القرار والعمل في السعي المستمر للاحتمالات". و يصف هذا النهج الأفراد الذين يظلون بصحة جيدة بعد التعامل مع درجات عالية من ضغوط الحياة، مما يدل على مجموعة من المواقف والمعتقدات والميول السلوكية التي تميزهم عن أولئك الذين يمرضون. وقد بنت كوباسا على المفاهيم الوجودية لشدة الحياة الأصيلة. من الكفاءة، وتخصيص السعي والتوجه الإنتاجي، وعلى افتراض أن الأشخاص الذين يعانون من درجات عالية من التوتر دون أن يمرضوا لديهم بنية شخصية تميزهم عن الأشخاص الذين يمرضون تحت الضغط. (Vickie et al, 2003, p. 181)

1-2-2- تعريف فانك Funk (1992): عرف الصلابة النفسية على أنّها تعتبر سمة عامة في شخصية الفرد، وتساهم الخبرات البيئية في حياة الفرد على تنميتها وتكوينها منذ مرحلة الطفولة. (Funk, 1992, p.88)

1-2-3- تعريف مخيمر (1996): عرف الصلابة النفسية على أنّها نوع من التعاقد النفسي الذي يحمل الفرد على ان يلتزم به اتجاه نفسه وكل من قيمه، وأهدافه ومن يعيشون حوله، واعتقاده – الفرد – أنّه يتحكم ويسيطر على الأحداث التي تواجهه بتحمله المسؤولية كاملة، وأن جميع ما يحلّ بجوانب حياته ويطرأ عليها من تغييرات وتحولات

هو أمر ضروري وهام لنموه وتطوره أكثر من كونه أمر يشكل عائقا وتهديدا له ولحياته. (مخيمر، 1996، ص.284)

1-2-4- تعريف جرسون (1989) Gerson: عرف جيرسون الصلابة النفسية على أنّها القدرة التي يتمتع به الفرد في مواجهته للضغوط النفسية بأساليب المواجهة والمهارات المختلفة وهي التفريغ الانفعالي، والتحليل المنطقي، الاستسلام والتجنب المعرفي. (Gerson, 1998, p. 120)

1-2-5- تعريف مادي (1999) Maddi: الصلابة النفسية هي شخصية مركبة من المعتقدات حول الذات والعالم تنطوي على أهمية الشعور بالالتزام والسيطرة والتحدي، فالأفراد الأقوياء، مقارنة بنظرائهم، قاموا بتقييم المهام على أنها أكثر إثارة للاهتمام وممتعة (الالتزام)، واعتبروها مسألة اختيار وليست إلزامية (سيطرة)، وكحافز مهم للنمو الشخصي (التحدي). (Michael et al, 2006, p. 467-469)

1-2-6- مفهوم الصلابة حسب "ألفريد أدلر Alfred Adler": في دراسة لــ كول بول وآخرون Col paul et al (2012)، أنّه في مصطلحات " ألفريد أدلر " يمكن اعتبار الصلابة " أسلوب حياة " يتضمن مفهوم الذات والنظرة إلى العالم وطريقة المرح في التعامل مع مواقف الحياة. نظرا لأن أسلوب الحياة القوي مرتبط بالمرونة تحت الضغط، فقد تم وصفه بأنه "أسلوب قوي ومرن". بالإضافة إلى الالتزام والتحكم و التحدي، يظهر الشخص ذو الأسلوب القوي توجها قويا للمستقبل، وميلا للنظر بتفاؤل إلى المستقبل أثناء التعلم من الماضي. علاوة على ذلك ، فإن الشخص القوي المرن شجاع في مواجهة التجارب الجديدة وكذلك خيبات الأمل، وهو موجه نحو العمل ، ومختص ، ولديه روح الدعابة. (Col paul et al, 2012, p. 517-518)

1-2-7- تعريف بروكس (2003) Brooks: بأنّها مقدرة الفرد على أن يتعامل بفعالية مع الضغوط النفسية، والتكيف مع ما يواجهه من تحديات وصعوبات، والتعامل مع الإحباط والصدمات النفسية، والمشاكل اليومية لتطوير أهداف محددة وواقعية لحل المشاكل والتفاعل بسلاسة مع الأخرين، ومعاملة الأخرين باحترام، واحترام الذات.

(حسين اشتية، 2018، ص. 107)

1-2-8- تعريف دخان و الحجار (2005): عرف الباحثان الصلابة النفسية على أنّها عبارة عن الاعتقاد السائد لدى الفرد في ما يتمتع به من قدرة وفاعلية في استخدام كل من المصادر النفسية والبيئية المتوفرة من أجل تفسيره وإدراكه بكل فاعلية للأحداث الضاغطة التي يواجهها في الحياة. (دخان و الحجار، 2005، ص. 373)

يستنتج الباحث من خلال العرض السابق للخلفية النظرية التي استندت عليها كوباسا والتعريف الذي جاءت به لمفهوم الصلابة النفسية ومن تبعها من الباحثين في اعطاء مفهوم لهذا المتغير السيكولوجي، أنّ غالبيتها قد اتفقت على أنّ الصلابة النفسية ما هي إلاّ أحد سمات الشخصية الوقائية من الضغوط النفسية التي تعترض حياة الفرد.

أيضا هي تعبير عن قدرات الفرد وامكاناته النفسية والبيئية المتاحة على المواجهة والتكيف مع الظروف والتحديات على المستوى الشخصي و الاجتماعي و البيئي، والتي تعترض مسيرة الفرد، وأن يعتقد أنّها – الظروف والتحديات – فرص ايجابية من أجل النمو والبناء وتحقيق ما يسعى إليه الفرد من اهداف في الحياة، وبالتالي تحقيقه – الفرد – للوجود الذاتي والمادي والاجتماعي، وهذا ما سيؤثر ايجابا على صحته النفسية والجسدية. كما أنّ متغير الصلابة النفسية حسب كوباسا وأغلب الباحثين في تعريفاتهم أجمعوا على أنّ الصلابة النفسية تبنى و تتكون من ثلاثة أبعاد مهمة هي: الالتزام، التحكم، والتحدي. وهذا ما سيعرضه الباحث في العنصر الثاني من هذا الفصل.

2- أبعاد الصلابة النفسية:

يشجع أسلوب الشخصية القوي الذي اقترحه كوباسا وآخرون (1981) على التأقلم التحويلي ، والذي يتضمن مزيجا من الإدراك والعاطفة والعمل الذي لا يهدف فقط إلى البقاء ، ولكن أيضا إثراء الحياة من خلال التنمية. (Vickie et al, 2003, p. 182) . وعليه و وفقا للأدبيات النفسية التي تعرضت لأبعاد الصلابة النفسية و مكوناتها الثلاثة (الالتزام، التحكم، التحدي) التي تحدث عنها كل من الباحثين (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982) و (Sansome, Wieke & Morgan, 1999)، فالالتزام هو الميل إلى إشراك الفرد نفسه بنشاط في كل ما يفعله المرء أو يواجهه ويجد تلك الأنشطة مثيرة للاهتمام وذات مغزى. أمّا التحكم (السيطرة) فهي الميل إلى الاعتقاد والتصرف كما لو كان المرء مؤثرا (وليس عاجزا) في مواجهة طوارئ الحياة المتنوعة. وبالنسبة للتحدّي فهو الميل إلى النظر إلى تغيرات الحياة على أنها القاعدة وفرص للنمو بدلا من التهديدات للأمن. (Harrison & Brower, 2011, p. 44). وفي مايلي سنعرض مفهوم كل بعد على حدى:

2-1- الإلتــزام – Commitment :

الالتزام هو شعور بالهدف، والمعنى يتم التعبير عنه عن طريق الانخراط في أحداث الحياة بدلا من المشاركة السلبية. (Vickie et al, 2003, p. 182)

وحسب كوباسا الالتزام هو ذلك الشعور الذي يجعل الفرد متعلقا بنشاطاته وعلاقاته وايمانه بقيمة العمل الذي يسعى لتحقيقه أنّه ذو مغزى. (Kobasa, 1982)، وبالنسبة **لمخيمر (2002)** الالتزام هو ذلك النوع من التعاقد النفسي الذي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والاخرين من حوله. (مخيمر، 2002، ص.6)

ونقلا عن **عباس (2010)** : على ضوء ما أشارت إليه كوباسا فهو يمثل القدرة التي يتمتع بها الفرد على إدراكه لقيمه وتقدير امكانياته من أجل تحقيقه للأهداف التي يرسمها، واتخاذ القرارات التي تضفي على شخصيته نوع من التوازن الداخلي، فهو – الالتزام – التزام ذاتي من طرف الفرد نحو نفسه واهدافه وقيمه والاخرين. وكذلك الالتزام هو

التزام الفرد من أجل التعامل بروح ايجابية مع المواقف والتحديات الضاغطة واعتبارها مواقف ذو هدف ومعنى، كما أنّ الفرد ذو النزعة القويّة نحو بعد الالتزام يجد مرونة في الاندماج مع الأفراد وما يحدث من حوله، أمّا الاغتراب والعزلة فهو يعبر عن ضياع لوقت الفرد. (عباس، 2010، ص. 176)

وتعتبر **راضي (2008)**: أنّ الالتزام هو أكثر المكونات والابعاد التي لها دور وقائي للصلابة النفسية كونها أحد المصادر التي تبعث على مقاومة المثيرات التي لها ارتباط بالمشقة. (راضي، 2008، ص. 23)

كما أنّ للالتزام أنواع أشارت إليها دراسة اجرتها كوباسا واخرون**(Kobasa et al (1985** : فهناك التزام اتجاه الذات، والتزام اتجاه العمل، فالأول يقصد به معرفة الفرد لذاته وأن يحدد أهدافه وقيمه الخاصة في الحياة، واتجاهاته بشكل ايجابي يميزه عن غيره من الأفراد، أمّا الالتزام الثاني اتجاه العمل فهو يعبر عن ذلك الاعتقاد بقيمة العمل لدى الفرد ومدى أهميته بالنسبة له (أي العمل) وبالنسبة لغيره واعتقاده أيضا بحاجته إلى الاندماج والتأقلم في بيئة ومحيط العمل وتحمله للمسؤولية المنوطة به خلال أدائه للعمل ونظامه اضافة الى ايمانه بكفاءته على انجاز هذا العمل.

(Kobasa et al, 1985, p.525)

ونقلا عن الباحث **العبدلي (2012)**: أنّ أبو ندى (2007) قام بتصنيف الالتزام إلى ثلاثة انواع هي الالتزام القانوني ويمثل تقبل الفرد للقوانين (الوضعية والشرعية) وتجنب مخالفتها، و هناك الالتزام الديني ، وكذلك الالتزام الأخلاقي الذي عرفه جونسون (1991) بأنّه "اعتقاد الفرد بضرورة الاستمرار في علاقته الشخصية والاجتماعية".

(العبدلي، 2012، ص.25)

2-2- التحكم – Control :

التحكم أو السيطرة، وهي الميل إلى الاعتقاد والتصرف بطريقة تؤثر على أحداث الحياة بدلا من الشعور بالعجز عند مواجهة الشدائد. (Vickie et al, 2003, p. 182)

وحسب كل من **(Kobasa & Pacceatti (1983**: أنّ التحكم هو اعتقاد الفرد بأنّ الاحداث والمواقف والظروف المتغيرة للحياة التي يتعرض لها هي أشياء متوقع حدوثها وأنّ بإمكانه أن يتنبأ بها وعندها يمكنه السيطرة عليها.

(Kobasa & Pacceatti, 1985 ; p. 849)

أمّا **فولكمان (Folkman (1984**: فيرى بأنّ التحكم ما هو إلاّ اعتقاد الفرد بأنّ يمكنه لأن يتحكم في الظروف والضغوطات التي يتعرض لها في الحياة. (راضي، 2008، ص. 27)

ونقلا عن **العبدلي (2012)**: أنّ مخيمر(1996) يعرف التحكم على أنّه ذلك الاعتقاد الذي يجعل الفرد متحكما فيما يتعرض له من حوادث متحملا لمسؤوليته الشخصية اتجاه هذه الحوادث، و قادرا على الخيار واتخاذ القرار والخيار

بين البدائل، وتفسير الفرد للأحداث وتقديره ومواجهته الفعالة لها. كما ترى جيهان حمزة (2002)، أنّ التحكم هو ذلك الاعتقاد لدى الفرد في قدرته على ان يتحكم في ما يتعرض له من أحداث الحياة الضاغطة و غير مستقرة (احداث متغيرة) الناتج عنها مشقة نفسية، وتكون قدرة الفرد على التحكم من ناحية معرفية أو سلوكية أو وجدانية. ويشير الرفاعي (2003)، على أنّ عنصر التحكم يكون على شكل أربعة صور رئيسية هي، اولا: قدرة الفرد على أن يتخذ القرار والاختيار بين البدائل المتعددة من خلال كيفية التعامل مع الموقف امّا بتجنبه أو التعايش معه مثل المريض الذي يختار ويقرر كيفية العلاج ومتى وما هو البروتوكول الذي يتبعه، ثانيا: التحكم المعرفي (المعلوماتي) أي استخدام العمليات الفكرية (المعرفية) من أجل التحكم في الحدث الضاغط وهو من أهم صور التحكم إذ يعمل على التقليل من الاثار السلبية للمشقة اذا ما استعمل ايجابيا من خلال تفسيره منطقيا وواقعيا وبصورة متفائلة، ثالثا: التحكم السلوكي وهو قدرة الفرد على التعامل مع الموقف سلوكيا من اجل تعديل هذا الموقف وتغييره ،رابعا: التحكم الاسترجاعي والذي يرتبط بمعتقدات الفرد واتجاهاته السابقة عن الموقف وطبيعته على أنّه موقف يستطيع السيطرة عليه. (العبدلي، 2012، ص. 26−27)

2−3− التحــدّي − Challenge :

التحدّي هو الاعتقاد بأن التغيير، بدلا من الاستقرار، أمر طبيعي وأن التغيير هو حافز لتعزيز النضج وليس تهديدا للأمن. (Vickie et al, 2003, p. 182)

وحسب **فنك (1992) Funk:** أنّ كوبازا قد عرفت التحدّي على أنّه هو ذلك الاعتقاد لدى الفرد بأنّ التجديد والتغيير في الحياة والاحداث التي تقع فيها ما هو إلاّ أمر عادي و طبيعي، بل إنّه أمر حتمي لا بد من حدوثه من أجل ارتقائه (أي الفرد)، أكثر من أن يكون هذا التغيير تهديدا لثقته وأمانه النفسي وسلامته. (Funk, 1992, p.336) . كما أعطى تومكا (1996) Tomaka مفهوما لبعد التحدي على أنّه مجموعة من الاستجابات الصادرة عن الفرد بصفة منتظمة كردّ فعل على ما يتطلبه المحيط والبيئة التي يعيش فيها الفرد، وأنّ هذه الاستجابات تكون مختلفة (سلوكية أو فيسيولوجية او معرفية) قد تكون مجتمعة والأهم أنّها استجابات تكون ذو فعالية. (ابراهيم، 2002، ص. 41)

وأيضا يعرّف التحدي حسب مفهوم أخر يضاف إلى كوبازا ومادي (1987) أنّه التوقع الصادر عن الفرد بأنّه أمر عادي ومن الطبيعي أن يكون هناك تغير في الحياة تصحبها رغبته في ان يتقبل التجارب والخبرات الجديدة غير المتنبئ بها ويستمتع بها، وأن يمنح لنفسه الفرصة للنمو الشخصي في ظل الأوضاع الضاغطة. (الكشكي، 2007) فبعد التحدي حسب راضي (2008) هو القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة للحياة، وتقبل كل جديد فيها سواء كان ايجابيا (سارا) أو ما هو سلبيا (ضارا)، وهذه المستجدات كيفما كانت هي أمور طبيعية مهمة الحدوث لتطور

الفرد وارتقائه، اضافة الى قدرة الفرد على المواجهة بفاعلية للمشكلات، وأنّ خاصية التحدي تمكن الفرد وتساعده على التكيف السريع في مواجهة ما هو مؤلم من الضغوط، منتجة لمشاعر التفاؤل في تقبل الفرد للخبرات الجديدة. (راضي، 2008، ص. 30)

2-4- بعدا الاتصال و الثقافة - Communication & Culture:

وتجدر الإشارة إلى أنه في عام 2005، اقترح مادي رفقة خوشوبا بعدا آخر يسمى البعد الاتصالي او بعد الاتصال باعتباره البعد الرابع للصلابة النفسية، ووفقا له، يكتسب الأفراد جزءا من قوتهم وقدرتهم على مواجهة الإجهاد في المواقف بسبب التواصل مع أعضاء آخرين في المجتمع. لذلك، اعتبر التواصل هو أحد العوامل التي تلعب دور مهم في خلق الصلابة والحفاظ عليها. كما اقترحت في عام 2017 موند Mond الثقافة باعتبارها الثقافة البعد الخامس الذي يؤثر على الصلابة. وبعبارة أخرى اقترحت أنّه لا ينبغي تفسير الصلابة على أنها بسيطة النهج بغض النظر عن الثقافة. (Sharif Nia et al, 2022, p.2)

2-5- مركبات الصلابة وكيفية قياسها (البناء الواحد والبناء المركب):

في اتجاه أخر حسب اطلاع الباحث على أحد الدراسات التي أشارت الى نقطة مهمة تتعلق بكيفية التعامل مع الصلابة سواء كبناء واحد فقط أو كعوامل متعددة، سيتمّ توضيح هذه النقطة من خلال الدراسة التي قام بها (2009) **Ferudun Sezgin:**

حيث قال بأنّ هناك آراء مختلفة حول كيفية التعامل مع الصلابة سواء كبناء واحد فقط أو كعوامل متعددة (مركبة). وقد فضل العديد من الباحثين استخدام الصلابة كبناء مركب وبالتالي قاموا بحساب درجة الصلابة الكلية، ومن بين هؤلاء الباحثين (Durak, 2002) و (Harrisson et al , 2002) و (Maddi et al, 1996) و (Morrisey & Hannah, 1986) و (Terzi, 2005). واستخدم باحثون آخرون الصلابة مع ثلاثة مكونات أو مقاييس فرعية متمايزة (الالتزام والتحكم والتحدي) ومن بينهم (Crowley et al.2003) و (Klag and Bradley, 2004) و (Maddi et al, 2006) و (Maddi and Khoshaba, 1994). حيث تمّ انتقاد نهج قياس الصلابة كدرجة مركبة لأنّ درجة الصلابة الكلية قد لا تمثل بشكل كاف جميع المقاييس الفرعية. كما أظهرت دراسات أخرى حول صحة وموثوقية الصلابة بثلاثة عوامل ولكن ليس كدرجة مركبة مثل دراسة (Klag & Bradley, 2004). بينما أظهر آخرون أن الالتزام والتحكم كانا من أفضل المتنبئين، ولكن التحدي كان بناءا ضعيفا مثل دراسة (Durak, 2002) و دراسة (Leak & Williams, 1989). كما أنّ هناك أيضا أدلة تشير إلى أنه في حين أن العلاقة بين مكونات الالتزام والتحكم في الصلابة قوية، فإنّ الارتباطات التي تنطوي على التحدي ضعيفة نسبيا كما ظهرت في دراسة (Klag & Bradley, 2004). واستخدمت بعض الدراسات درجة الصلابة الكلية

وحدّدت مستويات الصلابة للمشاركين على أنها منخفضة أو عالية حسب الانقسام المتوسط مثل دراسة Hanton (et al, 2002) أو المنحدر البسيط أو الصلابة المنخفضة والمتوسطة والعالية على درجات المنحدرات البسيطة مثل دراسة (Klag and Bradley, 2004)، وفي هذه الدراسة، تم استخدام درجة الصلابة الكلية في التحليل مثل الدراسات السابقة في تركيا كدراسة (Durak, 2002) و دراسة (Motan, 2002) أن مكونات الصلابة لم تكن قابلة للتمييز بشكل كاف وأن تحليلات العوامل للمقياس قد استخلصت عنصرين فقط (الالتزام والتحكم) أو بنية مركبة. (Ferudun, 2009, p. 638)

3- نظرية كوبازا للصلابة النفسية ونموذج فنك المعدّل:

تعتبر نظرية كوبازا Kobasa من أهم وأبرز النظريات ا التي وضعت الأسس الاولى لمفهوم الصلابة النفسية من خلال سلسلة الدراسات التي أجرتها مع مجموعة من الباحثين خلال سنوات متتالية (1979-1982-1983)، ويليها نموذج فنك (1992) Funk الذي عدّل وطور مفهوم الصلابة النفسية من خلال إضافته مفاهيم سيكولوجية اخرى لها تأثير على الصلابة النفسية و أهميتها في مواجهة ضغوطات الحياة. وفي مايلي سيعرض الباحث أهم المبادئ والأسس التي قامت عليها نظرية كوبازا ونموذج فنك المطور لها.

3-1- نظرية كوبازا (1979-1985) Kobasa:

قامت هذه النظرية من خلال مجموعة الدراسات النظرية والتجريبية التي أجرتها كوبازا Kobasa متأثرة قبلها بكثير من أراء وتوجهات نظرية ومعرفية لعدد من علماء النفس أمثال روجرز، وماسلو، وفرانكل، وتعدّ مبادئ لازاروس Lazarus (1961) أحد أهم النماذج التي ارتكزت عليها نظرية كوبازا من خلال ارتباط الصلابة النفسية بعدّة عوامل حددتها كوبازا في ثلاثة عوامل رئيسية: (البنية الداخلية للفرد- الأسلوب الادراكي المعرفي- الشعور بالتهديدوالاحباط).

(راضي، 2008، ص. 35)

ونقلا عن **حراويبة (2005):** أنّه من بين الدراسات الاستكشافية التي قامت بإجرائها كوبازا عام 1979 والتي استهدفت معرفة المتغيرات النفسية التي تساهم في مساعدة الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه للضغوط على عدد من الذكور بلغ عددهم (76) فردا، حاصلين على مستويات جامعية، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أنّ الاشخاص الأكثر صلابة كانوا أقل مرضا بالرغم من تعرضهم للضغوط كما اتسموا بالصمود والسيطرة والانجاز والضبط الداخلي اضافة الى أنهم كانوا اكثر مرونة واقتدار ونشاطا واقتحاما، عكس الأشخاص الأقل صلابة كانوا اكثر عجزا ومرضا واعلى في ضبطهم الخارجي. وفي دراسة أخرى لكوبازا عام 1982 رفقة

باحثين اخرين، حول الصلابة النفسية بمكوناتها الثلاثة (الالتزام، التحكم والتحدي) أنّها تعمل كمتغير سيكولوجي يقلل من تأثير ووقع الحدث الضاغط على صحة الفرد النفسية والجسمية، وهذا على عينة قوامها (295) فردا يعملون في مواقع ادارية عليا، لتتوصل نتائج الدراسة على أنّ الصلابة النفسية لا تعمل على التخفيف من وقع الأحداث الضاغطة فحسب بل تمثل مصدر مقاومة وصمود والوقاية من الأثار التي تخلفها الأحداث الضاغطة على صحة الأفراد النفسية والجسمية. وفي دراسة أخرى لكوبازا عام 1982 على فئة المحامين بلغ عددهم 157 محاميا والتي كانت نتائجها مخالفة لدراسات السابقة كونها اكثر اثارة وذلك بعدم وجود ارتباط (0.3) بين إدراك الضغوط وبين المرض الجسمي لدى فئة المحامين وتبرر كوبازا ذلك بانّ هذه الفئة (المحامين) لديهم ميل للاعتقاد أنّ نشاطهم المهني يكون أفضل تحت الضغوط، كما أشارت إلى انّ الصلابة النفسية لا تؤثر في كيفية إدراك الاحداث فقط بل تؤثر ايضا في كيفية مواجهتها اضافة الى أنّ كل من المساندة الاجتماعية والصلابة يعملان على التخفيف من أثار ووقع الاحداث الضغوطات. (حراوبية، 2005، ص. 25-26)

من خلال هذه الدراسات والأبحاث التجريبية التي قامت بها كوبازا **Kobasa et al (1985)** ، توصلت إلى مجموعة من النتائج التي قامت بصياغة نظريتها على أساسها، ومن بين هذه النتائج نذكر مايلي:

أ- أنّ الصلابة النفسية تعتبر أهم وقاية للمرض من خلال أنّها تقدم مناعة وحماية ضد المرض في الحاضر والمستقبل.

ب- أنّها كشفت عن أحد المصادر الايجابية التي تساعد على تجنب الاصابة بمختلف الاضطرابات النفسية والجسمية.

ج- أنّ هناك مصادر أخرى للمقاومة كالمساندة الاجتماعية والرياضة إلاّ انّ الصلابة النفسية تأثيرها أقوى وهي أفضل المصادر، كما أنّ الصلابة تعمل على تحويل الضغوطات والأحداث الى احداث بنسبة أقل حدوثا وضغطا.
(Kobasa et al, 1985, p. 525-533)

د- أنّ البحث في مجال الضغوط يجب أن لا يقتصر على العلاقة بين الضغوط والامراض بل يتجاوزه إلى البحث في كيفية تقوية متغير الصلابة النفسية والفاعلية الذاتية، لأنّ تعرض الأفراد للضغوط امر حتمي واعتبارها فرصة للنمو النفسي و مدى فاعلية الفرد وقدرته الذاتية على استخدام المصادر النفسية والاجتماعية من اجل ادراكه وتفسيره وفاعليته في مواجهة الحدث الضاغط. (مخيمر، 1996، ص. 275-299)

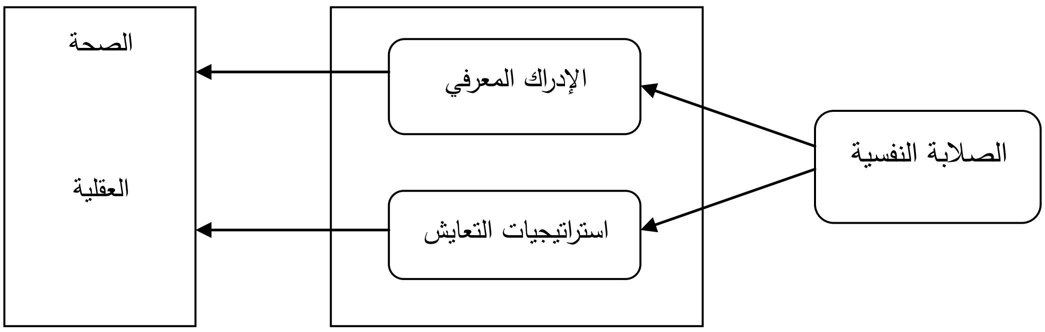
3-2- نموذج فنك Funk (1992) المعدّل لنظرية كوبازا:

عمل فنك **Funk** على تقديم نموذج حديث معدل لنظرية كوبازا من خلال الدراسة التي أجراها عام 1992 ، كان هدفها الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية والادراك المعرفي والتعايش الفعال من جهة و الصحة العقلية من جهة اخرى، حيث اجرى دراسته على عدد من الجنود الإسرائيليين (167 جنديا) ليتوصل الى نتائج مهمّة أبرزها، أنّ مكوني الالتزام والتحكم يرتبطان فقط بالصحة العقلية الجيدة للأفراد على أساس أنّ الالتزام ارتبط بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستعمال استراتيجيات التعايش الفعال، أمّا مكون التحكم ارتبط بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف باعتباره أقل مشقة باستخدام استراتيجية حل المشكلات من اجل التعايش. (راضي، 2008، 39)

وجاء في دراسة لـ فلوريان واخرون **Florian et al (1995)** أنّ فنك قام بدراسة ثانية عام 1995 مكملة لأهداف الدراسة الاولى ليتوصل الى نفس نتائج الدراسة الاولى وبعدها قدّم نموذجه المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها. (راضي، 2008، ص. 40) (السيد علي الهادي، 2009)

نقلا عن راضي (2008) نقدم في المخطط التالي نموذج فنك Funk(1992) المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومته كما ورد في دراسة لفلوريان واخرون Florian et al(1995) :

شكل رقم 01: نموذج فنك Funk المعدل لنظرية كوبازا Kobasa للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها



(Florian et al, 1995, p.687-695)

4- خصائص الصلابة النفسية:

بعد العديد من الدراسات العربية التي أجراها مخيمر (1997)، والتي تعلقت بمتغير الصلابة النفسية، أكد على مجموعة من الخصائص كأبعاد لقياس متغير الصلابة النفسية في ابحاثه التي قام بها، وهذا انطلاقا من المفاهيم و القياسات التي طورتها كوبازا خلال رحلة وضعها للأسس والقواعد النظرية لموضوع الصلابة النفسية. (مخيمر، 1997)

ونقلا عن راضي (2008) أنّ تايلور (**1995**) Taylor قام بحصر خصائص الصلابة النفسية في ثلاثة عناصر هي (الاحساس بالالتزام – الاعتقاد والايمان بالسيطرة – الرغبة في التغيير). كما أنّ هناك نوعين من التصنيفات بالنسبة لخصائص الصلابة النفسية، الأول يتعلق بخصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة، والثاني يتعلق بخصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة، وكل صنف يتميز ب خصائص معينة:

4-1- خصائص الأفراد ذوي الصلابة المرتفعة:

– من خلال ما توصلت إليه كوبازا Kobasa ، فإنّ الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة يتسمون بـالقدرة على: الصمود والمقاومة – الضبط الداخلي – انجاز أفضل – القيادة والسيطرة – الدافعية والنشاط وفاعلية. (راضي، 2008، ص.40-41)

– حسب دراسة سيجورد وآخرون (**Sigurd et al (2011**: أنّ الأشخاص ذوو الصلابة العالية (المرتفعة) يرون:

– أنّ العالم مثير للاهتمام وذو مغزى ويشاركون بنشاط في ما يجري من حولهم.

– لديهم إيمان بقدرتهم على التحكم أو التأثير على مسار الأحداث.

– إدراك التجارب والتحديات الجديدة كفرص مثيرة للتعلم والنمو الشخصي.

– لديهم دوافع داخلية و يخلقون إحساسهم الخاص بالهدف. (Sigurd et al, 2011, p. 382)

– كما ويضيف سيجورد أنّه يبدو أن أسلوب شخصية الصلابة وثيق الصلة بالتدريب العسكري والاختيار. فعلى سبيل المثال، يميل الأفراد ذوو الصلابة العالية إلى رؤية التجارب الجديدة والصعبة كفرص للنمو الشخصي وسيبحثون بنشاط عن هذه الفرص ويتابعونها. كما أنّه لا ينبغي أن يزيد هذا الاتجاه من استعدادهم للتعلم والتطور من التدريب فحسب، بل يجب أيضا أن يجعل الشخص الذي يتمتع بصلابة عالية مجهزا بشكل أفضل للتعامل مع الأحداث الصعبة والمجهدة.

(Sigurd et al, 2011, p. 382)

– من ناحية أخرى، يميل أولئك الذين يتمتعون بصلابة عالية إلى الاعتماد على أساليب التأقلم النشطة التي تركز على المشكلة للتعامل مع الظروف العصيبة. و من المرجح أن يشكل الأشخاص الذين يتمتعون بصلابة عالية والشعور بالسيطرة توقعات نتائج إيجابية استجابة للإجهاد (التأقلم الإيجابي). (Col paul et al, 2012, p. 519)

- كل من الباحثين Dilad (1990) و Cozy (1991) و Christotter (1996) بيّنوا أنّ الأشخاص الذين يمتازون بصلابة نفسية مرتفعة تجدهم يتصفون بهذه الصفات: التمركز حول الذات – القدرة على التحمل – التفاؤل والتوجه نحو الحياة – الدافعية للإنجاز والعمل. (أبو الندى، 2007، ص. 30-32)

4-2- خصائص الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة:

فقد وجد "باترون Bartone" أن جنود حرب الخليج المعرضين للقتال والذين كانوا منخفضي الصلابة كانوا أكثر عرضة للإصابة بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. (Col paul et al, 2012, p. 518)

كما يبدو أنّ الآثار الصحية للصلابة ناتجة جزئيا على الأقل عن الأنواع المختلفة من استراتيجيات المواجهة والسلوكيات التي يفضلها الأشخاص ذوو التحمل العالي مقابل الأشخاص ذوي التحمل المنخفض. ومن المعروف أن الأفراد ذوي الصلابة المنخفضة يميلون إلى الاعتماد على استراتيجيات المواجهة السلبية والتجنب في الاستجابة للإجهاد ، والاستراتيجيات التي يمكن أن تشمل الاستهلاك المفرط للكحول أو تعاطي المخدرات. وفي إحدى الدراسات التي فحصت علاقة الصلابة بالكحول وتعاطي المخدرات غير المشروعة لدى طلاب الجامعات ، وجد مادي وأخرون Maddi et al، أنّ الطلاب ذوي الصلابة المنخفضة يستهلكون المزيد من الكحول، وكذلك أن الصلابة المنخفضة كانت مرتبطة باستخدام الماريجوانا والكوكايين كما هو موضح في كل من التقرير الذاتي ونتائج تحليل البول. بينما يميل الأشخاص ذوو الصلابة المنخفضة نحو توقعات النتائج السلبية (اليأس أو العجز). وبالتالي، قد يكون الأشخاص الذين يعانون من انخفاض في الصلابة أكثر عرضة لاستخدام نهج التجنب أو التأقلم التراجعي استجابة للإجهاد، بما في ذلك تعاطي المخدرات والكحول. بالنظر إلى ذلك، يبدو من الممكن أن يكون الأفراد العسكريون الذين يعانون من صلابة منخفضة معرضين لخطر كبير لمشاكل تعاطي المخدرات. وعليه ستختبر هذه الدراسة – دراسة كول بول وأخرون– على وجه التحديد الفرضية القائلة بأن الأفراد العسكريين الذين يعانون من الصلابة النفسية المنخفضة هم أكثر عرضة للانخراط في تعاطي الكحول المرتبط بالإجهاد. (Col paul et al, 2012, p. 519)

و كما ورد عن الباحث محمد (2002) يتسمون بالصفات التالية: السلبية في التفاعل مع البيئة – العجز والضعف في مواجهة وتحمل الاحداث الضاغطة و نتائجها – لا وجود لهدف ومعنى في الحياة – الميل نحو الثبات و عدم التغيير – انعدام التطور والارتقاء. (راضي، 2008، ص.42)

5- أهمية الصلابة النفسية:

تظهر أهمية الصلابة النفسية من خلال الأهداف التي يسعى الباحثون الى الكشف عنها من خلال مجموعة الدراسات التي اطّلع عليها الباحث وما أكّدوه في هذه الدراسات على أنّ متغير الصلابة النفسية له من الأهمية ما يجعل الفرد قادرا على التعايش ومواجهة ضغوطات الحياة بمختلف أنواعها ويرى أنّ هذه المواقف التي يتعرض اليها ما هي الاّ فرصة للنمو والتطور واكتساب خبرات وتجارب تمكنه من السيطرة والتحدي على نحو أفضل في المستقبل،

وسنتطرق الى هذه الأهمية من خلال ما استقاه الباحث من الأطر النظرية عن أهمية الصلابة النفسية وأهدافها في النقاط التالية:

5-1- أهمية الصلابة النفسية حسب فيكي وآخرون (2003) Vickie et al :

أنّ أسلوب الشخصية القوي يشجع ما اقترحه كوباسا وآخرون في دراستها عام (1981) على التأقلم التحويلي ، والذي يتضمن مزيجا من الإدراك والعاطفة والعمل الذي لا يهدف فقط إلى البقاء ، ولكن أيضا إثراء الحياة من خلال التنمية. فقد تم افتراض الالتزام والسيطرة والتحدي لتشكيل مجموعة من الأهداف:

أ- تقلل من التأثير السلبي لأحداث الحياة المجهدة من خلال التأثير على كل من التقييم المعرفي والتأقلم.

ب- تخفف من آثار الإجهاد عن طريق تغيير تصور الموقف. (Vickie et al, 2003, p. 182)

- كما أنّ الشعور بعدم المشاركة (بدلا من الالتزام)، والعجز (بدلا من السيطرة)، والتهديد (بدلا من التحدي) هو تجربة الاغتراب. فالصلابة المركبة من الالتزام والتحكم والتحدي، لها صلة مباشرة بالرعاية الصحية لأنها قد تساعد في تحديد:

أ- من قد يكون بحاجة إلى تدخل للحد من التوتر حتى لا يستسلم للأمراض المرتبطة بالإجهاد.

ب- و من قد يكون أكثر ميلا لتجربة المرض عند مواجهة أحداث الحياة المجهدة. (Vickie et al, 2003, p. 183)

5-2- أهمية الصلابة النفسية حسب ميشال كول (2006) Michael cole:

حيث جاء عن دراسة مادي (1999) Maddi أين تمّ تأكيده على أنّ معتقدات الأفراد الأقوياء تؤثر على كيفية تفسيرهم لظروف الحياة المجهدة والتعامل معها. فقد وجد مادي (1999)Maddi ، أن الأفراد الأقوياء ، مقارنة بنظرائهم غير أقوياء ، قاموا بتقييم المهام على أنها أكثر إثارة للاهتمام وممتعة وهذا تعبير عن (الالتزام)، واعتبروها مسألة اختيار وليست إلزامية وهذا تعبير عن التحكم (السيطرة)، وكحافز مهم للنمو الشخصي وهذا تعبير عن (التحدي). وفي عدّة دراسات أخرى أكد الباحثين امثال (1989) Bartone, Ursano, Wright, & Ingraham و (2001) Britt, Adler, & Bartone على وجه الخصوص ، أنّ الأفراد الأقوياء يعانون من المواقف العصيبة بطرق يمكن مقارنتها بالأفراد الأقل صلابة، فالأفراد الأقوياء يقيمون المواقف التي يحتمل أن تكون مرهقة على أنها أقل تهديدا، مما يساعد على تقليل تجربة الضيق. كما جاء في دراسة لـ (1995) Florian et al أنّ الأفراد الأقوياء يضلّون متفائلين أيضا في قدراتهم على التعامل مع الأحداث المجهدة، ويتضمن هذا التعامل استخدام استراتيجيات تركز على المشكلات والتي تنطوي على العمل العقلي الفذ المتمثل في وضع كل ظرف مرهق في منظور أوسع من أجل تحويل الإجهاد إلى تجربة حميدة. وهذا ما قالته كوباسا (1979) أنّ السمة المميزة للأشخاص

الأقوياء هي قدرتهم الفطرية على إيجاد معنى إيجابي في الحياة. و قد ذهبت دراسة (Britt et al (2001 إلى أنّه إذا نظرنا إليها بشكل جماعي، فمن المتوقع أن يظهر الأشخاص الأقوياء ضعفا أقل في ظل الأحداث السلبية غير العادية وأن يرتدوا منها بشكل أسرع. علاوة على ذلك تمت مقارنتهم بالمتفائلين في كيفية إدراكهم للأحداث غير السارة والتعامل معها. وقد وجد كل (Rhonewalt & Agustsdottir (1984 و (Florian et al (1995 أنّ الأشخاص الأقوياء يظهرون علامات منخفضة للاكتئاب والقلق والضيق النفسي. و يضيف على ما سبق كل من (Maddi & Kobasa(1981 و (Folkman & Moskowitz (2000 أنّ هذه الآثار هي الأساس الذي تم على أساسه اقتراح أن الصلابة تعزز نبرة عاطفية إيجابية. (Michael cole, 2006, p. 468-469)

3-5- أهمية الصلابة النفسية حسب فيردون سيزجين Ferudun Sezgin (2006):

ظهرت أهمية الصلابة النفسية من خلال أنّه قد تم فحصها فيما يتعلق بالعديد من المفاهيم مثل الاهتمام الاجتماعي والاغتراب والصلابة النفسية عند كل من (Leak & Williams (1989 ، والصحة العقلية عند كل من (Maddi & Khoshaba(1994 ، والإجهاد في مكان العمل عند (Lambert et al (2003 ، وخلق بيئة عمل قوية عند كل من (Judkins & Furlow (2003)، والإجهاد والمرض عند كل من (Klag & Bradley(2004 ، والرفاهية الذاتية عند (Terzi (2005 ، وبناء الشخصية المحددة للصلابة عند (Maddi et al (2006 ، بالإضافة إلى ذلك كما جاء عن كل من (Lambert & Lambert(1999 و(Crowley et al (2003 أنّ الصلابة هي مفهوم تمت دراسته مع عينات تتراوح أعمارهم من الأطفال إلى كبار السن. **فما هو مشترك في هذه الدراسات هو أنه يمكن قبول الصلابة كأسلوب شخصية يؤثر على الحياة اليومية ومهارة مهمة ضرورية للتعامل مع الإجهاد.** كما ويتفاعل الأشخاص الأقوياء مع محاولة متجددة للسيطرة على الموقف، وتقييم التجربة على أنها مثيرة للاهتمام وجديرة بالاهتمام، والتركيز على نمو المعرفة الأفراد الذين يعانون من أحداث الحياة المجهدة يستخدمون استراتيجيات نهج أكثر مثل حل المشكلات والتخطيط واستراتيجيات تجنب أقل مثل الإنكار والغضب وتعاطي المخدرات أو الكحول. و بالمثل فقد أفاد (Maddi et al (2006 ، أنّ الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عال من الصلابة يمكن أن يكونوا أكثر نجاحا وفعالية في أماكن العمل. وفي دراسة أجراها (Law (2005 ، وجد أيضا أن الصلابة مرتبطة بشكل كبير بدوران الموظفين. هذا ويضيف (Lambert et al (2003 ، أنّ مكونات الصلابة (الالتزام والتحكم والتحدي) تعمل على تخفيف آثار الإجهاد عن طريق تغيير مشاعر الناس تجاه الأحداث والمواقف. هذه العوامل الثلاثة تقلل من الآثار السلبية وغير المتوقعة لأحداث الحياة المجهدة من خلال التأثير على التقييم المعرفي والتأقلم. في المقابل، فإن الشخص الذي يشعر بعدم المشاركة والعجز والتهديد يعاني من الاغتراب. ويضيف كل من (Lambert & Lambert, (1999 و كل من (Judkins & Rind (2005 ، أنّه يمكن للصلابة

النفسية أن تساعد الناس على إدارة ظروف الحياة الصعبة بنجاح من خلال مساعدتهم على التعامل مع الإجهاد وتعزيز التزامهم بالعمل والتنظيم.

(Ferudun, 2006, p. 637-638)

5-4- أهمية الصلابة النفسية حسب كول بول وآخرون (Col paul et al (2012:

أكّد كول بول وأخرون في دراسته على أهمية الصلابة النفسية من خلال الأبحاث الواسعة التي تراكمت بداية من سنة 1979 والتي بينت أن الصلابة النفسية تحمي من الآثار السيئة للإجهاد على الصحة والأداء. وأنّه قد وجدت الدراسات البحثية التي أجريت على مجموعة متنوعة من المجموعات المهنية أن الصلابة تعمل كوسيط كبير أو حاجز للإجهاد. كما تم تحديد الصلابة كوسيط لإجهاد التعرض القتالي لدى جنود حرب الخليج الأمريكية.

(Col paul et al, 2012, p. 518)

بالإضافة إلى ذلك، هناك أدلة تشير إلى الصلاحية عبر الثقافات للأسلوب القوي المرن. فعلى سبيل المثال، تم دعم البنية النظرية لثلاثة جوانب (الالتزام والتحكم والتحدي) المتداخلة تحت بنية الصلابة الفائقة من خلال تحليلات العوامل التأكيدية في الثقافات المختلفة. علاوة على ذلك، في مراجعة للدراسات التي تتناول مسألة الصلابة عبر الثقافات، خلص فقد خلص مادي و هارفي Maddi & Harvey إلى أن الأدلة المتاحة تظهر اختلافات ثقافية قليلة أو معدومة في دور الصلابة وتشير إلى أن الصلابة تبدو عاملا في المرونة تحت الضغط عبر الثقافات.

Col paul et al, 2012, p.)
(519

وفي نفس السياق الثقافي الذي تلعب الصلابة النفسية دورا مهما فيه، قد أكد كل من **Harrison & Brower (2011)** في دراستهما التي هدفت إلى الكشف عن تأثير الذكاء الثقافي والصلابة النفسية على الحنين إلى الوطن لدى طلاب الدراسة بالخارج، أنّه مع وجود كل من الإلتزام والتحكم والتحدي، فإنّه يجب أن يظل الأفراد الذين يدرسون في الخارج بصحة جيدة ومعدّلين جيدا على الرغم من اللقاءات مع الأشخاص والمعايير والتوقعات المتنوعة ثقافيا التي تسبب التوتر والقلق. وينبغي أن يقودهم التزامهم إلى التماهي مع لقاءاتهم بين الثقافات وإيجاد معنى لها، كما يجب أن تعزز سيطرتهم كفاءتهم الذاتية في تفسير وإدارة اللقاءات ، وينبغي أن يمكنهم إحساسهم بالتحدي من النظر إلى اللقاءات على أنها محفزة وتنموية. كما نتوقع أن يكون لكل من الذكاء الثقافي والصلابة النفسية آثار إيجابية على تكيف الطلاب للدراسة في الخارج. (Harrison & Brower, 2011, p. 41-62)

6- المجالات التطبيقية للصلابة النفسية:

تعددت مجالات استخدام المتغير السيكولوجي المتمثل في الصلابة النفسية من الناحية التطبيقية عبر العديد من المجالات النفسية والاجتماعية والصحية، وبالخصوص في المجال الصحي عامة ومجال علم النفس الصحي خاصة، ويظهر هذا من خلال عديد الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع الصلابة وتأثيرها الفعال في التخفيف من الضغوطات النفسية والاجتماعية التي تعترض حياة الأفراد واعتبارها – الصلابة النفسية- احد مصادر المقاومة من اجل الحفاظ على صحة الفرد النفسية والجسمية، وعليه أراد الباحث في بقية هذا الفصل ان يعرض بعضا من مجالات تطبيق متغير الصلابة النفسية وفاعليتها في تقوية جهاز المناعة النفسي لدى الأفراد في مواجهة التحديات وأحداث الحياة الضاغطة بمختلف أنواعها ولدى جميع الفئات المجتمعية من أفراد عاديين والأفراد المرضى منهم على وجه الخصوص، وهذا من خلال ما تمّ عرضه من دراسات مختلفة لدى الباحثين في تطبيق متغير الصلابة النفسية في مختلف أبحاثهم، إذ بينت نتائج هذه الدراسة النفسية تحكم متغير الصلابة ودوره الكبير في النتائج المتحصل عليها كما استنتجه الباحث.

6-1- مجال التنشئة الاجتماعية:

نقلا عن **السيد علي الهادي (2009):** حسب مخيمر (2002)، أنّه من بين المتغيرات النفسية التي تلعب دورا مهما في مساعدة الأفراد على المحافظة على صحتهم النفسية والجسمية ومواجهة الضغوطات هو متغير الصلابة النفسية والتي يمكن الاستفادة منها في المجال المتعلق بالتنشئة الاجتماعية باعتبار أنّ التنشئة السوية تقوم على الامان والقدرة على التحكم والتحدي من اجل نمو الصلابة النفسية، هذا وفي الدراسة التي أجراها مخيمر (1996) التي تعلقت بإدراك القبول والرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة والتي أكّد فيها على أنّ نمو متغير الصلابة النفسية متوقف على طبيعة العلاقة العاطفية بين الآباء والأبناء المشبّعة بالمحبة والدفء والتشجيع الدائم على المبادرة واتخاذ القرار والاقتحام، فهذا من شأنه أن يعزز متغير الصلابة النفسية ويجعلهم – الأبناء – أكثر صلابة وشعورا بقيمتهم. (السيد عبد الهادي، 2009)

6-2- مجال الصحة البدنية و العقلية:

أنّه وفقا للتقدم في العلوم الطبية والمجالات المتعلقة بالصحة، خضع تعريف الصحة حاليا للعديد من التغييرات في المجتمعات الآخذة في التوسع. في الواقع ، الصحة ليست مجرد غياب المرض ، ولكن تعريف الصحة والرفاه يؤكد على نوعية الحياة البشرية. أحد المتغيرات التي نظر فيها مؤخرا العديد من علماء النفس هو الصلابة النفسية ، أو يشار إليها بدلا من ذلك باسم صلابة الشخصية. الصلابة النفسية هي مفهوم متجذر في الفلسفة الوجودية ويظهر

إحساسا بالالتزام بالذات والعمل واهتماما حقيقيا وفضولا حول العالم المحيط أيضا. فالصلابة كهيكل شخصية متعدد الأوجه يتكون من ثلاثة مكونات، الالتزام والسيطرة والتحدي، وعليه فإنّه عندما نقارن الأشخاص الأقوياء، ندرك أنهم يشعرون بمزيد من الالتزام تجاه أنفسهم وعملهم ويختبرون إحساسا أكبر بالسيطرة في حياتهم، إنّهم ينظرون إلى التغييرات والمصاعب في الحياة على أنها تحد وليس ضغوطا، هناك أدلة كثيرة تشير إلى أن الصلابة ترتبط بشكل إيجابي بالصحة البدنية والعقلية وتخفف من الآثار السلبية للإجهاد. (Hosseini, 2022, p.197)

6-3- مجال العمل و الإرهاق:

نظرا لأن العديد من الأشخاص يقضون عادة جزءا كبيرا من وقتهم في مكان عملهم، فإن مشكلات مكان العمل تؤثر على حياتهم، يعتبر العمل مصدرا مهما جدا لكسب العيش والوضع الاجتماعي، ومع ذلك يمكن للعمل أن يسبب ضعفا عقليا وجسديا لأن مكان العمل مليء بالمحفزات الجسدية والنفسية والاجتماعية المختلفة التي يمكن أن تؤثر على حياة الفرد وصحته، حيث قام Talavera-Velasco et al بمسح 223 مرشحا لضباط الشرطة الإسبانية في دراسة مقطعية، أين استخدموا معامل الارتباط وتحليل الانحدار الهرمي، حيث أظهرت نتائجهم أنه من خلال تعديل المتغيرات الأخرى بما في ذلك أبعاد مؤشر الإرهاق عندما زاد بعد التحدي للصلابة النفسية، انخفضت أعراض المرض، في حين أن أبعاد الالتزام والتحكم لم يكن لها علاقة ذات دلالة إحصائية بالصحة العامة للأشخاص، كون ظاهرة الإرهاق هي جزء لا مفر منه من العمل الذي ينشأ من الخبرات المكتسبة من العمل، ويسبب عدم الرضا لدى الموظف، ونتيجة لذلك له العديد من الآثار السلبية على الأداء الوظيفي، فيحدث الإرهاق ، فهو كمفهوم تمت دراسته على نطاق واسع ، بسبب الإجهاد المزمن في الوظيفة وله ثلاثة أبعاد بما في ذلك الإرهاق العاطفي، وتبدد الشخصية، وتقليل الإنجاز الشخصي. ويضيف حسيني (2022): أنّه وباستخدام طريقة الانحدار التدريجي لكل بعد من أبعاد الإرهاق، درس شيمب (223) من العاملين في مجال الصحة العقلية، فكانت النتائج أن الصلابة كانت مؤشرا قويا لكل بعد من أبعاد الإرهاق، وبالمثل قام ريتشاردز بمسح (154) مستشارا للصحة العقلية باستخدام الطريقة الإحصائية للانحدار المتعدد، فكانت الصلابة مؤشرا على الإرهاق، وبالتالي من خلال إضافة الصلابة إلى نموذج توجد فيه المتغيرات الديموغرافية وخصائص الوظيفة وعوامل الرعاية الذاتية ، كان التباين في الإرهاق أعلى بنسبة 12.8٪ . (Hosseini, 2022, p.197)

6-4- مجال المخدرات و الادمان:

حيث درس عبد الله وأبو طالب (450) شخصا يعانون من تعاطي المخدرات بحثا عن العلاج في 10 مراكز لعلاج الإدمان في طهران، واستخدموا نمذجة المعادلة الهيكلية، فكانت النتائج أن الصحة الروحية والصلابة النفسية

كانت مرتبطة بشكل إيجابي، وإلى جانب ذلك وجد أن الصلابة والصحة الروحية ترتبط سلبا بالتفكير في الانتحار، وهو ما يمثل 46٪ من التباين في التفكير في الانتحار. (Hosseini, 2022, p.197)

6-5- مجال الإعاقة و التمريض:

في دراسة ارتباطية، فحص Bahmani et al أمهات الأطفال ذوي الإعاقة في عيادة إعادة التأهيل التابعة لجامعة الرعاية الاجتماعية وعلوم التأهيل في طهران، فكانت نتائج معامل الارتباط وتحليل الانحدار لبيرسون أن الموقف الروحي للأمهات تجاه تربية الأطفال له علاقة كبيرة بالصلابة النفسية للأم. وفي دراسة أخرى Akbarizadeh et al ، أين فحصوا (125) خبيرا في التمريض في مستشفيات جامعة بوشهر في دراسة مقطعية، فكانت نتائج الطرق الإحصائية لتحليل الارتباط والانحدار أن الصلابة النفسية ومكوناتها كانت مرتبطة بشكل كبير بالصحة العامة للأشخاص، لذلك كانت أعراض المرض تتناقص بينما كانت الصلابة ومكوناتها تزداد. وفي دراسة ارتباطية أخرى، قام Babaeiamiri بمسح 400 ممرض وممرضة في المستشفيات العامة في طهران باستخدام الأساليب الإحصائية لتحليل الارتباط والانحدار المتعدد التحليل، فكانت النتائج أنه مع زيادة الإرهاق وتقليل الصلابة، زادت أعراض المرض، كما أظهرت النتائج أن الإرهاق والصلابة والدعم الاجتماعي المتصور يمثل 54.9٪ من التباين في الصحة العامة للممرضات. (Hosseini, 2022, p.197)

6-6- مجال التعلّم و التدريب:

فقد كان مادي (1987) أول من طور واختبر برنامجا تدريبيا على الصلابة، والذي علّم فيه الأفراد كيفية التعامل بشكل أكثر فعالية مع الظروف العصيبة واستخدام التعليقات الناتجة عن هذه العملية لتعزيز التزامهم وسيطرتهم وتحديهم. وقد وجد مادي أن التدريب على الصلابة يزيد بشكل كبير من صلابة الفرد ويقلل من علامات الإجهاد (على سبيل المثال ، القلق والاكتئاب) في عينة من 46 مديرا داخل شركة كمرافق. ولإثبات هذه النتائج بشكل أكبر، حاول مادي (1998) إجراء مزيد من التقييم لفعالية تدريب الصلابة مقارنة بشرطين آخرين: الاسترخاء – التأمل والاستماع السلبي. و كشفت النتائج أن التدريب على الصلابة زاد بشكل كبير من مستويات الصلابة والرضا الوظيفي ومستويات الدعم الاجتماعي المتصورة مقارنة بالمجموعات الأخرى. كما أظهر أولئك الذين تلقوا تدريبا على الصلابة انخفاضا أكبر في شدة الإجهاد والمرض، مقارنة بأولئك الذين كانوا في مجموعة الاسترخاء و التأمل أو الاستماع السلبي. كما قام مادي وخوشابا وجنسن وكارتر و لوهارفي بتقييم فعالية تدريب الصلابة مع 40 طالبا جامعيا. بحيث تمّ تصور الصلابة على أنها شيء يتطور، وليس فطريا. ثم تم اختبار وجهة النظر الأولية، أن الشباب الذي يعرضهم آباؤهم لمجموعة واسعة من التجارب، ويشجعونهم على التعلم من هذه التجارب من خلال تجميعها معا في أنماط من خلال ممارسة الخيال والحكم، كما أنّ مقارنة البيانات التي قدمها أولئك الذين ازدهروا في الاضطرابات مع أولئك

الذين تم تقويض أدائهم وصحتهم دعمت إلى حد كبير تصور الصلابة، لكنها سلطت الضوء على أهمية التعامل مع الظروف العصيبة. على وجه التحديد، وصف أولئك الذين ازدهروا حياتهم المبكرة بأنها مرهقة، ووصف آباؤهم بأنهم داعمون ومشجعون لجهودهم للقيام بعمل جيد مع ذلك. و اقتناعا منهم من قبل آبائهم بأهمية وقدرتهم على التأقلم والازدهار، فقد عملوا بجد في المدرسة، وبالتالي تم دعمهم وإعجابهم من قبل معلميهم. فهذه النتائج التي تشير إلى أن الصلابة يتم تعلّمها دفعت ووجهت تطوير برنامج تدريب الصلابة. باختصار، يعتمد البرنامج التدريبي على كتاب عمل يتضمن تمارين التأقلم القوية والتفاعل الاجتماعي والرعاية الذاتية، بالإضافة إلى إجراء لاستخدام التعليقات من هذه الجهود لتعميق المواقف القوية، و عادة هناك عدة جلسات أسبوعية في التدريب ، بحيث يمكن للمتدربين إجراء تمارين مخططة في حياتهم، وتقديم تقرير عن نتائج ذلك، وحتى الآن، هناك العديد من الدراسات التقييمية لهذا التدريب على الصلابة التي تظهر أنه لا يزيد فقط من المواقف والأفعال القوية، ولكنه يحسن أيضا الأداء والصحة لدى البالغين العاملين وطلاب الجامعات. و في البالغين العاملين، زاد التدريب ليس فقط من مستويات صلابتهم، ولكن أيضا رضاهم الوظيفي، والمشاركة البناءة مع زملائهم الموظفين. كما قلل التدريب من عدد الموظفين في العينة الذين كان ضغط دمهم مرتفعا جدا. أما بالنسبة لطلاب الجامعات، فإن التدريب لم يزد فقط من مستويات صلابتهم، ولكن أيضا معدلات الاحتفاظ بهم ومتوسطات الدرجات على مدى السنوات القادمة. (Lehama & Ait Gueni Said, 2021, p. 444)

7- قياس الصلابة النفسية:

بالنسبة لقياس الصلابة فقد ارتبطت بإدماج العديد من المقاييس التي وجدت من قبل، فقد كان الباحثون الأوائل يقومون بعملية الدمج لمقاييس تحمل مفاهيم مشابهة ومماثلة لإنشاء مقاييس للصلابة النفسية، حتى وصل بعضهم إلى استعمال 19 مقياسا فرعيا كما جاء عن كل من Hull, Van & Virnelli (1987) و Funk (1992).
(Lehama & Ait Gueni Said, 2021, p. 441)

كما أنّ الكثير من المقاييس الفرعية كانت تمثل أيضا مؤشرات سلبية لمكونات الصلابة (الالتزام والتحكم والتحدي) عوضا عن تقييمها للصلابة في حد ذاتها، وعلى سبيل المثال: أنّه غالبا ما تمّ استخدام مقياس الاغتراب لتقييم الالتزام، أو العجز عن تقييم السيطرة، إذ لا يزال من غير الواضح ما إذا كانت هذه المؤشرات السلبية هي مقاييس صحيحة مشفرة عكسيا لمواقف الصلابة، كما أنّ هناك مشكلة قياس أخرى وهي أن عددا من المقاييس الفرعية المستخدمة لم تكن متسقة عبر الدراسات، حتى أنّ بعض الدراسات تستخدم نفس المقياس الفرعي لترتيب مواقف الصلابة المختلفة، فعلى سبيل المثال، تم استخدام مقياس العجز للإشارة إلى الالتزام في بعض الدراسات

والسيطرة في دراسات أخرى. هذا الاستخدام غير المتسق بين الباحثين يجعل من الصعب مقارنة النتائج عبر الدراسات. فنجد كل من هال وآخرون (1987) Hull et al قد عبروا عن هذه الممارسات عندما قالوا: أنّه لسوء الحظ يوجد الآن ما يقرب من العديد من الطرق لقياس الصلابة ومكوناتها الفرعية حيث أنّ هناك أشخاص لا زالوا يقومون بإجراء بحثا عن موضوع واحد، ومن الواضح أنه إذا أريد إحراز تقدم في هذا المجال، يجب أن تتوقف هذه الممارسة.

(Lehama & Ait Gueni Said, 2021, p. 441)

أنّه في الآونة الأخيرة، قد بدأ الباحثون في حساب قضايا القياس السابقة ، مما أدى إلى الجيل الثاني من مقاييس الصلابة، ومن بين هذه المقاييس نجد:

1- مقياس مرونة التصرف لـ: بارتون واخرون (1989) Bartone et al ، تسميته المختصرة: DRS.

2- وجهات النظر الشخصية لـ: كوبازا ومادي (1994) Kobasa & Maddi ، تسميته المختصرة: PVS.

3- استطلاع الآراء الشخصية II لــ: مادي (1997)Maddi ، تسميته المختصرة: PVS-II.

4- استطلاع الآراء الشخصية III لــ: مادي و كوباز (2001) Maddi & Kobasa، تسميته: PVS-III .

فنجد أنّه فيما تعلق بــ مقياس مرونة التصرف DRS على الرغم من بعض المخاوف (على سبيل المثال، غالبية عناصره هي مؤشرات سلبية ولا توجد معلومات عن موثوقيتها في الاختبار وإعادة الاختبار). إلاّ انّه العديد من المزايا على المقاييس الاخرى نذكر منها:

أ- يتضمن مؤشرات إيجابية للصلابة.

ب- يستخدم أعدادا متساوية من العناصر لقياس الالتزام و التحكم و التحدي.

ج- العناصر ودرجات المقياس متاحة بسهولة.

في المقابل ، لا يتوفر مقياس وجهات النظر الشخصية لكوبازا ومادي PVS وإصداراتها اللاحقة إلا من خلال معهد الصلابة كأدوات قياس تجارية، مما يجعل من الصعب على الباحثين تقييم خصائصهم النفسية وأولئك الذين لديهم أموال محدودة. كما انّ بارتون (1989) قد أظهر دليلا على المعيار (أي التنبؤي والحالي) والصلاحية النسبية للبناء (أي المتقاربة والتمييزية)، كما تم العثور على اتساق داخلي مرتفع لدرجة الصلابة المركبة و مقاييسها الفرعية. مع معاملات ألفا كروناباخ، كلّها أعلى من 85 بالنسبة للصلابة، 75 بالنسبة للالتزام، 66 بالنسبة للتحكم، 62 بالنسبة للتحدي.

(Lehama & Ait Gueni Said, 2021, p. 442)

أيضا لأنّ الصلابة يمكن أن يتمّ تعليمها للناس، من أجل تحسين قدرة الناس على التعامل مع المواقف العصيبة والحد من آثار الإجهاد. تم تطوير مقاييس مختلفة لمختلف مجموعات مثل طلاب الجامعات والأطفال وطلاب التمريض و المديرين. وتجدر الإشارة إلى أن معرفة درجة صلابة الأفراد أو تقييم الفعالية تتطلب التدخلات مقياسا دقيقا وصالحا مع ما هو مرغوب فيه من الخصائص السيكومترية. و الأهم أن تتكون هذه المقاييس من أبعاد مختلفة، وبعض المقاييس تغفل عن ذلك ولا تغطي جميع أبعاد الصلابة. (Sharif Nia et al, 2022, p.2)

بالإضافة الى المقاييس التي ذكرت سابقا هناك مقاييس كثيرة تقيس الصلابة النفسية قام بتصميمها وتعديلها وتكييفها عدة باحثين على البيئة العربية امثال مقياس مخيمر لقياس الصلابة النفسية والذي استعمله الباحث في الجانب التطبيقي من هذه الدراسة، اين سيتطرق الى التعريف به وشرح محتواه ومفاتيح تصحيحه في الفصل السادس الذي يلي الفصول المتبقية من دراستنا.

خلاصة الفصل:

أسست كوبازا kobasa لمفهوم الصلابة النفسية باعتبارها رائدة هذا المجال، استنادا على خلفية فلسفية وجودية، متأثرة في ذلك بأعمال الكثير من الباحثين وفي مقدمتهم لازاروس Lazarus، على أنّها – الصلابة النفسية – عبارة عن مجموعة من السمات الشخصية، كمصدر يعمل على الوقاية من الأحداث الشاقة، فهي اتجاه واعتقاد عام لدى الفرد حول قدراته على استغلال المصادر المتاحة لديه من امكانات نفسية و بيئة محيطة من أجل إدراكه لضغوط الحياة الشاقة إدراكا صحيحا بمنطقية وموضوعية غير مشوهة، ويتكيف بإيجابية معها. و تتكون الصلابة النفسية حسب كوبازا من ثلاثة أبعاد (مكونات) رئيسية تتمثل في الالتزام، والتحدي، والتحكم، إضافة الى بعد رابع وخامس من خلال ما أضافه كل من مادي Maddi سنة 2005 حول بعد التواصل وما أضافته موند Mond حول بعد الثقافة. كما أنّه وحسب العديد من الباحثين أمثال كوبازا ومخيمر أنّ للصلابة خصائص معينة يتسم بها الأفراد الأقوياء ذوي الصلابة المرتفعة وخائص معينة لذوي الصلابة المنخفضة. أمّا عن أهمية الصلابة النفسية وحسب الباحث فقد قام بتبيانها من خلال العديد من الدراسات التي اجريت على الأشخاص العاديين وغير عاديين أمثال المرضى، وتظهر هذه الأهمية حسب الباحث أنّ الصلابة النفسية تمكّن وتجعل من الفرد قادرا على التعايش ومواجهة ضغوطات الحياة بمختلف أنواعها، ويرى الفرد أنّ هذه المواقف التي يتعرض لها، ما هي الاّ فرصة للنمو والتطور واكتساب خبرات وتجارب تمكنه من السيطرة والتحدي على نحو أفضل في المستقبل. كما انّ للصلابة ميادين ومجالات تطبيقية متنوعة يمكن أن تلعب الصلابة فيها دورا رئيسيا مثل مجال التنشئة الاجتماعية، ومجال الصحة العقلية والبدنية، ومجال التعلّم والتدريب، ومجال الإعاقة والتمريض، ومجال المخدرات والإدمان، ومجال العمل والإرهاق. وبالنسبة لموضوع قياس الصلابة، وحسب الباحثين فقد ارتبطت بإدماج العديد من المقاييس التي وجدت من قبل، فقد كان الباحثون الأوائل يقومون بعملية الدمج لمقاييس تحمل مفاهيم مشابهة ومماثلة لإنشاء مقاييس للصلابة النفسية، ومن اهم مقاييس الصلابة التي تمّ ذكرها من طرف الباحث في مجال الصلابة النفسية مقياس مرونة التصرف DRS لـ بارتون واخرون (1989)، ومقياس وجهات النظر الشخصية PVS لـ كوبازا ومادي (1994)، ومقياس استطلاع الآراء الشخصية PVS-II لــ مادي (1997)، ومقياس استطلاع الآراء الشخصية PVS-III لــ مادي و كوبازا (2001). هذا وقد تم تطوير العديد من المقاييس في البيئة العربية الخاصة بقياس الصلابة النفسية على غرار مقياس مخير الذي استعمله الباحث في الجانب التطبيقي من هذه الدراسة.

الفصل الثالث:

جـــودة الحيـــــاة

تعتبر جودة الحياة **(Quality of Life)** احدى المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماما و رواجا واسعا بين مختلف العلوم الطبية والاقتصادية والانسانية والاجتماعية، كما أنّه لم ينظر إليها على أنّها موضوع ذو أهمية سيكولوجية إلاّ في وقت متأخر نوعا ما.

وتكمن هذه الأهمية كما أشار إليها **Orte et al (2007)** من أجل تحسين حالة الفرد الصحية وهذا بإعداد برامج وقائية و أخرى علاجية وتحسين الرعاية الصحية، وزيادة على ذلك، برامج للتدخل لتنمية الصحة وتحسينها والتي يمكن أن تتضمن تنمية الذات والتفاؤل ومعنى الحياة والرضى عنها. (بكر، 2013، ص. 26)

كما أنّ الباحثين بدأوا يهتمون بالوظائف النفسية والاجتماعية كونها تعتبر جوانب مهمة في تقرير نوعية الحياة لدى المرضى المعاقين وفئة الأمراض المزمنة. (تايلور، 2008، ص. 621)

وحسب مختلف الدراسات السابقة التي تناولت مواضيع جودة الحياة لدى مختلف الأفراد ذوي الامراض المزمنة مثل السرطان وأمرض القلب والضغط والتي لها تأثير كبير على جودة الحياة التي يتمتعون بها بصفة عامة وجودة الحياة المرتبطة بالصحة بصفة خاصة، كذلك نجد مرض السكري بنوعيه نمط 1 و نمط 2 كغيره من الامراض المزمنة له أثر كبير ومستمر على جودة الحياة التي يتمتع بها مريض السكري وبالأخص جودة حياته الصحية، كون المرض يساير الفرد طيلة حياته ويمس جميع الوظائف النفسية والاجتماعية والمهنية والصحية التي يعيشها المصاب، ولهذا تزايد الاهتمام من قبل الباحثين وبالأخص في مجال علم النفس الصحي حول دراسة موضوع جودة الحياة المرتبطة بالصحة. وبتزايد البحوث والدراسات وكثرة الأطر النظرية والأدبية حول هذا الموضوع – جودة الحياة – أراد الباحث في هذا الفصل أن يقدم حوصلة معرفية معتبرة حول مختلف المفاهيم المتعلقة بجودة الحياة و أبعادها المتعددة بصفة عامة، و جودة الحياة المرتبطة بالصحة والمفاهيم المتعلقة بها بصفة خاصة.

1- مدخل مفاهيمي لجودة الحياة:

رغم أنّ مصطلح جودة الحياة (Quality of Life) يعتبر مصطلحا حديث النشأة منذ منتصف القرن العشرين، إلاّ أنّه نشأ وتطور في القرن الثامن عشر إلى غاية القرن العشرين، وهذا لاقترانه بالعديد من المفاهيم مثل السعادة والرضا والمتعة وتحقيق الذات وغيرها من المفاهيم التي أسست لنشأة مصطلح جودة الحياة بصورة كبيرة في مختلف العلوم الصحية، والطبية، الاجتماعية والنفسية، البيئية، والادارية والاقتصادية، وغيرها.

(Erez, 2020, p.4)

وهذا ما يبين أنّ مستخدمي هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على معنى معين لمصطلح جودة الحياة لعدة اسباب وهي أنّه نتاج لمجموعة من المتغيرات المرتبطة بوجود الأفراد في واقع موضوعي محدد يؤثر في إدراكهم وتقييمهم لهذا الواقع بشكل ذاتي، و أنّ المفهوم لازال حديث التناول على مستوى العلمي الدقيق، بالإضافة إلى عدة اعتبارات

أخرى من حيث الاستخدام، فهو يستخدم احيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي يستفيد منها الأفراد واحيانا أخرى يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على اشباع حاجاتهم المختلفة، كما أنّ استخدامه لا يرتبط بمجال معين من مجالات الحياة أو بفرع من فروع العلوم بل هو موزع بين الباحثين بمختلف تخصصاتهم كالاقتصاد وعلم الاجتماع وعلم النفس والطب. (بكر، 2013، ص. 47)

وعليه فإنّ الباحث سيعرض جودة الحياة في ظل أهم الاتجاهات النظرية التي تناولت هذا المفهوم، وهي الاتجاه الفلسفي، الاتجاه الاجتماعي، والاتجاه النفسي، الاتجاه الطبي.

1-1- الاتجاه الفلسفي لمفهوم جودة الحياة:

يوجد الكثير من الأدلة التي تشير إلى أنّ موضوع جودة الحياة كان موضع اهتمام العلماء منذ القدم، فقد كرس الفلاسفة اليونان القدماء الكثير من الجهد من اجل وضع مبادئ توجيهية للعيش والتي من شأنها أن تساعد الأفراد على تحقيق المستوى المثالي من الأداء. (Chung et al, 1997, p.80)

فقد اهتمّ الفلاسفة خلال قرون كأرسطو وسقراط وأبيقور على مفهوم السعادة الذي كان الموضوع الرئيسي لاهتماماتهم عبر تساؤلات عديدة، ما هو مفهوم السعادة؟ وهل يمكن الوصول إليها؟ و كيف؟ لأنّ السعادة كمفهوم نتطلع إليه ونرغب به أكثر مما هو حقيقة متحصل عليها وموجودة وهذا ما يصعب ويجعل من تعريفه وتحديده استحالة ينبغي تقبلها، وكل هذا راجع إلى اختلاف نظرة الفلاسفة والمفكرين، فـ " كانت – Kant " يختصره في اللذة و فلاسفة أخرون يختصرونه في الشرف والثروة. أمّا أرسطو وحسب **(2002) Gustave Nicolas & Fisher** فالسعادة بالنسبة له هي رغبة عليا لأي إنسان بتوافر شروط خاصة. (عمران، 2009، ص. 42)

وجاء في دراسة Fayers & Machin (2007) أنّ كتاب الاخلاق للفيلسوف أرسطو (384–322 ق.م) يعتبر أحد المصادر التي تطرقت لجودة الحياة، حيث قال: إنّ كلا من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء، إلاّ أنّ مكونات السعادة تختلف من شخص لأخر أذ يقول بعض الناس شيئا ما في حين يقول أخرون غيره ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيرا يرى السعادة في الغنى ويرى أيضا – أرسطو – أنّ الحياة الطيبة تعني حالة شعورية، ونوعا من النشاط وما ذلك بالتعبير الحديث سوى تعبيرا عن جودة الحياة. (مسعودي، 2015، ص. 204)

وبحسب الباحث حسن (2008): أنّ الفلاسفة العرب والمسلمين اعتبروا أنّ جودة الحياة هي السعادة الأرضية التي ترتبط بالمال والحياة للوصول بالإنسان إلى غاياته وملذاته التي اعتبرها الفارابي ملذات زائلة، كما أشار ابن

سينا إلى أنّ جودة الحياة تأتي من خلال قدرات الفرد وتدبره لأموره العائلية إذ يرى أنّ سياسة النفس أصعب على الفرد من أي سياسة فهو يقول : " إذا ما نجح الرجل في سياسة نفسه فإنه يستطيع أن يؤسس مدينة بأكملها ".

ويرى الباحث "أبو حلاوة": على أنّه بالرغم من وجاهة مضامين الاتجاه الفلسفي في توصيفه لمفهوم جودة الحياة، إلاّ أنّ أي قراءة منصفة لواقع الانسان في عالمنا المعاصر ينبئ بأنّ الاندفاع في مسار الحصول على السعادة وفقا لهذا المنظور لم يستطع أن يحقق سوى تباشير أمل واه، وبالتالي ظلّ الانسان ينشد السعادة لكنه في المقابل لم يحصل سوى على البؤس والتعاسة. (مرازقة، 2015، ص. 47)

1-2- الاتجاه الاجتماعي لمفهوم جودة الحياة:

ارتبط مفهوم جودة الحياة وفق هذا الاتجاه بمجموعة من المؤشرات الاجتماعية الموضوعية التي دلت عليها الاحصاءات والبيانات الرسمية مثل نوعية العمل وطبيعته وسهولة المواصلات و نظافة البيئة وتوفر الخدمات الصحية المناسبة والسلع وزيادة الدخل، وتوفر فرص التعليم والعمل والعدالة الاجتماعية، وتوفر أماكن الترفيه والاستجمام و حرية التعبير والاعتقاد، و أنّ هذه المؤشرات تختلف من مجتمع لأخر. (الشنفري، 2006، ص. 119)

كما أنّ هذه المؤشرات التي تدل على جودة الحياة كونها العناصر الأساسية التي تبنى عليها الحياة تعتمد على بيانات رسمية عن الدولة التي تقيس جودة حياة مواطنيها، غير أنّ المهتمين بهذه القياسات بينوا أنّها لا تعبر عن جودة الحياة بقدر ما هي تعبر عن كم الحياة، أي مقدار ما يقدم من خدمات لحياة الأفراد في المجتمع، أمّا الجودة فهي تعبير لإدراك الفرد لهذا الكم واتجاهاته نحوها واستجابته بشكل قد يحقق له الرضا عن حياته أو عن مجال معين من مجالات الحياة المتعددة. (الغندور، 1999، ص. 119-149)

وبحسب دراسة **Chamberlain & kerry (1985)** : أنّ الباحثين في العلوم الانسانية عامة وعلم الاجتماع خاصة يجمعون على حقيقة أنّ المؤشرات الموضوعية بكل مظاهرها المادية القابلة للرصد والإحصاء والقياس لم تعد كافية للتعبير عن نوعية الحياة بمعناها الدقيق، فقد بين كلّ من كلينكهام Celling ham , 1985 و ريس R. Reece ، أنّ البحوث التي ترتكز على الجوانب الموضوعية لا تقدم إلاّ القليل فيما يتعلق بجودة الحياة أو نوعية الحياة المركبة بالنسبة للفرد. (بكر، 2013، ص. 50)

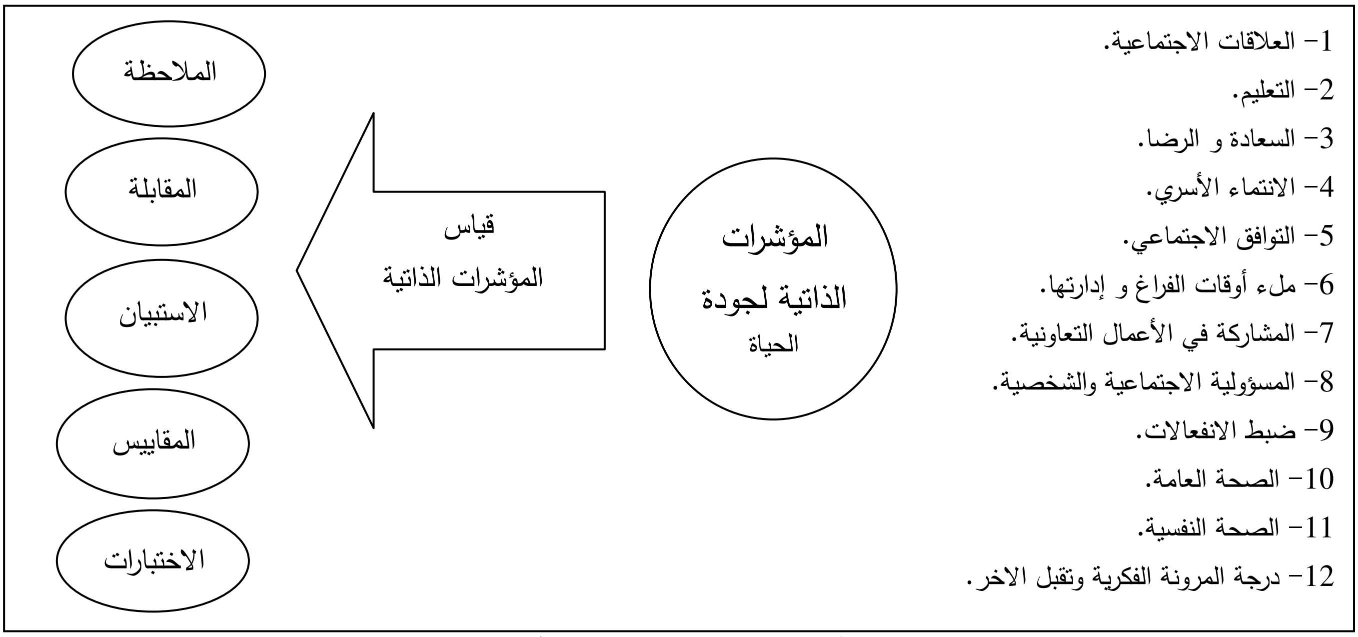
1-3- الاتجاه النفسي لمفهوم جودة الحياة:

ترى الباحثة **شقير (2009)**، أنّ موضوع جودة الحياة من المفاهيم الحديثة نسبيا في مجال العلوم النفسية، فقد ظهر المصطلح كأحد الموضوعات التي لها علاقة بعلم النفس الإيجابي Positive Psychology، إذ يهتم بدراسة الخصائص الإيجابية ونواحي القوة لدى الانسان بغرض مساعدة الافراد على تحقيق السلوكيات المنتجة والاسهام في

النمو الشخصي والاجتماعي، كما ظهر ليتسع ويشمل مفهوم الصحة النفسية ومفهوم التفوق متماشيا مع النظرة الإيجابية للحياة التي يشملها علم النفس الإيجابي، ليتجاوب مع تصميم برامج دعم الافراد والجماعات وخدمات التقويم وهذا الاستخدام هو جزء من النظرة الواسعة التي تقول أنّ جودة الحياة هي نتيجة ملائمة للتعليم والصحة وبرامج التأهيل والخدمة الاجتماعية، فجودة الحياة من المنظور النفسي ترتبط بعدد من المفاهيم الأساسية مثل الإدراك والقيم والاتجاهات والحاجات والطموح ومستويات الرضا الخاصة بجوانب الحياة المختلفة. كما تؤكد الباحثة على أنّ جودة الحياة هي أن يعيش الفرد في حالة جيدة متمتعا بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوي الإرادة، صامدا أمام الضغوط التي تواجهه، ذو كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضيا عن واجباته الأسرية والمهنية والمجتمعية، محققا لحاجاته وطموحاته، واثقا من نفسه غير مغرور ومقدرا لذاته، مما يجعله يعيش شعور السعادة. (أحمد، 2016، ص. 18)

كما ترتبط جودة الحياة حسب الباحث **الشنفري (2006)** بالعديد من المؤشرات الذاتية للأفراد في المجتمع منها: العلاقات الاجتماعية – التعليم – السعادة والرضا – الانتماء الأسري – التوافق الاجتماعي – ملء أو قات الفراغ وإدارتها – المشاركة في الأعمال التعاونية – المسؤولية الاجتماعية والشخصية – ضبط الانفعالات – الصحة العامة – الصحة النفسية – درجة المرونة الفكرية وتقبل الاخر ، ولقياس هذه المؤشرات يمكن استخدام الأدوات النوعية كالملاحظة والملاحظة بالمشاركة والمقابلة المباشرة فضلا عن الاستبيانات والمقاييس والاختبارات شريطة ان تتمتع بالشروط السيكومترية المطلوبة. (بكر، 2013، ص. 52)

شكل رقم 02: تلخيص منظور علم النفس للمؤشرات الذاتية لجودة الحياة وادوات قياسها من إعداد الباحثة بكر.



(بكر، 2013، ص. 53)

1-4- الاتجاه الطبي لمفهوم جودة الحياة:

يشير الباحث **الغندور (1999)** إلى جودة الحياة في المجال الطبي، على أنّها اصبحت موضوعا هاما في مجال الصحة والخدمات الاجتماعية والسياسية، إذ يهتم مديرو المؤسسات الاستشفائية والباحثون في مجال العلوم الاجتماعية بتعزيز ودفع نوعية الحياة لدى المرضى. و تعني جودة الحياة في هذا الاتجاه حسب **الباحث عزب (2004)**، التقدم الحاصل في حياة الأفراد نتيجة الحصول على الرعاية الخاضعة للبرامج الطبية، والعلاجية المختلفة في مراعاة لجوانب التكلفة الاقتصادية وفقا لأوضاع الأفراد الاجتماعية، كما أنّ قياس جودة الحياة من منظور طبي يختلف باختلاف نوعية الحالة أو نوعية المعاناة المرضية. وبالرجوع إلى حاجات الفرد النفسية والاجتماعية والمعرفية والفيسيولوجية يمكننا القول بأنّ جودة الحياة الصحية الجيدة تعتبر القاعدة الأساسية التي إذا تحققت بالمستوى المطلوب فإنّها تضمن له المحافظة على صحته وجودتها وبالتالي يستطيع أن يصل إلى مقومات لجودة حياته النفسية والاجتماعية بكفاءة. (جمال، 2015، ص. 15)

حيث جاء في الدراسة التي أعدّها الباحث (1997) **Arfken** ، أنّ قياس جودة الحياة في هذا المنحى قديمة نسبيا، فكان الأطباء يلجئون إلى تقييم حالة المريض والخدمات المقدمة له، إذ كانوا يقومون بالإجابة على الفقرات التي كانت تخص حالة المريض ضمن مقاييس كانت معدّة لهذا الغرض، إلاّ أنّ هذا الاتجاه لقي الكثير من الانتقادات تحت تساؤل (حياة من هي؟) ،فالأطباء كانوا يغفلون أو يتحيزون في إجاباتهم على بعض فقرات المقياس ولم يستطيعوا نقل مشاعر المريض اتجاه الخدمات المقدمة له بنحو صادق. ولهذا ظهر الاهتمام بالمريض نفسه ليحدد مشاعره اتجاه ما يقدم إليه في جوانب حياته المختلفة لأنهم – المرضى- أكثر إحساسا بقيمة حياتهم، كما اهتمت الدراسات الطبية في مجالات جودة الحياة بنوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة مثل مرضى السكر، والسمنة المفرطة والامراض النفسية والشيخوخة والمعوقين وأمراض القلب والادمان والمخدرات والايدز و السرطان. (بكر، 2013، ص. 54)

وعليه فإنّ الباحث من خلال هذه الاتجاهات: (الفلسفية، الاجتماعية، النفسية، الطبية)، التي عرضها، يستنتج أنّ مفهوم جودة الحياة هو مفهوم متعدد الأبعاد و مركب الوظائف، و واسع الاستعمال، ولا يقتصر على اتجاه معين بحد ذاته يمكن أن يتبناه نظريا بصفة حصرية، فالاتجاه الفلسفي يربط جودة الحياة بالسعي الدائم للإنسان للبحث عن السعادة وكيفية تحقيقها والشعور باللذة وعدم حصولها عليها كما يتصور. أمّا الاتجاه الاجتماعي الذي يرى أنّ جودة الحياة تكمن في جودة الخدمات الاجتماعية المقدمة للأفراد والتي – الخدمات الاجتماعية- يعبر عنها احصائيا وبيانيا من قبل الدول والهيئات التي توفر هذه الخدمات، وأنّه كلما استفاد أفراد المجتمع من خدمات

اجتماعية كلما تحققت لديه جودة الحياة بغض النظر عن نوعية هذه الخدمات. أمّا الاتجاه النفسي الذي يخالف الاتجاه الاجتماعي فقد نفى تركيز الاتجاه الاجتماعي على نوعية الخدمات المجتمعية التي يستفيد منها الفرد في تحقيق جودة الحياة لديه بالقدر الذي ربط تحقيق جودة الحياة بقدرة الفرد على إدراكه لنوعية الخدمات التي يستفيد منها وما تحققه له من شعور بالرضا والسعادة والارتياح، إذ ربط الاتجاه النفسي جودة الحياة بالعديد من المؤشرات التي تدلّ عليها مثل السعادة والرضا والعلاقات الاجتماعية والصحة النفسية والجسمية وغيرها من المؤشرات. أمّا الاتجاه الطبي بدوره هو الأخر ربط مفهوم جودة الحياة بجودة الحياة الصحية للفرد من خلال الرعاية الطبية والصحية المقدمة له واذا ماكنت تحقق له مشاعر الارتياح والرضى نحو الخدمات الطبية التي يحتاجها ويستفيد منها وبالأخص نذكر هنا فئة الأمراض المزمنة مثل مرضى السكري بنمطيه 1 و 2 و مدى تحقيق جودة الحياة المرتبطة بالصحة لديهم حسب هذا الاتجاه.

و بالتالي يمكننا القول أنّ تعريف جودة الحياة هو تعريف مركب الأبعاد ويحمل العديد من المؤشرات التي تدل على تحقيق جودة الحياة لدى الفرد بصفة عامة و جودة حياته المرتبطة بالصحة بصفة خاصة، وهذا ما سنلاحظه من خلال التعريفات والأبعاد والنماذج المعرفية لجودة الحياة التي سنوردها في الفروع التالية من هذا الفصل.

2- تعريف جودة الحياة:

تعددت تعاريف جودة الحياة عند الباحثين لاختلاف تخصصاتهم البحثية واتجاهاتهم النظرية، وكذلك الأهداف المرجو تحقيقها من دراسة جودة الحياة لدى الأفراد، ونتيجة لذلك وجد عدد كثير من التعاريف لجودة الحياة في الادبيات النظرية، وهذه التعاريف ليست محددة، بل هي متزايدة كلما زادت الدراسات والبحوث التي اهتمت بجودة الحياة. و من ناحية أخرى فإنّ مصطلح جودة الحياة يعتبر مصطلحا غامضا يصعب الاتفاق على تعريفه وهذا يرجع لاستعماله الشائع في الحياة اليومية والعامة، والذي يركز على الجوانب الايجابية عند استعماله في التعبير عن نوعية الحياة لدى الفرد وهذا عكس معناه في القاموس الذي يشير إلى وصف طبيعة الشيء التي قد تكون إمّا ايجابية أو سلبية. (Meeberg, 1993, p. 33)

كما أنّ مصطلح جودة الحياة في مفهومه ينتمي إلى مجموعة كبيرة من المصطلحات المتشابهة والمتداخلة معه مثل الحياة المطمئنة، والرضا الشخصي، السعادة والرضا. (Andelman, 1999, p. 106)

و هذا ما جعل من مصطلح جودة الحياة المفاهيم المتعلقة به يختلف في تعريفاته ويتنوع من باحث لأخر ومن دراسة لأخرى.

وقبل أن نتطرق إلى مختلف هذه التعاريف الاصطلاحية نشير إلى تعريف مصطلح الجودة لغويا :

2-1- الجودة: Quality لغة: بمعنى الشيء الجيد وهي مصطلح لغوي يطلق على من كلف بعمل فأجاده، فالجودة في اللغة أصلها الاشتقاقي (ج و د) وهو أصل يدل على التسمح بالشيء وكثرة العطاء. و جاد الشيء جوّده أي صار جيدا وأجاد: أتى بالجيد من القول والفعل، ويقال: أجاد فلان في عمله وأجود وجاد عمله، وجاد الفرس: أي صار رائعا يجود جودة. (الربعي، 2013، ص. 239)

فتعبير الجودة في أصل اللغة العربية يأتي من الفعل " جود " أي شيء جيد والجمع "جياد"، وجيائد بالهمزة، ومنها اجاد الشيء أي أحسنه، و " جودة تجويدا " أي قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن. (عزب، 2004، ص. 585)

فمن خلال هذين التعريفين اللغوين يتضح لنا أنّ مصطلح الجودة لغويا يعبر عن "الأداء الجيد للأشياء".

2-2- جودة الحياة اصطلاحا Quality of life :

فيما يلي سيعرض الباحث بعض التعاريف الاصطلاحية لمختلف الباحثين العرب والأجانب بمختلف تخصصاتهم، إلى جانب تعريف منظمة الصحة العالمية التي اهتمت بمتغير جودة الحياة، وفق ترتيب زمني متسلسل كالآتي:

- **تعريف إمرسون(1985) Emerson لجودة الحياة:** أنّها رضا الفرد عن قيمه وأهدافه واحتياجاته من خلال تحقيقه لقدراته وإمكاناته أو أسلوب حياته. (Felce & Perry, 1995, p.58)

- **تعريف جود (1990) Goode:** عرف جودة الحياة على أنّها " امتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى". (رجاء، 2016، ص. 357)

- **وعرفها ميبيرج (1993) Meeberg:** على أنّها شعور الفرد بالرضا عن حياته بصفة عامة، وقدرته النفسية على الحكم عن حياته الخاصة بقناعة وحكمة، وقبوله لصحته الجسمية والنفسية والاجتماعية كما يحددها هو بنفسه، أو من خلال التقييم الموضوعي من الأخرين بأن الظروف الحياتية التي يعيشها هذا الفرد جيدة وأمنة ولا يوجد ما يهددها. (Meeberg, 1993)

- **تعريف هناء الجوهري (1994) لجودة الحياة:** "بأنّها ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الاشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدر الاشباع الذي تحقق". (أرنوط، 2008، ص. 328)

- **وحسب الباحثان فيلك و بيري (1995) Felce & Perry:** فجودة الحياة تعبر عن السعادة ككل بصفة عامة و التي تنتج عن التقييم الذاتي والموضوعي للسعادة المادية والجسمية والانفعالية والاجتماعية مع بعضها البعض، بما

يتوافق مع مستوى النمو الشخصي للفرد وأنشطته الهادفة، والتي يتم تقييمها جميعا انطلاقا مما لدى الفرد من نسق قيمي. (Felce & Perry, 1995, p.60)

- **تعريف منظمة الصحة العالمية (1997) لجودة الحياة:** عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 1948 الصحة ككل، على أنّها حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والجسدية والنفسية والاجتماعية. والمصطلح الذي كان متداولا بكثرة في ذلك الوقت هو "**الحياة الجيدة**" **Wellbeing** ، ، أمّا مصطلح "**جودة الحياة**" **Quality of life** لم يظهر إلى غاية السبعينيات كمصطلح تقني ليتوسع استعماله تدريجيا مع مرور الوقت إلى أن أصبح هذا المصطلح من أكثر المصطلحات استعمالا و وجدت الكثير من الأدوات لتقييمه وقياسه. وهذا ما يلاحظ في موقع العلوم وهو من أهم المواقع العلمية التي تجمع مختلف الدراسات الأكاديمية في عدة تخصصات طبية واقتصادية وبيئية ونفسية اجتماعية. إذ يلاحظ تزايدا في عدد الدراسات التي تضمنت مصطلح "جودة الحياة" بين عامي 1986 و 2005 من 5.000 آلاف دراسة بين سنتي 1986 و 1990 إلى 30.000 ألف دراسة ومقالة بين سنتي 2001 و 2005. (Petersen, 2008, p. 20). وهذا التزايد المستمر إن دلّ على شيء فإنّما يدل على الاستعمال الواسع للمصطلح عبر مختلف العلوم على مر السنوات، مما جعل من منظمة الصحة العالمية تتبنى المصطلح وتعطيه **تعريفا جاء فيه:** "بأنّ جودة الحياة هي عبارة عن إدراك الفرد لوصفه في الحياة في منظومة القيم والثقافة التي يعيش فيها، وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته". (WHOQOL, 1997)

- **و عرّف ليهمان (1998) Lehman جودة الحياة:** بأنّها ما يشعر به الفرد ويحس به من رفاهية و رضا في ظل ظروفه الحالية. (Lehman, 1998, p.51, 62)

- **أمّا شالوك (2000) Shalock** : عرف جودة الحياة على أنّها عبارة عن مفهوم يجمع عدة أبعاد، يعتمد في ذلك على ما لدى الفرد من قيم، متضمنا مؤشرات ذاتية وأخرى موضوعية، وهي تقييم لظروف حياة الفرد التي يعيشها. (Shalock, 2000, p.121)

- **أمّا فرانك (2000) frank فقد عرفها:** بحسن توظيف امكانيات الإنسان العقلية والابداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الانسانية، وتكون المحصلة جودة الحياة وجودة المجتمع، ويتم ذلك من خلال الأسرة والمدرسة و الجامعة. (رجاء، 2016، ص. 357)

- **وجاء في تعريف بونومي وأخرون (2000) Bonomi et al:** على أنّ جودة الحياة هي مفهوم واسع متداخل الجوانب الذاتية والموضوعية والتي لها علاقة بالحالة النفسية للفرد ومدى ما يتمتع به من استقلال بالإضافة الى العلاقة التي تربطه بالبيئة والمجتمع الذي يعيش فيه.

- **وفي رأي الباحث حسن مصطفى (2005):** على أنّ جودة الحياة هي مفهوم يدلّ على مستوى الخدمات المادية والاجتماعية الراقية التي يستفيد منها أفراد المجتمع في إطار الخدمات المقدمة لهم، أو أنّها - جودة الحياة - تعبير عن التوجه نحو نمط حياة يتميز بالترف، وأنّ هذا النمط لا يمكن تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، الذي باستطاعته حل جميع المشكلات التي يعيشها معظم ساكنته. (حسن، 2005، ص. 13-24)

- **وعرّفها منسي و كاظم (2006):** بأنّها شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه. (مسعودي، 2015، ص. 205)

- **تعريف الباحث دينير (2009) Diener:** على أنّها الإدراك الحسي للفرد اتجاه منزلته ومكانته في الحياة من ناحية منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، و من الناحية الثقافية أيضا، وكذلك العلاقة التي تربطه بالأهداف والثوابت والمعتقدات والتوقعات الخاصة به، ويشمل هذا كل من مستوى الاستقلال الشخصي و الحالة النفسية للفرد .(Diener, 2009)

- **وفي دراسة أجراها بوتشياتو وأخرون (2021) Puciato et al** : أشاروا إلى أنّ جودة الحياة هي واحدة من الفئات المفاهيمية الرئيسية في العديد من التخصصات العلمية وفي الممارسة الاجتماعية والاقتصادية. وغالبا ما يستخدم جودة الحياة كمقياس لمستوى التنمية الاجتماعية في الدراسات المقارنة للبلدان أو الفئات الاجتماعية. (Puciato et al, 2021, p.1)

هذا ويستنتج الباحث مما سبق أنّه وبالرغم من هذا التعدد في التعريفات السابقة التي عرضناها إلاّ أنّ غالبيتها تجمع على أنّ جودة الحياة مفهوم مركب الأبعاد (نفسية واجتماعية وذاتية وصحية واقتصادية وطبية) ولا يقتصر على بعد بحد ذاته.

2-3- أبعاد جودة الحياة (البعد الذاتي والبعد الموضوعي):

تنقسم أبعاد جودة الحياة إلى صنفين من الأبعاد، أبعاد ذاتية وأخرى موضوعية نبينها في مايلي:

أولا- البعد الذاتي، Subjective Quality of Life: وتتمثل في النواحي الفردية والشخصية للشخص مثل الشعور بالرضى والاحساس بالسعادة و حسن الحالة التي يعيشها الفرد.

ثانيا- البعد الموضوعي، Objective Quality of Life: فهو مركب من جميع الاحتياجات والإمكانيات التي يحتاجها الفرد من أجل العيش مثل الصحة والتعليم إلى جانب المعايير الثقافية والبيئية والمجتمعية التي يخضع لها الفرد. (البهادلي و كاظم، 2005، ص.67)

حسب الباحث أبو حلاوة (2010)، أنّ معظم الباحثين ركزوا على الأبعاد الموضوعية لجودة الحياة وهي عبارة عن مؤشرات قابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل: الدخل، وضعية العمل، المساندة والعلاقات الاجتماعية، وكذلك مكانة الفرد من اقتصاديا واجتماعيا. إلاّ أنّ بولينغ وأخرون Bowlling et al (2000) أشاروا إلى أنّ الأبعاد الذاتية المكونة لجودة الحياة هي الأهم في تحديد جودة الحياة، فكل من الجوانب الاجتماعية التي تدل على الترابط الاجتماعي والقيم والمعتقدات التي تدل على السلوكات الاجتماعية والعديد من المتغيرات النفسية تعتبر من العوامل التي يمكن التنبىء بها لجودة الحياة عند الأفراد، وهذا الأخير أكده شالوك Shalock (2000) في تحليله لتعريف جودة الحياة. (حرطاني، 2014، ص. 19)

2-4- تصنيفات لتعاريف جودة الحياة:

كما وقد صنّف فاركوهار Farquhar (1995): التعريفات المتعددة لجودة الحياة إلى أربعة أصناف وأنّ هذه التعاريف وغيرها تقع في واحدة من هذه الأصناف الرئيسية لمفهوم جودة الحياة، كما سنوضحها في الجدول التالي:

جدول رقم 01: الأصناف الأساسية لتعريفات جودة الحياة حسب "فاركوهار Farquhar". (Farquhar, 1995)

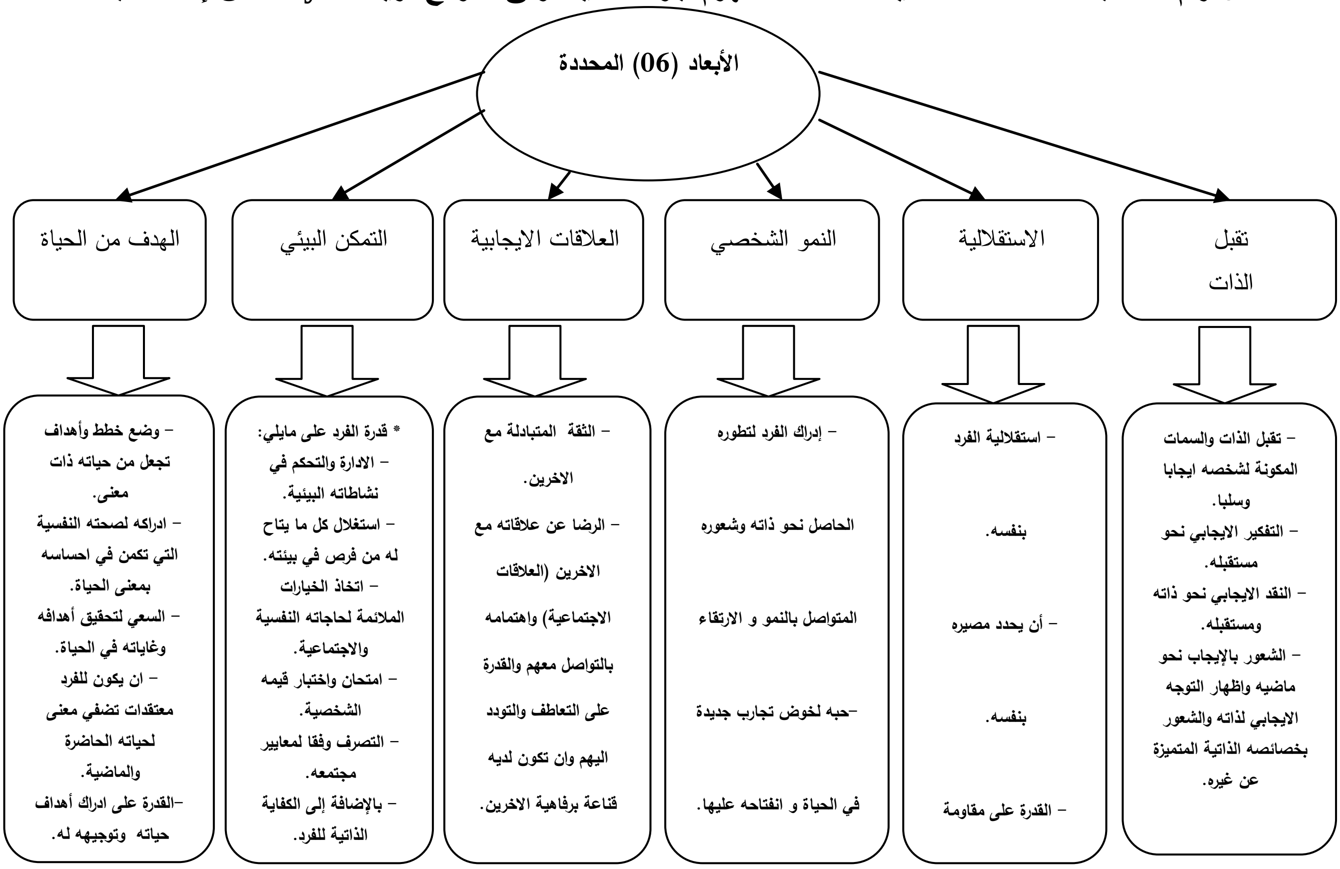
الصنف	اسم الصنف	خصائص الصنف وصفاته
الصنف الأول	مفاهيم و تعريفات عمومية	الاكثر انتشارا ، بحيث ترى أن مصطلح جودة الحياة يتكون من مجموعة من العناصر و المركبات القليلة والمحدودة مثل السعادة من عدمها وعنصر الرضا.
الصنف الثاني	تعريفات المركبات و العناصر وتنقسم إلى صنفين: أبحاث محددة بالبحث وأخرى غير محددة بالبحث	وهي تقسم جودة الحياة لسلسلة من المركبات و الأبعاد، كما تكشف عن الخصائص الرئيسية لأي مقياس لجودة الحياة وليس من الضروري أن تكشف عن جميع الأبعاد فهي تكشف عن أبعاد معينة لها علاقة بأهداف البحث
الصنف الثالث	تعريفات موجهة وتنقسم إلى : تعريفات واضحة وصريحة وتعريفات ضمنية	تركز على مركب واحد أو مركبين (عدد قليل) من مركبات جودة الحياة والتي تعتبر مركبات أساسية لجودة الحياة بصورة واضحة أما الضمنية فهي تركز على تعريف او تعريفين لجودة الحياة بصورة واسعة ولكن بصورة ضمنية دون توضيح
الصنف الرابع	تعريفات مترابطة وجامعة	وهي عمومية مثل التصنيف الأول ولكنها أيضا ذات أبعاد محددة مثل التصنيف الثاني

3- النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة:

3-1- نموذج رايف (1989) Rayff:

يعتبر نموذج رايف أحد النماذج التي ربطت مفهوم جودة الحياة بمقدار ودرجة شعور الفرد بالسعادة النفسية ، فجودة الحياة حسب هذا النموذج ينعكس في درجة احساس الفرد بالسعادة من خلال ستة أبعاد حددها رايف، وكل بعد يحتوي على صفات معينة تحدد معنى السعادة النفسية، و سنوضح في المخطط التالي هذه الأبعاد وصفات كل بعد:

شكل رقم03: أبعاد السعادة النفسية المحددة لمفهوم جودة الحياة وفق نموذج "رايف Ryff " من إعداد الباحث.



(Ryff, 1989, p. 1069-1081)

3-2- نموذج لاوتن (1996) Lawton :

ارتكز نموذج لاوتن في تحديده لمفهوم جودة الحياة على البيئة التي يعيش فيها الفرد، ومدى تأثيرها على إدراكه لجودة الحياة التي يعيشها، كما أنّ طبيعة هذا الادراك تتأثر بظرفين، ظرف مكاني وظرف زماني، فالأول له تأثير مباشر على ادراك الفرد للصحة الجيدة التي يتمتع بها مثلا و أنّه يدرك أنّ البيئة التي يعيش فيها توفر له جودة حياة صحية، و تأثير أخر غير مباشر لإدراك الفرد ولكنه يحتوي على مؤشرات ايجابية كالرضا عن البيئة والمحيط الذي يعيش فيه. امّا الظرف الزماني فهو يتعلق بالعمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان اكثر تحديا وسيطرة

وتكيفا مع الظروف البيئية التي يعيش فيها وهذا ما يكون له تأثير على ادراك الفرد لتأثير البيئة مع التقدم في العمر على جودة حياته ايجابيا.

(Argyle, 1999, p. 353-373)

3-3- نموذج ستلز و ونز (Steels & Ones (2002 :

نقلا عن الباحث **أبو حلاوة (2010):** قام ستلز و ونز بتقديم نموذج لمفهوم جودة الحياة يرتكز على ثلاثة محددات، تتفاعل فيما بينها بدرجات متفاوتة من حيث التأثير، إذ ربطا – الباحثان- بين جودة الحياة من منظور ذاتي والسعادة والرضا عن الحياة، وصولا إلى ما يسمى بالوجود الذاتي الأفضل. (أبو حلاوة، 2010، ص. 12)، وفي الجدول التالي نوضح هذه المحددات الثلاث و الأبعاد المكونة لها كما يلي:

جدول رقم 02: محددات وأبعاد جودة الحياة حسب نموذج ستلز و ونز "Steels & Ones"

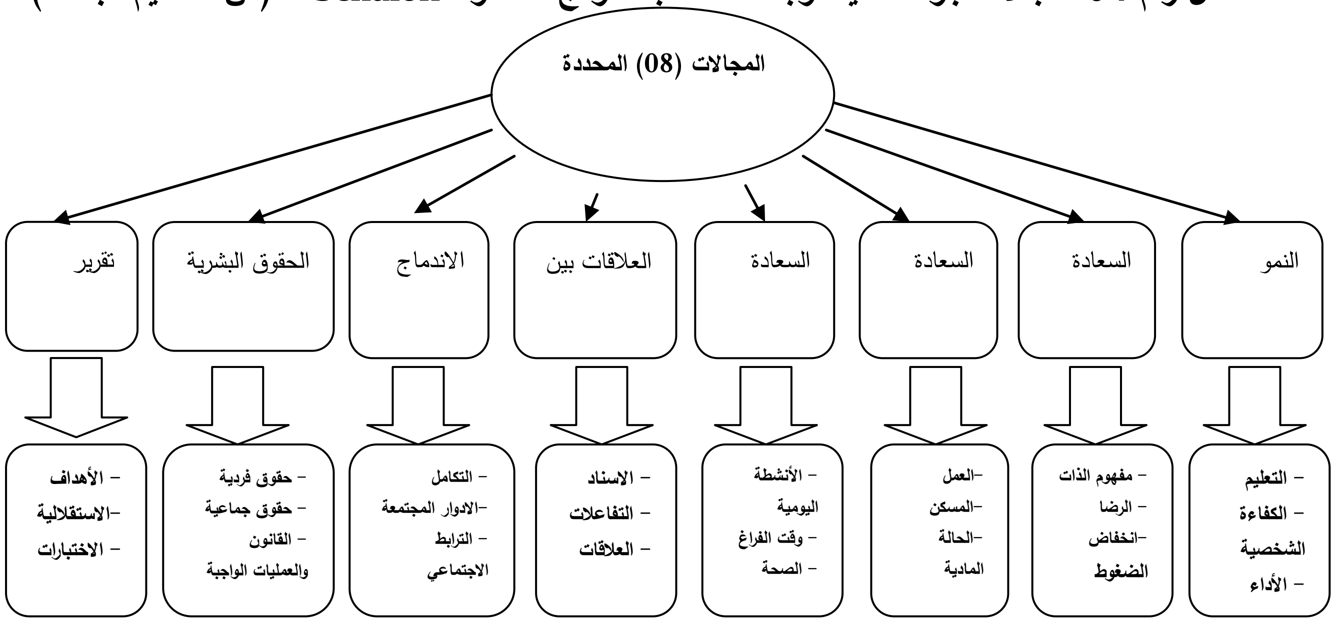
المحـــددات	الأبعـــــاد
(أ) **محددات من الدرجة الأولى:** تتعلق بطبيعة الشخصية.	– الانبساطية مقابل الانطوائية. – العصابية مقابل الاتزان الانفعالي.
(ب) **محددات من الدرجة الثانية:** تتعلق بالمرشحات الداخلية	– وجهة الضبط أو مركز التحكم. – تقدير الذات. – التفاؤل مقابل التشاؤم.
(ج) **محددات من الدرجة الثالثة:** تتعلق بالمدخلات الخبرية للفرد (البيئية).	– مكونات بيئية مادية. – مكونات بيئية اجتماعية.

(أبو حلاوة، 2010، ص. 12)

3-4- نموذج شالوك (Schalok (2002:

قام شالوك بتقديم مفهوم لجودة الحياة على أساس أنّه مفهوم مركب من ثمانية مجالات، وكل مجال يحمل مجموعة من المؤشرات التي تدل عليه، وما يلاحظ في هذا النموذج أنّ شالوك أعطى اهتماما كبيرا للأبعاد الذاتية المحددة لجودة الحياة كونها اكثر تحديدا لدرجة شعور الفرد بجودة الحياة من الأبعاد الموضوعية، (عبد الرحمن، 2007، ص. 338) وفي المخطط التالي نبين هذه المجالات بالتفصيل:

شكل رقم 04 مجالات جودة الحياة وأبعادها حسب نموذج " شالوك Schalok ". (من تصميم الباحث)



(Schalock et al, 2002, p. 463)

3–5– نموذج التكاملية لــ أندرسون (2003) Anderson :

وفق ما جاء به (2003) **Ventegodt** ، قدم أندرسون نموذجا تكامليا لمفهوم جودة الحياة قائما على مجموعة من المفاهيم، مفسرا من خلاله النظرة التكاملية لجودة الحياة، على أنّها مفهوم يجمع العديد من المفاهيم المتعلقة بالسعادة ومعنى الحياة، ونظام المعلومات البايولوجي، والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات. اضافة الى عوامل موضوعية أخرى، كما أنّ تمكين الفرد من تكوين أفكار توصله الى الشعور بالرضا عن الحياة التي يعيشها لا يكون إلاّ من خلال ادراك الفرد لحياته ما يؤدي به ذلك إلى التقييم الشخصي لما هو حوله والرضى عن الحياة.
(Ventegodt, 2003, p. 1030–1040)

كما أنّ شعور الفرد بجودة الحياة يتحدد من خلال ثلاثة سمات مجتمعة مع بعضها وهي:

أ– شخصية الفرد وعمقها الداخلي.

ب– أفكار الفرد المتعلقة بأهدافه الشخصية التي يريد تحقيقها.

ج– المعنى الوجودي الذي يتوسط العلاقة بين أفكار الفرد و أهدافه. (Cella & Tulsky, 1993, p. 336)

وأنّه من خلال هذه السمات يوجد مؤشرات معينة تدل على جودة الحياة:

– أنّ شعور الفرد بجودة حياته ناتج عن شعوره بالرضا ولكي يشعر بالرضا يجب أن يضع الفرد أهدافا واقعية ويكون قادرا على أن يحققها وأن يحاول تغيير ما هو محيط به حتى يتناسب مع أهدافه.

– أنّه ليس بالضرورة اذا اشبع الفرد حاجياته فإنّه سيحس بالرضا مما يخلق لديه جودة الحياة، فهذا أمر نسبي يختلف بين الأفراد نتيجة اختلاف ثقافاتهم وأعرافهم.

- الشعور بجودة الحياة لدى الفرد يكمن في الاستغلال الجيد لإبداعاته وبناء علاقات اجتماعية أمنة مع أسرته ومجتمعه وهذا ما يشعره بجودة الحياة. (Nordenfelt, 1991, p. 92)

3-6- نموذج تيلفير واخرون (2003) Taillefer:

نقلا عن الباحث **أرنوط (2008)** فقد وضع تيليفر رفقة أخرون ثلاثة أنواع من النماذج محددا من خلالها مفهوم جودة الحياة، وهي كالتالي:

أ- **النموذج التصوري (المفاهيمي):** وهو يحدد الأبعاد الرئيسية لجودة الحياة وخصائصها وهو أقل النماذج تصورا.

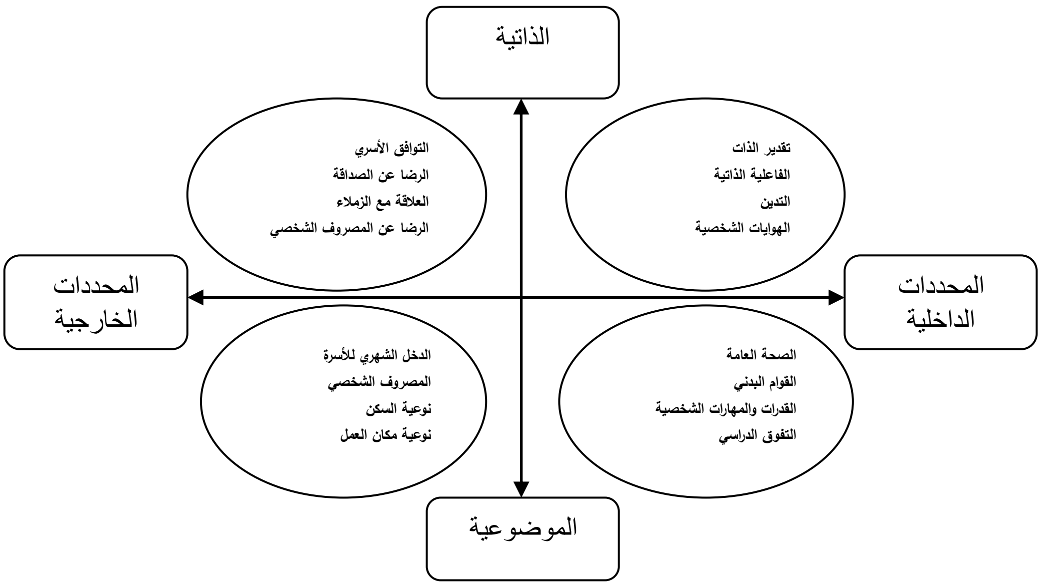
ب- الهيكل التصوري (الإطار المفاهيمي): نموذج يتنبأ بطبيعة العلاقة بين أبعاد جودة الحياة وعناصرها و وصفها.

ج- الإطار النظري: وهو نموذج يتضمن بناء العناصر وعلاقتها ببعضها البعض داخل نظرية تفسر تلك العلاقات، ويعتبر أكثر النماذج تطورا. (Taillefer et al, 2003, p. 293-323)

3-7- النموذج العربي لجودة الحياة لأبو سريع واخرون (2006):

نقلا عن الباحثة **مبارك (2012)** فإنّ أبو سريع وأخرون (2006)، قدّم مفهوما لجودة الحياة معتمدا في تفسيره لهذا المفهوم على تصنيف الأبعاد التي لها تأثير على جودة الحياة وهي تتوزع على بعدين متعامدين كما هو موضح في المخطط التالي:

شكل رقم 05: محدّدات جودة الحياة وفق نموذج أبو سريع وأخرون(2006).



وكتفسير لجودة الحياة وفق المخطط اعلاه: فهو موزع وفق بعدين، البعد الأفقي (المحددات الشخصية الداخلية مقابل المحددات الخارجية) كونها نابعة من داخل الفرد أو خارجه، وهناك البعد العمودي (الرأسي) وهو يمثل توزيع الأبعاد وفقا لدرجة قياسها وتحقيقها، وهي موزعة بين الأبعاد الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) وأبعاد موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس التي تمكن للفرد أن يوازن نفسه بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية.

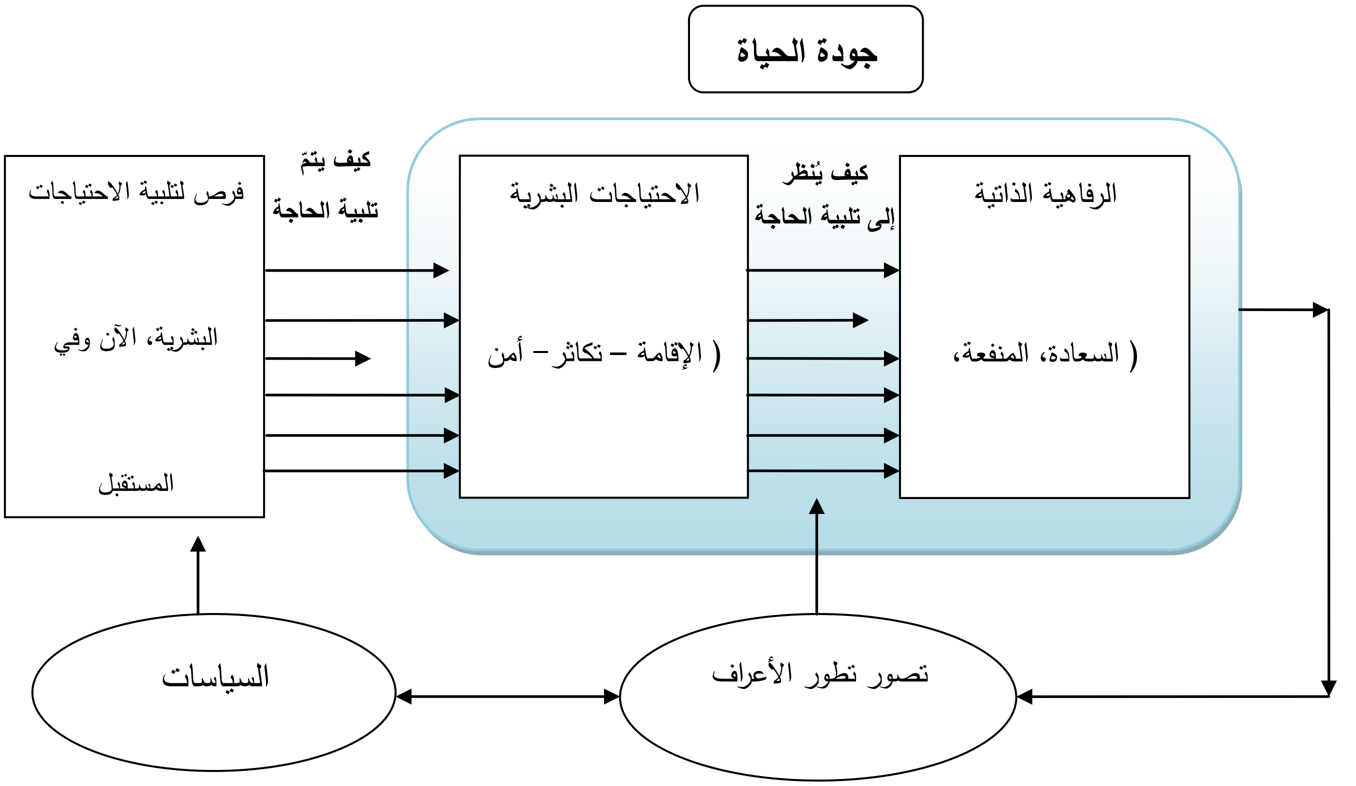
(مبارك، 2012، ص. 730)

3-8- نموذج كوستانزا، Costanza et al (2008) :

يعتبر كوستانزا واخرون (2008)، وفق هذا النموذج أنّ جودة الحياة ماهي إلاّ عبارة عن المستوى الذي يتمّ فيه اشباع حاجات الفرد الموضوعية في اطار تصور الفرد الشخصي أو جماعي للرفاه الذاتي، وهذا الأخير يتمّ تقييمه من خلال استجابات الأفراد والجماعات على الأسئلة الموجهة اليهم والمتعلقة بالرضا عن الحياة والسعادة والرعاية الاجتماعية التي تقدم لهم اضافة الى نوعية المرافق العامة التي يستعملونها في حياتهم وهذا كون أنّ هذه الحاجات هي أساسية للحياة الأمنة والعاطفة والتكاثر وتحقيق الأمن. كما أنّه يمكن أن تتأثر العلاقة بين الرضا عن الحياة المدركة وفق السياق الثقافي للفرد وادراكه المعرفي ومعلوماته واحتياجات هذا الفرد. (فرضا الفرد عن جودة حياته له تأثير على ما يحتاجه وفقا لإدراكه وتصوره عن الاحتياجات التي تحقق جودة الحياة بالنسية اليه وفقا لقدراته العقلية و السياق الثقافي الذي يعيش فيه). بالإضافة إلى ذلك فإنّه وبمرور الوقت فالعلاقة بين الرفاه الذاتي و اشباع الحاجات البشرية لدى الأفراد تتأثر وفقا للمعايير التي تحكم الجماعات والأفراد و ثقافة المجتمعات التي تلبي حاجات الأفراد حسب ثقافاتهم. وعليه فجودة الحياة تعتبر بناء متعدد الأبعاد ينشأ من خلال تقييم مجموعة من الاحتياجات تلبي رغبات الأفراد والمجتمعات والمستوى العام بصفة عامة، وأنّ كل حاجة تساهم بدرجة مختلفة عن الأخرى كما تختلف عبر الزمن في تحقيق جودة الحياة الشاملة. وجودة الحياة الشاملة في أي مرحلة زمنية كانت ماهي إلاّ تعبير عن درجة الاشباع التي تمنحها حاجة معينة وأهمية تلك الحاجة بالنسبة للفرد او الجماعة في تحقيق الرفاه الذاتي لديهم ولو بصورة نسبية مما يحقق لديهم جودة الحياة. (Costanza et al, 2008, p.12) ،

وفي المخطط التالي نوضح مفهوم جودة الحياة وفق النموذج الذي جاء به كوستنزا وأخرون:

شكل رقم 06: مفهوم جودة الحياة وفق نموذج كوستنزا وأخرون"Costanza et al" (ترجمة الباحث)



(Costanza et al, 2008, p.12)

3-9- نموذج جاكسون (2010) Jakson:

نقلا عن الباحث **أبو حلاوة (2010)**: فقد اقترح جاكسون ثلاثة محاور رئيسية محددا بها مفهوم جودة الحياة ممثلة في: محور الانتماء، ومحور الصيرورة، ومحور الكينونة، وكل محور يتكون من ثلاثة أبعاد فرعية، وكل بعد يتكون من بندين اثنين، وسنوضحها في الجدول التالي:

جدول رقم 03: الأبعاد الثلاثة الأساسية التي تحدد جودة الحياة حسب نموذج " جاكسون Jakson ".

المحور	أبعاد المحور	أمثلة عن الأبعاد الفرعية للمحور
1-الانتماء (Belonging)	أ- المكاني	- المنزل الذي يعيش فيه الفرد - المحيط والجوار الذي ينتمي إليه الفرد
	ب- الاجتماعي	- علاقات اجتماعية قوية - الأسرة التي يعيش فيها الفرد
	ج- المجتمعي	- الخدمات الاجتماعية وفرص توافرها - التمتع باستقلال وأمن مالي
2-الكينونة (Being)	أ- البدنية	- القدرة الحركية والنشاط البدني - أساليب التغذية وانواع مواد التغذية المتوفرة
	ب- النفسية	- مزاج الفرد وشعوره بالراحة من عدمها - البعد عن الضغوطات والقلق

	ج- الروحية	- معتقدات الفرد وأفكاره الذاتية عن ما هو صحيح وما هو - التفائل بما سيأتي (المستقبل)
3-الصيرورة (Becoming)	أ- التطورية	- التكيف والتوافق مع المتغيرات و المستجدات - العمل على تحسين القدرات والكفاءات النفسية والبدنية
	ب- العملية	- القيام بالدراسة أو الوظيفة - العمل على أشياء منزلية
	ج- الترفيهية	- خارجية مثل الأنشطة الرياضية والتجوال و التنزه - داخلية مثل الترفيه الالكتروني ومتابعة الوسائل الاعلامي

(Jakson, 2010)

3-10- استنتاج و تعليق حول النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة:

يستنتج الباحث مما سبق في عرضه لمختلف الأدبيات النفسية المتعلقة بالنماذج النظرية لجودة الحياة، أنّ في غالبيتها جاءت لتعطي مفهوما مركبا من عدّة أبعاد لجودة الحياة، ولم تختلف كثيرا عن بعضها البعض، ويظهر هذا في أنّها اتفقت على أنّ جودة الحياة هي عبارة عن كل مركب من عدة محددات وأبعاد، سواء محددات داخلية وخارجية، أو أبعاد ذاتية وأبعاد موضوعية، كما أنّ هذه النماذج منها ما تشابه في الأبعاد التي اعتبرها كمحددات لجودة الحياة ومنها من ركّز على ابعاد معينة واهمال أبعاد اخرى، فنجد نموذج **رايف (1989) Rayff** الذي ركز على شعور الفرد بالسعادة باعتبارها -السعادة – كمحدد ذاتي لجودة الحياة التي يعيشها الفرد، إلاّ أنّه بهذا يكون قد أهمل الأبعاد الأخرى، فالسعادة لا يمكن أن تتحقق لدى الفرد دون مقومات اخرى (أبعاد موضوعية) مثل توفر الامكانيات المادية التي تجعله يعيش الرفاه الذاتي لكي تتحقق السعادة لديه، بالإضافة الى أنّ المعايير التي تضبط شعور الفرد بالسعادة سواء كانت ذاتية أو موضوعية تختلف من فرد لأخر وهنا يدخل عامل الفوارق الفردية للشخصية وكذلك المحيط والبيئة التي توفر احتياجات الفرد المادية. أمّا النموذج الذي اقترحه لاوتن **(1996) Lawton** فربط مفهوم جودة الحياة بالبيئة التي يعيش فيها الفرد، ومدى تأثيرها على إدراكه لجودة الحياة التي يعيشها وتأثيرها المباشر على ادراك الفرد للصحة الجيدة التي يتمتع بها وأنّها توفر له جودة حياة صحية وخدماتية نوعية، وهذا تأثير مباشر وهناك تأثير غير مباشر للبيئة على جودة حياة الفرد كالرضا عن البيئة التي يعيش فيها وانّ الفرد كلما تقدم في العمر كلما كان أكثر تكيفا مع بيئته والظروف المحيطة بها مما يخلق لديه شعورا ايجابيا ويكون اكثر ادراكا لتأثير البيئة على جودة حياته، الاّ أنّ هذا النموذج هو الأخر ركز على بعد موضوعي واحد ممثلا في البيئة وأهمل الأبعاد الأخرى، إذ أنّ البعد البيئي وحده لا يمكن أن يخلق جودة حياة لدى الفرد، فالبيئة التي يعيش بها الافراد يمكن أن تحقق جودة الحياة عند جماعة من أفراد المجتمع الواحد دون أفراد مجتمع أخر كون

معايير الجودة التي تحققها البيئة تختلف بحسب ما توفره البيئة من احتياجات ومطالب الأفراد التي تجعلهم يشعرون بجودة الحياة، فقد يكون أفراد مجتمع معين في بيئة معينة توفر لهم احتياجات مادية مثل خدمات ومرافق اجتماعية وتعليمية وصحية بمستوى خدماتي معين يرونه –الأفراد– ويدركون أنّه يحقق لهم جودة الحياة ولكنه لا يحقق جودة الحياة لدى أفراد مجتمع أخر وبنفس المستوى الخدماتي وهذا راجع إلى السياق الثقافي والمستوى التعليمي والصحي الذي يختلف من بيئة لأخرى بالإضافة إلى ما توفره أنظمة وحكومات تلك المجتمعات من احتياجات بمستويات معينة كما سنرى في نماذج اخرى طرحت في أبعادها هذه السياقات.

أمّا النموذج الذي قدّمه كل من ستلز و ونز **Steels & Ones (2002)** لمفهوم جودة الحياة يعتمد على تفاعل ثلاث محددات فيما بينها بدرجة متفاوتة من حيث التأثير (طبيعة الشخصية، المرشحات الداخلية للفرد، المدخلات الخبرية للفرد)، وهذه الأبعاد متفاعلة فيما بينها تحقق السعادة والرضا عن الحياة وصولا إلى ما يسمى بالوجود الذاتي الأفضل، حيث أنّنا نجد أنّ هذا النموذج عكس النموذجين الأولين، فقد مزج بين الأبعاد الذاتية للفرد من خلال سمات الشخصية التي يمتاز بها كل فرد (انبساطي – انطوائي) اضافة الى أبعاد ذاتية داخلية تعبر عن تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم وأبعاد موضوعية تتعلق بمكونات بيئية مادية واجتماعية متفاعلة فيما بينها بدرجات متفاوتة في تأثيرها –الأبعاد– على جودة الحياة التي يعيشها الفرد، وبالتالي فنموذج ستلز و ونز لم يهمل بعدا على حساب بعد أخر إلى حدّ ما ومزج بين الأبعاد الذاتية والموضوعية وبهذا المفهوم يكون هذا النموذج قد خرج عن النمطية في وصفه لجودة الحياة. وتبعه في هذا الطرح نموذج **شالوك** **Schalok (2002)** ، في الجمع بين الأبعاد الذاتية والأبعاد الموضوعية كمحددات لمفهوم جودة الحياة، من خلال ثمانية مركبات، إلاّ أنّ شالوك هو غلّب الجوانب الذاتية في نموذجه على الجوانب الموضوعية، كونها أكثر تحديدا (الأبعاد الذاتية) لشعور الفرد بجودة الحياة، فهو بهذا الطرح يكون أيضا خرج عن المعتاد ولكنّه أهمل أبعادا هامة كمحددات لجودة الحياة على حساب الأبعاد الذاتية، فلا يمكن للأبعاد الذاتية وان كانت متوافرة بكثرة وحدها أن تخلق للفرد الشعور بالجودة للحياة التي يعيشها دون توافر أبعاد موضوعية وبدرجة موازية للأبعاد الذاتية، كون احتياجات الفرد المادية والاجتماعية والخدماتية امر ضروري للعيش الجيد وهو مكمل للأبعاد الذاتية والنفسية للفرد لكي يشعر جودة الحياة.

أمّا نموذج التكاملية الذي جاء به أندرسون **Anderson (2003)** ، لمفهوم جودة الحياة قام على نظرة تكاملية تجمع العديد من المفاهيم الأساسية التي تحقق جودة الحياة لدى الأفراد وجمع هو الأخر بين الأبعاد الذاتية والأبعاد الموضوعية بصورة تكاملية (أنّ هذه الابعاد متكاملة فيما بينها هي ما يحقق جودة الحياة) وهذا ينتج أيضا عن

ادراك الفرد لحياته وتقييمه الشخصي لما هو محيط به مما يكون لديه أفكارا تشعره بالرضا عن الحياة، وبهذا يكون هذا النموذج قد أعطى نوعا من التوازن في المحددات التي يبنى عليها مفهوم جودة الحياة.

وبالنسبة لنموذج تيلفير **Taillefer (2003)**، عن جودة الحياة فقد وضع ثلاثة نماذج تتحدد من خلالها جودة الحياة وهي النموذج التصوري ذو الأبعاد الرئيسية و الهيكل التصوري الذي يتنبأ بطبيعة العلاقة بين ابعاد جودة الحياة والإطار النظري الذي يتضمن بناء العناصر وعلاقتها ببعضها البعض داخل نظرية تفسر تلك العلاقات. وبهذا يكون هذا النموذج الذي وضعه تيلفير نموذجا معقد نوعا في تفسيره لمفهوم جودة الحياة غير واضح الأبعاد والمحددات كما لاحظنا في النماذج الأخرى، فنجد نوع من التداخل والتشابه في مصطلحات هذه النماذج الثلاث وهو بذلك لم يقم بإعطاء تصور واضح ومفهوم لجودة الحياة حسب رأي الباحث.

أمّا النموذج العربي لمفهوم جودة الحياة حسب **أبو سريع واخرون (2006)**، فقد تبع النماذج السابقة تقريبا في تفسيره لجودة الحياة معتمدا في تفسيره على تصنيف الأبعاد التي لها تأثير على جودة الحياة وهي تتوزع على بعدين متعامدين، البعد الذاتي والبعد الموضوعي بصورة عمودية و محددات الداخلية و محددات خارجية بصورة أفقية. وبالتالي هذا النموذج كان واضحا في طرحه لمفهوم جودة الحياة وقد وافق نموذج شالوك إلى حدّ ما، الاّ أنّه كان اكثر منه دقة في توزيع محددات جودة الحياة وأبعادها بصورة متوازنة دون تغليب الأبعاد الذاتية على الأبعاد الموضوعية.

وجاء بعدها **كوستنزا (2008) Costanza** ، ومن معه من الباحثين (14 باحثا) في دراسة حديثة، بنموذج يختلف عن النماذج السابقة في تفسيره لمفهوم جودة الحياة، حيث ربط هذا المفهوم بحاجات الفرد أو احتياجات الفرد والتصور الذاتي للرفاه، فحسب هذا النموذج أنّ جودة الحياة ماهي إلاّ عبارة عن المستوى الذي يتمّ فيه اشباع حاجات الفرد الموضوعية في اطار تصور الفرد الشخصي أو جماعي للرفاه الذاتي. فرضا الفرد عن جودة حياته له تأثير على ما يحتاجه وفقا لإدراكه وتصوره عن الاحتياجات التي تحقق جودة الحياة بالنسية اليه وفقا لقدراته العقلية و السياق الثقافي الذي يعيش فيه وأنّ المحددات الثقافية والتعليمية وقدراتهم العقلية لهها تأثير كبير في التصور العام للأفراد لإشباع احتياجاتهم وبالتالي الرضا عن حياتهم و بالتالي تحقيق جودة الحياة لديهم، كما أنّ الحاجات تختلف بمرور الوقت في تحقيق جودة الحياة الشاملة فالحاجة تحقق جودة الحياة لدى الأفراد بحسب حاجتهم لها. وبالتالي فهذا النموذج نجده قد ركز على الأبعاد الموضوعية التي ربطها بمؤشرات الحاجة أي احتياجات الأفراد المختلفة للعيش الجيد و المحددات الخارجية، أكثر من الأبعاد الذاتية التي اختصرها في التصور الذاتي للرفاه لدى الأفراد، وبهذا الطرح يكون هذا النموذج الوحيد من بين النماذج المعروضة الذي غلب عليه حسب رأي الباحث البعد

الموضوعي باعتباره مهم جدا في مفهومه لجودة الحياة على البعد الذاتي الذي اختزله في تصور الفرد لرفاه الذاتي وفقا لاحتياجات الفرد ومدى اشباعها.

وأخيرا نموذج **جاكسون (2010) Jakson** ، الذي أعطى تصورا واضحا ومفهوما في تفسيره لجودة الحياة بعيدا عن التعقيد، وهذا باقتراحه لثلاثة محددات رئيسية لمفهوم جودة الحياة و كل محدد يضمّ مجموعة من الأبعاد تعبر على تحقيقه بالنسبة للفرد وبالتالي شعوره بجودة الحياة، وهذه المحددات أو المحاور الرئيسية للجودة لخصها في محور الانتماء ببعديه (المكاني والاجتماعي والمجتمعي) وتتعلق هذه الأبعاد بكل من الأسرة والمحيط والبيئة والخدمات الاجتماعية، وهي أبعاد موضوعية، وبهذا يكون هذا النموذج قد وافق العديد من النماذج السابقة مثل نموذج لاوتن في تناوله للبعد البيئي، أما المحور الثاني للجودة سماه بمحور الكينونة (البدنية والنفسية والروحية) وهي أبعاد تضم مؤشرات ذاتية خاصة بالفرد، وبهذا الطرح يكون هذا النموذج جمع بين الأبعاد الموضوعية والذاتية مثل باقي النماذج السابقة، إلاّ أنّه (نموذج جاكسون) أضاف محددا أخر في نموذجه وبذا يكون قد خالف النماذج الأخرى، وهو محدد الصيرورة بأبعده الثلاثة (التطورية والعملية والترفيهية) ممثلة في عدة مؤشرات مثل التكيف ومواكبة المستجدات وتحسين القدرات والقيام بالنشاطات المنزلية والعمل والخرجات والتجول والتنزه، كل هذه المؤشرات من شأنها أن تساهم في شعور الفرد بجودة الحياة. فجاكسون وحسب رأي الباحث، بنموذجه هذا فيما جاء به من محددات تتعلق بالصيرورة قدم تصورا جديدا لمفهوم جودة الحياة التي لا تقتصر على ابعاد ذاتية خاصة بالفرد وأخرى موضوعية خارجية تتعلق بالبيئة والمحيط والخدمات التي يحتاجها وفقط بل أنّ كل من الأبعاد الذاتية والموضوعية المكونة لجودة الحياة يجب أن تتوسطها محددات الصيرورة التي ذكرناها من أجل الحفاظ على شعور الفرد بجودة الحياة و المساهمة المستمرة مع الوقت في تحسين أبعاد جودة الحياة الذاتية والموضوعية، وبطرحه هذا يكون جاكسون قد أصاب في تقديمه لنموذج معتبر حول مفهوم جودة الحياة حسب رأي الباحث.

إلى هنا يكون الباحث قد قدّم تصورا معرفيا واضحا إلى حدّ ما عن جودة الحياة بصفة عامة من خلال الاتجاهات المفسرة لها والتعاريف اللغوية والاصطلاحية ومفهوم مختصر عن أبعادها الذاتية والموضوعية وقوفا عند أهم النماذج المفسرة لمفهوم جودة الحياة، وبما أنّ متغير البحث يتعلق بجودة الحياة المرتبطة بالصحّة، أي جودة الحياة لدى الأفراد في جانبها المتعلق بصحتهم الجسدية و النفسية ، سنتطرق فيما ما تبقى من هذا الفصل إلى المفاهيم والتعريفات المتعلقة بجودة الحياة المرتبطة بالصحة وقياساتها المختلفة بالإضافة، إلى جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بالمرض المزمن.

4- جودة الحياة المرتبطة بالصّحة:

من خلال المفاهيم والتعاريف التي سبق عرضها حول جودة الحياة ككل، يرى الباحث أنّ غالبيتها جاءت لتبين مدى أهمية المجالات التي يعيشها الفرد في حياته اليومية والأهم من ذلك تأثيرها على جودة حياته، وكما ذكرنا سابقا أنّ كل باحث ومن منطلق تخصصه البحثي أو الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه من الدراسة حول موضوع الجودة ، قام بربطها بجانب معين، فمنهم من ربطها بالجانب الاجتماعي ومنهم من ربطها بالجانب الاقتصادي ومنهم من ربطها بالجانب الطبي، ومنهم من ربطها بالجانب الصحي.

كمثال لما تمّ ذكره سابقا ما أشار إليه **باستشير (2000) Passchier** على أنّ جودة الحياة هي مفهوم يتكون من عدّة جوانب لها ارتباط وثيق بالفرد كدرجة الألم والرضا عن الحياة والصحة العامة للفرد والانشطة المهنية والعلاقات الاجتماعية وغيرها من الجوانب. وما يلاحظ من خلال هذا المفهوم هو أنّ الجانب الصحي يعتبر احدى المؤشرات التي تبنى عليها جودة الحياة العامة للأفراد، وحسبه فالجانب الصحي يعتبر جانب مهم وأساسي اذ يتمّ من خلاله قياس جودة حياة الفرد. (Passchier, 2000, p.392)

و عليه يسعى الباحث في هذه الدراسة من خلال هذا الفصل إلى التعرف على جودة الحياة المرتبطة بالصحة، و نوعية الحياة المرتبطة بالصحة؟ وما هي مجالاتها و أبعادها؟ وكيف يتمّ قياسها؟ وما علاقتها وأهميتها بالنسبة لفئة الأفراد ذوي المرض المزمن ؟ هذا ما سنحاول معرفته في النقاط المتبقية من هذا الفصل.

4-1- تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصّحة:

عرفتها **بولنج (2001) Bowling**، تمّ تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصّحة على أنّها المستوى المثالي للحالة النفسية والجسدية التي يمتاز به الأفراد وأدائهم الاجتماعي ضمن ما ينسجونه من علاقات اجتماعية و تصورات و معتقدات صحية و لياقة بدنية و رفاهية و أريحية في الحياة التي يعيشونها.

(Bowling, 2001, p. 6)

كما أنّه يمكن استعمال مصطلحي نوعية الحياة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحّة كمترادفات، لأنّ بعض الباحثين ركزوا على الأبعاد والمجالات النفسية، والاجتماعية، والمادية، والمجالات الوظيفية الأكثر وضوحا و أنشطة الحياة اليومية كمعايير لجودة الحياة المرتبطة بالصحة وفقا لما جاء في تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، أمّا جودة الحياة (نوعية الحياة) فقد ارتبطت بشكل واضح بما هو ملاحظ بصورة ذاتية مثل السعادة والرضا، و أنّ هناك اختلاف بين ما هو ذاتي وبين ما هو موضوعي فيما يتعلق بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة. فالبعد الذاتي يهتم بالإدراك الذاتي للفرد مثل شعور الفرد أنه بصحة جيدة. أمّا البعد الموضوعي فيهتمّ بما هو

متطابق في الحياة الجيدة من خلال مصدر خارجي كالتشخيص الطبي للفرد من قبل الطبيب على أنّه بصحة جيدة مما يشعره بجودة الحياة الصحية.

(Sirgy et al, 2006, p. 343−466)

وعرفت مجموعة منظمة الصحة العالمية لقياس جودة الحياة: على أنّ جودة الحياة المرتبطة بالصحة ما هي إلاّ إدراك الأفراد للمواقف الحياتية في ظل سياقات ثقافية وقيميّة معينة في بيئتهم التي يعيشون فيها وفي علاقتهم بالتوقعات والأهداف والانشغالات الخاصة بهم. فهو مفهوم واسع له تأثير معقد على حالة الفرد النفسية، وصحته الجسمية، و ارتباطاتهم الاجتماعية، وبعلاقتهم بخصائص محيطهم الذي يعيشون فيه. (Luoma, 2004, p.1)

جاء أيضا في دراسة **علي أحمد (2008)**، أنّ كل من الباحث Dalkey (1973) و كل من الباحثين Rivecki & Bishop (2001) قد استخدموا مصطلح جودة الحياة المرتبطة بالصحة دائما من أجل التفريق بين مفهوم جودة الحياة بمفهومها العام وبين جودة الحياة المرتبطة بالعلاج والأدوية وكل ما يتعلق بصحة الأفراد و مجال الرعاية الصحية، كما أنّ كلا المفهومين (جودة الحياة العامة و جودة الحياة المرتبطة بالصحة) يرتبطان مع بعضهما البعض ارتباطا وثيقا، كون أبعاد جودة الحياة الذاتية والموضوعية تؤثر على مسألة الصحة لدى الأفراد، اضافة الى هذا فإنّ الباحث Spilker (1996) يذكر أنّ جودة الحياة المرتبطة بالصحة لها تأثير على الجانب الطبي أو تأثير العلاج على الكيان المادي والذهني والاجتماعي للفرد، ويرى Brown جودة الحياة المرتبطة بالصحة على أنّها مدى تأثير صحة الفرد على قدرته الوظيفية من خلال الأنشطة اليومية التي يمارسها في حياته ودرجة رضاه للقيام بها.

(علي أحمد، 2008، ص. 61)

وفي دراسة حديثة جدا لـ **باستور وأخرون Pastor et al (2022)** تعبّر جودة الحياة المرتبطة بالصحة عن رفاهية الشخص والتي تشمل الأبعاد الاجتماعية و العقلية والجسدية للفرد، لذلك فهي تقوم على أساس معرفة مشاعر الفرد من حيث الضيق والرفاهية، وكذلك تصورهم لصحتهم الحالية و المستقبلية. كما ثبت أن الحالة الوظيفية والرفاهية والصحة العامة هي المكونات الأساسية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة، والتي تعتبر ضرورية لتكون قادرة على تلبية متطلبات الحياة اليومية للفرد، وكذلك لتلبية احتياجات الأفراد ورغباتهم.

(Pastor et al, 2022, p.2)

كما أنّ جودة الحياة تتأثر بعوامل متعددة يمكن أن تؤثر عليهم طوال حياتهم. فقد حددت بعض النماذج أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة يمكن أن تتأثر بالجوانب الديموغرافية مثل العمر أو الجنس أو التعليم ، والقضايا المتعلقة بالحالة الصحية الحالية ، والعوامل البيئية. و تلعب عادات الأكل الصحية خلال فترة المراهقة دورا مهما

في الرفاه العام ، بما في ذلك نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ، ويمكن أن تؤثر بشكل إيجابي على تطور الرفاهية النفسية ونضج الدماغ. و هناك أيضا أدلة على أن الالتزام بنمط النظام الغذائي المتوسطي يرتبط بشكل إيجابي برفاهية المراهقين والصحة العقلية ، كما قامت معظم الأبحاث بتقييم نوعية حياة الشباب الذين يعانون من بعض الأمراض. و قد لوحظ أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة لديهم تتغير وفقا للمرض وشدّته، وكذلك العلاج الذي يتم تلقيه، والذي يمكن أن يحسن نوعية حياة المرضى. (Pastor et al, 2022, p.2)

وفي دراسة حديثة هي الأخرى حديثة جدا، أجراها **كانير Qan'ir واخرون (2022)**، حول جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان تمّ ذكر تعريف نوعية الحياة المتعلقة بالصّحة على أنّها رضا الفرد عن جسده، العلاقات النفسية والاجتماعية والبيئية والروحية للحياة، وهي واحدة من العوامل الرئيسية في تقييم الصحة والرفاه المتعلق بالصحة لمرضى السرطان، وعادة ما تكون جودة الحياة المرتبطة بالصحة تستخدم في قياس الحالات المزمنة. (Qan'ir et al, 2022)

4-2- تعريف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:

كتعبير عام يمكن تعريف النوعية بأنّها درجة من الجودة. و نوعية الحياة في هذه الحالة هي تعبير عن جودة الحياة أمّا بالنسبة للصّحة فإنّ الجودة هنا في تعبير عن مظاهر الحياة التي تتأثر بالصحة. ونجد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ممثلة في أحد الأبعاد لنوعية الحياة الشاملة، فنوعية الحياة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة هما مفهومان متعددا المستوى وغير منظمين، وكلاهما أكثر شعبية كنقطة نهائية في تقييم السياسة الشعبية، شاملة ناتج الصحة والرعاية الاجتماعية، لأنّ البحث الواسع للمجتمع دائما ما نجده يقبل تعريفا غير معروف أو اطار نظري نهائي لنوعية الحياة. وقد لخص **Farguhar (1995)** هذه المستويات الواسعة لتعريفات نوعية الحياة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة و تركيباتها غير المتّسقة. (بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 37)

فقد تمّ تعريف نوعية الحياة وفق نمطين هما كالتالي:

أ- النمط الكبير (المجتمع، الموضوعي): ويشمل الناتج، العمالة، السكن، التعليم وأحوال سكنية وبيئية أخرى.

ب- النمط الصغير (الفردي، الشخصي): ويشمل الإدراك الكلي لنوعية الحياة، الخبرات الفردية و القيم.

وبالنسبة لــ شن وجونسون (1978) **Shen & Johnson** قدّما تعريفا متراكبا عندما اقترحا أنّ نوعية الحياة مكونة من امتلاك المصادر اللازمة لتلبية احتياجات الفرد، والطلبات والرغبات، الاشتراك في النشاطات التي تسمح للفرد بالتطور والرضا عند مقارنة الفرد نفسه بالأخرين وكلها تعتمد على الخبرات السابقة والمعرفة. أمّا **لوتون Lawton (1991)** فقال بأنّ نوعية الحياة هي عبارة عن مزيج معقد من تفاعل الأبعاد الموضوعية والشخصية معا. (بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 38)

5- مجالات جودة الحياة المرتبطة بالصّحة:

يرى الباحث من خلال التعاريف السابقة لجودة الحياة والنماذج المفسرة لها، وبالأخص التعريف الذي جاءت به منظمة الصحة العالمية والذي كان له تأثير على جودة الحياة المرتبطة بالصحة، أنّ مفهوم جودة الحياة مركب من عدّة مجالات، تشمل المجال العقلي (المعرفي والادراكي)، و النفسي (الانفعالي)، و المجال الجسمي (البدني)، والاجتماعي (العلاقات الاجتماعية). هذه المجالات مجتمعة فيما بينها يتفق الباحثون حديثا عبر مختلف التخصصات وحتّى التخصصات الطبية منها على أنّها تمثل جودة الحياة المرتبطة بالصحة كمفهوم متعدد الأبعاد، يشمل جميع هذه المجالات، و أنّ الصحة العامة للفرد بجميع أبعادها النفسية والعضوية والجسدية كبعد قائم بذاته لها علاقة بجميع المجالات المكونة لجودة الحياة مما يستلزم أنّ لها تأثير وقع خاص و تأثير قوي على جودة الحياة العامة التي يعيشها الفرد.

كما أنّ هذه المجالات المكونة لجودة الحياة يستلزم أن توضع تحت تقييم خاص يسميه الباحثون بالتقييم الموضوعي يعالج من خلاله مجموعة من النقاط، ، وعليه قام المختصون بوضع مقياس ذاتي يقدم للفرد، مكون من عدة مجالات تعبر هي نفسها – المجالات – عن جودة الحياة. (Schweitzer , 2002, p. 43-81)

كما أنّه أصبح يفترض حاليا أنّ لجودة الحياة عناصرها التي تشمل عدة وظائف تتمثل في الوظائف الجسمية، والوضعية النفسية، والوظائف الاجتماعية، والأعراض التي لها صلة بالمرض والعلاج. (تايلور، 2008، ص. 621)

وفي مايلي يتطرق الباحث إلى أهمّ المجالات التي شملتها هذه الوظائف والتي لها علاقة وتأثير مباشر على جودة الحياة المرتبطة بالصحة:

5-1- المجال النفسي و العقلي لجودة الحياة المرتبطة بالصّحة:

كما أشرنا في بداية هذا الفصل، حسب ما جاء عن تايلو و اسبينوال **Taylor & Aspinwall (1990)** أنّ نوعية الحياة لم يكن الباحثين والمختصين يرونها ذات أهمية سيكولوجية إلاّ في وقت متأخر نوعا ما، وظلّت نوعية الحياة يعبر عنها وتقاس بمدّة بقاء الانسان على قيد الحياة و بوجود المرض دون مراعاة الأثار النفسية والاجتماعية التي قد يسببها المرض وطريقة علاجه. (تايلور، 2008، ص. 620)

فالكثير من الباحثين يرون أنّ الجانب السيكولوجي لجودة الحياة يتضمن جميع الانفعالات والمشاعر العاطفية الايجابية في حين يرى اخرون أنّ الجانب السيكولوجي لجودة الحياة ما هو إلاّ غياب للمؤثرات السيكولوجية السلبية مثل القلق والاكتئاب، وبهذا فتقييم الجوانب السيكولوجية العاطفية السلبية يكون من خلال المقاييس الذاتية

المخصصة لقياس جودة الحياة ويعتبر – المقياس الذاتي– ذو أهمية لمعرفة الجوانب السيكولوجية لجودة الحياة التي يختص بها كل فرد، إضافة إلى هذا فبعض الباحثين يدمجون المفاهيم الدينامية الإجرائية لجودة الحياة مثل التنمية الشخصية وتحقيق الذات، وعلى هذا الأساس فالمجال النفسي الذي يعبر عن جودة الحياة من خلال هذه التوجهات يراعى فيه جميع الحالات الانفعالية الايجابية إضافة إلى مراعاة اضطرابات الأداء النفسي لدى الفرد. (بهلول، 2009، ص. 52)

كما أنّ المجال العقلي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة عادة ما يتمّ تقييمه بالأثار السلبية التي يسببها المرض مثل القلق والاكتئاب و من الناحية المعرفية نجد الذاكرة و عدم القدرة على التركيز،(Marika, 2011, p.24)، كلّها مؤشرات يمكن من خلالها تقييم المجال العقلي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة.

ونجد المجال النفسي والعقلي له تأثير ووقع كبير على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى فئة المرضى المصابين بمرض مزمن وهذا من خلال ما أشار إليه **تايلور (2008)** كون أنّ الاستجابات الانفعالية للمرض المزمن وبالأخص في المرحلة الأولية التي يكتشف فيها المرض والتي تضطرب فيها كل أنشطة الحياة لدى الفرد، وقد يسيطر القلق والخوف والاكتئاب بشكل مؤقت في هذه المرحلة الأولية التي يشخص فيه المرض وهي مرحلة مؤقتة، لأنّه سرعان ما يبدأ المريض بالتكيف مع الاضطرابات من الناحية النفسية كون المرض المزمن يتطلب إحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية، وبعد هذه المرحلة الأولية التي يمر بها المريض يبدأ شيئا فشيئا يدرك كيف سيغير المرض المزمن حياته. (تايلور، 2008، ص. 623)

فالقلق Anxiety يعتبر مشكلة ، ليس لكونه يدلّ على الضيق والتوتر والشدة فقط وإنّما لأنّه قد يؤثر في قدرة المريض على القيام بوظائفه، فالمريض الذي يزعجه علاج معين قد يصاب بانفعال شديد مما يستنزف طاقته. وهذا نجده عند عديد المرضى مثل مرضى السكري الذين يعانون من القلق لوحظ لديهم تدني ضبط الجلوكوز وزيادة الأعراض، وهناك عدة حوادث ثبتت أنّها تزيد من مستوى القلق لدى المرضى المزمنين ويكون القلق لديهم مرتفعا عادة عندما يكون الفرد بانتظار نتائج فحوصه او تبليغه بتشخيص طبي لحالته أو تغير جوهري في نمط حياته او اعتماده على أخصائي الصحة أو توقعه لنوبة مرضية أو افتقاره لمعلومات صحيحة حول حالته الصحية وطبيعة مرضه وعلاجه، وأنّ هذا القلق المرتبط بالمرض مباشرة قد يقل بمرور الوقت، إلاّ أنّ القلق حول احتمال ظهور مضاعفات وأبعاد مستقبلية للمرض وتأثيره على جوانب حيوية في حياة المريض مثل العمل والترفيه، ولربما يزداد مع الوقت وعليه مثل هذا القلق يحتاج إلى تقييم وعلاج. (تايلور، 2008، ص. 627)

أمّا عن **الاكتئاب Depression** فهو ردّ فعل شائع لدى جميع الأفراد المصابين بمرض مزمن، فهو يعتبر رد فعل متأخر للمرض المزمن، وهو الاخر لا تكمن أهميته في ما يتسبب به من ضيق ومعاناة فحسب وانّما ما يخلفه

من أثار في الاعراض واحتمالات تأهيل المريض أو استشفائه وكمثال عن ذلك مرضى الجلطات الدماغية الذين يعانون من الاكتئاب قد تطول فترة اقامتهم في المستشفى ونسبة منهم من يغادرون الى دور العناية مقارنة بغيرهم من المرضى وانّ دافعيتهم للتأهيل تكون أقل وأقل استعادة لنوعية حياتهم السابقة. (تايلور، 2008، ص. 628)

هذا ويرى الباحث من خلال ما سبق ذكره عن القلق والاكتئاب كأحد العناصر المصاحبة للمجال النفسي والعقلي التي تدخل ضمن محددات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريض السكري الذي قد يعيش قلق دائم واكتئاب متقطع ولو بنسبة متفاوتة من مصاب لأخر اتجاه المضاعفات الصحية التي قد تنجم عن اصابته بمرض السكري، ناهيك عن اختلال الوظائف الاجتماعية والمهنية التي يتغير على اثرها نمط حياته وهذا ما سيكون له انعكاس على جودة حياته العامة وبالأخص جودة حياته المرتبطة بالصحة.

5-2- المجال الجسمي و البدني لجودة الحياة المرتبطة بالصّحة:

هذا المجال حسب الباحثين يشمل الوظائف البدنية والجسمية ومدى قدرة الفرد على القيام بمختلف الأنشطة الأساسية المتكررة في الحياة اليومية للفرد. (Marika, 2011, p.24). كما أنّ جودة الحياة البدنية والجسمية يمكن تقييمها من خلال مظهرين: أولهما الصحة الجسمية، وثانيها القدرات الوظيفية، وأنّ هذا التقييم يتمّ بصورتين الأول تقييم من مدخل خارجي طبي و هو تقييم موضوعي لصحة الفرد الجسمية والبدنية وقدراته الوظيفية ويعتمد على التشخيص الطبي والتحاليل والنتائج المخبرية من طرف أطباء أخصائيين في المجال الطبي. والثاني تقييم داخلي من مدخل ذاتي يعتمد على المريض ذاته من خلال ادراكه للمعاش الذاتي لحالته الصحية الجسمية والبدنية وتصوراته ومعتقداته حول حالته الجسمية والبدنية وقدراته الوظيفية. كما أنّ الصحة الجسمية بدورها تتكون من أبعاد دقيقة ومتفرعة مثل ، النوم والأرق، الراحة والتعب، الألآم، الطاقة والحيوية، التعب والارهاق، ومظاهر بيولوجية صحية أخرى متنوعة، أمّا القدرات الوظيفية فهي تشمل حركية الفرد ونشاطاته اليومية التي يمارسها ويمكنه القيام بها بصورة جيدة دون تبعية وباستقلالية. (Schweitzer, 2002, p.54)

كما أنّ **بولنج Bowling** والتي تعتبر من رواد مجال قياس الصحة قد أعطت مفهوما للقدرة الوظيفية "على أنّه واحد من أقدم طرق تقييم ناتج العناية وأكثرها شيوعا بصفة عامة هو قدرة الناس الوظيفية، بخاصة أداؤهم لواجباتهم اليومية مثل قياسات العجز هذه ينظر إليها على أنّها ذات معنى أكثر لحياة الأشخاص مقارنة بالقياسات الكيميائية الحيوية أو مقياس زمن السير أو قوة القبضة". (بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 27)

وعليه يستنتج الباحث مما سبق ذكره في هذا المجال أنّ جودة الحياة المرتبطة بالصحة لها ارتباط وثيق بالجانب الجسمي والبدني، إذ يساهم المجال الجسمي والبدني للفرد بدرجة كبيرة في جعل الفرد وبالأخص المرضى المزمنين يدركون جودة حياتهم الصحية حسب قدراتهم الجسمية و الوظيفية، فكلما كان هذا المجال ذو اهتمام وتقييم ذاتي من طرف الفرد نفسه و ادراكه لأهميته في تحسين جودته حياته الصحية كلما زادت فرصة الفرد وبالأخص المريض المزمن في الشعور بجودة حياة صحية عالية المستوى.

5-3- المجال الاجتماعي والبيئي لجودة الحياة المرتبطة بالصّحة:

يعبّر عن المجال الاجتماعي والبيئي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة وفقا لما جاء به مفهوم الصحة الاجتماعية. وقد ذكرت هذا **بولنج Bowling** في مؤلفها " قياس الصحة" (2005)، عندما قالت بأنّ دونالد وأخرون **Donald et al (1998)** قد نادوا بضرورة وجهة نظر شاملة للصحة، لا من خلال تقرير للأعراض المرضية، المرض والكفاءة الوظيفية ، كما نظر إلى الصحة الاجتماعية على أنّها تعتبر بعد لرفاهة الشخص بعيدة عن كل من بعد الصحة البدنية والعقلية. كما تصور دونالد الصحة الاجتماعية على أنّها تعتبر مكون لنواتج الحالة الصحية (كمتغير معتمد) وهذا وفقا لما جاء به كل من **كايلن (1974)، و كاسل (1976)**. (بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 33)

كما و تركز قياسات الصحة الاجتماعية على الشخص وتعرف ذلك على أنّه تداخل شخص (زيارة مع صديق مثلا) والمشاركة الاجتماعية (اشتراك في ناد مثلا) وكلا البنائين الموضوعي والشخصي (مثال عدد الأصدقاء ومعيار كل منهم من صحته على التوالي)، و يشارك في هذا التعريف عن مفهوم الصحة الاجتماعية مثل: **Renne (1974)** و **Greenblau (1975)** : واعتبروها كمكون منفصل للحالة الصحية وعرفوها على أنّها الدرجة التي يعمل إليها الناس بدرجة كافية كأعضاء في المجتمع. أمّا نظرية **Lemer (1973)** عن مفهوم الصحة الاجتماعية فقد لاحظ أنّ الحالة الصحية قد تكون أداء لعوامل غير صحية خارج الشخص مثل البيئة، المجتمع ومجموعات اجتماعية واضحة. وقد أوصى بأنّ قياس رفاهة المجتمع تركز على بناء مثل هذا الدور المرتبط، وصحة العائلة والمشاركة الاجتماعية. وبأنّ الأفراد الأصحاء اجتماعيا هم أكثر قدرة على مواجهة الظروف والتحديات اليومية بنجاح والناتجة عن أداء معظم الأدوار الاجتماعية الأساسية وعليه يجب أن يحضوا بالحب والاهتمام وأن ينشأوا في عائلة مترابطة ومتماسكة وأن يكونوا قادرين أكثر على التعامل و النشاط الاجتماعي ومندمجين مع العادات الاجتماعية. (بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 34)

أمّا عن المجال البيئي: فهو الأخر يعتبر عنصرا وبعدا أساسيا في التأثير على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى الأفراد. وسنشرح هذا التأثير من خلال ما جاء به **Rettig & Icichtenlriu (1999)** أنّ نظرية علم

البيئة الانساني أنّ نوعية البيئة المحيطة ونوعية الحياة التي يعيشها الأفراد عنصران لا يتجزأن عن بعضهما البعض. ولا يمكن اعتبار نوعية الحياة منفصلة عن البيئة و المحيط. كما أنّ كل من **Kawachi & Berkman (2000)** قالا كل من الثقافة والبيئة والمصادر الاجتماعية والتسهيلات تساهم في موضوع الصحة. وأنّ **Durkheim (1895، 1897)** ومنذ وقت طويل أقرّ بأنّ المجتمع ليس مجرد عدد الأفراد وأنّ الرفاهة تتأثر بالمجتمع كله، لذا من أجل أن تفهم الأفراد يجب دراستهم من جانب القوى الخارجية والاجتماعية بجانب القوى الداخلية والشخصية.

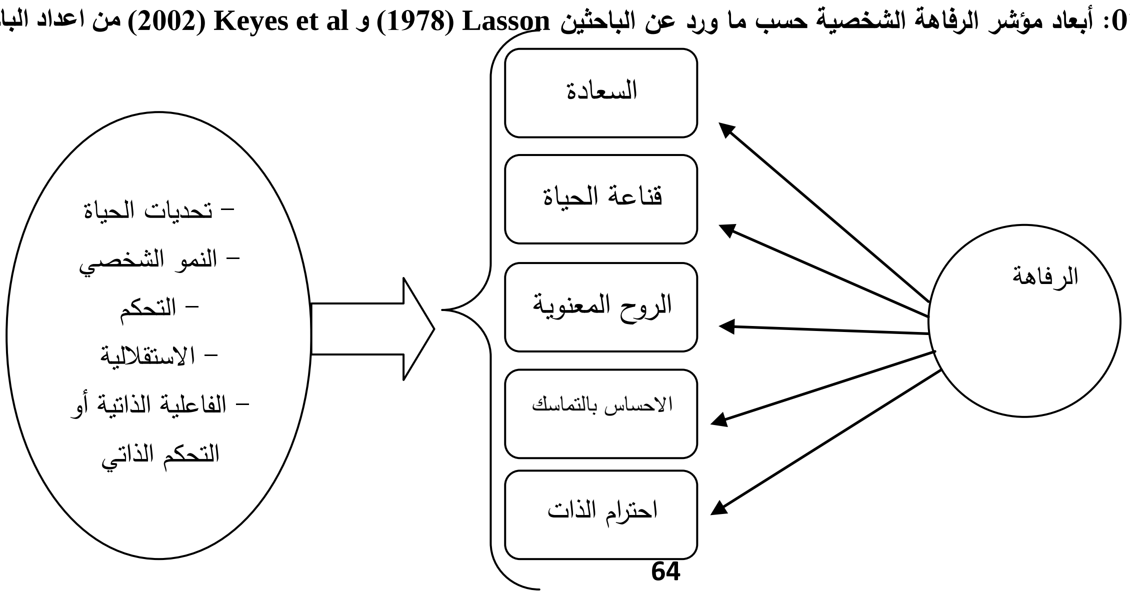
(بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 35)

وعليه يرى الباحث من خلال ما سبق أنّ المجال الاجتماعي والبيئي يلعب دورا مهما وأساسيا في تحديد نوعية الحياة الصحية التي يتمتع بها الأشخاص باعتبار أنّ مفهوم الصحة الاجتماعية الذي تحدثت عنه رائدة مجال قياس جودة الحياة "**أنّ بولنج Bowling**" يعتبر بعدا شاملا لكل من الصحة وجودة حياة أفضل ولكي يتحقق هذا المفهوم هو أن يكون لدى الأفراد علاقات اجتماعية واشتراكهم في نشاطات يومية وخدمات وتسهيلات اجتماعية في بيئة ومحيط يسوده الأمن، كل هذه الابعاد ستضفي على حياة الأفراد جودة ونوعية وفي غيابها تغيب جودة الحياة، ناهيك عن الأفراد ذوي المرض المزمن فالمجال الاجتماعي والبيئي يعتبر أكثر من ضرورة لتأثيره المباشر على جودة حياتهم المرتبطة بالصحة.

4-5- مجال الرفاهة الشخصية لجودة الحياة المرتبطة بالصّحة:

إضافة إلى المجالات السابقة هناك مجالات أخرى مكمّلة، تلعب هي الأخرى دورا أساسيا في التأثير على جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وحسب اطّلاع الباحث في الأدبيات النفسية التي تطرقت للموضوع، نجد مجال الرفاهة الشخصية لدى الأفراد كمؤشر شخصي ، هذا المجال أو البعد الذي يعتبر هو الأخر أحد المجالات التي تقيس عدّة مؤشرات شخصية تتحدد من خلالها جودة الحياة الصحية لدى الأشخاص.

شكل رقم 07: أبعاد مؤشر الرفاهة الشخصية حسب ما ورد عن الباحثين Lasson (1978) و Keyes et al (2002) من اعداد الباحث



فمفهوم الرفاهة الشخصيّة يعدّ من بين المؤشرات الشخصية فهو عكس المؤشرات الموضوعية، فهو مؤشر ذاتي يعتمد على تقييم ظروف الشخص في الحياة، فالرفاهة الشخصية هي أكثر من كونها غياب للمشاكل الصحية والنفسية والجسمية أو غياب الأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب، فهي تعتبر مفهوم ايجابي أكثر وتتضمن عدة أبعاد وعناصر وهي: السعادة، الروح المعنوية، قناعة الحياة، والاحساس بالتماسك، واحترام الذات. فبالرغم من اختلافها – النماذج النفسية للرفاهة – فهي مترابطة فيما بينها، وتدل على وجود كل من تحديات الحياة، النمو الشخصي، التحكم، الاستقلالية، الفاعلية الذاتية أو التحكم الذاتي. (بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 36)

هذا ويرى الباحث من خلال مجال الرفاهة الشخصية أنّ لها ارتباط عميق بجودة الحياة المرتبطة بالصحة كونه عنصر أساسي ومأثر وبالأخص الأفراد ذوي المرض المزمن فبالنسبة لهم عنصر الرفاهة يلعب محددا رئيسيا في شعورهم بجودة الحياة الصحية كون المرض المزمن يساير حياة الفرد اليومية وبالتالي فشعور الفرد بالسعادة والروح المعنوية الدائمة يبعث فيه على تحدي المرض والعواقب الناجمة عنه والتكيف مع الظروف البيئية والاجتماعية مما يخلق لديه جودة حياة صحية معتبرة.

6- قياس جودة الحياة وجودة الحياة المرتبطة بالصّحة:

قياس جودة الحياة (نوعية الحياة) جاء من الرأي القائل بأنّ هناك عدد من نواحي الحياة تساهم كل منها في التقييم العام لنوعية الحياة ، وتشمل هذه النواحي، الصحة والمجتمع، الأسرة والاصدقاء، والمحيط، اضافة الى الجانب الروحي والتعليم. (علي أحمد، 2008، ص. 62). أمّا عن استخدام القياسات المتعلقة بجودة الحياة المرتبطة بالصحة حسب ما جاء به **Garrat et al (2002)** ، فقد كان هناك تزايدا اضافيا في استعمال مؤشرات الحالة الصحية الشاملة والصحة المرتبطة بنوعية الحياة خلال العقدين الماضيين وعلى وجه الخصوص عند مرضى الالتهاب المفصلي والروماتيزم، ومرضى السرطان بالرغم من وجود عدد قليل نسبيا للأدوات المعيارية للقياس. كما أنّ أغلب القياسات لا زالت تأخذ الصحة ونوعية الحياة كنقطة للبداية وتقيس الانحرافات بعيدا عنها (تدهور الصحة ونوعية الحياة) بدلا من أن يتمّ حصر تدرج الصحة ونوعية الحياة الجيدة. كما أنّ كل من **Merrell & Reed (1949)** اقترح مقياسا مدرجا للصحة يبدأ من الناحية الايجابية للصحة حتى الحالة السلبية، أي عكس التركيز على الصحة السلبية، وهذا بتقسيم الأشخاص بدءا من أشخاص في قمة الطاقة ثم إلى أشخاص في حالة جيدة، ثمّ إلى أشخاص في حالة متوسطة، نهاية عند أشخاص في حالة ضعيفة من المرض وصولا إلى الأشخاص المرضى فعليا. (**بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 26)**. كما أنّه وفي دراسة لكل من الباحثان **Ubel, Loewenstein & Jepson (2003)**، قاما بالتأكيد على خاصية التي يتمتع

بها المفهوم والتعريف والأداة (المقياس) لكل سياق يريد الباحث من خلاله قياس مستوى جودة الحياة. وفي هذا الإطار من المهم الاشارة إلى أنّ الاستعمال المتكرر لأدوات معينة ليس بالضرورة أنّها الأدوات الاصلح لكل المؤشرات، فالمقياس الصادر عن منظمة الصحة العالمية تمّ انتقاده على أساس الطريقة التي يتمّ بها جمع البيانات، ومع هذا بقيّ المقياس الأكثر استعمالا وتداولا بعد مقياس استبيان النموذج الصحي الموجز SF-36 والذي يعدّ المقياس الأهم والأكثر تداولا واستعمالا إلى غاية يومنا هذا. (هيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة [ABD]، 2021، ص. 14)، وهذا الأخير (SF-36) هو المقياس الذي سيتبنّاه الباحث في الجانب التطبيقي من هذه الدراسة.

وعلى هذا الأساس وانطلاقا من خلال ما تطرق إليه الباحث في العرض السابق من هذا الفصل الدراسي من تفسيرات ومفاهيم ونماذج نظرية لمفهوم جودة الحياة بصفة عامة وجودة الحياة المرتبطة بالصحة بصفة خاصة، فإنّه يستنتج أنّ هناك تباينا واختلافا ملحوظا في المحددات و الأبعاد والمؤشرات التي يمكن من خلالها قياس جودة الحياة، ويعود هذا التباين إلى اختلاف العلوم والتخصصات البحثية التي تطرقت لموضوع الجودة، وأهداف هذه البحوث، وجدت عدّة مقاييس ذات خلفيات متعددة تقيس جودة الحياة، منها ما هي مقاييس عامة كما أشرنا اليه في بداية هذا العنصر ومنها مقاييس متخصصة كما صنّفها الباحثون في مجال قياس الجودة، وسنركز في عرضنا التالي بإيجاز في ما تبقى من هذا الفصل على بعض المقاييس العامة لجودة الحياة.

- المقاييس العامة لجودة الحياة:

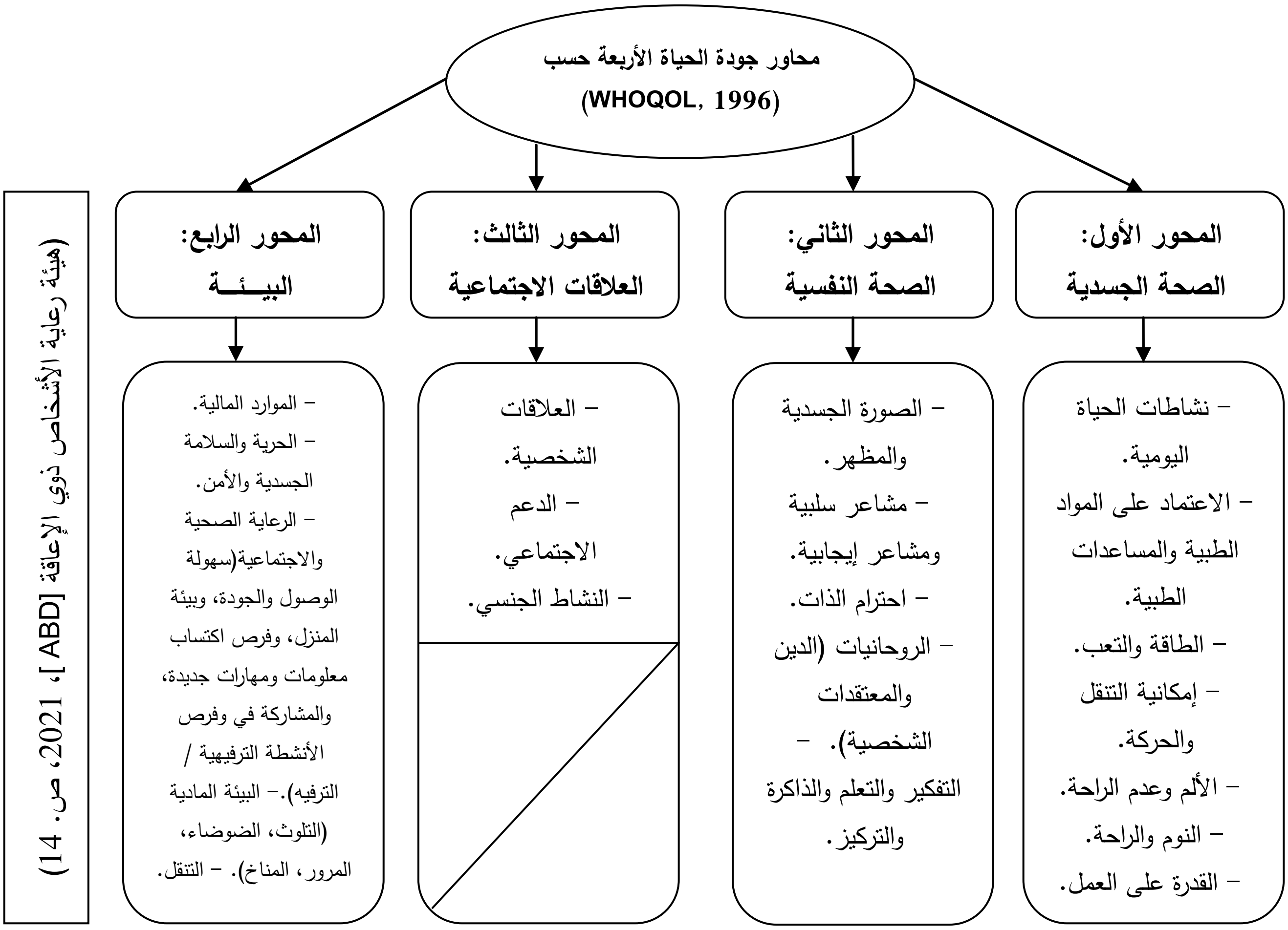
حيث أنّ هذه المقاييس يكون التقييم فيها شاملا وهي موجهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون أي اعتبار لخصائصهم إن كانوا مرضى أو عاديين، كما أنّها تقيس مجالات مختلفة (المجال البدني، المجال النفسي، المجال الاجتماعي).(Schweitzer, 2002) . كما أنّ جلّ هذه المقاييس ذات منظور صحي عام، ومن أهم هذه المقاييس العامة نجد المقياس الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL, 1996)، و المقياس الأوروبي لجودة الحياة EuroQol-5D والذي يضمّ خمسة أبعاد، و استبيان النموذج الصحي الموجز SF-36 ، سنبينها في مايلي:

6-1- مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (WHOQOL, 1996):

يعتبر هذا المقياس مشروع عالمي ضمّ 23 دولة و 11.830 مشارك، حيث بدأ استخدامه منتصف التسعينيات، ورد في النسخة الأولى لهذا المقياس مائة (100) سؤالا من أصل ما يزيد عن مائتي (200) سؤالا تمّ انتقائها أسئلتها النهائية من خلال دراسة تجريبية، لتصدر بعد ذلك سنة 1996 النسخة المختصرة للمقياس أين اشتهرت

باسم (WHOQOL BREF) وقد ضمّت ستة وعشرون (26) سؤالا مقسمة على أربعة (04) محاور رئيسية وكل محور يضم محاور فرعية. (هيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة [ABD]، 2021، ص. 14). نوضحها في الشكل التالي:

شكل رقم 08: محاور وأبعاد مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (WHOQOL, 1996) من تصميم الباحث



كما وقد أشار تيكمان وأخرون (2006) Teichmann et al إلى أنّ دراسات كثيرة استعملت مقياس جودة الحياة المتبنى من طرف منظمة الصحة العالمية وهذا لفحص العلاقة بين جودة الحياة والصحة وعلى سبيل المثال: دراسة كل من Wright & Skfvington عام 2001، ودراسة Angermeyer وأخرون عام 2002، إضافة إلى هذا فقد قامت أبحاث أخرى حول طرق وكيفيات ارتباط أبعاد ومكونات جودة الحياة لدى الفرد ببعضها البعض ومنها دراسة Bradley وأخرون عام 1999 ن وأيضا دراسة كل من Daaleman وأخرون عام 2004. (أرنوط، 2008، ص. 337).

6-2- المقياس الأوروبي EuroQol-5D لجودة الحياة:

جاء عن كل من **EuroQol Group & Brooks (1996)** أنّ هذا المقياس مستعمل لسهولة تطبيقه مقارنة بمقياس منظمة الصحة العالمية واستبيان النموذج الصحي الموجز SF-36 كونهما أكثر ملائمة في تحليل العديد من السياقات لجودة الحياة بصورة شاملة مقارنة بنموذج بمقياس EuroQol-5D، ونقلا عن **Theofilou (2013)** فيما يخصّ تطوير المقياس، إذ هو مشروع أوروبي يضمّ ثلاثة دول أوروبية 592 مشارك من البالغين كما أنّ مقياس يمتاز بنوع من الحساسية كونه خاضع للتغييرات الناتجة عن مختلف السياقات الثقافية كما جرى اختباره في دراسات ميدانية شملت فئات مرضية وفئات عادية و أثبت معامل الارتباط عبر فئاته رسوخا (ثبات) جيد الى ممتاز وأنّ الدراسات التي تمّ إجرائها على 87 و 104 من الذين شاركوا تمتاز بموثوقية جيدة. وحسب **Balestroni & Bertolotti** أنّ هذا المقياس يضمّ خمسة (05) أبعاد هي كالتالي: التنقل والحركة، الرعاية الذاتية، الدور أو النشاط الرئيسي، العائلة و الترفيه، الوجه (المظهر)، الألم و المزاج. (هيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة [ABD]، 2021، ص. 15)

6-3- مقياس استبيان النموذج الصحي الموجز SF-36:

وهو المقياس الذي تبنّاه الباحث في هذه الدراسة في جانبها التطبيقي أين سيطبق على فئة مرضى السكري بنوعيه نمط1 و نمط2. ويعدّ هذا المقياس من اكثر المقاييس انتشارا وشيوعا عبر العالم نظرا لتغطيته للحالة الصحية الشاملة وأيضا لقصره. هذه القياسات المعيارية جعلت من المقارنة سهلة بين المجتمعات و إلى تقييمات نواتج المرضى نظرا إلى تغطيته للصحة البدنية، الاجتماعية، العاطفية، وقد استخدمه الكثير من الباحثين كمقياس أولي لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، كما يمكن لهذا المقياس أن يتمّ استخدامه ذاتيا، أو عن طريق مقابلات ، ويمكن استخدامه أيضا عن طريق الهاتف أو عن طريق الكمبيوتر، إذ يحتاج خمس دقائق لإنهائه. وحسب Ryan et al ، أنّ 7 بالمائة من المستخدمين (الأصحاء منهم والمرضى بآلام مزمنة) الذين استكملوا النسخ الالكترونية والورقية يفضلون النسخ الالكترونية. وتمّ تطوير هذا الاستبيان في شركة راند الأمريكية RAND للاستخدام في دراسة التأمين الصحي التجريبي ودراسة النتائج الطبية، وهو استبيان مختصر (36 فقرة) للحالة الصحية، أصبح استعماله في تزايدا عبر العالم منذ سنة 1990، فالمؤلفين لهذا الاستبيان كان هدفهم اجراء قياس قصير لكبار السن والحالة الصحية الذاتية السليمة من الناحية السيكولوجية والتي يمكن استعمالها في عدة أماكن، ويهدف المقياس أيضا إلى معرفة المعايير النفسية اللازمة لمقارنة المجموعات، اختيرت أبعاده الثمانية (08) من 40 بعدا منها MOS، وقد اختيرت تمثيلا للمفاهيم المثلى للقياس في المسح الصحي، ومن يتعرضون للأمراض والعلاج، وأنّ

فقراته معظمها أسست على الأجهزة المستخدمة منذ 1970 والثمانينات بما فيها مؤشر الرفاهة السيكولوجية العامة. أمّا عن المحتوى فهو يتكون من 36 فقرة تقيس ثمانية (08) أبعاد: وظائف بدنية ممثلة في عشرة (10) فقرات، وظائف اجتماعية ممثلة في فقرتين (02)، محدوديات العمل نتيجة مشاكل بدنية ممثلة في أربعة (04) فقرات، محدودات العمل نتيجة مشاكل عاطفية ثلاثة (03) فقرات، صحة عقلية خمسة (05) فقرات، طاقة ونشاط أربعة (04) فقرات، ألم فقرتين (02)، مفهوم الصحة عامة خمسة (05) فقرات، وهناك فقرة واحدة عن مفاهيم تغييرات الصحة خلال الاثني عشر شهرا الماضية (في الواقع تمد بعد 9)، ويدعى قياس الصحة الايجابية والسلبية أيضا. وعن الأشكال القصيرة للمقياس يوجد استبيان الشكل القصير-12 للمسح الصحي (SF-12) واستبيان الحالة الصحية -12 (HSQ-12)، وأيضا استبيان الشكل القصير - 8 للمسح الصحي (SF-8)

(بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 175-188)

وفي دراسة حديثة لــ **دنليفي جيرارد واخرون (2019) Dunleavy et al** ، أنّ مقياس (SF-36 v2) ينتج عنه تقييم قياسين موجزين لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة، وهما درجة ملخص المكون المادي (PCS) التي تمثل نوعية الحياة المتعلقة بالصحة البدنية ، ودرجة ملخص المكون العقلي (MCS) التي تمثل نوعية الحياة المتعلقة بالصحة العقلية، و تحتوي جودة الحياة المتعلقة بالصحة البدنية على 21 عنصرا وتقيس المجالات الأربعة التالية:

1- الأداء البدني (10 عناصر): وهي العناصر التالية تدور حول الأنشطة التي قد تقوم بها خلال يوم عادي ، مثل السؤال ، "هل تقيدك صحتك الآن في هذه الأنشطة؟ إذا كان الأمر كذلك ، كم؟ رفع أو حمل البقالة؟" نعم ، محدودة كثيرا ، نعم ، محدودة قليلا ، لا ، ليست محدودة على الإطلاق.

2- قيود الدور بسبب الصحة البدنية (4 عناصر): مثال على السؤال ، "خلال الأسابيع الأربعة الماضية ، هل خفضت مقدار الوقت الذي تقضيه في العمل أو الأنشطة الأخرى نتيجة لصحتك البدنية؟" نعم أو لا.

3- ألم جسدي (2 عناصر): مثال على السؤال ، "خلال الأسابيع ال 4 الماضية ، كم تداخل الألم مع عملك العادي (بما في ذلك العمل خارج المنزل والأعمال المنزلية)؟" لا على الإطلاق ، قليلا ، معتدلا ، قليلا جدا ، للغاية.

4- تصور الصحة العامة (5 عناصر): مثال على السؤال "أنا بصحة جيدة مثل أي شخص أعرفه". بالتأكيد صحيح ، صحيح في الغالب ، لا أعرف ، معظمه خاطئ ، أو خاطئ بالتأكيد. أمّا نوعية الحياة المتعلقة بالصحة العقلية على 14 عنصرا وتقيس المجالات الأربعة التالية:

1- الأداء الاجتماعي (2 عنصران): مثال على سؤال: "خلال الأسابيع ال 4 الماضية، كم من الوقت تتداخل صحتك الجسدية أو مشاكلك العاطفية مع أنشطتك الاجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب وما إلى ذلك)؟" لا على الإطلاق، قليلا، معتدلا، شديدا أو شديدا جدا.

2- قيود الدور بسبب المشاكل العاطفية (3 عناصر): مثال على السؤال: "خلال الأسابيع الأربعة الماضية ، هل أنجزت أقل مما تريد نتيجة لأي مشاكل عاطفية (مثل الشعور بالاكتئاب أو القلق)؟" نعم أو لا.

3- حيوية (4 عناصر): مثال سؤال "خلال الأسابيع الأربعة الماضية، هل كان لديك الكثير من الطاقة؟" كل الوقت، معظم الوقت، قليلا من الوقت، بعض الوقت، قليلا من الوقت أو لا شيء من الوقت.

4- الرفاهية العاطفية (5 عناصر): مثال على سؤال: "خلال الأسابيع ال 4 الماضية، هل كنت شخصا عصبيا للغاية؟" طوال الوقت، معظم الوقت، قليلا من الوقت، بعض الوقت، قليلا من الوقت أو لا شيء من الوقت.

(Dunleavy et al, 2019, p. 3)

7- جودة الحياة و أهميتها بالنسبة للأمراض المزمنة:

لقد تمّ تعريف الأمراض المزمنة من قبل منظمة الصحة العالمية على أنّها تلك الأمراض التي تمتد لفترة طويلة مع تحسن بطيء جدا بشكل عام، إذ تشكل ما نسبتة 60 % من الوفيات كل سنة بصفتها من الأسباب الرئيسة لحالات الوفاة على المستوى العالمي، ومن بينها القلب، والسكري، والسرطان واعراض الرئة المزمنة والأوعية الدموية، كما أنّها – الأمراض المزمنة – تعتبر حملا أخر يضاف للبلدان النامية جنبا إلى الأمراض المعدية التي تؤثر بشدة على البلدان الفقيرة في العالم، كما تؤثر على التنمية في جميع اقتصادات العالم والنواحي الاجتماعية لمختلف المجتمعات والشعوب ناهيك عن ما تسببه من إعاقات وتشوهات ووفيات. (المكتب الاقليمي للشرق الأوسط لـ WHO ، 2005)

وعلى هذا الأساس أراد الباحث، أن يقف على مدى أهمية جودة الحياة بالنسبة للمرض المزمن، ولماذا يجب أن تراعى نوعية الحياة وجودتها لدى المرضى المزمنين بصفة عامة؟ وما مدى مساهمة مقاييس جودة الحياة في تحسين النمط المعيشي للمريض المزمن؟

وعليه ارتأى الباحث أن يجيب عن هذه الأهمية، حسب ما جاءت به **تايلور (2008)** من خلال طرحها للتساؤل التالي: لماذا ندرس نوعية الحياة عند المريض المزمن؟ (Why Study Quality of Life ?) ، وفي معرض اجابتها على هذا التساؤل استندت على ما ورد عن مجموعة من الباحثين، كما جاء عن كلّ من Devins et al (1990) و Maes et al (1996) بأنّه ومن خلال تحديد تأثيرات الناجمة عن المرض على نشاطات

المريض الشخصية و الاجتماعية والمهنية وحياته اليومية بصفة عامة سوف يمدنا بأساسيات مهمة للعلاجات التي تصمّم بغية تحسين نوعية حياة المريض. و يضيف كل من الباحثان (1996) Schag & Heinrich أنّ المقاييس الخاصة بنوعية الحياة يمكنها أن تساعد في ضبط جملة المشكلات الناشئة لدى المرضى المصابين بأمراض من نمط معين. وعلى سبيل المثال، فقد تكشف هذه المقاييس عن مشاكل جنسية لها ارتباط وعلاقة معينة من السرطان، بينما تكشف لنا أن الاكتئاب يرتبط بأنواع أخرى من السرطان. وهذا ما يساعد على وضع وتصميم العلاجات المطلوبة، وهذا ما تحدّث عنه Aaronsonet et al بأنّ المقاييس الخاصة بجودة الحياة تتناول تأثير العلاج على نوعية الحياة ، فمثلا العناية بالسرطان قد يتمّ تقييمها فيما إذا كان العلاج مؤذيا ويسبب ازعاجا اكثر من مرض السرطان بحد ذاته، وفيما اذا كانت هذه العلاجات تزيد من معدلات بقاء المريض أو لا، أو لها أثار جانبية سلبية أو ليس لها. وتضيف تايلور (2008) بأنّه في هذا السياق مقاييس نوعية الحياة استطاعت قياس الأثر الناتج عن العلاجات غير سارة (المزعجة) وغير مريحة، وكذلك التعرف من خلال هذه المقاييس الخاصة بنوعية الحياة على بعض المتغيرات التي بإمكانها أن تضعف من التزام المريض بتلك العلاجات، وأنّه من الممكن أيضا المقارنة بين العلاجات من خلال استخدام المعرفة بنوعية الحياة، وعلى سبيل المثال: " إذا كانت معدلات الحياة الناجمة عن اتباع أسلوبين في المعالجة متساوية، وكان هذان الأسلوبان يختلفان في تأثيرهما على نوعية الحياة، فيمكننا عندها اختيار الأسلوب الذي يكون له أدنى تأثير على نوعية الحياة ". كما أنّ المعلومات المتعلقة بنوعية الحياة يمكنها أن تساعد المهتمين والمختصين على أن يحددوا العلاجات التي تطيل من فرص العيش، وتساعد المريض على أن يعيش جودة حياة أفضل. وحسب عدة باحثين أنّ مقاييس جودة الحياة يمكن لها أن تطلعهم بفرص الموازنة بين تكلفة العلاج و نجاعته من جهة، ونوعية الحياة من جهة اخرى. وأنّه عند التشخيص بمرض مزمن فجودة الحياة هنا يمكنها أن تساعد على ضبط وتحديد بعضا من الجوانب والمجالات التي تتطلب اهتماما معينا وعلاجا محددا. (تايلور، 2008، ص. 622-623)

خلاصة الفصل:

يعتبر مصطلح جودة الحياة (Quality of Life) مصطلحا حديث النشأة، فهو مفهوم مركب من عدة أبعاد ومجالات ، وعلى هذا الأساس وجدت عدة اتجاهات معرفية تناولت المفهوم واهمها الاتجاه الفلسفي الذي ربطه بالسعادة، والاتجاه الاجتماعي الذي ربطه بالعلاقات الاجتماعية للفرد، والاتجاه النفسي الذي ربطه بتقدير الذات والاتجاه الطبي الذي ربطه بالعلاج والخدمات الطبية. أمّا عن تعريفه فقد اختلف الباحثون والمختصون باختلاف أبحاثهم واهدافها وتخصصاتهم وتفرعاتها في الاتفاق على تعريف موحد لجودة الحياة، إلاّ أنّه يلاحظ أنّ أغلبهم قد اعتمدوا على التعريف الصادر عن منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة، إذ عرفتها على أنّها عبارة عن إدراك الفرد لوصفه في الحياة في منظومة القيم والثقافة التي يعيش فيها، وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته. كما تمّ تحديد هذا المفهوم من قبل الباحثين على أساس أنّ جودة الحياة ترتكز على بعدين أساسيين هما البعد الذاتي الذي يتمثل في النواحي الفردية والشخصية للشخص مثل الشعور بالرضى والاحساس بالسعادة و حسن الحالة التي يعيشها الفرد، والبعد الموضوعي الذي يتضمن الذي يشمل جميع الاحتياجات والإمكانيات التي يحتاجها الفرد من أجل العيش مثل الصحة والتعليم إلى جانب المعايير الثقافية والبيئية والمجتمعية التي يخضع لها الفرد. وهذا ما نتج عنه عدّة نماذج مفسرة لجودة الحياة بصفة عامة. أمّا عن جودة الحياة المرتبطة بالصحة فقد تمّ تعريفها حسب رائدة القياس في مجال جودة الحياة "أنّ بولنج Bowling" على أنّها المستوى المثالي للحالة النفسية والجسدية التي يمتاز به الأفراد وأدائهم الاجتماعي ضمن ما ينسجونه من علاقات اجتماعية و تصورات و معتقدات صحية و لياقة بدنية و رفاهية و أريحية في الحياة التي يعيشونها، كما أنّه توجد عدّة مجالات لمفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة أهمها المجال القلي والنفسي، المجال الجسمي والبدني، المجال الاجتماعي والبيئي وأخيرا مجال الرفاهة الشخصية للفرد. وأنّ هذه المجالات يمكن قياسها من اجل تحديد جودة الحياة التي يعيشها الفرد، وعليه وجدة عدّة مقاييس عامة تقيس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وأهمها مقياس منظمة الصحة العالمية والمقياس الأوروبي ومقياس استبيان نموذج المسح الصحي SF-36 الذي يعتبر من اكثر المقاييس شيوعا وانتشارا وتداولا لقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة عبر العالم، وهو المقياس الذي تبنّاه الباحث في هذه الدراسة في جانبها التطبيقي كما سنرى ذلك في الفصول اللاحقة.

الفصل الرابع:

مـــرض السكـــــري

يعتبر مرض السكري من بين الأمراض المزمنة الأكثر شيوعا وانتشارا في عصرنا اليوم. اذ تم تصنيفه على أنّه وباء متفش، وبهذا فهو وباء عالمي الانتشار، حتى أنّه اعتبر الموضوع الاساسي في مجلة "تايم" الامريكية عدد ديسمبر 2003.

كما أشارت مختلف الدراسات إلى أنّ متوسط نسبة الإصابة العالمية للأشخاص البالغين قد بلغت 9,3 % (أي أنّ هناك شخص مصاب بالسكر من كل 11 شخصا) و تختلف نسبة الإصابة من منطقة إلى أخرى، حيث تعتبر منطقة الشرق الأوسط و شمال أفريقيا من أكثر المناطق ارتفاعا من حيث نسب الإصابة بالسكري حيث تصل هذه النسب إلى إصابة شخص من كل 5 أشخاص بالغين (15 إلى 22 %). (الادريسي، 2021، ص. 11)

بهذه الاحصائيات فقد أصبح مرض السكري يشكل خطرا يهدد الصحة العامة للأفراد و المجتمعات، و مع تطور الثورة التكنولوجية و الرقمية و المعلوماتية وكثرة البحوث واشتباكها حول هذا الداء، أصبح الباحثون والمختصون في المجالات غير الطبية التي تبحث في مرض السكري، وحتّى الأفراد المصابون و غير المصابون بمرض السكري بغية الوقاية، يلجئون إلى البحث و التعرف على هذا الداء من مختلف المصادر العلمية سواء كانت متخصصة أو غير متخصصة ، و عليه أراد الباحث في هذا الفصل أن يقدم معلومات علمية أقرب إلى الدقة العلمية حول مرض السكري من مختلف الجوانب، و هذا ما سيعالجه الباحث في هذا الفصل انطلاقا من التعريف بمرض السكري، ثم أنواعه و أعراضه، و أسباب مرض السكري و تشخيصه، بالإضافة الى الأبعاد الصحية و المضاعفات المرضية لهذا الداء و كذلك علاجات مرض السكري. وأخيرا، الكفالة النفسية والادارة الذاتية والالتزام لدى مريض السكري من منظور علم النفس الصحي.

1- تعريف مرض السكري: Diabète - Diabetes

تنوعت المفاهيم و التعاريف وتعدّدت بتعدد التخصصات الطبية وغير الطبية للباحثين وكذا الهيئات والجمعيات والمنظمات الصحية الدولية المهتمة بالصحة عامة و بمرض السكري خاصة، فكان من بين جملة التعاريف التي نعرضها ما يلي:

- **تعريف كونار (1984) Conner** : مرض السكر هو اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب وعلى اعتبار أنّ الانسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر والكربوهيدرات الى طاقة، فإنّه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز في الدم ويظهر بالبول كذلك. (conner, 1984)

- **تعريف نيتينا (1996) Nettina** : بأنّ السكري " عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات ".

(Nettina, 1996, p.1303)

- **تعريف لوثر ترافيس:** و هو استشاري غدد الصم و السكري في قسم الطب جامعة تكساس، في الولايات المتحدة الأمريكية، فيعرف داء السكري بأنه " عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة " ، أمّا " الدكتورة انتصار غرة " الطبيبة في قسم طب الأسرة و المجتمع جامعة دمشق في دراسة، لنيل درجة الدراسات العليا في بحثها المعنون بـ الرعاية الصحية المقدمة لمرضى السكري المراجعين لمركز زهير حبي الصحي بـ " الداء السكري هي متلازمة اضطراب استقلابي و وعائي بأحد سببين: إما لنقص افراز منفرد للأنسولين، أو المشاركة بين مقاومة أنسولينية مع عدم افراز كاف للمعاوضة (أي أنّ الجسم لا يملك القدرة على المقاومة) "

(المرزوقي، 2008، ص. 23)

- **تعريف عويضة (2007) :** مرض السكري Diabetes Mellitus هو عبارة عن اضطراب (خلل) وراثي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم- Hyperglycemia وتعني كلمة Mellitus سكر العسل، وكلمة Diabetes كثرة إفراز السكر في البول، والاثنين معا حدوث زيادة في إفراز البول المحتوي على السكر.

(عويضة، 2007، ص. 21)

- **تعريف تايلور Taylor (2008)** : السكري حالة عجز مزمن في العمليات الأيضية، والناجم عن افراز كميات غير كافية من الأنسولين أو استخدامه بصورة صحيحة. فخلايا الجسم، كي تقوم بوظائفها، تحتاج إلى الطاقة. و المصدر الرئيسي لهذه الطاقة هو الجلوكوز ، و هو السكر الناتج عن هضم الاطعمة التي تحتوي على النشويات (Carbohydrates)، فيجري في الدم مزودا الخلايا بالطاقة التي تحتاجها. (تايلور، 2008، ص. 760)

- **وفي تعريف أخر لمفهوم داء السكري من الناحية الطبية:** يعتبر من الأمراض البسيكوسوماتية و من الاضطرابات الأيضية، حيث يرتبط إمّا بخلل في افراز الانسولين أو بمقاومة من طرف هذا الهرمون على مستوى أنسجة الخلايا أين يتم تراكم مادة الغلوكوز، كما يصاحبه إفراز بولي سكري مع كثرة العطش و ظهور مقدار كبير من السكر في الدم. (زلوف، 2011، ص. 80)

- **كما أعطاه متولي (2012) تعريفا و وصفا جاء فيه:** السكري أو داء السكري أو المرض السكري هو متلازمة تتصف باضطراب الاستقلاب و ارتفاع شاذ في تركيز سكر الدم الناجم عن نقص الأنسولين، أو انخفاض حساسية الأنسجة للأنسولين، أو كلا الأمرين ، ويضيف قائلا: وهي مكونة من كلمتين Diabetes و تعني السيفون

Syphone، وهي أن المريض يتبول كثيرا، و الجزء الأخر Mellitus و تعني العسل Honey، حيث يكون البول حلو المذاق لمحتواه من السكر، كما شارك العلماء العرب في ذلك حيث كتب الطبيب ابن سينا و غيره عن السكري، و لكنهم جميعا لم يتوصلوا لعلاج أو الكشف عن أسراره " ويزيد في معرض وصفه و تعريفه للسكري قائلا: " كنتيجة للإصابة بالسكري، لا يتمّ تحويل الجلوكوز إلى طاقة، مما يؤدي إلى توفر كميات زائدة منه في الدم بينما تبقى الخلايا متعطشة للطاقة. و مع مرور السنين، تتطور حالة من فرط سكر الدم (باللاتينية: hyperglycaemia) الأمر الذي يسبب أضرارا بالغة للأعصاب و الأوعية الدموية، و بالتالي يمكن أن يؤدي ذلك إلى مضاعفات مثل أمراض القلب و السكتة و أمراض الكلى و اعتلال الأعصاب و التهابات اللثة، و القدم السكرية، بل و يمكن أن يصل الأمر إلى بتر الأعضاء. (متولي، 2012، ص. 7)

– **و في تعريف أخر لـ Punthakee & Goldenberg (2013):** داء السكري هو اضطراب استقلابي يتميز بوجود ارتفاع السكر في الدم بسبب إفراز الأنسولين المعيب ، عمل الأنسولين المعيب أو كليهما. ارتفاع السكر في الدم المزمن من يرتبط مرض السكري بمضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة المحددة نسبيا على المدى الطويل والتي تؤثر على العينين والكلى والأعصاب ، وكذلك كخطر متزايد للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.
(Punthakee & Goldenberg, 2013, p. 8)

– **كما عرفه لطفي (2018):** السكّري حالة مرضيّة مزمنة (تحتاج لعلاج مدى الحياة)، غير معدية، ناتجة عن عوامل وراثيّة وبيئيّة مختلفة، وتحدث بسبب نقص نسبي أو مطلق في افراز هرمون الأنسولين الذي يقوم بنقل السكّر من الدم إلى خلايا الجسم، وهذا بدوره يؤدّي إلى عجز الجسم عن الاستفادة من السكر في توليد الطاقة بصورة فعّالة. وعند ذلك يتراكم السكر في الدم، ثمّ يتسرب إلى البول عن طريق الكليتين.(لطفي، 2018، ص. 25)

– **تعريف منظمة الصحة العالمية [WHO] :** " مرض السكري هو مرض استقلابي مزمن يتميز بارتفاع مستويات الجلوكوز في الدم (أو سكر الدم) ، مما يؤدي بمرور الوقت إلى أضرار جسيمة في القلب والأوعية الدموية والعينين والكلى والأعصاب ". (موقع منظمة الصحة العالمية)

– **تعريف الاتحاد الدولي للسكري [IDF]:** داء السكري (مرض السكري) هو مجموعة من الأمراض الأيضية التي تتميز بحدوث ارتفاع السكر في الدم المستمر بسبب نقص إفراز الأنسولين أو عمل الأنسولين أو كليهما. و يمكن تصنيف السكري على أنه النوع 1 والنوع 2 والحمل وأنواع أخرى من مرض السكري. (IDF ,2017)

في أخر التعريفات كان لابد أن نشير إلى المفهوم السيكولوجي لمرض السكري باعتبار أنّه مرض مزمن كما أشارت التعريفات السابقة، والمرض المزمن عادة ما يصحبه اضطرابات نفسية متكررة و متنوعة وهذا يعود الى طبيعة شخصية كل مريض.

– **التعريف السيكولوجي لمرض السكري**: " يعتبر السكري أحد الاضطرابات الجسمية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الاصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد ". (DSM III- R,1987,p.12)

جميع هذه المفاهيم التي عرضناها جاءت متقاربة في تعريفها لمرض السكري، كما نجد أنّها تشترك في نقطة واحدة وهي، اضطراب وخلل في افراز البنكرياس لمادة الأنسولين المسؤولة عن تنظيم السكر في الدم، ولهذا نجد أن مفهوم داء السكري من خلال التعريفات السابقة ارتبط بكثرة بمصطلحين هما: البنكرياس و الانسولين، ولكي يتضح لنا مفهوم مرض السكري لابد أن نفهم كيفية ضبط غدّة البنكرياس التي تفرز مادة الأنسولين لإيقاع السكر في الدم في ما يلي:

البنكرياس عبارة عن غدّة ملساء تأخذ شكل اللسان، وله رأس وجسم وذيل، ويقع أعلى يسار التجويف البطني خلف المعدة، متوسدا برأسه الجزء الأول من الأمعاء الدقيقة (الاثنى عشر)، ومستندا بذيله على (الطحال). و في حين يبلغ وزنه حوالي 60–100 غرام، فإنّ طوله يتراوح بين 12–15 سم. وتكمن أهم وظائفه في افراز هرمون الأنسولين عن طريق خلايا بيتا التي تشكل الجزء الأغلب من خلايا جزر لانجرهانز، فتبلغ ما نسبته 60–80 بالمائة منها. ويعمل الأنسولين على تنظيم كمية سكر الجلوكوز في الدم، عن طريق إدخاله للخلايا، ليتحول إلى طاقة يستفيد منها الجسم، بينما يخزّن الباقي في الكبد والعضلات على هيئة نشا، وما زاد عن الطاقة الاستيعابية للكبد و العضلات، يخزّن في الأنسجة الدهنية على هيئة دهون. وعند انخفاض السكر في الدم، يفرز البنكرياس هرمون الجلوكاجون (عن طريق خلايا ألفا)، ومفعوله يضاد مفعول الأنسولين. ويعود اكتشاف العلاقة بين البنكرياس والسكري إلى عام 1889 م، حين أصيبت كلاب التجارب بمرض السكري إثر إزالة البنكرياس، وذلك ضمن تجربة قام بها العالمان أوسكار منكوفسكي و فون ميرج. هذا و يتمّ إفراز الأنسولين بواقع وحدة واحدة كلّ ساعة في حالة الصيام، بينما يزداد المعدل إلى 3–7 وحدات بعد تناول النشويات والسكريات. (لطفي، 2018، ص. 20)

– **من هي الخلايا المسؤولة عن افراز الانسولين؟**

بالنسبة لعملية تنظيم افراز البنكرياس للأنسولين: فإنّه يتمّ إفراز الأنسولين من خلايا بيتا في البنكرياس، والتي ترتبط بالمستقبلات الواقعة على أطراف الخلية، وتعمل بصورة أساسية كمفتاح يسمح للجلوكوز بالدخول إلى الخلايا. وعندما لا يكون افراز الأنسولين كافيا، أو تتطور المقاومة للأنسولين (أي أنّ الجلوكوز لم يعد يستخدم من قبل الخلايا)، يبقى الجلوكوز في الدم بدلا من دخوله للخلايا، مما ينجم عنه حالة تسمى هيبوجلاسيميا

(Hypoglycemia). فيحاول الجسم التخلص من الجلوكوز الزائد، في الوقت الذي لا تتلقى فيه الخلايا ما تحتاجه من الجلوكوز، فترسل بإشاراتها للهيبوثلاموس بأن ثمة حاجة للطعام. (تايلور، 2008، ص 760)

وفي الجدول التالي نعرض خلايا جزر لانجرهانز والهرمون الذي تفرزه:

جدول رقم 04: خلايا جزر لانجرهانز والهرمون الذي تفرزه

نوع الخلايا	الهرمون المفرز
خلايا ألفا 20 %	جلوكاجون
خلايا بيتا 70 %	أنسولين، أميلين
خلايا جاما	عديد الببتيد البنكرياسي (سي ببتيد)
خلايا دلتا	سوماتوستاتين
خلايا إيبسيلون	جريلين (هرمون الجوع)

(لطفي، 2018، ص 21)

2 – أنواع مرض السكري و أعراضه: Types of Diabetes

بالرغم من وجود عدة تصنيفات لأنواع مرض السكري إلاّ أنّه يوجد هناك نوعان رئيسيان من أنواع مرض السكري المتعارف عليها، وهما، النمط الأول(Types 1) الذي يعتمد على الأنسولين و النمط الثاني (Types 2) غير معتمد على الأنسولين، وسنتعرف على كل نمط و أعراضه على حدى في ما يلي:

2–1– نمط السكري الأول (Types 1):

يسمى الأول بالنمط I المعتمد على الأنسولين (Insulin-Dependent Diabetes) ويظهر النمط الأول عادة في مرحلة مبكرة من الحياة نسبيا، وبنسبة أكبر لدى البنات ما بين الأعمار 5 و 6 سنوات أو ما بين 10 و 13 سنة. كما أنّ هذا النمط هو الاخطر بفارق كبير عن الثاني، ولحسن الحظ فإنّه لا يشكل سوى 10% فقط من كل حالات السكري. و يعالج النمط الأول بشكل رئيسي من خلال الحقن المباشر بالأنسولين ولهذا سمي بالسكري المعتمد على الأنسولين. (تايلور، 2008، ص. 762)

في هذا النوع فإنّ خلايا البنكرياس المعروفة باسم Beta cells المسئولة عن انتاج الأنسولين قد تمّ تدميرها تدريجيّا و أصبحت غير قادرة على إنتاج الأنسولين، لذلك فإنّ النقص الحاصل في كمية الأنسولين يكون دائما، ويحتاج العلاج بالأنسولين كعلاج وحيد ودائم، ولذلك يعرف باسم السكري المعتمد على الأنسولين كعلاج وحيد ودائم، ولذلك يعرف باسم السكري المعتمد على الأنسولين، وبدون الأنسولين فإنّ التحكم في سكر الدم وتحريكه إلى داخل خلايا الجسم

يتوقف، مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم، وهو ما يسمى بفرط السكر في الدم، وحيث إن خلايا الجسم لا تستطيع استخدام السكر الموجود خارجها تبقى النسبة عالية في الدم، وعند وصوله لحد معين يفقد من خلال البول. (متولى، 2012، ص. 8)

و في وصف أخر لمرض السكري النوع الأوّل فإنّه يصيب الصغار والشباب حتى حوالي عمر 35 سنة، بسبب خلل مناعي يدمّر خلايا "بيتا" الفارزة للأنسولين، ويمثّل حوالي 10 % من جموع مرضى السكري، و يعتمد على الأنسولين فقط في العلاج. وقبل عام 1998 كان يعرف بسكري السنّ المبكر أو السكري المعتمد على الأنسولين. (لطفي، 2018، ص. 44)

كما أنّ هناك مصطلحات كثيرة تطلق على مرض السكري المعتمد على الأنسولين IDDM مثل: سكري الأحداث (الأطفال) Juvenile Diabetes و Juvenile-onset Diabetes و Ketosis-Prone Diabetes.
(عويضة، 2007، ص. 23)

2-1-1- أعراض نمط السكري الأول (Types 1): في النوع الأول من السكر يمكن أن يحدث نقص في وزن الجسم دون سبب واضح على الرغم من الأكل الطبيعي أو حتى زيادة الأكل عند الشخص، ويعزى ذلك إلى إفراز هرمون الجلوكاجون (Glucagone) (المضاد لعمل الأنسولين)، والذي يفرز من البنكرياس أيضا. ويعمل هذا الهرمون على تكسير البروتينات والدهون وتحويلها إلى سكر مما يسبب في حدوث نقص في الوزن. كما يرجع نقص الوزن أيضا بسبب فقد كمية كبيرة من الماء نتيجة لكثرة التبول. ويمكن أن يصاحب النوع الأول من السكر الشعور بالكسل والضعف والخمول وعدم القدرة على احتمال المجهود العضلي، وهنا يجب الحرص على عمل التحاليل الطبيّة بدلا من البحث عن دواء منشط أو فيتامينات يظن المريض أنّها مقوية، وهي في الواقع تؤخر موعد اكتشافه لحقيقة المرض الذي يشكو منه فعلا. (دفع الله أحمد وأخرون، 2011، ص. 106)

كما أنّ هذا النمط عرضة لحدوث مشكلتين: نقص السكر في الدم (Hypoglycemia) (حين يكون مستوى السكر في الدم متدنيا جدا)، وزيادة السكر في الدم (Hyperglycemia) (حين يكون مستوى السكر في الدم عاليا جدا). وتنتج حالة نقص السكر عن زيادة الأنسولين، مما يسبب الهبوط الزائد في سكر الدم، ويصبح الجلد شاحبا ورطبا، ويشعر الفرد بالعصبية وبالضيق والانزعاج والتشوش، ويكون التنفس سريعا وضحلا، والسان رطبا وفاقدا للإحساس وفيه وخز خفيف، ويشعر الشخص بالجوع، وربما الألم، ويكون معدل السكر في البول قليلا أو معدوما، ويجب تناول شيء ما يحتوي على السكر فورا، وإلا أصيب المريض بغيبوبة. وفي حالة زيادة السكر في الدم (Hyperglycemia)، يشعر الفرد بالخمول والنعاس، ويصبح التنفس عميقا وثقيلا، ويكون الجلد جافا، وقد يصاب

المريض بالقيء وبجفاف اللسان، ولكن نادرا ما يشعر المريض بالجوع، إلا أنّه قد يشعر بالعطش وبآلام في البطن. ويمكن الكشف عن وجود كميات كبيرة من السكر في البول. وقد تتطلب زيادة السكر في الدم تدخلا طبيا فوريا، لأنها قد تؤدي إلى غيبوبة، مما قد يستدعي دخول المستشفى. (تايلور، 2008، ص. 762)

وقد حدد كل من Jean Hamburger (1991) et R. Rosario (1980) ثلاثة أنواع من أعراض مرض السكري المرتبط بالأنسولين متمثلة في ما يلي:

أ. الأعراض الأساسية: وهي:

- ارتفاع نسبة السكر في الدم الراجع إلى وظيفة الكبد التي تعمل على رفعه وغياب ادخاره من طرف أنسجة الجسم.
- كثرة التبول المصحوب بمرور السكر والمتكرر عدة مرات في اليوم خاصة ليلا.
- العطش الشديد الناتج عن ضياع كمية من الماء على مستوى الكلى، ويتطلب تعويض الجسم عن هذا الاحتياج.
- كثرة الأكل بشراهة و بطريقة سريعة.
- وجود الأجسام الخلونية ويكشف عنها من خلال التحاليل البولية.
- وجود الأسيتوز الناتجة عن الارتفاع الحاد للأجسام الخلونية في الدم، وتتميز هذه المادة بالحموضة مسببة اضطرابات أيضية.

ب. الأعراض الكاشفة:

- الخدش: يكون خاصة في المناطق الجنسية، ويعتبر من أهم العلامات الكاشفة للمرض.
- فقدان الوزن أو النحافة: الناتجة عن عدم استعمال السكريات من طرف خلايا الجسم بسبب الغياب الكامل للأنسولين، واستعمالها للبروتينات الأساسية للعضلات، مما يؤدي إلى الهزل الذي يعاني منه أغلب المصابين رغم التغذية الجيدة.
- حالة الغيبوبة: وهي من أخطر أعراض داء السكري المرتبط بالأنسولين.
- إضافة إلى العرق البارد وشحوب الوجه ورجفة اليدين.

ج. الأعراض النفسية: وتتمثل في:

- التعب أو الإعياء النفسي: وينحصر في حالة الإعياء التي يتعرض لها المريض، وفي مختلف الاضطرابات النفسية التي قد يمر بها كالقلق والخوف المستمر من تأزم المرض، وحالات الاكتئاب واليأس من الحياة، وسرعة الإثارة وضعف معنوياته. إضافة إلى انعدام الرغبة في العمل – الأرق – انحطاط الذاكرة – التلعثم و الغثيان.

(زلوف، 2011، ص. 83)

2-2- نمط السكري الثاني (Types 2):

يدعى النمط الثاني II غير المعتمد على الأنسولين، ويحدث عادة بعد سن الأربعين، وهو أقل وطأة من النمط الأول المعتمد على الأنسولين. (تايلور، 2008، ص. 762)

ما يسمى بسكري الكبار أو البالغين وفي هذا النوع فإنّ خلايا البنكرياس المعروفة باسم Beta cells تقوم بإنتاج وافراز كمية مختلفة ومتفاوتة من الأنسولين، وقد تكون كميتها في المستوى الطبيعي، ولكن المشكلة تكمن في أنّ خلايا الكبد والعضلات وبقية خلايا الجسم لا تستجيب لعمل الأنسولين عليها. (متولي، 2012، ص. 9)

وهناك الكثير مما هو معروف حول أليات حدوثه. فالتمثيل الغذائي للجلوكوز يتضمن توازنا دقيقا بين إفراز الأنسولين واستجابته. و عند اختلال هذا التوازن، تصبح الطريق ممهدة لتطور النمط الثاني من مرض السكري، حيث تفقد الخلايا الموجودة في العضلات والدهون والكبد بعضا من قدرتها على الاستجابة بصورة كاملة للأنسولين، وهي حالة تدعى " مقاومة الأنسولين" (insulin Resistance). واستجابة لمقاومة الأنسولين هذه، يزيد البنكرياس من افرازه للأنسولين بصورة مؤقتة. وعند هذه النقطة، تتوقف الخلايا التي تفرز الأنسولين، فيحدث تناقص في إفراز الانسولين، ويصبح التوازن بين عمل الأنسولين و افرازه غير منتظم، مما يؤدي إلى النمط الثاني 2 من السكري. (Alper,2000, p. 37)

فهذا النوع لا يحدث بسبب نقص الأنسولين ولكن بسبب عدم فعالية الأنسولين في تحريك الجلوكوز إلى داخل الخلايا. أي أنّ خلايا الجسم فقدت الاحساس بهرمون الأنسولين، وقد تكون السمنة هي السبب الرئيس لذلك كون البدناء المصابين بالسكري تفرز أجسامهم كمية كبيرة من الانسولين تصل الى حوالي 114 وحدة يوميا لكن خلايا الجسم لا تستطيع الاستفادة منه بسبب السمنة التي تقلل من حساسية وعدد مستقبلات الانسولين علما بانّ الشخص السليم يفرز يوميا حوالي 31 وحدة أنسولين. ويقدر بأن حوالي 80 % من الأشخاص المصابين من النوع الثاني تكون أعمارهم فوق 40 سنة، كما أنّ حوالي 70-90 % من الأشخاص المصابين بالنوع الثاني هم البدناء. وقد يعزى ذلك جزئيا لعدم كفاءة الأنسولين في تحريك الجلوكوز إلى داخل الخلايا. (عويضة، 2007، ص. 27)

2-2-1- أعراض نمط السكري الثاني (Types 2):

و تشمل أعراضه زيادة مرات التبول، والتعب، وجفاف الفم، والضعف الجنسي، والحيض غير المنتظم، وفقدان الإحساس، والتهاب الجلد واللثة، والتهاب الجهاز البولي، والآلام، وتشنجات الساقين والقدمين أو الأصابع، والتئام الجروح أو الخدوش بشكل بطيء، وكذلك الحكة الشديدة والنعاس. (تايلور، 2008، ص. 763)

كما قد لا تكون الأعراض المرضية هي المؤشر على وجود الحالة، بل قد يكون وجود بعض المضاعفات هي المؤشر، ولكن هناك العديد من الأعراض التي يمكن ملاحظتها، منها: شدة العطش – كثرة التبول – تناقص في الوزن – الشعور بالجوع على الرغم من كثرة تناول الطعام – الشعور بالتعب و الإعياء. (متولي، 2012، ص. 10)
وقد تكون زيادة التبول والعطش في النوع الثاني من السكر، خفيفة في البداية ولكنها تزيد سوآءا بالتدريج خلال أسابيع أو أشهر، وبعد ذلك يشعر المريض بالتعب الحاد، وقد يتطور ذلك إلى زغللة في البصر ويمكن أن يتعرض لجفاف، هذا إضافة إلى زيادة عدد مرات وكمية التبول (Polyuria)، وازدياد الشهية لتناول الطعام (Polyphagia) وخاصة الحلويات والسكريات. و أعراض السكر المذكورة أعلاه يمكن أن تحدث بسرعة في النوع الأول من السكر، وخاصة في الأطفال (أسابيع أو أشهر) ولكنها قد لا تظهر تماما، أو تظهر بشكل بطيء في النوع الثاني من السكر، وجفاف الحلق واللسان. و الشراهة في الأكل وفقدان الوزن والتعب المستمر يمكن أن تظهر عند مريض السكر من النوع الثاني عندما يكون مستوى التحكم في السكر لديه ضعيف، وعدم وضوح الرؤية والدوخة (الدوار) أو الصداع وعدم التركيز. (دفع الله أحمد وأخرون، 2011، ص. 107)
و حتى يمكننا التفريق بين مرض السكري نمط 1 ومرض السكري نمط 2 نعرض الفروق الأساسية بين النوعين في الجدول التالي:

جدول رقم 05: الفروق الأساسية بين السكري نمط 1 و السكري نمط 2

نوع السكري	النوع الأول	النوع الثاني
1-السن	عادة قبل سن 35	عادة بعد سن 35
2-ظهور الاعراض	فجأة (أسابيع)	تدريجيا شهور أو سنوات
3-الوزن	نحيف أو طبيعي	عادة بدناء
4-الاعراض	واضحة	غالبا بدون أعراض
5-الأحماض الكيتونية	غالبا موجودة	عادة لا تظهر
6-الأنسولين الداخلي	لا يوجد	قليل وربما كثير مع عدم استجابة من الخلايا
7- الدهون	زيادة الكوليسترول و الترايجليسرايد في الدم	زيادة الكوليسترول والترايجليسرايد في الدم
8- العلاج بالأنسولين	حتمي	مطلوب فقط في حوالي

		20–30 % من المرضى
9- الأدوية الفموية	لا تستخدم	تستخدم
10- الحمية الغذائية	ضرورية	أساسية
11- الأضداد الذاتية	موجودة	عادة غير موجودة
12- تاريخ عائلي	غير شائع	شائع
13- أمراض مناعة ذاتية أخرى	شائعة	غير شائعة

(لطفي، 2018، ص. 45)

بعد تطرقنا فيما سبق لأنواع مرض السكري و أعراض كل نوع، فإنّه يوجد أنواع أخرى لمرض السكري الا انها استثنائية و نذكر منها **سكري الحمل (Gestational Diabetes)** : وهو حالة مرضية تصيب نسبة عالية من الحوامل تصل إلى نصف في المائة، وغالبا ما يحدث في النصف الثاني لمدة الحمل، وذلك نتيجة للتغيرات الكبيرة في هرمونات الجسم كما لأسباب متعددة، وغالبا ما تشفى المرأة من السكري بعد الولادة وإن كانت قابلية إصابة تلك المرأة بالنوع الثاني للسكري في وقت لاحق من العمر عالية جدا. حيث أنّ نسبة الاصابة بسكري الحمل كبيرة في المنطقة العربية، ولخطورة وتأثيرات سكري الحمل على الأم والجنين، فعادة نلاحظ أن الطبيب الذي يتابع الحمل بطلب تحليل يسمى فحص تحمل السكر GGT، في بداية الحمل و وسطه ومع نهاية الحمل، حيث يقوم المختبر بعد قياس السكر الصائم بإعطاء الأم كمية مقننة ومعروفة من محلول يحتوي على السكر، ثم يتم قياس نسبة السكر في الدم بعد ساعة – ساعتين – ثلاث ساعات. و تكمن خطورة هذا النوع في تأثيراته على الجنين، فزيادة مستوى السكر لدى الأم ينتقل عن طريق المشيمة إلى الطفل فتزيد نسبة السكر لديه، فيقوم البنكرياس السليم للطفل – الجنين – بإفراز الأنسولين الذي يقوم بإدخال السكر للخلايا، وتستمر زيادة السكر القادمة من دم الأم، ويزداد إفراز الأنسولين ومن ثم دخوله داخل الخلايا الجسمية، فتكبر وتتضخم، فيزداد حجم جسم الجنين بصورة عامة، مما يؤدي لمشاكل وصعوبة عند الولادة، كما أنّ هذه الزيادة لها تأثيرات بعد الولادة، كما أنّ سكر الحمل قد يؤدي إلى عيوب خلقية لدى الجنين. (متولي، 2012، ص. 10)

أكثر السيدات عرضة للإصابة بسكري الحمل هنّ التي تزيد أعمارهنّ عن 30 عاما عند الحمل والتي لديهن أحد من أفراد الأسرة مصاب بالنوع الثاني من مرض السكري، واللاتي لديهن زيادة في الوزن وكذلك اللي لديهن سكري حمل

سابق، واللاتي أنجبن طفلا سابقا و زنه أربع كيلوجرامات أو أكثر، واللاتي أنجبن طفلا بعيوب خلقية، واللاتي لديهن وفاة سابقة للجنين بالرحم، واللاتي يعنين من التكيس المتعدّد للمبايض. (لطفي، 2018، ص. 49)

3 – أسباب مرض السكري:

تعددت الأسباب و تنوعت حسب المختصين من أطباء و بيولوجيين و باحثين بمختلف فروعهم في مجال السكري بنوعيه النمط 1 و النمط 2 . وفي ما يلي سنعرض أسباب كل نوع على حدى، وهذا كون كل نمط يختلف عن الأخر، فالسكري النوع الأول كما جاء في عرضنا السابق لأنواع السكري يصيب فئة الأطفال حتى سن 35 سنة، أما السكري النوع الثاني يصيب فئة البالغين من 35 سنة إلى 40 سنة فما فوق، ولهذا فإنّ الأسباب المؤدية إلى الاصابة بداء السكري بدورها تختلف من نمط إلى أخر .

3-1- أسباب مرض السكري النمط الأول (Type1):

3-1-1- العوامل الوراثية:

فقد أثبتت معظم الأبحاث أنّ الاصابة بمرض السكري المعتمد على الانسولين IDDM تكون نتيجة لعوامل وراثية Genetic Factors. حيث تشير الدراسات الوراثية بأنّ بعض الأشخاص لديهم جينات Genes (جزء من الـ DNA الذي يحتوي على المعلومات اللازمة لتصنيع الأنزيم)، أو كروموسوم – 6 (هناك إجمالي 64 كروموسوم Chromosome موجودة في كل خلية واحدة في الإنسان) تنتج أنواعا محددة من الكريات الليمفاوية (كرات الدم البيضاء) المحتوية على موليدات المضاد Human Lymphocyte Antigens (HLA) التي تلعب دورا مهما فيما يتعلق بتقوية الجهاز المناعي في الجسم و الوقاية من الأمراض (الوقاية من مرض السكري).

(عويضة، 2007، ص. 24)

وحسب زلوف (2011)، فإنّ الوراثة تلعب الدور الأساسي في الاصابة بمرض السكري وهذا مرورا بثلاث مراحل، فالأولى، تشكل مرحلة الاستعداد للإصابة بالمرض، حيث يحمل الفرد المعلومة الوراثية المتواجدة في الكروموزوم رقم 6 التي قد تطور استجابة المناعة الذاتية، ويكون إنتاج كمية الأنسولين في هذه الحالة معتدلا، وفي المرحلة الثانية تحدث استجابة مناعة ذاتية في الدم، حيث تتجه الأجسام المضادة ضد الخلايا المسؤولة عن إنتاج الأنسولين. أمّا المرحلة الثالثة تتمثل في مرحلة ظهور داء السكري المرتبط بالأنسولين. (زلوف، 2011، ص. 82)

كما وجد الباحثون أكثر من 18 عامل وراثي (مورث) قد تؤدي للنوع الأول للسكري، ولكن الدراسات أثبتت أنّ نسبة الحدوث لا تزيد عن 10% إذا كان الاقرباء من الدرجة الأولى لديهم السكري، وحتى التوائم المتطابقون تصل لديهم النسبة إلى 33% فقط وهي نسبة تعتبر متدنية، كما لوحظ أنّ الأطفال يمكن أن يرثوا المرض من الأب أكثر من الأم

الذين لديهم سكري، لذلك فإنّ العوامل الوراثية لا يمكن أن تفسر الصورة الكاملة لحدوث الحالة، فالزيادة الكبيرة في عدد الحالات المكتشفة سنويا لا يمكن إيعازها للعامل الوراثي، فالعامل الوراثي لم يتغير، ونسبة الحالات في تضاعف. (متولى، 2012، ص. 14)

3-1-2- العدوى الفيروسية: Viral Infection

قد يصاب الشخص بالسكري المعتمد على الأنسولين نتيجة العدوى ببعض الفيروسات مثل: فيروس الغدة النكفية، أو فيروس الحصبة الألمانية، أو الفيروسات الكبدية، أو فيروسات الغدد الليمفاوية، التي تحدث تهدما لخلايا بيتا في البنكرياس، وتكوّن الأجسام المضادة. وهناك سلسلة من الأحداث ربما تؤدي في النهاية إلى مرض السكري المعتمد على الأنسولين وهي:

1- مهاجمة فيروس Coxsackie B-4 أو الفيروس المسبب لالتهاب الغدة النكفية Mumps Virus لخلايا بيتا في جزر لنجرهان و تهديمها.

2- طرح الانسجة المتهدمة من خلايا بيتا إلى الدم تدريجيا.

3- إدراك HLA للأنسجة المتهدمة (كمواد غريبة) فتحفز على تكوين الاجسام المضادة في جزر لنجرهان islet Cell Antibodies .

4- مهاجمة الأجسام المضادة لخلايا بيتا الموجودة في البنكرياس.

5- تهدم خلايا بيتا يؤدي غلى انخفاض في إفراز الأنسولين، يتبعه الإصابة بمرض السكري المعتمد على الأنسولين IDDM . (عويضة، 2007، ص. 25)

3-1-3- خلل الجهاز المناعي:

يتكون الجهاز المناعي من العديد من الخلايا، من أهمها كريات الدم البيضاء، بعضها متخصص مثل T-lymphocyte، والتي تقوم بإنتاج مادة كيماوية مناعية تسمى Cytokines، وتركيبة هذه المادة تكون محددة لمهاجمة تركيبة أو جسم محدد فقط، ولكن لسبب غير معروف لا تستطيع التعرف على خلايا البنكرياس المعروفة باسم Beta cells، ومن ثم تقوم بمهاجمتها وتدميرها بشكل تدريجي ومتسارع، تلك العملية من البداية إلى حين ظهور الأعراض المرضية قد تستغرق أشهرا أو سنوات بدون وعي أو إحساس من الشخص لما يجري بداخله من تغيرات، وحتى تظهر الأعراض فإن 80-90 % من خلايا البنكرياس يكون قد تم تدميره نهائيا.

(متولى، 2012، ص. 13)

3-1-4- الأدوية و الأغذية التي تحتوي على مواد كيميائية:

- يحرض تناول بعض الأدوية الهرمونيّة خاصة منها مشتقات الكورتيزون عند بعض الأفراد ذوي الاستعداد على الاصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين. (زلوف، 2011، ص. 82)

- أيضا كالأقراص المانعة للحمل، والأدوية الكظرية (الكورتيزون)، ومضادات بيتا (B-blockers) التي تستخدم في معالجة أمراض القلب والضغط، وغيرها من الأدوية التي قد تساهم في رفع مستوى السكر في الدم. (الحلبي، 2004، ص. 40)

- كما أوضحت الدراسات أنّبعض الأغذية تحتوي على مواد كيميائية تسبب تهدما لخلايا بيتا في البنكرياس مثل: ستريتوزتكين Streptozotocin و النيتروز Nitrose ، التي توجد في اللحوم والأسماك المدخنة و المملحة كالفسيخ والساردين و الروزبيف و اللانشون و الكورنيدبيف. (عويضة، 2007، ص. 26)

- تشير دراسات حديثة إلى احتمال وجود علاقة طردية ما بين تناول بروتين حليب البقر Cow Milk Protein والاصابة بمرض السكري من النوع الأول. فلقد وجد أن الامهات في اليابان يرضعن الأطفال حديثي الولادة حليب الثدي لفترة طويلة، لهذا فإنّ معدل إصابة الأطفال بالسكري من النوع الأول منخفضة جدا (2 من 100.000) مقارنة بمعدلات الاصابة المرتفع في أمريكا (15 من 100.000) وفنلندا (28 من 100.000). كما تبين أنّ الامهات في بولونيا يرضعن أطفالهن الثدي، ثم يفطمونهم على بروتين السمك، الامر الذي ترتب عليه انخفاض في اصابة الأطفال بالسكري من النوع الأول (2 من 100.000 شخص). ويعتقد بأن بروتين حليب البقر يعمل على اثارة Trigger تفاعل المناعة الذاتية Autoimmunity Reaction (الحث على تكوين أجسام مضادة تهدم خلايا بيتا في البنكرياس)، الأمر الذي يقود إلى الإصابة بالسكري من النوع الأول. (عويضة، 2007، ص. 26)

3-2- أسباب مرض السكري النمط الثاني (Type2):

3-2-1- زيادة الوزن (السمنة):

هذه غالبا ما تشاهد عند المصابين بالسكري النوع الثاني، الا ان هذه الزيادة لا تؤدي وحدها الى الاصابة بالمرض، بل هناك عامل وراثي يلعب دوره المهم في اطلاق داء السكرين كما تشاهد الاصابة بمرض السكري في عدة أفراد ينتمون الى عائلة واحدة، وبشكل عام فان كل افراد العائلة عندهم، او كان عندهم في فترة ما في حياتهم، زيادة في الوزن. (الطيّارة و نعمة، 1998، ص.45)

لتوضيح هذا السبب (السمنة): فإنّ عدد مستقبلات الأنسولين Insulin Receptors الموجودة على السطح الخارجي للخلايا يقل لدى الأشخاص السمان، وعندما يعود الشخص إلى وزنه المثالي فإن عدد مستقبلات الأنسولين ترجع إلى عددها الطبيعي، ونظرا لأن الانسولين يجب أن يتحد مع المستقبلات قبل أن يعبر جدار الخلية ويتجه إلى

داخلها ليبدأ حرق السكر، فإنّه يترتب على انخفاض عدد المستقبلات أن تصبح الخلايا أقل استجابة إلى الأنسولين، وبذلك تضعف مقدرتها على الاستفادة من سكر الجلوكوز. أي أن السمنة هي السبب الرئيس للإصابة بالسكري من النوع الثاني، لأنها تقلل من عدد مستقبلات الأنسولين على سطح الخلية الأمر الذي يقود الى انخفاض معدل نفاذية جدار الخلية للجلوكوز، وعدم توجهه الى داخل الخلية لاحتراقه. (عويضة، 2007، ص. 29)

3-2-2- العوامل النفسية:

قد لا يوجد دليل على أنّ العوامل النفسية تسهم في الاصابة بداء السكري، إلا أن هناك العديد من المؤشرات التي تدل على أنّ الحالة النفسية للمريض تؤثر على ضبط مستوى السكر في دمه. وهناك من يعتقد بأن التغيرات الهرمونية التي تنجم عن الشدة النفسية قد تؤدي إلى حدوث اضطرابات في استقلاب السكر، مما يفقد المصاب بالسكري السيطرة على مستوى السكر في الدم، وهذا بدوره قد يؤدي إلى ظهور أعراض الإصابة بمرض السكري.

(خوري، 2004، ص. 27)

كما يشير الزطمة (1985) إلى أنّه من العوامل التي تساعد على ظهور المرض الضغوط النفسية في تزيد من افراز هرمون الكورتيكوستيرويد في جسم الانسان والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة السكر في الدم.

(مقبل، 2010، ص.32)

وقد أظهرت بعض البحوث (Nela, 1995 ، المكاوي و عبد الرحمن، 199) أنّ هناك علاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري، حيث أن احتمالات الاصابة بارتفاع نسبة السكر تزيد مع تزيد مع تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد. وفيما يخص نمط الحياة فقد أظهرت أيضا هذه الدراسة أن السكن في المدينة والاماكن الحضرية تزيد من احتمالات الاصابة بمرض السكري من النوع الثاني. (المرزوقي، 2008، ص. 32)

وعليه فمن خلال هذه العوامل التي ذكرناها سابقا يظهر أنّه لا يوجد سبب مؤكد و حقيقي مباشر أو عامل معين يؤدي إلى الاصابة بمرض السكري بنوعيه، سواء النمط الأول أو النمط الثاني، وإنّما تختلف الأسباب والعوامل و تتفاوت في كون سبب معين أو عامل محدد يؤدي للاصابة بداء السكري لدى الأفراد بمخلف شرائحهم الاجتماعية ومستوياتهم العمرية.

4 – تشخيص مرض السكري:

هناك مرحلة تسمى بمرحلة ما قبل السكري وهي حالة غير صحية يكون فيها مستوى السكر في الدم أعلى من الطبيعي، ولكنه لم يصل بعد إلى حدّ توصيف الإصابة بالسكري، ويتم تشخيص الاصابة بداء السكري و مرحلة ما قبل الاصابة بداء السكري وفق ثلاثة طرق:

- **الطريقة الأولى– تحليل السكر الصائم:** وهو قياس نسبة السكر في الدم بعد مرور حوالي 8 ساعات من الصيام المتّصل عن الطعام والشراب (ماعدا الماء). فإذا كانت قيمة السكر في الدم:
- أكثر من أو تساوي 126 ملجم / ديسلتر (7 مل مول / لتر)، فالشخص مصاب بالسكري، مع وجوب التأكّد من هذه النتيجة بإعادتها بعد يومين.
- أقل من 100 ملجم / ديسلتر (5,6 مل مول)، فالشخص طبيعي.
- القراءة أكثر من أو تساوي 100 ملجم / ديسلتر إلى قراءة أقل من 126 ملجم / ديسلتر، فالشخص مصاب بمرحلة ما قبل السكري وتسمّى (اعتلال سكر الصائم).
- **الطريقة الثانية– اختبار تحمل الجلوكوز:** و ذلك بتحليل سكر الدم بعد مرور ساعتين من شرب محلول سكري يحتوي على 75 جراما من السكر، مع ملاحظة أنّ الشخص يكون صائما قبل إجراء هذا التحليل. فإذا كانت قيمة السكر في الدم:
- أكثر من أو تساوي 200 ملجم/ديسلتر (11,1 مل مول/لتر)، فالشخص مصاب بالسكري
- أقل من 140 ملجم/ديسلتر (7,8 مل مول / لتر)، فالشخص طبيعي.
- القراءة أكثر من أو تساوي 140 ملجم/ ديسلتر إلى قراءة أقل من 200 ملجم/ديسلتر، فالشخص مصاب.
- **الطريقة الثالثة – فحص معدل السكر التراكمي بالدم:** فإذا كانت قيمة السكر التراكمي:
- أكثر من 6,4% ، فالشخص مصاب بالسكري.
- أكثر من 5,7 %، فالشخص مصاب طبيعي.
- القراءة بين 5,7 % – 6،4 % ، فالشخص مصاب بمرحلة ما قبل السكري. (لطفي، 2018، ص. 29)

جدول رقم 06: طرق فحص قيمة السكر في الدم و المعايير التي تعبر عن الاصابة من عدمها

الفحص	**طبيعي**	**ما قبل السكري**	**السكري**
السكر الصائم	أقل من 5,6 مل مول/ل	من 5,6 إلى 6,9 مل مول/ ل	7 مل مول / ل أو أكثر
اختبار تحمل الجلوكوز بعد ساعتين	أقل من 7,8 مل مول/ل	من 7،8 إلى 11 مل مول/ل	11,1 مل مول/ ل أو أكثر
السكر التراكمي	أقل من 5،7%	5،7 % إلى 6,4 %	أكثر من 6,4 %

(لطفي، 2018، ص. 32)

كما جاء في توصيات منظمة الصحة العالمية (WHO, 1985) بوجود عدة اجراءات مخبرية لتشخيص مرض السكري:

- أن تكون نسبة السكر في الدم أكثر من (200 ملجم/ ملل) في الوضع العادي للمريض، أي انه لا يكون صائما.
- أن تكون نسبة السكر في الدم للمريض الصائم أكثر من (140 ملجم / 100 ملل).
- أن تكون نسبة السكر في الدم للمريض بعد ساعتين من تناوله كمية السكر (200 ملجم / 100 ملل) أو أكثر ويسمى هذا الفحص " فحص تحمل السكر المأخوذ عن طريق الفم". (رضوان، 2008، ص.57)

5- الأبعاد الصحية و المضاعفات المرضية للسكري:

بما أنّ السكري يعتبر من الأمراض المزمنة التي تلازم الفرد طيلة حياته فنتيجة حتمية أن تكون له انعكاسات ومضاعفات صحية على المصاب و بالأخص اذا المريض لم يتبع القواعد والارشادات و السلوكيات الصحية اللازمة من أجل الحفاظ على استقرار حالته الصحية.

ولهذا يمثل السكري مشكلة صحية رئيسية، بسبب المضاعفات التي يمكن أن تنجم عن. إذ يرتبط هذا المرض بتصلب الشرايين و انسدادها، الذي يعزى إلى تراكم تكلسات الدم، ولذلك، هناك نسبة عالية من مرضى شرايين القلب التاجية مصابون بالسكري. والسكري سبب رئيسي لضعف البصر وفقدانه عند الكبار، كما أنّ 50% من مرضى السكري يعانون من الفشل الكلوي. و قد يصاحب السكري أيضا عطل في الجهاز العصبي في لأطراف، بما في ذلك الألم وفقدان الحس، وفي الحالات الشديدة قد يصبح بتر الأطراف ضروريا. وكنتيجة لهذه المضاعفات، يكون معدل حياة مرضى السكري أقصر من معدل حياة غير المصابين بهذا المرض. وقد يؤدي السكري أيضا إلى تفاقم صعوبات أخرى على مستوى الوظائف النفسية و الاجتماعية، مما يسهم في نشوء اضطرابات في الأكل، واختلال الوظيفة الجنسية عند الرجال والنساء على حدّ سواء، والى الشعور بالاكتئاب. كما أنه قد يؤدي إلى عطل في الجهاز العصبي المركزي، الأمر لذي يمكن أن يؤثر على الذاكرة، وخصوصا كبار السن. (تايلور، 2008، ص. 764)

فالمضاعفات المزمنة Diabetes Chronic Complication المصاحبة لمرض السكري (نتيجة عدم السيطرة عليه وبقاء تركيز السكر المرتفع لفترات زمنية طويلة في الدم)، وتحدث هذه المضاعفات نتيجة تكون البروتينات السكرية الناتجة من اتحاد السكر مع بروتينات الدم Glycosylated Proteins و كذلك نتيجة تراكم مادة السوربيتول في الشخص السليم (غير مصاب بالسكر) إلى فركتوز يطرح خارج الجسم، في حين يتراكم السوربيتول

في مرضى السكري داخل الخلايا محدثا أضرارا كثيرة في الجسم خصوصا عدسة العين. وقد تم تقسيم المضاعفات المزمنة لمرض السكري إلى ثلاثة أقسام هي:

– مرض الأوعية الدموية الكبرى (حدوث ضيق وانسداد للشرايين)

– مرض الأوعية الدموية الكبرى (حدوث سماكة للأوعية الدموية الصغيرة مثل الشرايين الصغيرة والاوردة والشعيرات الدموية)

– قابلية الاصابة بالالتهابات(تكاثر ونمو البكتيريا في البيئة الغنية بالجلوكوز)

وأن أكثر أعضاء الجسم تضررا بسبب الاصابة بمرض السكري هي: العين – الأعصاب – القدم – الكلية – القلب والدماغ . (عويضة، 2007، ص. 40)

كما أشارت البيانات من **دراسة فرامنغهام في عام 1979** إلى زيادة خطر الإصابة احتشاء عضلة القلب بين مرضى السكري. حيث تمت متابعة 5209 أشخاص لمدة 20 عاما في هذه الدراسة (دراسة الأتراب) ثم تم تقييمها للأمراض القلبية الوعائية السريرية. وخلصوا إلى أن داء السكري يضاعف خطر الإصابة بالقلب التاجي ، بما في ذلك احتشاء عضلة القلب. (Kannel, WB & McGee DL, 1979)

وفي دولة الإمارات العربية المتحدة، أجريت دراسة لتقييم انتشار مضاعفات مرض السكري. وأظهرت النتائج أن الأكثر انتشارا لدى مرضى السكري اعتلال الشبكية 54.2 ٪. و انتشار مضاعفات أخرى لاعتلال الكلية بـــ 40.8٪، الاعتلال العصبي 34.7٪ ، أمراض الأوعية الدموية 11.1٪. (Saadia et al., 2007)

فمضاعفات مرض السكري التقليدية معروفة جيدا ولا تزال تشكل عبئا كبيرا على ملايين الأشخاص المصابين بداء السكري. ومع ذلك ، فإن التقدم في إدارة مرض السكري ، من أجل إطالة العمر المتوقع ، أدى إلى ظهور أدلة على وجود مجموعة مختلفة من مضاعفات داء السكري الأقل شهرة. مع انخفاض معدل الوفيات الناجمة عن أمراض الأوعية الدموية ، والتي كانت تمثل أكثر من 50 ٪ من الوفيات بين الأشخاص المصابين بداء السكري ، و يشكل السرطان والخرف الآن الأسباب الرئيسية للوفاة لدى الأشخاص المصابين بداء السكري في بعض البلدان أو المناطق. بالإضافة إلى ذلك ، أظهرت الدراسات وجود روابط ملحوظة بين داء السكري ومجموعة واسعة من الأمراض المصاحبة ، بما في ذلك التدهور المعرفي والإعاقة الوظيفية والاضطرابات العاطفية وتوقف التنفس أثناء النوم وأمراض الكبد .(Dunya Et al., 2022, p 525)

6- علاجات مرض السكري:

قبل أن نتطرق الى أنواع العلاجات التي لعلاج المصابين بمرض السكري لا بد أن نعرف إلى ما ذا يهدف علاج مرض السكري بنوعيه؟ (الهدف من العلاج):

فعلاج مرض السكري بنوعيه النمط 1 والنمط 2 على المدى القريب يهدف الى تحقيق استعادة مستوى السكر إلى أقرب ما يمكن للمعدل الطبيعي ليكون في المعدلات التالية: بالنسبة للسكر الصائم أقل من 126 مجم / ديسيليتر ، السكر بعد الافطار أقل من 150 مجم / ديسيليتر ، الهيموجلوبين السكري أقل من 7 %، ويؤدي تحقيق هذا الهدف على المدى القريب الى علاج مشاكل كثرة التبول أو العطش. أمّا الهدف من علاج السكري على المستوى البعيد فهو تخفيض معدل الخطر في الاصابة بمضاعفات السكري على الأوعية الدموية وهي اعتلال الأوعية الدموية الدقيقة في شبكية العين والكليتين بالإضافة الى تصلب الشرايين الكبيرة الذي يصيب القلب والمخ وشرايين الساقين. (متولى، 2012، ص. 47)

يوجد الكثير من طرق العلاج وتختلف حسب كل مصاب، الاّ أننا سنتطرق إلى ذكر العلاجات الرئيسية والمتعارف عليها لدى الأخصائيين الطبيين و المعالجين و مرضى السكري وهي كالتالي:

6-1- العلاج الغذائي لمرضى السكري:

يعتبر البرنامج الغذائي هو المفتاح والطريقة للتوازن في علاج السكري وضبط مستوى السكر في الدم واحتياج الشخص من الأنسولين، ولكنه ليس بهذه السهولة فهو صعب التطبيق، ولكن البرامج الجيدة وتطبيقها يؤدي إلى نتائج ممتازة، ويجب مراجعة أخصائي التغذية لوضع الخطة الغذائية المناسبة لكل شخص مع ملاحظة احتياجاته الشخصية، ونوع المأكولات في العائلة، كما يلاحظ المستوى الاقتصادي للأسرة، فلكل بلد مأكولاتها الخاصة، كما أنّ لها أساليب متنوعة في الحياة اليومية. وبالتالي فإنّ نوعية الغذاء بالتوازن مع جرعة الأنسولين تؤدي إلى نتائج باهرة ومن أهم النقاط في البرنامج الغذائي:

- تنظيم الوجبات الغذائية: يساعد هذا على حفظ مستوى السكر في الدم بتناول ثلاث وجبات رئيسية في أوقات محددة وثلاث وجبات خفيفة وبالأخص قبل النوم. أن يكون محتويا على كمية معتدلة من النشويات.
- أن يكون محتوى الغذاء من السكريات منخفضا: فالسكر في الأغذية هناك البسيط والمعقد (سكر القصب) والاكثر تعقيدا (النشويات)، فكلما زادت سرعة التحول ارتفع مستوى السكر في الدم بسرعة (High glycaemic index) ، ومن ثم أصبحت غير مرغوبة لمرى السكري حيث يجد الانسولين صعوبة في التعامل معها.
- أن يكون محتواه من الدهون منخفضا للسيطرة على نسبة لكوليسترول في الدم. (متولى، 2012، ص. 48)

كما يعد الطبيب المتابع للمريض هو الوحيد الذي يستطيع تحديد نوع الحمية التي يتبعها مريضه وهذا حسب نوع السكري والسن والجنس والوزن والطول والحركات البدنية التي يقوم بها المريض. (Nicolas, 1991)

جدول رقم 07: الحمية الغذائية المناسبة لمريض السكري حسب كل نمط (Nicolas, 1991)

الحمية حسب نمط السكري	الغلوسيدات	البروتينات	الدهون	الألياف
الحمية الغذائية لداء السكري نمط 1 (ترافق استعمال الانسولين)	%55	%15	30%	من 2 إلى 35%
الحمية الغذائية لداء السكري نمط 2 (تكون ذات سعرات حرارية منخفضة)	%45	%15	%40	من 2 إلى 35%

6-2- العلاج الرياضي لمرضى السكري:

العلاج الرياضي لا يقل عن أهمية العلاج بالحمية الغذائية لدى مريض السكري، فممارسة الرياضة تحرق كمية السكريات الزائدة و يؤدي هذا إلى خفض نسبة السكر في الدم وكذلك المحافظة على الوزن، ومن بين الرياضات التي يمكن لمريض السكري أن يمارسها المشي، ركوب الخيل و السباحة، الجري و التنس، كما أنّ هناك رياضات لا بمكن لمريض السكري ان يمارسها كالغطس العميق تحت الماء او تسلق الجبال، وينصح بالرياضة لمريض السكري مهما كان سنه و نوع الاصابة. (Nicolas, 1991)

كما أنّه على المريض الانتباه أثناء ممارسة النشاط البدني إلى مستوى السكر في الدم لأنه يتذبذب (ارتفاعا وانخفاضا) خلال التدريبات الرياضية، لذلك يجب عليهم مراقبة مستوى السكر في الدم قبل وبعد التدريبات الرياضية، وذلك لمنع حدوث نوبات انخفاض السكر. ومن بين النصائح الموجهة هو عدم القيام بالنشاط الرياضي اذا كان مستوى السكر في الدم أعلى من 300 مجم / دسل. ومن فوائد النشاط الرياضة والنشاط البدني لمرضى السكر:

-إنقاص محتوى الجسم من الدهنيات.

-تحسين وخفض مستوى الكوليسترول في الدم.

-تقوم بتحسين مستوى ضغط الدم.

-تزيد من حساسية الخلايا الجسمية لتأثير الأنسولين. (متولى، 2012، ص. 66)

6-3- العلاج الدوائي لمرضى السكري:

بالنسبة للعلاج الدوائي لمرضى السكري أو ما يصطلح عليه بالعلاج الكيميائي هناك نوعين من العلاج، الاول عن طريق الاقراص الخافضة لتركيز السكر في الدم، الثاني هو العلاج بالأنسولين.

6-3-1- العلاج بالأقراص:

تستخدم هذه الاقراص في علاج مرضى السكري النوع الثاني والذي يصيب الكبار وبعض البالغين، ولكن لا يجدي نفعا في سكر الاطفال النوع الأول، والعلاج بالأقراص ليس الحل الأول، فعادة يكون العلاج الرئيس هو التحكم في الوزن، الحمية الغذائية والنشاط البدني، وعند فشلهما يتم البدء بالعلاج الدوائي بالأقراص، وعند فشل هذا العلاج فقد يتم البدء بالعلاج عن طريق حقن الانسولين، والاقراص المستخدمة تقسم الى عدة مركبات كالتالي:

- **مركبات السلفونيل – يوريا (Sulfonylurea):** وهي تعمل على زيادة افراز الانسولين من البنكرياس وخفض نسبة اطلاق السكر من الكبد وتحسين عمل الانسولين على الخلايا، وتؤخذ مرتين في اليوم قبل الأكل بنصف ساعة.
- **مركبات الميجليتينيديز (meglitinides):** تقوم بتنشيط البنكرياس لإفراز الانسولين، وتؤخذ ثلاث مرات في اليوم قبل الاكل، مثل: براندين Prandin، ستارليكس Starlix.
- **مركبات البايجوانيد (Biguanides):** تقوم بزيادة استجابة خلايا الجسم (خصوصا العضلات) للأنسولين، كما تقوم بتقليل كمية السكر المنتجة من الكبد، وتستخدم مرتين في اليوم بعد الأكل بمدة قصيرة، مثل: ميتفورمين (جلوكوفيج) Glucophage.
- **مركبات ثايازوليدنيدوم (Thiazolidinediones):** تقوم بتفعيل عمل الأنسولين على العضلات والدهون والتخفيف من المقاومة الموجودة بخلايا الجسم ضد عمل الأنسولين. وتقليل كمية السكر المنتج من الكبد، وهي تستخدم مرتين في اليوم مع الأكل، من أمثلتها: أفانديا Avandia ، ريزيولين Rezulin، أكتوس Actos.
- **مهبطات ألفا جلوكوزايديز (alpha-glucosidase inhibitors):** هذه المجموعة تمنع تكسر النشويات مثل الخبز والبطاطس في الأمعاء، وبذلك تقلل من تكون السكر، كما تقوم بتقليل امتصاص السكريات من الأمعاء، وتأخذ بعد الأكل مباشرة، مثل: بريكوز Precose، جليسيت Glyset. (متولى، 2012، ص.68)

6-3-2- العلاج بالأنسولين:

يصف غالبا الطبيب الأنسولين إلى المريض إذا ما أخفقت الحبوب في تخفيض مستوى السكر في الدم، ولا يعطى الانسولين بالفم، لأنه بروتين يهضم في الجهاز الهضمي للإنسان، لكنه يعطى تحت الجلد بالحقن. و تختلف جرعة الأنسولين وعدد الجرعات اليومية من مريض إلى أخر، فهي تتراوح ما بين جرعة واحدة إلى أربع جرعات يوميا، ولكن في غالبية الحالات جرعتين. كما أنّ حدوث تغير في الوزن أو في كميات الأكل أو مواعيد تناوله أو الإصابة بمرض أو ممارسة الرياضة قد يؤدي إلى ارتفاع أو انخفاض مستوى سكر الدم، مما يتطلب تغيير جرعة الانسولين. ولقد وجد أن جرعة الأنسولين تقل في حالة ممارسة الرياضة أو الإقلال من كمية الطعام المتناول أو انخفاض الوزن

وتزيد في حالة المرض. و يفرز البنكرياس لدى الشخص السليم غير المصاب بالسكري في المتوسط حوالي 40 وحدة أنسولين يوميا، وهناك مصدران رئيسيان للأنسولين هما: بنكرياس الماشية Cat-tle وبنكرياس الخنزير Pigs، ويطلق عليهما أنسولين البقر Beef in-sulin وأنسولين الخنزير Pork insulin على التوالي، كما يتوافر حاليا في الأسواق الأنسولين البشري المصنّع في المختبر تحت الاسم التجاري Humulin. (عويضة، 2007، ص. 92)

كما أنّ هناك ثلاث تقسيمات للأنسولين:

- الأنسولين قصير المفعول Short Rapid Acting Insulin مثل Regular.
- الأنسولين متوسط المفعول Intermediate Acting Insulin مثل NPH و Lente .
- الأنسولين قصير المفعول Prolonged Acting Insulin مثل PZI.

و الطبيب غالبا ما يحدد نوع الأنسولين والكمية التي تحقن وزمن الحقن، ويتوقف ذلك على مرحلة النمو ومعدل النشاطات العضلية والعادات الغذائية ومدى استجابة مريض السكري للأنسولين.

- و من المشكلات التي يعاني منها مريض السكري:

تعاطي كميات قليلة من الأنسولين ← ارتفاع مستوى السكر في الدم HYPERGLYCEMIA

تعاطي كميات زائدة من الأنسولين ← انخفاض مستوى السكر في الدم . (عويضة، 2007، ص. 93)

كما أنّ كل المعلومات الطبية المتوفرة حتى الأن تشير إلى أنّ العلاج المبكر بهرمون الانسولين في أشكال السكري الشبابي الذي يتطور ببطء، له أهمية لا بأس بها. فحقن الانسولين باكرا لا يساهم فقط في إنقاص مستوى سكر الدم المرتفع، بل يسمح بحماية خلايا بيتا في البنكرياس، لأنّ فرط سكر الدم يعتبر ساما لهذه الخلايا. و كذلك فإن المريض الذي يتلقى الأنسولين باكرا يكون وضعه أفضل بالمقارنة مع المصاب الذي يأخذ العلاج بشكل متأخر. (الطيارة و نعمة، 1998، ص.43)

7-الكفالة النفسية والإدارة الذاتية لمرض السكري:

جاء في إحدى تقارير الجمعية الأمريكية لمرض السكري سنة 2004 أنّه عند الاصابة بمرض مزمن كمرض السكري فإنّ المصاب قد تسوء حالته النفسية، إلاّ أنّ الأفراد يختلفون في ردود أفعالهم، فمنهم من يتكيف مع المرض ونمط الحياة الجديدة ومنهم من ينكر المرض ولا يتعامل معه بجدية، الأمر الذي قد ينتج عنه بعض الاضطرابات النفسية إلى جانب مرض السكري، وعليه فالاهتمام بالجانب النفسي لمريض السكري يتنوع ويتعدد حسب الحالة.

7-1- الكفالة النفسية لمريض السكري:

يصاحب العلاج الطبي لداء السكري كفالة نفسية والتي تعني كل تدخل سواء كانت تعليمية أو ملاحظة أو برنامج على عدة تقنيات بهدف تحسين الحالات، وهي تأخذ شكلا تربويا أو اعادة تأهيل أو علاجات نفسية، وفي كل الحالات علاقة الفاحص بالمفحوص مهمة جدا في تحسين حالة المريض. كما أنّ الهدف السيكولوجي هو جعل المصاب بداء السكري يجد مميزاته الحقيقية وإعادة إدراكاته أحسن من التي كان عليها من قبل ظهور المرض. وعليه يكون الهدف منصبا على تقبل المرض وإعادة إدماج المصاب اجتماعيا و مهنيا أو مدرسيا، وتجدر الإشارة إلى أن عمل الأخصائي النفساني يكمن أساسا في جعل المريض يتقبل تعاطي الأنسولين أو الدواء بالاقتناع بأنه البديل الوحيد، وأيضا العمل مع المريض على مداومته على مراقبة نسبة السكر في الدم باستمرار واحترام مقادير المأكولات. وهذا بغاية توعية وتبصير المريض بأن ينظر إلى حياته على أساس ديناميكية جديدة ليست هي تماما كحياته السابقة أين العلاج صار ضمن المنعكسات المعمول بها في الحياة اليومية و امكانية التعايش مع المرض والتعامل معه بإيجابية. ومع اختلاف وتعدد داء السكري من حيث الأغراض والأنواع والأسباب وكذا المضاعفات، تختلف و تتحدد التركيبة النفسية لكل مريض، وعلى أساسها يتم اختيار نوع الكفالة النفسية المناسبة لكل حالة.

(طايبي، 2007، ص.92)

7-2- الادارة الذاتية و إلتزام مريض السكري:

تعد الادارة الذاتية النشطة مفتاح النجاح في السيطرة على السكري. وبوجه الخصوص لدى مرضى النمط الثاني، حيث يمكن احداث أثر من خلال تغيير أسلوب حياتهم. مما يؤدي إلى تحسين مسار المرض وتفادي مضاعفاته. والمعالجة المثالية في الوقت الحاضر هي المعالجة المتمركزة حول المريض، أو الموجهة للمريض، لا للطبيب. فضبط السكري يقتضي مراقبة المريض بشكل حثيث لمستويات الجلوكوز في جسمه يوميا، والتصرف فورا إذا ما اقتضى الأمر. بالإضافة إلى ذلك، فإن الحمية المناسبة، والتمرين، وضبط الوزن، والسيطرة على الضغوط، كلها تعتبر عناصر أساسية لأي برنامج ادارة ذاتي يسعى إلى ضبط السكري. و لسوء الحظ، فإنّ الالتزام بهذه البرامج يكون متدنيا في العادة. (تايلور، 2008، ص.765)

فمصطلح الالتزام: يعني "التمسك بخطة" لتحقيق فائدة متصورة. ويتم تطبيق هذا المفهوم على المرضى الذين اعتمدوا ودمجوا خطة مقدمة من متخصصي الرعاية الصحية (HCP). الالتزام بنظم الدواء أمر ضروري لتحقيق أقصى قدر من الفوائد العلاجية [16]. (Shamkuwar et al. 2016, P.39)

– يعد الالتزام بالأدوية أيضا أحد أهم العوامل التي تحدد النتائج العلاجية، خاصة في المرضى الذين يعانون من السكري. فمهما كانت فعالية الدواء ، فلن يعمل إلا إذا أخذه المريض على النحو الموصى به من قبل متخصصي الرعاية الصحية (HCP). (Fugate et al, 2015, p.79)

– قد تم تحديد ضعف الالتزام بالأدوية الموصوفة كحاجز في السيطرة على الأمراض المزمنة بما في ذلك مرض السكري. عندما لا يتناول المرضى الأدوية على النحو الموصوف ، فإنهم يعانون من عواقب وخيمة تؤدي إلى سوء نوعية الحياة. (David, 2015)

– كما يعتبر عدم الالتزام مؤشرا رئيسيا لفشل المرضى في تحقيق أهداف علاجهم والحفاظ عليها، والتي ترتبط بسوء الصحة ونتائج نوعية الحياة. (Price et al, 2015, p.26)

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية، فإن 50٪ من المرضى من البلدان المتقدمة الذين يعانون من أمراض مزمنة لا يستخدمون أدويتهم على النحو الموصى به. و في السكري، تعد معدلات الالتزام مشكلة خاصة، حيث تتراوح عموما من 30٪ إلى 70٪. (Sabaté, 2003)

فقد وجد فريق من الباحثين أنّ:

- 80٪ من مرضى السكري كانوا يستعملون الانسولين بصورة غير صحيحة.
- 58٪ منهم أخطأوا فقي تناول الجرعات.
- 77٪ كانت فحوصاتهم للسكر في البول غير دقيقة.
- 75٪ لم يأكلوا الطعام الصحيح أو المطلوب. (تايلور، 2008، ص.767)

كما يتأثر عدم الالتزام بالبرنامج العلاجي بمستوى معرفة المريض بالمرض، وبالمعتقدات الصحية التي يحملها، فالعديد من مرضى السكري لا يمتلكون المعلومات الكافية حول فوائد الجلوكوز واستخدامهن وضبط التمثيل الغذائي للأنسولين. (تايلور، 2008، ص.768)

يقع على عاتق علماء النفس الصحي تطوير اجراءات التدخل الكفيلة بتحسين الالتزام والتكيف والسيطرة فيما يتعلق بالنمط الاول من السكري. و يستطيع المتخصص في علم النفس الصحي بشكل خاص، المساعدة في تحديد وبلورة المشكلات التي تعيق تحقيق السيطرة على السكري وفي التعرف على العوامل النفسية والاجتماعية التي تضعف عمليات علاج السكري.

- **بالإضافة الى الالتزام يوجد الرضا عن العلاج:**

يعد الرضا عن العلاج عاملا مهما في جودة الرعاية، خاصة في علاج الأمراض المزمنة مثل مرض السكري. سيكون التقييم مفيدا لتحديد العوامل التي تؤثر بشكل مستقل على رضا العلاج من خلال تحسين النتائج السريرية . (Alper, 2008)

علاوة على ذلك ، قد يكون الرضا عن العلاج مهما للتمييز بين علاجات مرض السكري ، ولمراقبة نتائج المرضى في الممارسة السريرية . (Wagner et al, 1996)

- **خاتمة الفصل:**

يعتبر السكري من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا في العالم، فهو مرض استقلابي يتميز بارتفاع نسبة السكر في الدم، وينجم هذا عن افراز كميات غير كافية من الانسولين أو استخدام الأنسولين بصورة غير صحيحة، وهو نوعان السكري نمط 1 ويسمى بالسكري المعتمد على الانسولين والذي عادة يصيب الأطفال والمراهقين (يصاب به الفرد في سن مبكرة)، و السكري نمط 2 غير معتمد على الانسولين و الذي يصيب الكبار والبالغين، أمّا عن أسبابه فلا يوجد سبب معين، فهناك أسباب متعددة ،قد تكون العامل وراثية، أو خلل في الجهاز المناعي، أو عدوى فيروسية، أو الأغذية والأدوية التي تحتوي على مواد كيميائية، أو زيادة في الوزن، بالإضافة الى عوامل نفسية. كما أنّ للسكري مضاعفات صحية على المصاب تصيب العين و الأعصاب، و القدم، الكلية، القلب والدماغ. هذا وتتنوع علاجات مرض السكري من علاج غذائي (حمية غذائية) وعلاج رياضي (نشاط بدني)، وعلاج دوائي (بالأقراص والأنسولين)، كما تسهم الكفالة النفسية للمريض وكذلك الإدارة الذاتية للمرض عن طريق الالتزام بالعلاج والدواء رفقة اخصائيين في علم النفس الصحي من أهم العوامل التي تسهم في احتوائه للمرض وتقبله ، وتجنب مضاعفات صحية أخرى، و أ ن يتمتع مريض السكري بجودة حياة صحية جيدة.

الفصل الخامس:
العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة

بعد تعرفنا على موضوع و متغيرات الدراسة في الفصول السابقة، نحاول في هذا الفصل عرض مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين متغيرات الدراسة، بغية معرفة العلاقة – نظريا – بين:

1– الصلابة النفسية و جودة الحياة.

2– الصلابة النفسية و مرض السكري.

3– جودة الحياة و مرض السكري.

أمّا فيما يخص العلاقة بين هذه المتغيرات – تطبيقا – فسيتم التطرق إليها مباشرة بعد هذا الفصل في الجانب التطبيقي.

1– دراسات تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية و جودة الحياة:

يعرض الباحث مجموعة من الدراسات التي تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية و جودة الحياة وهي دراسات من بيئات مختلفة، حيث قسمها الى نوعين من الدراسات، الأولى تتعلق بالدراسات التي تناولت العلاقة لدى فئة المرضى (السكري و امراض أخرى)، و الثانية تتعلق بالدراسات التي تناولت العلاقة لدى فئات مجتمعية متنوعة.

1–1– دراسات تناولت الصلابة النفسية و جودة الحياة لدى فئة المرضى (السكري و أمراض أخرى):

1–1–1– دراسة لــ (2016) Safdar et al بالجمهورية الاسلامية الايرانية (قزوين) بعنوان: " مقارنة بين مرضى السكري من النوع الثاني مع الأشخاص الأصحاء: استراتيجيات المواجهة، الصلابة، نوعية الحياة المهنية ".

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والصلابة وجودة الحياة المهنية لدى مرضى السكري من النوع الثاني والأشخاص الأصحاء، حيث تمّ تطبيق استبيانات Valton حول " جودة الحياة المهنية" وفحص Billings and Moos لـ " استراتيجيات المواجهة " و استقصاء Kobasa عن " الصلابة " ، ولجمع البيانات اللازمة لهذه الدراسة تمّ اختيار (80) شخصا بشكل عشوائي من موظفي المكاتب في قزوين بإيران.

– نتيجة الدراسة:

– وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة والاستراتيجيات التي تركز على العاطفة، والصلابة، ونوعية الحياة المهنية لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني و الأشخاص الأصحاء (P 0.05).

– أنّ الصلابة لا تتنبأ بنوعية الحياة المهنية للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني. (Safdar et all, 2016)

1-1-2- دراسة بن طراد و بكوش (2017) بعنوان: " الضغوط النفسية لمرضى السكري وعلاقتها بجودة الحياة – دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف بو رقلة ".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، وتكونت العينة من (66) مريضا بمستشفى محمد بوضياف بولاية ورقلة ، كما استعملتا الباحثتان المنهج الوصفي الارتباطي بالاعتماد على أداة الاستبيان التي أجريت على العينة محل الدراسة.

- نتيجة الدراسة:

- مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمستشفى بوضياف بورقلة مرتفع.
- تتسم جودة الحياة لدى مرضى السكري بمستشفى بوضياف بورقلة بالارتفاع.
- توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري بمستشفى ورقلة.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمستشفى بوضياف تبعا للنوع.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمستشفى بوضياف تبعا للعمر.

(بن طراد و بكوش، 2017، ص. 423)

1-1-3- دراسة قجال و عيسرو (2018) بعنوان: " الصلابة النفسية و علاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان".

هدفت الدراسة إلى معرفة الصلابة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وتأثير مرحلة اكتشاف المرض عليها، حيث استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي الارتباطي واختارتا عينة قصدية متكونة من أربعين مصابا بالسرطان، 21 مريضا اكتشفوا في وقت مبكر و 19 مريضا في وقت متأخر. وطبقتا مقياسي الصلابة النفسية لمخيمر(1996) و مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية.

- نتيجة الدراسة:

- وجود علاقة موجبة بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان.
- وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية وكذا نوعية الحياة تعزى إلى مرحلة اكتشاف المرض تعزى لصالح الاكتشاف المبكر. (قجال و عيسرو، 2018، ص. 205)

1-1-4- دراسة زغير و خنشول (2019) بعنوان: " الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري ".

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بالامتثال العلاجي لدى مرضى داء السكري، وذلك من خلال البحث عن العلاقة بين الامتثال العلاجي وأبعاد الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم والتحدي)،

وللتحقق من أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي لتلاؤمه مع طبيعة الدراسة، وقد شملت عينة الدراسة على 05 مريض بداء السكري غير الممتثلين للعلاج، حيث طبق عليهم مقياس الصلابة النفسية ل " كوبا ا ز" ومقياس الامتثال العلاجي ل Françoi M .Mai بعد تعديل بعض البنود. كما تم استخراج معامل الصدق و الثبات للمقاييس وكانت هذه المعاملات مقبولة.

- نتيجة الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الامتثال العلاجي والصلابة النفسية وبين الامتثال العلاجي وبعدي الصلابة النفسية (التحكم والتحدي) لدى مرضى داء السكري غير الممتثلين للعلاج. (زغير وخنشول ، 2019. ص 727)

1-1-5- دراسة سايل و قلاتي (2021) بعنوان: " نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى القلب والأوعية.

تهدف الدراسة إلى التعرف على مستويات نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض قلبية، أجريت على 32 مريض بمصلحة أمراض القلب يتراوح سنهم بين 21 و 74 سنة، تمّ تطبيق مقياس Mac New الخاص بمرض القلب – نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وبينت النتائج متوسطات ± الانحراف المعياري لنوعية الحياة (4,51 ± 0,85) للدرجة الكلية، (4.81 ± 0.9) في البعد الانفعالي، (4.45 ± 1.55) في البعد الجسدي، و (4.11 ± 1.55) في البعد الاجتماعي.

- نتيجة الدراسة:

- نوعية الحياة لدى مرضى القلب متوسطة بشكل عام في بعديها الاجتماعي والانفعالي و أقل من المتوسط في بعدها الجسدي.

- لا يوجد فرق بين الرجال و النساء في نوعية الحياة. (سايل و قلاتي، 2021 ص 07)

1-1-6- دراسة بوجودي و زناد (2022) بعنوان: " الفعالية الذاتية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى المرضى المصابين بداء السكري من النوع الأول".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى داء السكري من النوع الأول ومعرفة الفروق في هذين المتغيرين لدى أفراد العينة تبعًا للجنس والسن ومدة الإصابة. تكونت عينة الدراسة من 30 مريضًا ومريضة بداء السكري من النوع الأول و لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس نوعية الحياة المختصر المتعلقة بالصحة (SF-36) و مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ: شفارتزر و جيروزيليم (Schwarzer & Jerusalem) .

- نتيجة الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الفعالية الذاتية ونوعية الحياة لدى أفرا العينة.

– عدم وجود فروق دالة إحصائيا في الفعالية الذاتية تبعا لمتغير: السن والجنس ومدة الإصابة بالمرض.

– عدم وجود فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة تبعا لمتغير: السن والجنس ومدة الإصابة بالمرض لدى مرضى داء السكري من النوع الأول. (بوجودي و زناد ، 2022 ص . 303)

– استنتاج و تعليق:

أظهرت الدراسات التي تمّ استعراضها اتفاقا في نتائجها بوجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية و جودة الحياة لدى فئة مرضى السكري، ويرجع الباحث هذا الاتفاق الى كون المتغيرات التي تناولتها الدراسات المعروضة متمثلة في كل من: الاستراتيجيات التي تركز على الصلابة و الضغوط النفسية، الفعالية الذاتية، الامتثال العلاجي، تعتبر من بين مكونات الأبعاد الثلاث (التحكم، التحدي والالتزام) التي ينبغي لمريض السكري أن يلتزم بها حتى يرفع من مستوى الصلابة النفسية لديه. غير أنّ دراسة (Safdar et all, 2016) نصت في نتيجتها الثانية على أنّ الصلابة لا تتنبأ بنوعية الحياة المهنية للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني، وهذا راجع ربما إلى اجرائها في بيئة مختلفة (قزوين بإيران) عن البيئة التي أجريت بها الدراسات الأخرى، كما أنّها درست جودة الحياة المهنية دون الجوانب المتعددة لجودة الحياة بالإضافة الى دراستها لفئة مرضى السكري نمط 2 دون 1.

كما اتفقت الدراسات المعروضة لذوي فئة مرضى السكري في وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية و جودة الحياة مع دراسة قجال سعيدة و عيسرو عقيلة التي درست العلاقة بين المتغيرين عند فئة مرضى السرطان، وربما يرجع الباحث هذا الاتفاق الى كون كل من مرض السكري و مرض السرطان يعتبران من الامراض المزمنة الخاصة التي تلازم الفرد طيلة حياته مما يستلزم أن يكون لديه صلابة نفسية تمكنه من التمتع بجودة حياة صحية مستقرة.

1-2- دراسات تناولت الصلابة النفسية و جودة الحياة لدى فئات مجتمعية أخرى:

1-2-1- دراسة يوسف مقدادي و بدري (2014) بعنوان: " الصّلابة النفسية و علاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن ".

هدفت هذه الدراسة التعرف على الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن لدى عينة من (140) من المسنين و المسنات ، منهم 67 من المسنين، و73 من المسنات. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان مقياس الصلابة النفسية، ومقياس الرضا عن الحياة، ومقياس الاكتئاب لدى المسنين بعد التأكد من صدق تلك المقاييس وثباتها . وللإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، و معاملات ارتباط بيرسون ، واستخدام الإحصائي (ت).

– نتيجة الدراسة:

– مستوى الصلابة النفسية ومستوى الرضا عن الحياة لدى المسنين والمسنات منخفض.

– مستوى الاكتئاب لدى المسنين والمسنات مرتفع .

– وجود علاقة إيجابية بين مستوى الصلابة النفسية والرضا عن الحياة.

– وجود فروق دالّة إحصائيّاً بين المسنين و المسنات، وذلك لصالح المسنين على مقياس الصلابة النفسية. (مقدادي و بدري، 2014، ص.317)

1-2-2- دراسة رجاء (2016) بالمملكة العربية السعودية بعنوان: " الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات جامعة الملك سعود ".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى عينة مكونة من (307) طالبة من جامعة الملك سعود، حيث طبق عليهن مقياس الصلابة النفسية من إعداد مخيمر (1996) ومقياس جودة الحياة من إعداد منسي وكاظم (2006).

– نتيجة الدراسة:

– وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية وجودة الحياة في الدرجة الكلية وكافة الأبعاد الفرعية باستثناء عدم وجود علاقة بين بعد التحكم وجودة الحياة الصحية، وجودة شغل الوقت وادارته.

– وجود مستوى متوسط من الصلابة النفسية، ومستوى فوق المتوسط من جودة الحياة، باستثناء مستوى متوسط على بعد جودة العواطف والوجدان، وشغل الوقت.

– توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات الطالبات وفقا لمتغير التخصص العلمي وذلك لمصلحة تخصص (علم النفس وإدارة الأعمال).

– توجد فروق دالة احصائيا تعزى لمتغير المعدل التراكمي لمصلحة تقدير (جيد جدا وممتاز) وذلك على كل من الصلابة وجودة الحياة.

– يمكن التنبؤ من خلال الالتزام والتحدي بمستوى جودة الحياة. (رجاء، 2016، ص. 355)

1-2-3- دراسة احمد عبدالرحمن (2018) بعنوان: " الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لطلاب كلية التربية جامعة ام درمان الاسلامية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لطلاب كلية التربية جامعة أم درمان الاسلامية، ولتحقيق ذلك أتبع الباحث المنهج الوصفي الارتباطي ، واعتمد في جمع البيانات على مقياس الصلابة النفسية من اعداد الطاهر علي الطاهر (2016) مع تعديله، ومقياس جودة الحياة من اعداد الباحث سعدي عبد الرحمن أحمد (2010) مع تعديله وفق ما يتناسب مع العينة ، و اختياره لعينة من الطلاب بلغ حجمها (100)

طالباً وطالبة بالطريقة العشوائية البسيطة، ولتحليل البيانات أستخدم الباحث برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) .

– نتيجة الدراسة:

– مستوى الصلابة النفسية لطلاب كلية التربية مرتفع.

– مستوى جودة الحياة لطلاب كلية التربية مرتفع.

– توجد علاقة ارتباطيه طردية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لطلاب كلية التربية .

– لا توجد فروق بين الجنسين في الصلابة النفسية.

– توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة لصالح الاناث. (أحمد عبد الرحمن ، 2018)

1–2–4– دراسة محمد السايح (2021) بجمهورية مصر العربية بعنوان: "علاقة الصلابة النفسية بجودة الحياة لدى الممرضات في المستشفيات المدنية والعسكرية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى الممرضات (مدني – عسكري)، والتعرف على الفروق في الصلابة النفسية تعزى لمتغير الفئة العمرية من (30 – 35) و من (36 – 40) سنة، والتعرف على الفروق في مستوى جودة الحياة تعزى الفئة العمرية (30 – 35) ومن (36 – 40) سنة، ولتحقيق ذلك استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، حيث تكون مجتمع الدراسة من (50) ممرضة منهم (25) ممرضة من المستشفى العسكري (غمرة) و (25) ممرضة من المستشفى المدني (الدمرداش) ممن تتراوح أعمارهم بين (30– 40) سنة ، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الصلابة النفسية من اعداد (مخيمر 2002) و مقياس جودة الحياة لدى الممرضات (تعريب / أرنوط 2008 ، تعديل الباحثة).

– نتيجة الدراسة:

– وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى الممرضات (مدني و عسكري).

– وجود فروق في الصلابة النفسية لدى الممرضات في نوعي التمريض (مدني و عسكري) تبعا للفئة العمرية لصالح الفئة العمرية (36 – 40) سنة .

– وجود فروق في جودة الحياة لدى الممرضات في نوعي التمريض (مدني و عسكري) تبعا للفئة العمرية لصالح الفئة العمرية (36 – 40) سنة . (محمد السايح، 2021 ص. 111)

1–2–5– دراسة مقدم و مصابيح (2021) بعنوان: "الصلابة النفسية للمسن وعلاقتها بمستوى جودة حياته – دراسة ميدانية بولاية عين الدفلى–" .

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة الصلابة النفسية للمسنين بمستوى جودة حياتهم وفيما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في مستوى صلابتهم النفسية وجودة حياتهم. وقد تم تطبيق مقياسين: الأول خاص بالصلابة النفسية للمسنين لضحى قصير(2015) والثاني خاص بجودة الحياة لمحمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم(2006) المعدلان من قبل الباحثتان، على عينة قوامها 150 مسنا ومسنة، اختيروا بطريقة قصدية، استخدم في ذلك المنهج الوصفي الارتباطي.

- نتيجة الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية ومستوى جودة الحياة لصالح متوسط العينة.
- مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين بولاية عين الدفلى مرتفع، في حين مستوى جودة حياتهم متوسط.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية قوية بين الصلابة النفسية للمسنين ومستوى جودة حياتهم.

(مقدم و مصابيح، 2021 ص. 38)

1-2-6- دراسة بوخروف (2021) بعنوان: "علاقة الصلابة النفسية بنوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المُعدية".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة في العمل و الصلابة النفسية لدى عينة من الممرضين العملين على مستوى مصالح الأمراض المعدية ، وكذلك ابراز أهمية أبعاد الصلابة النفسية لتعزيز نوعية الحياة في العمل. و تكونت عينة الدراسة من 64 ممرضا يزاولون عملهم في مصالح الأمراض المعدية، تتراوح أعمارهم بين 21 و 53 سنة، منهم 65 % ذكور و 35 % إناث، 67,18 % متزوجون. ولقياس متغيرات الدراسة تمّ استخدام نوعية الحياة في العمل للممرضين من اعداد (Beth Brooks et al) و مقياس الصلابة النفسية من اعداد (محمد عماد مخيمر).

- نتيجة الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة في العمل والصلابة النفسية عند عينة الدراسة.

(بوخروف، 2021 ص. 399)

1-2-7- دراسة لعزالي و عياش (2021) بعنوان: "الصلابة النفسية كمنبئ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة".

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تنبؤ الصلابة النفسية لدى طلبة الجامعة بجودة حياتهم، وقد تكونت عينة الدراسة من (230) طالب وطالبة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي بالاعتماد على مقياس الصلابة النفسية إعداد (yoonkin&Betz 1996) ، ومقياس جودة الحياة (منسي والكاظم، 0222).

- نتيجة الدراسة:

– الصلابة النفسية وجودة الحياة مرتفعة لدى طلبة الجامعة، وباستخدام الانحدار الخطي البسيط تم التوصل إلى إمكانية التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة من خلال صلابتهم النفسية التي تفسر 62 % من التباينات التي تحدث في جودة الحياة. (لعزالي و عياش، 2021، ص. 252)

1-2-8- دراسة سعدي (2022) بعنوان: "الصلابة النفسية في المؤسسة الجامعية وعلاقتها بجودة الحياة طلبة سنة ثانية علم النفس ، بجامعة البليدة 2 لونيسي علي أنموذجا".

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الصلابة النفسية و مستوى جودة الحياة لطلبة السنة الثانية علم النفس، و معرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرين وذلك حسب التخصص ونمط الإقامة (داخلي -خارجي). حيث تم إتباع المنهج الوصفي في هذه الدراسة ، و بلغت عينة الدراسة (150) طالب وطالبة بجامعة البليدة - 2- لونيسي علي، وذلك من جميع تخصصات علم النفس على مستوى الكلية، تم تطبيق مقياس الصلابة النفسية من إعداد: مخيمر عماد (2002) وتقنين بشير معمريه (2011)، ومقياس جودة الحياة لدى للباحثين منسي وكاظم (2006).

– **نتيجة الدراسة:**

– وجود مستوى مرتفع للصلابة النفسية لدى طلبة علم النفس مقابل وجود مستوى متوسط لجودة الحياة.

– وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين درجة الصلابة النفسية و درجة جودة.

– لا توجد فروق دالة احصائيا في درجات الصلابة وجودة الحياة تعزى إلى نمط الإقامة أو التخصص.

(سعدي، 2022 ص. 242)

– استنتاج و تعليق:

أظهرت جميع الدراسات المعروضة على أنّه يوجد علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة وهذا بالرغم من اختلاف فئات و شرائح المجتمع المستهدفة في هذه الدراسات (الممرضين، المسنين، الطلبة) وكذلك اختلاف البيئات والمجتمعات التي أجريت بها الدراسات، بالإضافة الى امكانية التنبأ بجودة الحياة من خلال الصلابة النفسية في كل من دراسة لعزالي و عياش و دراسة رجاء محمود والتي استهدفت – الدراستان- فئة طلبة الجامعة. ويرجع الباحث هذا الاتفاق في نتائج هذه الدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة بين الصلابة النفسية و جودة الحياة الى أنّ أغلبها أجريت على فئة واحدة وهي شريحة الطلبة ومنها دراسة كل من: سعدي سامية، و دراسة لعزالي صليحة و عياش صباح، والتي أجريت بالجزائر، و دراسة رجاء محمود بالمملكة العربية السعودية، ودراسة احمد عبدالرحمن عبدالله احمد بالسودان، كما يرجع الباحث هذا الاتفاق في النتائج لربما الى العامل المكاني الذي اشتركت فيه هذه الدراسات مثل الدراسات التي أجريت على فئة الطلبة بالجزائر بالإضافة الى العامل الزماني كونها دراسات حديثة أجريت في أزمنة متقاربة.

2- دراسات تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية و مرض السكري:

2-1- دراسة العزام (2014) بمحافظة اربد بالعراق بعنوان: "الصّلابة النفسية و التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة اربد".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصلابة النفسية، والتكيف الانفعالي، والعلاقة بينها لدى مرضى السكري في محافظة اربد، وهل توجد فروق ذات الدلالة الاحصائية في مستويات الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي، يمكن أن تعزى إلى كل من: الجنس، و العمر، و المستوى التعليمي، و الحالة الاجتماعية، وعدد سنوات الاصابة بالمرض، و نوع العلاج المستخدم، و تكونت عينة الدراسة من (345) من الأفراد الذين يعانون من مرض السكري النوع الثاني TYP 2، حيث تم استخدام مقياس الصلابة النفسية من اعداد الطلاع والنجار (2012)، ومقياس التكيف الانفعالي لدن و سمارت و تورتل (1986) (Dunn – Smartt- Turtle 1986).

- **نتيجة الدراسة:**

- مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري كان منخفضا.

- مستوى التكيف الانفعالي كان متوسطا.

- وجود ارتباط ايجابي دال احصائيا بين الصلابة النفسية والتكيف الانفعالي.

- وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات الحسابية لمستوى الصلابة النفسية يعزى لكل من متغير (نوع العلاج المستخدم) ولصالح من يتناولون الحبوب ، ومتغير العمر، لصالح المرضى من تقل أعمارهم عن 39 سنة، ومتغير المستوى التعليمي، لصالح المرضى الأميين ، و متغير عدد سنوات الاصابة بالمرض، لصالح المرضى من ذوي سنوات الاصابة بالمرض القصيرة (من أربع سنوات فأقل).

- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية) .

- وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي لدى مرضى السكري يعزى لمتغير (نوع العلاج المستخدم)، لصالح من يتناولون الحبوب .

- وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي وفقا لمتغير (العمر)، لصالح المرضى من ذوي الفئات العمرية المنخفضة (39 سنة فأقل).

- وجود فرق دال احصائيا وفقا لمتغير (عدد سنوات الاصابة بالمرض)، لصالح المرضى من ذوي سنوات الاصابة بالمرض الطويلة (من 10 سنوات فأكثر).

- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات الحسابية للتكيف الانفعالي تعزى لمتغيرات (الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية). (العزام، 2014)

2-2- دراسة نوار و زكري (2016) بعنوان: "الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بمدينة ورقلة".

تهدف الد راسة إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى عينة مكونة من 205 فردا من مرضى السكري، اختيروا بطريقة قصدية، وقد اعتمدتا الباحثتان على المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهداف الدراسة باستعمال مقياس الصلابة النفسية من اعداد مخيمر (2002) ومقياس السلوك الصحي المعرب والمقنن على البيئة العربية من قبل سامر جميل رضوان (1997).

- نتيجة الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى المصابين بمرض السكري.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب مدة المرض.
- عدم وجود فروق دالة إحصائيا في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس.

(نوار و زكري، 2016، ص. 85)

2-3- دراسة جعرير و اليزيد (2021) بعنوان: "الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة مرضى بداء السكري".

هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة مرضى بداء السكري، ولتحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وتم توزيع مقياسين هما مقياس الصلابة النفسية لمخيمر، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية لشير و كارفر (1989)، على عينة قصدية من مرضى السكري البالغ عددهم (25) مصاب بمرض السكري.

- نتيجة الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام والتحكم والتحدي) و أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى المصابين بداء السكري. (جعرير و اليزيد، 2021، ص. 661)

- استنتاج و تعليق:

لقد أظهرت جميع نتائج الدراسات المعروضة في ما يخص علاقة الصلابة النفسية بمختلف المتغيرات التي تناولتها هذه الدراسات لدى فئة مرض السكري وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية و التكيف الانفعالي في دراسة زياد طالب العزام و أيضا وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية و أساليب

مواجهة الضغوط النفسية في دراسة جعرير سليمة و اليزيد نذيرة و كذلك وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية و السلوك الصحي في دراسة نوار شهرزاد و زكري نرجس، ويعود هذا الاتفاق في نتائج هذه الدراسات حسب الباحث إلى كون هذه المتغيرات الثلاث (التكيف الانفعالي و مواجهة الضغوط النفسية و السلوك الصحي) ترتبط ارتباطا وثيقا بالأبعاد المكونة للصلابة النفسية ممثلة في (التحكم والالتزام والتحدي) ، فتحكم مريض السكري في انفعالاته وتكيفه معها بالإضافة الى التزامه بالسلوك الصحي وتحديه لضغوط النفسية التي تواجهه سيساعده كثيرا ان لم نقل تحقيق مستوى صحي جيد لمعاشه النفسي و الجسدي وبالتالي فالعلاقة التي تجمع بين الصلابة النفسية ومرض السكري هي علاقة ارتباطية موجبة لها تأثير كبير على حياة مريض السكري.

3- دراسات تناولت العلاقة بين جودة الحياة و مرض السكري:

3-1- دراسة Mesbah, M., Charlow fagot, & Compagne, ET all (2001) بفرنسا بعنوان: "جودة الحياة لدى الأشخاص السكريين المعالجين بفرنسا".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص السكريين المعالجين بفرنسا، وتكونت عينة الدراسة من 3540 مريض من بين 10 ألاف مفحوص تم تسجيلهم، أجابوا على مقياس تقدير جودة الحياة بنسخته الفرنسية المكيفة.

- نتيجة الدراسة:

- جودة الحياة كانت مرتفعة لذوي المستوى العالي والاطارات، باستثناء المراقبة الغذائية التي لا يؤثر فيها المستوى الاجتماعي والاقتصادي. بالإضافة الى وجود تعقيدات مرضية قلبية وعائية على وجه الخصوص، في حين ظهر أن العلاج بالأنسولين ارتبط بدوره بجودة حياة سيئة باعتباره مرتبطا بتعقيدات وخطورة المرض، عكس ذلك كان وجود دواء واحد على شكل أقراص دلالة على جودة حياة جيدة. (بوهالي و أخرون ، 2014، ص. 17)

3-2- دراسة عمران (2009) بعنوان: "الاصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين".

هدفت إلى دراسة العلاقة بين الاصابة بداء السكري وتدهور جودة الحياة من خلال التقدير الذاتي للمصابين باستخدام مقياس عام جنيس، هو مقياس SF-36، ومقابلة عياديه مقننة في شكل استبيان، حيث أجريت الدراسة على 40 سكريا بنمطيه 1 و 2 بمعدل 20 حالة لكل فئة، منهم 14 امرأة و 26 رجلا. بمتوسط سن مقداره 40.5 سنة، يتراوح بين 25 و65 سنة من مستويات دراسية واقتصادية مختلفة وعمر اصابة يتراوح بين 03 إلى 30 سنة.

- نتيجة الدراسة:

- تقدير ضعيف ومنخفض لتقدير السكريين أفراد العينة لجودة حياتهم، متمثلا في متوسط 33.80

– تقدير ضعيف لجودة الحياة لدى السكريين نمط 1 و2 مقدار بــ 33.78 لدى الفئة الأولى و بـ 35.90 للفئة الأخرى.

– عدم وجود فروق ذات دلالة بين تقدير الفئتين لجودة الحياة ممثلا في نتيجة اختبارات test المقدر بـ 0.36 و هو غير دال على وجود أي فروق.

– وجود فروق دالة احصائيا بين تقدير المصابين بأمراض مصاحبة وغير المصابين بها من السكريين لصالح غير مصابين ممثلة في نتيجة اختبارات6.14 الدال عند 0.01 .

– وجود علاقة سلبية دالة إحصائيا بين مدة الاصابة وتقدير جودة الحياة لدى السكريين بحساب معامل الارتباط المقدر بــ 0.48 – وهو الدال على وجود الارتباط.

– عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين العزاب والمتزوجين من السكريين أفراد العينة لنتيجة اختبارات 0.36 وهي غير دالة. (عمران، 2009، ص.10)

3–3– دراسة العمراني و أخرون بالمغرب (2016) بعنوان: " قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى سكان تطوان في المغرب، باستخدام استبيان SF-36 : البيانات المعيارية وتأثير النوع والعمر" .

هدفت الدراسة إلى إعداد بيانات معيارية لاستبيان SF–36 وتحليل جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفقاً للنوع والسن لدى سكان مدينة تطوان بالمغرب. فقد أعطي الـ SF–36 لعينة اختيرت بموجب الحصص النسبية تضم 385 شخصاً تزيد أعمارهم عن 16 عاماً يعيشون في تطوان. وأجريت مقارنات بين المتوسطات لتحديد دلالة الفروق.

– نتيجة الدراسة:

– رأت عينة الدراسة أن الصحة النفسية أسوأ من الصحة البدنية. وكانت متوسطات الدرجات التي منحها الرجال لكافة مجالات الـ SF-36 أعلى بكثير من تلك التي منحتها لها النساء. وبما أن الإحساس بالصحة – وخاصة الصحة البدنية – يتراجع مع تقدم السن فقد سجَّل المشاركون الذين تزيد أعمارهم على 55 عاماً تصوراً سيئاً عن حالتهم الصحية في معظم المجالات التي جرى قياسها. فهذه النتائج تسلط الضوء على هشاشة هاتين الفئتان: النساء وكبار السن. (العمراني و أخرون، 2016، ص.133)

3–4– دراسة علة و بوفج (2017) بعنوان: "واقع جودة حياة مرضى السكري ومدى استمتاعهم بالحياة ".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في درجات جودة الحياة والاستمتاع بها حسب العوامل السيسيوديموغرافية التالية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة المرض، نمط السكر) ، وتكونت عينة الدراسة من (94) فردن تم اختيارهم عشوائيا. وطبقت الباحث مقياس جودة الحياة مكونا من 39 بندا وقد تم ترجمت

المقياس وتكييفه حسب البيئة العربية من قبل باحثين واطباء، بالإضافة الى تطبيق مقياس الاستمتاع بالحياة المكون من 60عبارة.

- نتيجة الدراسة:

- وجود اختلاف في درجات جودة الحياة والاستمتاع بها لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الجنس.

- عدم وجود اختلاف في درجات جودة الحياة والاستمتاع بها لدى مرضى السكري وفقا لمتغير (السن والحالة الاجتماعية).

- وجود اختلاف في درجات جودة الحياة لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الوضع المعيشي ونمط السكر.

- عدم اختلاف درجة الاستمتاع بالحياة لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الوضع المعيشي ونمط السكر.

- عدم وجود اختلاف في درجة جودة الحياة لدى مرضى السكري تبعا لمتغير طبيعة المرض.

- وجود اختلاف في درجة الاستمتاع بالحياة لدى مرضى السكري تبعا لمتغير طبيعة المرض.

(علة و بوفج، 2017، ص.125)

3-5- دراسة منصوري و طالبي (2017) بعنوان: "واقع جودة الحياة لدى مرضى السكري الشباب و تأثيرها على سلوكياتهم الصحية – دراسة ميدانية بجمعية الامل لمرضى السكري بولاية غليزان ".

هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع نوعية الحياة و جودتها عند مرضى السكري الشباب وانعكاسها على سلوكياتهم الصحية، وعليه فقد أجريت الدراسة على عينة من 20 فردا لكلا الجنسين تراوحت اعمارهم ما بين 15 و 35 سنة مراعين بذلك شروط الاختيار والتي تمثلت في الانخراط بالجمعية ومدة الازمان حيث تم استبعاد الحالات الجديدة و النوع الثاني المعتمد على العلاج بالأقراص، حيث تم الاعتماد على منهج دراسة الحالة و على تقنيات الملاحظة بالمشاركة والمقابلة النصف الموجهة للإجابة على الفرضيات المطروحة، بالإضافة الى تقنية تحليل المضمون لمحتوى تصريحات المبحوثين والمقارنة بين المقاطع.

- نتيجة الدراسة:

- نوعية حياة مرضى السكري الشباب متدنية و منخفضة مما انعكس سلبا على سلوكياتهم الصحية وعدم التزامهم بالإرشادات والنصائح الوقائية المقدمة لهم من قبل القائمين بالرعاية الصحية.

(منصوري و طالبي، 2017 ص. 06)

3-6- دراسة شلابي و بورنان (2021) بعنوان: "نوعية الحياة لدى مرضى السكري : دراسة ميدانية بجمعية مرضى السكري بولاية المسيلة".

هدفت الدراسة إلى تقييم نوعية الحياة للمصابين بداء السكري المنتمين إلى جمعية مرضى السكري بولاية المسيلة، و معرفة البعد السائد في مقياس نوعية الحياة لمرضى السكري ضمن أبعاده الأربعة (الجسدي والاجتماعي والنفسي والبيئي) والكشف عن الفروق في نوعية الحياة لمرضى السكري والتي تعزى لكل من الجنس والمستوى التعليمي. تكونت العينة من (40) مريضا و مريضة بالسكري مقسمين كالآتي (16) ذكور و (24) اناث تتراوح أعمارهم بين (20 – 60) سنة ، تمّ اختيارهم بطريقة قصدية ، كما استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي، أمّا عن أدوات الدراسة استخدمتا مقياس نوعية الحياة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004).

– نتيجة الدراسة:

– نوعية الحياة لمرضى السكري حسنة وتتسم بالإيجابية و أنّ البعد السائد في مقياس نوعية الحياة لمرضى السكري هو البعد الجسدي أي أنّه توجد فروق دالة في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لصالح البعد الجسدي ثم البعد البيئي ثم النفسي و أخيرا بعد العلاقات الاجتماعية.

– لا توجد فروق دالة احصائيا بين أفراد العينة في نوعية الحياة والتي تعزى للجنس وكذلك للمستوى التعليمي لمرضى السكري. (شلابي و بورنان، 2021 ص. 209)

3-7- دراسة تركي و فاضلي (2021) بعنوان: "نوعية الحياة لدى مرضى السكري و علاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيو ديمغرافية (السن و الجنس) ".

هدفت الدراسة إلى الكشف على مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري والفروق في نوعية الحياة التي تعزى لنوع السكري، والجنس، والسن. تكونت عينة الدراسة من 100 مريض و مريضة من المصابين بداء السكري (33) ذكور و(67) إناث. و لتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن، و مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية.

– نتيجة الدراسة:

– مستوى نوعية الحياة مرتفع لدى مرضى السكري.

– لا توجد فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة تبعا لمتغير نوع السكري، والجنس، والسن.

(تركي و فاضلي، 2021 ص. 344)

3-8- دراسة شويخ و صادق (2022) بعنوان: "مؤشرات جودة الحياة الصحية وعلاقتها بعض المتغيرات الديمغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية، وهي نوع المرض (مرض السكر، مرض السكر مصاحب لأمراض

أخرى) لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني، و مدة الإصابة بالمرض، نوع العلاج، ومستو ى الدخل، بلغ عدد المشاركين (123) من المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني في محافظة الفيوم.

- نتيجة الدراسة:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعز ى إلى نوع المر ض (مرض السكر، مرض السكر مصاحب لأمراض أخرى) لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني في مؤشرين هما: مؤشر الصحة العامة، و مؤشر حدود النشاط اليومي لصالح مرضى السكري من النوع الثاني.

- ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعز ى إلى مدة الإصابة بالمرض لصالح أقل من ثلاث سنوات في مؤشر إدراكات الصحة في حاضرها و مستقبلها.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعز ى إلى نوع العلاج لصالح (الأقراص فقط، حقن فقط، أقراص و علاج مكمل) في مؤشرات هي: مؤشر الأداء الاجتماعي، و مؤشر الحيوية والحالة المعنوية العامة، مؤشر إدراكات الصحة في حاضرها و مستقبلها.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعز ى إلى مستو ى الدخل لصالح الدخل الذي يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض في مؤشرين هما مؤشر الصحة العامة، و مؤشر الحيوية و الحالة المعنوية. (شويخ و صادق، 2022 ص. 2697)

- استنتاج و تعليق:

أظهرت بعض نتائج الدراسات التي تناولت جودة الحياة ومرض السكري تباينا واختلافا ملحوظا في نتائجها في حين أظهر بعضها الأخر اتفاقا في النتائج وهذا لربما يعود حسب الباحث الى اختلاف العوامل وتباينها و التي قد تسهم في رفع مستوى جودة الحياة و انخفاضه لدى مريض السكري أو توسطه ، وهذا ما يدلّ على وجود فروق متباينة في بعض الدراسات وعدم وجود فروق في دراسات أخرى، تعزى لعدة أسباب كنوع المرض ان كان مرض سكري نوع 1 او مرض سكري نوع 2 و بحسب العلاج المعتمد، او المستوى المعيشي ومستوى الدخل و كذلك المضاعفات التي قد تصحب مرض السكري كاعتلال الشبكية بالإضافة الى متغير الجنس والسن وهذا كما أظهرته نتائج كل من دراسة شويخ هناء و دراسة نيمور باية و سي بشير كريمة ودراسة تركي أمال و فاضلي أحمد ، ودراسة شلابي عائشة ، ودراسة علة عيشة و بوفج وسام، و دراسة العمراني لطيفة و الصنهاجي مفتاحة، وكذا دراسة لخضر عمران و ، كلها تباينت في الفروق ، في حين أظهرت نتائج دراسة منصوري مصطفى و طالبي زوبيدة اظهرت تدني مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري لعدم اتباعهم الارشادات اللازمة. وهذا الاختلاف

الملحوظ في مستوى جودة الحياة و تباين الفروق حسب رأي الباحث ناتج عن اختلاف البيئة و المحيط الذي يعيش فيه مريض السكري و النوع المصاب به وهذا ما يؤثر على جودة حياته.

خاتمة الفصل:

اتفقت تقريبا جميع الدراسات المعروضة التي تناولت العلاقة بين الصلابة النفسية و جودة الحياة عند مرضى السكري و عند أمراض مزمنة أخرى كمرض السرطان على وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية و جودة الحياة، بالإضافة إلى و جود هذه العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة (الصلابة النفسية – جودة الحياة) أيضا عند فئات أخرى مثل فئة الطلبة والمسنين و الممرضين و هذا حسب النتائج التي توصلت اليها الدراسات المعروضة سابقا. أمّا فيما يخص العلاقة بين الصلابة النفسية و مرض السكري فقد أظهرت نتائج الدراسات أيضا وجود علاقة ارتباطية بين متغير الصلابة النفسية و مرض السكري باعتبار الصلابة تعتبر من أهم السمات النفسية التي ينبغي ان تتوافر لدى الفرد وبالأخص مريض السكري، فكلما كان مستوى الصلابة النفسية التي يتمتع بها مرتفع كلما ساعده ذلك في التكيف مع مرض السكري و تجنب مضاعفات هذا الداء. و بالنسبة لعلاقة جودة الحياة بمرض السكري اختلفت وتباينت الدراسات المعروضة في نتائجها من حيث و جود فروق في جودة الحياة في بعض الدراسات تعزى لعدة متغيرات كنوع السكري المصاب به الفرد (نمط1 أو نمط2)، المستوى المعيشي، الجنس، السن، الكفالة النفسية والاجتماعية، و أيضا عدم وجود فروق في نوعية الحياة عند بعض الدراسات تعزى لنفس المتغيرات أو متغيرات أخرى. و وجود هذه الفروق من عدمها في هذه الدراسات يدل على وجود علاقة بين جودة الحياة و مرض السكري باعتبار أنّ نوعية الحياة و جودتها بصفة عامة وجودة الحياة الصحية بصفة خاصة لدى المصاب بمرض السكري تخضع لعدة متغيرات متباينة كما جاءت به نتائج الدراسات المعروضة مثل نمط السكري المصاب به المريض و مستوى دخله الاقتصادي و حالته الاجتماعية و عدة متغيرات أخرى تشكل فارقا كبيرا في مستوى جودة الحياة التي يتمتع بها مريض السكري وبالأخص جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

الجانب التطبيـــقي
للدراســـــة

الفصل السادس:

منهج وإجراءات الدراسة

بعد أن تطرقنا في الفصول السابقة إلى المفاهيم المتعلقة بمتغيرات الدراسة الثلاث، المتمثلة في الصلابة النفسية، وجودة الحياة المرتبطة بالصحة، ومرض السكري، سنتناول في هذا الفصل إلى الدراسة الاستطلاعية المنهج والاجراءات المتبعة من طرف الباحث في الدراسة، انطلاقا من التعريف بالمنهج المستخدم والدراسة الاستطلاعية، و أدوات الدراسة المستعملة المتمثلة في مقياس الصلابة النفسية لمخيمر ونموذج استبيان المسح الصحي لجودة الحياة SF-36 مع تبيان الخصائص السيكومترية لكلّ مقياس، ثمّ نبين خصائص عينة الدراسة و حدود الدراسة البشرية والزمكانية، وأخيرا إلى الأساليب الاحصائية المستعملة.

1- منهج الدراسة:

يعتبر البحث العلمي ضرورة دائمة من أجل مواكبة التطور والتقدم الحضاري الذي تشهده البشرية بمرور الوقت، وما تطور الأمم والحضارات وبالأخص الغربية منها، وما وصلت اليه اليوم، الاّ لاستخدامها منهج البحث العلمي كوسيلة للتفكير. فالبحث العلمي قوامه المنهج المنظم للتفكير العقلي السليم. و لدراسة مشكلة ما وعلاجها، فهناك منهج معين يتبعه الباحث، فما هو منهج البحث؟

حسب **مبارك (1992)**: هو الطريقة الموضوعية التي يتبعها الباحث من أجل دراسة ظاهرة معينة، بغية تشخيصها، وتحديد أبعادها، وأيضا معرفة ماهي أسبابها، وطرق علاجها، إلى أن يصل إلى نتائج عامة يمكن تطبيقها، فالمنهج هو فن تنظيم الأفكار، من اجل الكشف عن حقائق غير معلومة لنا، أو من اجل اثبات حقيقة غير معروفة، وبدونه فالبحث يكون مجرد حصر وتجميع للمعارف من دون الربط بينها وبين استخدامها لعلاج المشكلة، وبذلك يغيب الإبداع العلمي. (مبارك، 1992، ص. 26)

وحسب **باتشيرجي (2015)** يشير مصطلح الطريقة او المنهج العلمي (Scientific Method) إلى مجموعة التقنيات القياسية لبناء المعرفة العلمية مثل كيفية القيام بأخذ الملاحظات الصحيحة وكيفية تفسير النتائج وكيفية استقراء تلك النتائج. (ترجمة: أل حيان، 2015، ص.23)

و يضيف **مبارك (1992)** أنّ مناهج البحث تختلف باختلاف موضوع البحث نفسه وكذلك باختلاف الباحثين وقدراتهم، وعلى العموم هناك أربعة مناهج أساسية مستخدمة في البحث العلمي وهي المنهج التجريبي (لدراسة الظاهرة)، المنهج التاريخي (لتتبع الظاهرة)، المنهج المتكامل في البحوث التطبيقية (للدراسة والتطبيق)، والمنهج المنهج الوصفي التحليلي (لوصف الظاهرة).

هذا المنهج الأخير (الوصفي التحليلي) هو المنهج الذي اتّبعه الباحث في هذه الدراسة. وبالتحديد دراسة العلاقات المتبادلة كون الدراسة تطرقت الى العلاقة بين المتغيرات والى الفروق (العلاقات الارتباطية – الدراسات

السببية المقارنة) والذي ارتأى بأنّه المنهج المناسب والملائم للكشف عن العلاقة بين متغيرات الدراسة والذي يمكننا من خلاله تشخيص الظاهرة، وكذلك عن إمكانية وجود علاقة بين متغيرات الدراسة حسب المقاييس التي تمّ اختيارها للتطبيق من اجل إثبات أو نفي العلاقة الارتباطية بين المتغيرات.

فالمنهج الوصفي التحليلي كما جاء عن مبارك (1992) أيضا: هو المنهج الذي يقوم على وصف ظاهرة معينة، من أجل الوصول إلى الأسباب التي تقف خلفها، والعوامل التي تتحكم فيها، وصولا الى استخلاص النتائج لتعميمها، وكل ذلك يتمّ وفق خطة بحث تتمثل في البيانات، وتنظيمها، وتحليلها. (مبارك، 1992، ص. 30)

كما أنّه يتمّ توجيه البحث الوصفي (Descripitive Research) نحو أخذ الملاحظات الدقيقة والتوثيق التفصيلي للظاهرة موضع البحث. ويتعين أن ترتكز تلك الملاحظات على الطريقة العلمية (بمعنى أنّه يتعين أن تكون قابلة للتكرار ودقيقة...الخ). (ترجمة: أل حيان، 2015، ص.26)

ونقلا عن **قارة (2015):** أنّ "فان دالين" قد قام بتصنيف البحوث الوصفية إلى ثلاثة دراسات هي: (دراسات مسحية، و دراسات تطورية، ودراسات العلاقات المتبادلة)، والاخيرة (العلاقات المتبادلة)، هي التي تهتم بدراسة العلاقة بين الظواهر والمتغيرات من خلال دراستها بتعمّق، بهدف معرفة ما إذا كانت هذه العلاقة هي سبب الظاهرة أو مساهمة فيها، أو مفسرة لها، كما أنّها بدورها (دراسة العلاقات المتبادلة) تنقسم إلى (دراسة الحالة، و دراسات سببية مقارنة، والدراسات الارتباطية التي ترتكز على استخدام الطرق الارتباطية، للكشف عن نوع العلاقات بين المتغيرات). (قارة، 2015، ص. 110)

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية احدى المراحل الهامة والضرورية لا جراء البحث العلمي، فعلى أساسها يتمّ ضبط أهداف الدراسة والتحقق من مدى امكانية اجراء البحث من الناحية الميدانية، وكذلك تحديد أدوات جمع البيانات الأكثر ملائمة، وعلى هذا الاساس انتقلنا إلى الميدان من أجل الاطلاع على أفراد الدراسة، واخترنا جمعية مرضى السكري بالمسيلة كمكان لإجراء دراستنا الاستطلاعية، أين قام الباحث بإجراء لقاء مع رئيس الجمعية ملتمسين منه المساعدة من اجل التواصل مع مرضى السكري المنخرطين في الجمعية، بعد أن تمّ تعريفه بموضوع بحثنا وأهداف دراستنا التي نحن بصدد اجرائها، وقامت الدراسة الاستطلاعية على أربعين (40) مريضا بالسكري بنوعيه نمط1 ونمط2، ومن اهم النتائج المتوصل اليها من خلال دراستنا الاستطلاعية أنّه قد تمّ التأكد من، أولا جدوى الدراسة، وثانيا من صلاحية أدوات الدراسة (مقياس الصلابة النفسية، و نموذج المسح الصحي لجودة

الحياة (SF–36) للتطبيق على العينة الاساسية، وهذا ما سنتطرق اليه في بقية هذا الفصل أين نوضح كيفية تأكدنا من نتائج الدراسة الاستطلاعية من خلال وصفنا للمقاييس المستعملة والخصائص السيكومترية لكل مقياس.

3- أدوات الدراسة:

من المعلوم أنّه لكل دراسة أدوات ومقاييس معينة تعتمد عليها من اجل الوصول الى نتائج موضوعية، وفي دراستنا تمّ استخدام مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (1996) و نموذج المسح الصحي لجودة الحياة (SF–36)، وفي مايلي سنتطرق إلى تبيان وصف هذه الادوات والخصائص السيكومترية لكل أداة:

3-1- مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2006):

لتحقيق اهداف الدراسة فقد قام الباحث بتبني مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2006)، وهي عبارة عن أداة تعطي تقديرا كميا للصلابة النفسية للفرد، كما أنّها مكونة من سبعة وأربعون (47) عبارة، تركز على أبعاد الصلابة النفسية للفرد ككل، وهي موزعة على ثلاثة ابعاد (بعد الالتزام- بعد التحكم- بعد التحدّي)، كما أنّ الاجابة على هذا المقياس تقع على ثلاثة مستويات وهي: (تنطبق دائما – تنطبق أحيانا – لا تنطبق أبدا)، وأيضا تتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين (3-1) درجة، بمعنى اذا كانت الاجابة تنطبق دائما درجة (3)، واذا كانت الاجابة تنطبق أحيانا درجة (2)، واذا كانت الاجابة لا تنطبق أبدا درجة (1)، وبهذا فإنّ المجموع الكلي للأداة يتراوح ما بين 47 إلى 141 درجة، كما انّ ارتفاع الدرجة يعني ذلك اشارة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية. وللتقليل من معدل الميل ولاتخاذ نمط ثابت للاستجابات، تمّ وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات الأخرى ، أي تشير هذه العبارات المعكوسة إلى الجانب السلبي للصلابة وبالتالي فإن هذه العبارات التي تقابل في الأداة الارقام التالية: (7 – 11 – 16 – 21 – 23 – 25 – 28 – 32 – 35 – 36 – 37 – 38 – 42 – 46 – 47) ينبغي أن تصحح في الاتجاه العكسي بمعنى أن هذه العبارات تصحح كالتالي: تنطبق دائمًا (1) / تنطبق أحيانًا (2) / لا تنطبق أبد (3) ، كما وبلغت العبارات التي وضعت لها درجة معكوسة (15) عبارة، أي ما معدّله 31 بالمائة من المجموع الكلي لعبارات الأداة. ويتكون بعد الالتزام في هذا المقياس من (16) عبارة، اما بعد التحكم يتكون من (15) عبارة، وبالنسبة لبعد التحدّي يتكون من (16) عبارة. كما أنّه تمّ تحديد ثلاثة مستويات للصلابة نبينها وفق الجدول التالي: (العبدلي، 2012، ص 86-88)

جدول رقم 08: مستويات الدرجة الكلية للصلابة النفسية و مستوى بعدي الالتزام والتحدي معا ومستوى بعد التحكم. (العبدلي، 2012، ص 88-90)

مستويات ابعاد الصلابة النفسية	مستوى منخفض	مستوى متوسط	مستوى مرتفع
أ- أبعاد الدرجة الكلية للصلابة	ما بين (47-78) درجة	ما بين (79-109) درجة	ما بين (110-141) درجة
ب- بعدي الالتزام و التحدي	ما بين (16-26) درجة	ما بين (27-37) درجة	ما بين (38-48) درجة
ج- بعد التحكم	ما بين (15-24) درجة	ما بين (25-35) درجة	ما بين (36-45) درجة

3-2- الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية:

- أولا: الصدق

- **طريقة الاتساق الداخلي:** تم حساب صدق المقياس عن حساب الاتساق الداخلي عن طريق حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس وعن طريق حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي اليه وفيما يلي نتائج الصدق:

أ- حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية:

جدول رقم 09: العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية وأبعاده الفرعية

أبعاد مقياس الصلابة النفسية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الالتزام	0,937**	0,01
التحكم	0,860**	0,01
التحدي	0,860**	0,01
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.01).		

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لأبعاد مقياس الصلابة النفسية كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α =0,01)، حيث بلغت جميعها على التوالي: (0,93/0.86/0,93)، وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس الصلابة النفسية.

ب- الطريقة الثانية: حساب معامل ارتباط عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي اليه :

جدول رقم 10: مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس الصلابة مع الدرجة الكلية للمحاور التي تنتمي اليها

الالتزام			التحكم			التحدي		
		الدرجة الكلية			الدرجة الكلية			الدرجة الكلية
1	معامل الارتباط	0,426**	2	معامل الارتباط	0,439**	3	معامل الارتباط	0,713**
	مستوى الدلالة	0,006		مستوى الدلالة	0,005		مستوى الدلالة	0,000
4	معامل الارتباط	0,620**	5	معامل الارتباط	0,568**	6	معامل الارتباط	0,441**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,004
7	معامل الارتباط	0,673**	8	معامل الارتباط	0,506**	9	معامل الارتباط	0,567**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,001		مستوى الدلالة	0,000
10	معامل الارتباط	0,740**	11	معامل الارتباط	0,467**	12	معامل الارتباط	0,618**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,002		مستوى الدلالة	0,000
13	معامل الارتباط	0,656**	14	معامل الارتباط	0,516**	15	معامل الارتباط	0,593**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,001		مستوى الدلالة	0,000
16	معامل الارتباط	0,685**	17	معامل الارتباط	0,584**	18	معامل الارتباط	0,534**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000
19	معامل الارتباط	0,697**	20	معامل الارتباط	0,487**	21	معامل الارتباط	0,413**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,001		مستوى الدلالة	0,008
22	معامل الارتباط	0,615**	23	معامل الارتباط	0,455**	24	معامل الارتباط	0,719**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,003		مستوى الدلالة	0,000
25	معامل الارتباط	0,470**	26	معامل الارتباط	0,408**	27	معامل الارتباط	0,656**
	مستوى الدلالة	0,002		مستوى الدلالة	0,009		مستوى الدلالة	0,000
28	معامل الارتباط	0,491**	29	معامل الارتباط	0,550**	30	معامل الارتباط	0,576**
	مستوى الدلالة	0,001		مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000
31	معامل الارتباط	0,667**	32	معامل الارتباط	0,347*	33	معامل الارتباط	0,665**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,028		مستوى الدلالة	0,000
34	معامل الارتباط	0,598**	35	معامل الارتباط	0,483**	36	معامل الارتباط	0,443**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,002		مستوى الدلالة	0,004
37	معامل الارتباط	0,784**	38	معامل الارتباط	0,540**	39	معامل الارتباط	0,482**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,002
40	معامل الارتباط	0,471**	41	معامل الارتباط	0,641**	42	معامل الارتباط	0,607**
	مستوى الدلالة	0,002		مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000
43	معامل الارتباط	0,750**	44	معامل الارتباط	0,565**	45	معامل الارتباط	0,723**
	مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000		مستوى الدلالة	0,000
46	معامل الارتباط	0,701**	//////////////////////////////////			47	معامل الارتباط	0,727**
	مستوى الدلالة	0,000					مستوى الدلالة	0,000

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

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

يتضح أن معاملات الارتباط فقرات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي اليه جاءت دالة عند مستوى دلالة (0,01) حيث تراوحت معاملاتها بين (0.40) في الفقرة رقم (26) من محور (**التحكم**) و (0,78) في الفقرة رقم (**37**) من محور (**الالتزام**)، ما عدى العبارة رقم (32) من محور (**التحكم**) جاءت دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0,05) حيث بلغت قيمة معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية لمحور التحكم (0.34). وهذا ما يؤكد مدى التجانس والاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس الصلابة النفسية.

- **ثانيا: الثبات : ألفا كرونباخ:** تم التأكد من ثبات مقياس الصلابة النفسية عن حساب معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي: تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذا المقياس فتحصلنا على النتيجة التالية:

جدول رقم 11: معامل ألفا كرونباخ لمقياس الصلابة النفسية

أبعاد المقياس والدرجة الكلية	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
الالتزام	0,895	16
التحكم	0,787	15
التحدي	0,872	16
الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية	0,943	47

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الصلابة النفسية جاءت مرتفعة حيث بلغت على التوالي (0,87/0,78/0,89) اما بالنسبة لمعامل الفا كرونباخ للمقياس ككل فبلغ (0,94) وهو معامل مرتفع وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات الاستبيان، وهذا يعني أن مقياس الصلابة النفسية يمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحا للتطبيق في الدراسة الأساسية.

3-3- مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة: (استبيان الشكل القصير للمسح الصحي SF-36. V 2)

استبيان الشكل القصير للمسح الصحي SF-36. v 2 هو مقياس عالمي تمت المصادقة عليه من طرف منظمة الصحة العالمية اين استعمل بلغات مختلفة وفي الكثير من الدول عبر العالم، أين تمّ تطويره في شركة راند الامريكية للاستخدام في دراسة التأمين الصحي التجريبي (دراسة النتائج الطبية)، كما أنّه استبيان مختصر يتكون من (36) فقرة للحالة الصحيّة أين زاد استعماله منذ عام 1990، أمّا عن محتوى الاستبيان فهو يتكون من 36 فقرة تقيس ثمانية (08) أبعاد: وظائف بدنية ممثلة في عشرة (10) فقرات، وظائف اجتماعية ممثلة في فقرتين (02)، محدوديات العمل نتيجة مشاكل بدنية ممثلة في أربعة (04) فقرات، محدودات العمل نتيجة مشاكل عاطفية ثلاثة (03) فقرات، صحة عقلية خمسة (05) فقرات، طاقة ونشاط أربعة (04) فقرات، ألم فقرتين (02)، مفهوم الصحة العامة خمسة (05) فقرات، وهناك فقرة واحدة عن مفاهيم تغييرات الصحة خلال الاثني عشر شهرا الماضية. (بولنج،2005 ، ترجمة: حشمت، 2005، ص. 175-188).

كما أنّ مجموع الاسئلة جاءت موزعة عبر بنود وفق مايلي:

جدول رقم 12: أبعاد استبيان الشكل القصير للمسح الصحي SF-36. V 2 مع تحديد الاسئلة والبنود التي يضمها كل بعد وصيغة البدائل ودرجة الترميز (ترجمة عمران، ص. 93-94)

الأبعاد	رقم السؤال في الاستبيان	البنود التي يضمها السؤال	البدائل و الترميز
1- النشاط الجسمي PF	يضمّ السؤال الثالث	10 بنود (أسئلة) (a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	تؤثر كثيرا (1)- تؤثر قليلا (2) لا تؤثر اطلاقا (3)
2- تحديدات بسبب الحالة الجسمية RP	يضمّ السؤال الرابع	4 بنود (أسئلة) (a,b,c,d)	دائما (1) - غالبا (2) - احيانا (3) - نادرا (4) أبدا (5)
3- الألم الجسمي BP	يضمّ السؤال السابع والثامن	السؤال السابع ضمّ (بند واحد) السؤال الثامن ضمّ (بند واحد)	1- بدائل و ترميز (درجة) بنود السؤال السابع: لم يحدث(1)- حدث قليلا (2) -حدث باعتدال (3) - حدث كثيرا (4) - حدث بشدة (5) 2- بدائل و ترميز (درجة) بنود السؤال الثامن: لم يؤثر (1) - أثر قليلا جدا (2) - اثر قليلا (3) - أثر بشكل متوسط (4) - أثر كثيرا (5) أثر كثيرا جدا (6)
4- الحياة والعلاقات مع الأخرين SF	يضمّ السؤال السادس والعاشر	السؤال السادس ضم (بند واحد) السؤال العاشر ضمّ (بند واحد)	1- بدائل و ترميز (درجة) السؤال السادس: لم تؤثر (1) - أثرت بشكل خفيف (2)- أثرت باعتدال (3)- أثرت كثيرا (4)- أثرت بشدّة (5) 2- بدائل و ترميز (درجة) السؤال العاشر: كل الوقت (1)- غالبا (2) - احيانا (3)- نادرا (4)- أبدا (4)
5- تحديدات بسبب الصحة النفسية RE	يضم السؤال الخامس	3 بنود (أسئلة) (a,b,c,)	دائما (1)- غالبا (2)- احيانا (3) - نادرا (4) ابدا (5)
6- الصحّة النفسية MH	يضم بعضا من بنود السؤال التاسع	5 بنود (أسئلة) (h,f,d,c,b)	كل الوقت (1)- غالبا (2)- احيانا (3) - نادرا (4)- ابدا (5)
7- بعد النشاط الحيوي VT	يضمّ بعضا من بنود السؤال التاسع	4 بنود (أسئلة) (i,e,g,a)	كل الوقت (1)- غالبا (2)- احيانا (3)- نادرا (4)- أبدا (5)
8- بعد الصحّة المدركة GH	يضم السؤال الاول والثاني والحادي عشر	السؤال الاول (بند واحد) السؤال الثاني (بند واحد) السؤال الحادي عشر ويضمّ 4 أسئلة: (a,b,c,d)	1- بدائل و ترميز (درجة) السؤال الاول: ممتازة (1)- جيدة جدا (2)- جيدة (3)- متوسطة (4)- ضعيفة (5) 2- بدائل و ترميز (درجة) السؤال الثاني: أحسن بكثير من السنة الماضية (1) احسن بقليل من السنة الماضية (2) بالتقريب مثل السنة الماضية (3)

			أسوأ بقليل من السنة الماضية (4) أسوأ بكثير من السنة الماضية (5) 3- بدائل و ترميز (درجة) السؤال الحادي عشر : صحيح جدا (1)- صحيح نوعا ما (2)- لا أدري (3)- خطأ نوعا ما (4)- غير صحيح تماما (5)

- **ملاحظة:** التقدير الذاتي مبني على سلم ليكرت، حيث يتمّ بوضع درجة اولى حسب التسلسل من 1 إلى 33 أو من 1 إلى 5 أو من 1 إلى 6 حسب الاحتمالات الخاصة بكل سؤال ويقدر بدرجات تتراوح بين 0 و 100 درجة.

3-4- الخصائص السيكومترية لاستبيان نموذج المسح الصحي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة SF-36:

أولا: الصدق: - طريقة الاتساق الداخلي: تم حساب صدق المقياس عن حساب الاتساق الداخلي عن طريق حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس وعن طريق حساب ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي اليه وفيما يلي نتائج الصدق:

أ- حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس نموذج المسح الصحي لجودة الحياة SF-36:

جدول رقم 13: العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة وأبعاده الفرعية

أبعاد مقياس جودة الحياة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
النشاط الجسمي	0,529**	0,01
تحديدات بسبب الحالة الجسمية	0,578**	0,01
الألم الجسمي	0,877**	0,01
الحياة والعلاقات مع الآخرين	0,914**	0,01
الصحة النفسية	0,578**	0,01
تحديدات يسبب الصحة النفسية	0,595**	0,01
النشاط الحيوي	0,498**	0,01
الصحة المدركة	0,749**	0,01
** الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.01).		

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لأبعاد مقياس **جودة الحياة كلها** دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α =0,01)، حيث بلغت جميعها على التوالي: (0,74/0,49/0,59/0,57/0,91/0.87/0.57/0,52) وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس **جودة الحياة.**

ب- الطريقة الثانية: -حساب معامل ارتباط عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي اليه :

جدول 14: مصفوفة ارتباطات عبارات مقياس تقدير جودة الحياة مع الدرجة الكلية للمحاور التي تنتمي اليها

النشاط الجسمي		
		الدرجة الكلية
A3	معامل الارتباط	0,752**
	مستوى الدلالة	0,000
B3	معامل الارتباط	0,776**
	مستوى الدلالة	0,000
C3	معامل الارتباط	0,706**
	مستوى الدلالة	0,000
D3	معامل الارتباط	0,907**
	مستوى الدلالة	0,000
E3	معامل الارتباط	0,851**
	مستوى الدلالة	0,000
F3	معامل الارتباط	0,748**
	مستوى الدلالة	0,000
G3	معامل الارتباط	0,818**
	مستوى الدلالة	0,000
H3	معامل الارتباط	0,666**
	مستوى الدلالة	0,000
I3	معامل الارتباط	0,730**
	مستوى الدلالة	0,000
J3	معامل الارتباط	0,467**
	مستوى الدلالة	0,002
تحديات بسبب الحالة الجسمية		
A4	معامل الارتباط	0,791**
	مستوى الدلالة	0,000
B4	معامل الارتباط	0,812**
	مستوى الدلالة	0,000
C4	معامل الارتباط	0,784**
	مستوى الدلالة	0,000
D4	معامل الارتباط	0,850**
	مستوى الدلالة	0,000

الحياة والعلاقات مع الآخرين		
		الدرجة الكلية
س6	معامل الارتباط	0,955**
	مستوى الدلالة	0,000
س10	معامل الارتباط	0,970**
	مستوى الدلالة	0,000
الصحة النفسية		
C9	معامل الارتباط	0,909**
	مستوى الدلالة	0,000
B9	معامل الارتباط	0,906**
	مستوى الدلالة	0,000
D9	معامل الارتباط	0,847**
	مستوى الدلالة	0,000
F9	معامل الارتباط	0,865**
	مستوى الدلالة	0,000
H9	معامل الارتباط	0,857**
	مستوى الدلالة	0,000
تحديات يسبب الصحة النفسية		
A5	معامل الارتباط	0,862**
	مستوى الدلالة	0,000
B5	معامل الارتباط	0,839**
	مستوى الدلالة	0,000
C5	معامل الارتباط	0,854**
	مستوى الدلالة	0,000
الألم الجسمي		
س7	معامل الارتباط	0,970**
	مستوى الدلالة	0,000
س8	معامل الارتباط	0,982**
	مستوى الدلالة	0,000

النشاط الحيوي		
		الدرجة الكلية
A9	معامل الارتباط	0,841**
	مستوى الدلالة	0,000
E9	معامل الارتباط	0,849**
	مستوى الدلالة	0,000
G9	معامل الارتباط	0,805**
	مستوى الدلالة	0,000
I9	معامل الارتباط	0,889**
	مستوى الدلالة	0,000
الصحة المدركة		
س1	معامل الارتباط	0,617**
	مستوى الدلالة	0,000
س2	معامل الارتباط	0,700**
	مستوى الدلالة	0,000
A11	معامل الارتباط	0,439**
	مستوى الدلالة	0,005
B11	معامل الارتباط	0,384*
	مستوى الدلالة	0,014
C11	معامل الارتباط	0,682**
	مستوى الدلالة	0,000
D11	معامل الارتباط	0,662**
	مستوى الدلالة	0,000
//		

** .الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.01)

* .الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط فقرات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي اليه جاءت دالة عند مستوى دلالة (0,01) حيث تراوحت معاملاتها بين (0.43) في الفقرة رقم (A11) من محور **(الصحة المدركة)** و (0,98) في الفقرة رقم **(8)** من محور **(الألم الجسمي)**، ما عدى العبارة رقم (B11) من محور **(الصحة المدركة)** جاءت دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0,05) حيث بلغت قيمة معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية لمحور **الصحة المدركة** (0.38)**.** وهذا ما يؤكد مدى التجانس والاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس جودة الحياة.

– **ثانيا: الثبات: ألفا كرونباخ:** تم التأكد من ثبات مقياس نموذج المسح الصحي لجودة الحياة SF–36.

– **معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي:** تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذا المقياس فتحصلنا على النتيجة التالية:

جدول رقم 15: معامل ألفا كرونباخ لمقياس تقدير جودة الحياة

أبعاد المقياس والدرجة الكلية	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات
النشاط الجسمي	0,911	10
تحديدات بسبب الحالة الجسمية	0,824	4
الألم الجسمي	0,936	2
الحياة والعلاقات مع الآخرين	0,911	2
الصحة النفسية	0,918	5
تحديدات يسبب الصحة النفسية	0,810	3
النشاط الحيوي	0,864	4
الصحة المدركة	0,679	6
الدرجة الكلية للمقياس جودة الحياة	0,928	36

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس **جودة الحياة** كانت مرتفعة حيث بلغت على التوالي (0.91/ 0.67/0.86/0,81/0,91/0,91/0,93/0,82) بينما بلغ معامل ألفا كرونباخ لمقياس **جودة الحياة** ككل (0,92) وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات المقياس، وهذا يعني أن مقياس **جودة الحياة** يمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحا للتطبيق في الدراسة الأساسية.

4- العينـــــة:

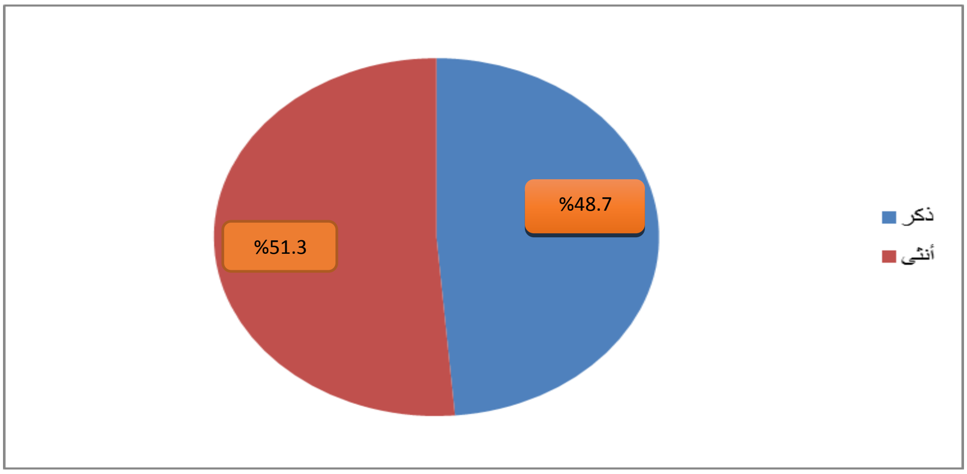
تعرف العينة على أنّها جزء من مجتمع الدراسة، حيث تحمل نفس خصائص ومواصفات المجتمع الأصلي، و تكون مجتمع الدراسة الأصلي في دراستنا، من مرضى السكري بنمطيه نمط1 ونمط2 الذين تجاوز سنهم 19 سنة من كلا الجنسين (ذكور وإناث) (مجتمع مجهول التعداد)، عبر مختلف المناطق والولايات في الجزائر وهي كالتالي: المسيلة – مدينة بوسعادة – برج بوعريريج – مدينة المنصورة – الجزائر العاصمة– سطيف – المدية – مدينة قصر البخاري، حيث تمّ توزيع ما يقارب 500 نسخة من أدوات البحث المستعملة (استمارة معلومات خاصة بالمريض + مقياس الصلابة النفسية + استبيان SF-36) على مجتمع الدراسة المقصود (مرضى السكري بنمطيه: نمط1 ونمط 2) الذين تزيد أعمارهم عن 19 سنة، حيث تمّ تطبيق الملف المكون من الادوات المستعملة مجتمعة على كل مريض سكري للإجابة عليها، وتم جمع ما يقارب 302 نسخة من الاجابات الكاملة على الاستبيانات المتحصل عليها، وبالتالي قدر حجم العينة المطبق عليها (302) مريض سكري بنمطيه 1 و2، كما أنّ طريقة الاختيار حكمتها طبيعة العينة المتناولة بالدراسة وهي العينة المرضية (مرضى السكري بنمطيه) إذ لا يمكن الخروج عن إطار العينة الغرضية التي تلائم غرض البحث واهدافه، وفي مايلي سنتعرف على الخصائص العامة للعينة الأساسية التي طبق عليها الباحث مقياس الصلابة والجودة:

4-1- الجنس:

جدول رقم 16: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	147	48,7
أنثى	155	51,3
المجموع	**302**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (302) مريضا، نلاحظ أن حجم الذكور (147) بنسبة 48,7 %، أما الاناث فقد بلغ عددهن (155) أنثى بنسبة قدرت بـ 51,3 % كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



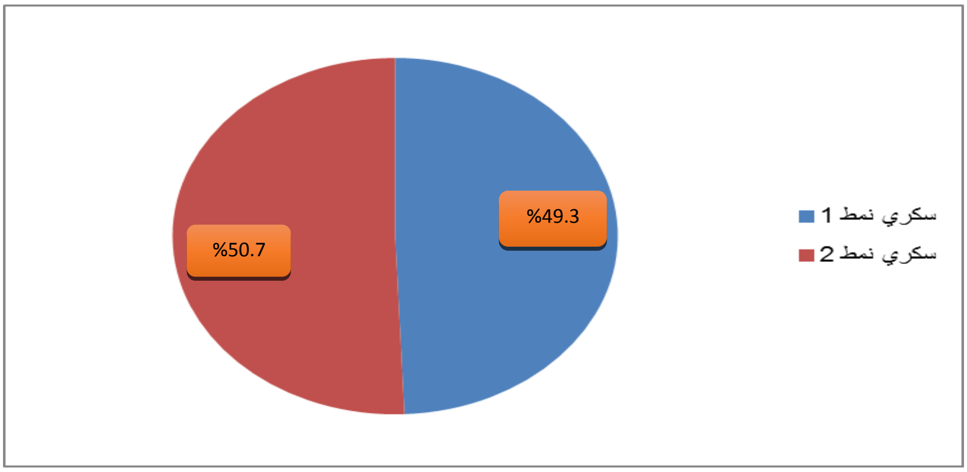
شكل رقم 09: توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

4-2- نمط السكري:

جدول رقم 17: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نمط السكري وعدد كل جنس حسب كل نمط

نمط السكري	التكرارات			النسبة المئوية
سكري نمط 1	149	ذكور	58	49,3
		اناث	91	
سكري نمط 2	153	ذكور	92	50,7
		اناث	61	
المجموع	**302**			**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (302) مريضا، نلاحظ أن حجم سكري نمط 1 قدر بـــ (149)، بنسبة قدرت بـــ49,3 %، أما عدد سكري نمط 2 فقد بلغ (153)، بنسبة قدرت بـ 50.7 % كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



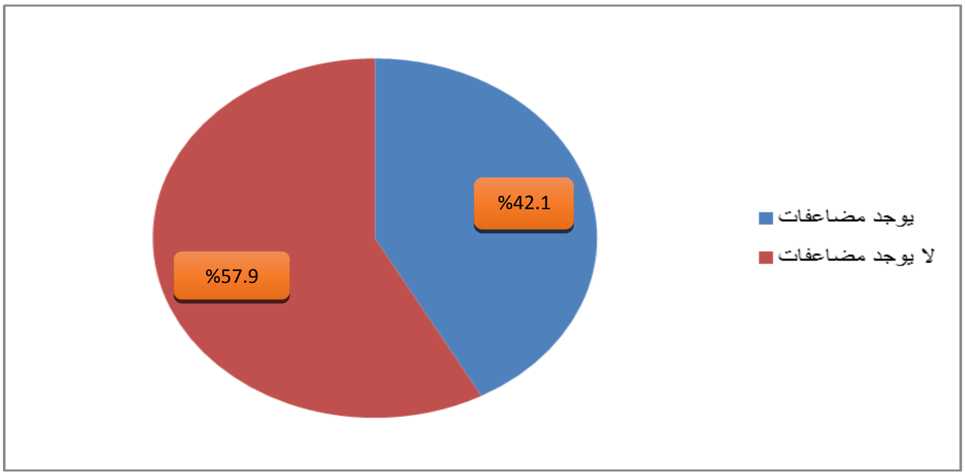
شكل رقم 10: توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير نمط السكري

4-3- مضاعفات مرض السكري:

جدول رقم 18: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مضاعفات مرض السكري

مضاعفات مرض السكري	التكرارات	النسبة المئوية
يوجد مضاعفات	127	42,1
لا يوجد مضاعفات	175	57,9
المجموع	**302**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (302) مريضا، نلاحظ أن حجم افراد العينة الذين أكدوا وجود مضاعفات (127) بنسبة 42,1 %، أما حجم افراد العينة الذين أكدوا عدم وجود مضاعفات فقد بلغ عددهم (175) بنسبة قدرت بـ 57.9 % كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



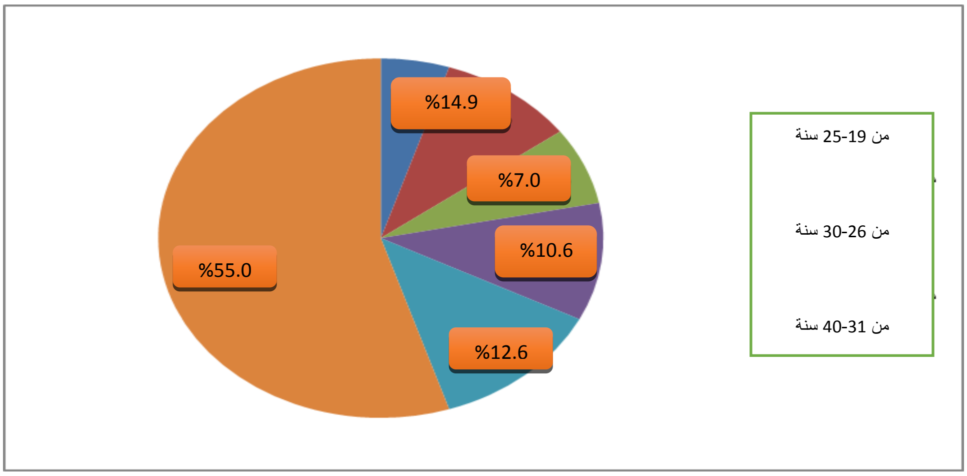
شكل رقم 11: توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مضاعفات مرض السكري

4-4- الســـن:

الجدول رقم 19 توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

السن	التكرارات	النسبة المئوية
من 19- 25 سنة	45	14,9
من 26-30 سنة	21	7,0
من 31-40 سنة	32	10,6
من 41 -45 سنة	38	12,6
أكثر من 45 سنة	166	55,0
المجموع	**302**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات مرضى عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (302) مريضا، نلاحظ أن فئة السن الذين تبلغ أعمارهم (من 19– 25 سنة) فقد بلغ عددهم (45) بنسبة قدرت بـ 14.9%، أما من تبلغ أعمارهم (من 26–30 سنة) فقد بلغ عددهم (21) بنسبة قدرت بـ 7%، أما من تبلغ أعمارهم (من 31–40 سنة) فقد بلغ عددهم (32) بنسبة قدرت بـ 10.6%، أما من تبلغ أعمارهم (من 41–45 سنة) فقد بلغ عددهم (38) بنسبة قدرت بـ 12.6%، في حين بلغ عدد من تبلغ أعمارهم (أكثر من 45 سنة) بـ (166) بنسبة قدرت بـ 55%، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



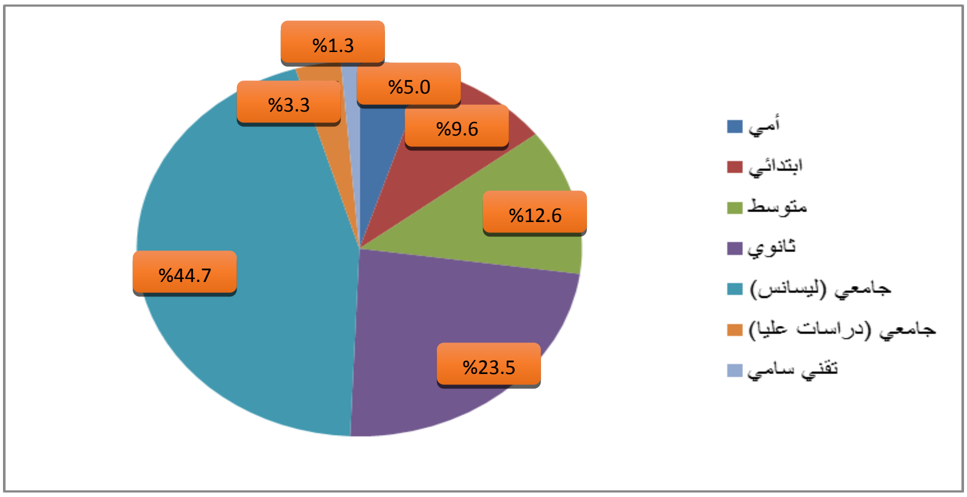
شكل رقم 12: توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

4–5– المستوى الدراسي:

جدول رقم 20: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي

المستوى الدراسي	التكرارات	النسبة المئوية
أمّي	15	5,0
ابتدائي	29	9,6
متوسط	38	12,6
ثانوي	71	23,5
جامعي (ليسانس)	135	44,7
جامعي (دراسات عليا)	10	3,3
تقني سامي	4	1,3
المجموع	**302**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات مرضى عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (302) مريضا، نلاحظ أن عدد الأميين قد قدر بـ(15) بنسبة 5%، أما عدد ذوي المستوى الابتدائي فقد بلغ (29) بنسبة قدرت بـ 9.6 % ، وقدر عدد ذوي المستوى المتوسط بـ (38) بنسبة بلغت 12.6%، في حين قدر عدد ذوي المستوى التعليمي ثانوي بـ (71) بنسبة بلغت 23.5%، وقدر عدد ذوي المستوى جامعي (ليسانس) بـ (135) بنسبة بلغت 44.7%، في حين قدر عدد ذوي المستوى التعليمي جامعي (دراسات عليا) بـ (10) بنسبة بلغت 3.3%، وقدر عدد ذوي المستوى (تقني سامي) بـ (04) بنسبة بلغت 1.3%، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



شكل رقم 13: توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي

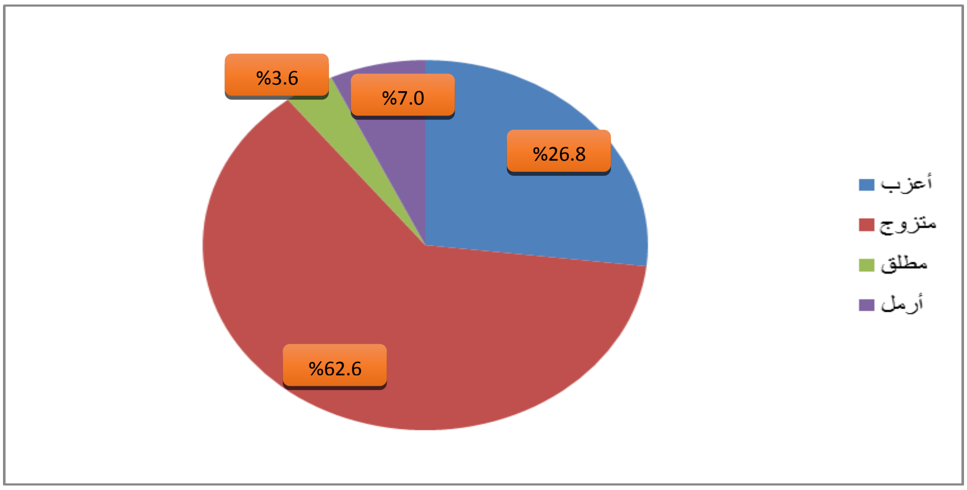
4-6- الحالة الاجتماعية:

جدول رقم 21: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسبة المئوية
أعزب	81	26,8
متزوج	189	62,6
مطلق	11	3,6
أرمل	21	7,0
المجموع	**302**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (302) مريضا، نلاحظ أن عدد العزاب قد قدر بـ(81) بنسبة 26.8%، أما عدد المتزوجين فقد بلغ عددهم (189) بنسبة قدرت

بـ 62.6 % ، وقدر عدد المطلقين بـ (11) بنسبة بلغت 3.6 %، في حين قدر عدد الارامل بـ (21) مريضا بنسبة بلغت 7%، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



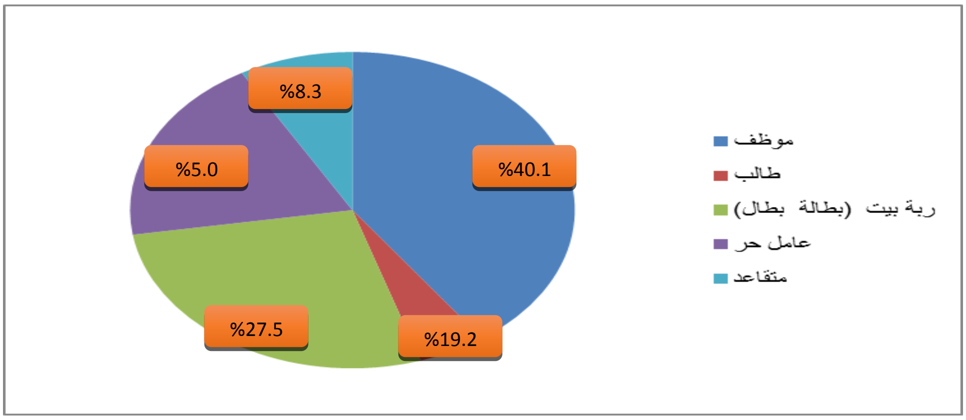
شكل رقم14: توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

4-7- المهنة:

جدول رقم 22: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المهنة

المهنة	التكرارات	النسبة المئوية
موظف	121	40,1
طالب	58	19,2
ربة بيت (بطالة بطال)	83	27,5
عامل حر	15	5,0
متقاعد	25	8,3
المجموع	**302**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (302) مريضا، نلاحظ أن عدد الموظفين قد قدر بـ (121) بنسبة 40.1%، أما عدد الطلبة فقد بلغ (58) بنسبة قدرت بـ 19.2 % ، وقدر عدد البطالين بـ (83) بنسبة بلغت 27.5%، في حين قدر عدد العاملين في اعمال حرة بـ (15) بنسبة بلغت 5.0%، وقدر عدد المتقاعدين بـ (25) بنسبة بلغت 8.3%، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



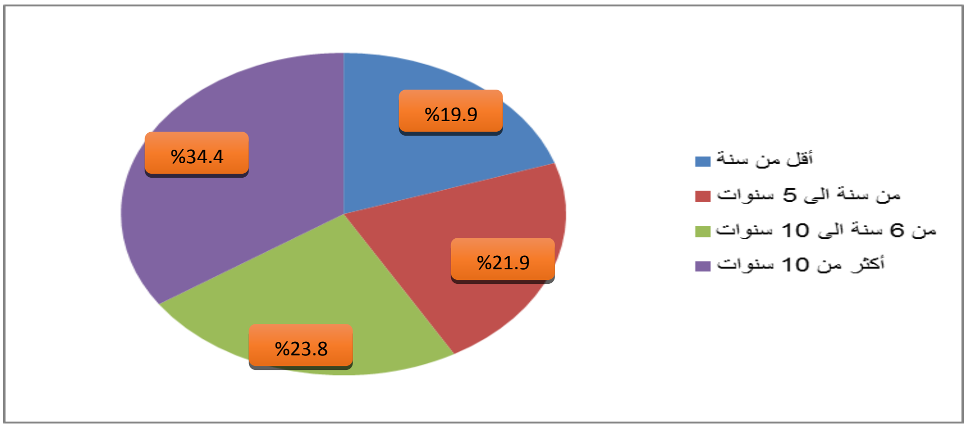
شكل رقم 15: توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المهنة

4-8- مدة المرض:

جدول رقم 23: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض

مدة المرض	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من سنة	60	19,9
من سنة الى 5 سنوات	66	21,9
من 6 سنة الى 10 سنوات	72	23,8
أكثر من 10 سنوات	104	34,4
المجموع	**302**	**%100**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا (302) مريضا، نلاحظ أن عدد المصابين منذ أقل من سنة قد قدر بـ(60) بنسبة %19.9، أما عدد المصابين من (سنة الى 5 سنوات) فقد بلغ (66) بنسبة قدرت بـ 21.9 % ، وقدر عدد المصابين (من 6 سنة الى 10 سنوات) بـ (72) بنسبة بلغت %23.8، في حين قدر عدد المصابين أكثر من 10 سنوات بـ (104) بنسبة بلغت %34.4، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



شكل 16: توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض

5- حدود الدراسة:

5-1- الحدود البشرية: تمت الدراسة على (302) مريض بالسكري بنوعيه، نمط1 + نمط 2.

5-2- الحدود المكانية: بعض الجمعيات الولائية والبلدية لمرضى السكري و بعض المؤسسات والمراكز الاستشفائية وهم كالتالي: الجمعية الولائية لمرضى السكري بالمسيلة + جمعية مرضى السكري ببلدية المنصورة برج بوعريريج + جمعية مرضى السكري بمدينة بوسعادة + العيادة المتعددة الخدمات بشير لعجوزي " دار السكر " ببلوزداد بالجزائر العاصمة + مختلف المصالح الاستشفائية أين تواجد مرضى السكري للعلاج بالمؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة + المركز الطبي العلاجي بالقطب الجامعي بالمسيلة + المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أولاد براهيم بالمسيلة + مختلف مرضى السكري من مناطق عديدة من الجزائر وهي: ولاية سطيف + ولاية برج بوعريريج + ولاية المدية (مدينة قصر البخاري).

5-3- الحدود الزمنية: استغرقت الدراسة الميدانية حوالي 10 أشهر، بداية من تاريخ فيفري 2022 إلى غاية نوفمبر 2022.

6- الأساليب الإحصائية:

من أجل ان يتحقق الباحث من تساؤلات الدراسة وفروضها، تمّ استخدام الاساليب الاحصائية التالية : متمثلة في كل من معامل الارتباط بيرسون أين تم استخدامه من اجل حساب الصدق وكذلك في اختبار الفرضيات العلائقية، بالاضافة الى معادلة ألفا كرونباخ من اجل حساب الثبات. وأيضا التكرارات والنسب المئوية أين تم استخدامها من اجل تحديد خصائص المجتمع و عينة البحث، واختبار " كولموغروف سيميرنوف " لمعرفة طبيعة توزع البيانات. واختبار" ليفين" للكشف عن التجانس والتباينات. وايضا تم استخدام اختبار الدلالة الإحصائية "ت" لعينتين مستقلتين (T-test) وقد تم استخدامه لمعرفة الفرق بين الجنسين في متغيري الدراسة. أين تمّت المعالجة الإحصائية للبيانات عن طريق البرنامج الإحصائي **SPSS-V26** .

خلاصة الفصل:

يعتبر منهج الدراسة ضرورة ملّحة يجب الالتزام بها في البحوث العلمية بمختلف أنواعها، وعليه فالمنهج الدراسي، هو عبارة عن فن تنظيم الأفكار، من اجل الكشف عن حقائق غير معلومة لنا، أو من اجل اثبات حقيقة غير معروفة. ولكي تحقق دراستنا ذلك المبتغى، قام الباحث بإجراء الدراسة الاستطلاعية للبحث على عينة قوامها (40) مريض سكري بنمطيه 1 و2 بجمعية مرضى السكري بالمسيلة، أين تمّ التحقق من جدوى الدراسة، وكذلك من صلاحية أدوات الدراسة التي تمثلت في مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2006)، واستبيان نموذج المسح الصحي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة SF-36 بغية تطبيق الأداتين على الدراسة الأساسية. وهذا بعدما تمّ التأكد من الخصائص السيكومترية للأداتين من خلال الصدق والثبات، وبعدها قمنا بعرض مجتمع وعينة الدراسة، أين أجريت الدراسة على مجتمع مجهول النسبة من حيث العدد الاجمالي لمرضى السكري أين تم توزيع ما يقارب (500) ملف مكون من استمارة معلومات وأداتي البحث على كل مريض سكري من كلا النمطين يتجاوز عمرهم 19 سنة، اين تم استرجاع (302) ملف أي (استجابة) وهو عدد العينة الأساسية المطبق عليها. ثمّ قمنا بعرض الخصائص والنسب المئوية لكل من العينة الاستطلاعية والاساسية حسب البيانات التي تمّ جمعها وفق المتغيرات التالية (الجنس، نمط السكري، الفئة العمرية، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المدة الزمنية للإصابة)، وفي الاخير أين تمّ تبيان حدود الدراسة البشرية وتمثلت في (302) مريض سكري بنمطيه، والحدود المكانية، أين تنوعت على مختلف ومدن جزائرية بين جمعيات مرضى السكري ومراكز استشفائية وعلاجية، اضافة الى أماكن اجتماعية وأسرية بمناطق متفرقة حسب الامكانات المتاحة. امّا عن المدة التي استغرقتها الدراسة الميدانية، ما يقارب عشرة (10) أشهر. وفي الفصل التالي والاخير من هذه الدراسة سيتمّ عرض النتائج المتوصل اليها من خلال فرضيات البحث المعروضة في أول فصل من الدراسة إلى جانب مناقشة هذه النتائج وفق ما عرضناه من دراسات سابقة في الفص الخامس من هذه الدراسة.

الفصل الثامن:

عرض ومناقشة النتائج

بعد عرضنا لمنهج الدراسة وأدواتها والعينة وخصائصها، وكل من حدود الدراسة والأساليب الاحصائية المستعملة، سنتطرق في هذا الفصل الاخير من الدراسة إلى عرض النتائج بعد جمع البيانات، أين تمّ تفريغها في جداول مع حساب النتائج حسب فرضيات الدراسة.

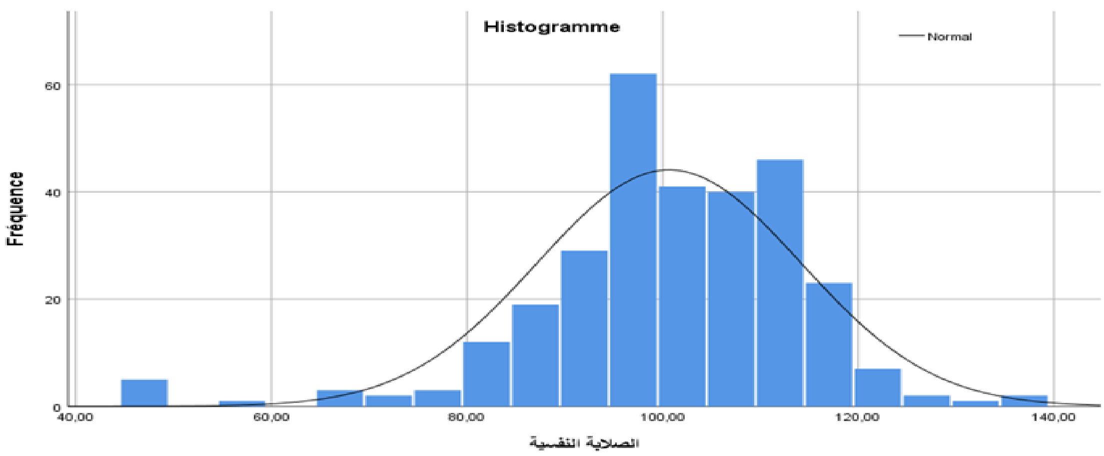
و قبل البدء في عملية معالجة الفرضيات عن طريق استخدام الأساليب الإحصائية المختلفة والملائمة وجب أن نشير إلى التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة الحالية المتمثلة في (الصلابة النفسية – تقدير جودة الحياة المرتبطة بالصّحة)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم 24: التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرين محل الدراسة

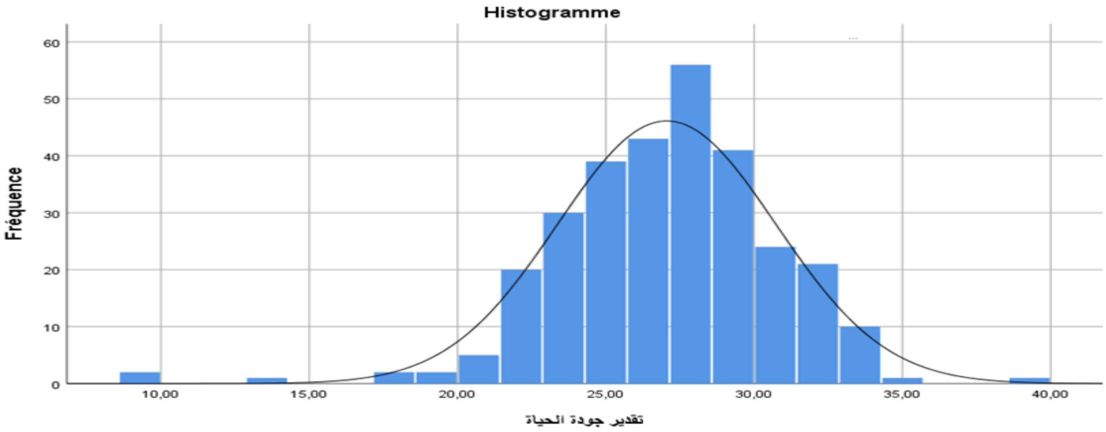
المتغيرات	Kolmogorov–Smirnov[a]			القرار
	الإحصاءات	درجة الحرية	مستوى الدلالة	
الصلابة النفسية	0,096	298	0,961	غير دال
تقدير جودة الحياة	0,042	298	0,200*	غير دال

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ و بناءا على قيم اختبار كولموغروف سميرنوف، بالنسبة للمتغيرين محل الدراسة وهما متغير (الصلابة النفسية– تقدير جودة الحياة المرتبطة بالصّحة) ، حيث نلاحظ ان بيانات المتغيرين جاءت غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، وبالتالي فإن بيانات المتغيرين تتوزع توزيعا طبيعيا، حيث جاءتا غير دالتين احصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، لأنّ:

sig= 0.961> 0.05 و sig= 0.2> 0.05 يوجد توزيع طبيعي للبيانات فيمكن استخدام الاساليب الاحصائية البارامترية في معالجة مختلف فرضيات الدراسة الحالية كما هو موضح في الأشكال التالية:



شكل رقم 17: التوزيع الطبيعي لبيانات متغير الصلابة النفسية



شكل رقم 18: التوزيع الطبيعي لبيانات متغير تقدير جودة الحياة المرتبطة بالصحة

- أولا: عرض النتائج

1- الفرضية الأولى:

1-1- التذكير بالفرضية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري.

1-2- النتائج: للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم معامل ارتباط بيرسون **Pearson** للكشف عن قيم معامل الارتباط بين المقياسين لدى (302) لمرضى السكري بنمطيه والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

الجدول رقم 24: العلاقة بين الصلابة النفسية وتقدير جودة الحياة		
		جودة الحياة
الصلابة النفسية	معامل الارتباط	-,116*
	مستوى الدلالة	0,044
	حجم العينة	302
**** الارتباط دال عند (α=0,01).**		

1-3- تحليل الجدول: من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبط بالصحة بلغ (*116,-) وهي قيمة ضعيفة جدا وسالبة، وهذا يعني أن الارتباط بين الصلابة النفسية وجودة الحياة هو ارتباط عكسي، أي أنه كلما انخفضت درجات الصلابة النفسية لدى المصابين بداء السكري كلما زادت معه درجاتهم في جودة الحياة والعكس صحيح، كما أن نتيجة هذا الارتباط العكسي جاءت دالة إحصائيا عند

مستوى الدلالة ألفا (α=0,05)، ومنه نستطيع القول بأنه لا يمكن قبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي نتوصل إلى قبول فرضية البحث الأولى القائلة بوجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية وتقدير جودة الحياة المرتبط بالصحة لدى مرضى السكري"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%. وهي علاقة عكسية.

2- الفرضية الثانية:

2-1- التذكير بالفرضية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1.

2-2- النتائج: للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم معامل ارتباط بيرسون Pearson للكشف عن قيم معامل الارتباط بين أبعاد المقياسين لدى (149) مريضا بالسكري نمط1، والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

جدول 26: مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد مقياسي الصلابة النفسية و تقدير جودة الحياة والدرجة الكلية

متغيري الدراسة		النشاط الجسمي	تحديدات بسبب الحالة الجسمية	الألم الجسمي	الحياة والعلاقات مع الآخرين	الصحة النفسية	تحديدات يسبب الصحة النفسية	النشاط الحيوي	الصحة المدركة	تقدير جودة الحياة
الالتزام	R	−0,120	−0,052	−0,025	−0,070	−0,012	−0,007	−0,003	0,100	−0,099
	SIG	0,138	0,522	0,756	0,388	0,886	0,934	0,973	0,219	0,221
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149
التحكم	R	– ,215**	−0,070	−0,051	−0,049	−0,017	−0,064	−0,036	,170*	−,168*
	SIG	0,01	0,389	0,528	0,545	0,835	0,430	0,661	0,036	0,05
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149
التحدي	R	– ,245**	−0,127	−0,060	−0,023	−0,006	−0,121	−0,036	0,156	−,213**
	SIG	0,01	0,117	0,459	0,779	0,944	0,137	0,662	0,054	0,01
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149
الصلابة النفسية	R	– ,215**	−0,094	−0,051	−0,050	−0,012	−0,074	−0,028	0,156	−,179*
	SIG	0,01	0,246	0,531	0,536	0,882	0,364	0,733	0,054	0,05
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149
//////////////		** دال عند مستوى الدلالة 0,01. * دال عند مستوى الدلالة 0,05.								

2-3- تحليل الجدول: تشير نتائج الجدول أعلاه الى ما يلي:

1- وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة حيث بلغت قيمة العلاقة بين المتغيرين (-,179*) عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$). أي كلما انخفضت درجات الصلابة النفسية لدى المصابين بداء السكري نمط 1 كلما زادت معه درجاتهم في جودة الحياة والعكس صحيح ، كما أن الارتباط دال عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

بالإضافة الى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والبعد الأول من ابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة(النشاط الجسمي) حيث بلغت قيمة العلاقة بين المتغيرين(-,215**) ودالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$). في حين لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة (تحديدات بسبب الحالة الجسمية/الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/تحديدات يسبب الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة) حيث جاءت جميع قيم العلاقة غير دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

2- عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي/تحديدات بسبب الحالة الجسمية/الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/تحديدات يسبب الصحة النفسية/النشاط الحيوي/الصحة المدركة) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة حيث جاءت جميع قيم العلاقة غير دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

3- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) والبعد الأول من ابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة حيث بلغت قيمتي العلاقة على الوالي (-,215**/-,168*) ودالتين عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) و($\alpha=0.05$). وأيضا توجد علاقة ارتباطية موجبة بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) والبعد الثامن ابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة(الصحة المدركة) حيث بلغت قيمة العلاقة بين المتغيرين(0,170*) ودالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).في حين لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة (تحديدات بسبب الحالة الجسمية/الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/تحديدات يسبب الصحة النفسية/النشاط الحيوي) حيث جاءت جميع قيم العلاقة غير دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$).

4- توجد علاقة ارتباطية سالبة البعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) والبعد الأول من ابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة حيث بلغت قيمتي العلاقة على الوالي (**245,-/ **213,-) ودالتين عند مستوى الدلالة (α=0.01). في حين لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة (تحديدات بسبب الحالة الجسمية/الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/تحديدات يسبب الصحة النفسية/النشاط الحيوي/الصحة المدركة) حيث جاءت جميع قيم العلاقة غير دالة عند (α=0.05).

3- الفرضية الثالثة:

3-1- تذكير بالفرضية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.

3-2- النتائج: للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم معامل ارتباط بيرسون Pearson للكشف عن قيم معامل الارتباط بين أبعاد المقياسين لدى (153) مريض بالسكري نمط 2 والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

جدول 26: مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد مقياسي الصلابة النفسية و تقدير جودة الحياة والدرجة الكلية

متغيري الدراسة		النشاط الجسمي	تحديدات بسبب الحالة	الألم الجسمي	الحياة والعلاقات مع	الصحة النفسية	تحديدات بسبب الصحة	النشاط الحيوي	الصحة المدركة	تقدير جودة الحياة
الالتزام	R	−0,099	−0,011	0,266**	0,384**	0,356**	0,005	0,508**	0,322**	−0,023
	SIG	0,230	0,899	0,001	0,01	0,000	0,952	0,01	0,01	0,778
	N	153	153	153	153	153	153	153	153	153
التحكم	R	−0,136	−0,011	0,190*	0,272**	0,230**	−0,062	0,276**	0,340**	−0,058
	SIG	0,098	0,893	0,05	0,011	0,01	0,451	0,01	0,01	0,480
	N	153	153	153	153	153	153	153	153	153
التحدي	R	−0,163*	−0,014	,224**	0,290**	0,357**	0,006	0,422**	0,337**	−0,071
	SIG	0,05	0,863	0,01	0,01	0,01	0,943	0,01	0,01	0,391
	N	153	153	153	153	153	153	153	153	153
الصلابة النفسية	R	−0,147	−0,013	,247**	0,343**	0,343**	−0,019	0,437**	0,365**	−0,057
	SIG	0,074	0,873	0,01	0,01	0,01	0,814	0,011	0,01	0,493
	N	153	153	153	153	153	153	153	153	153
///////////////		** دال عند مستوى الدلالة 0,01.				* دال عند مستوى الدلالة 0,05.				

3-3- تحليل الجدول: تشير نتائج الجدول أعلاه الى ما يلي:

1- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 2 حيث بلغت قيمة العلاقة بين المتغيرين (0,057-) وغير دالة عند مستوى الدلالة (α=0.05).

بالإضافة الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية و ابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة(الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة) حيث بلغت قيم العلاقة على التوالي (**0,247/**0,343/**0,343/**0,437/**0,365) ودالة عند مستوى الدلالة (α=0.01). في حين لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي/ تحديدات بسبب الحالة الجسمية/ الصحة المدركة) حيث جاءت جميع قيم العلاقة غير دالة عند مستوى الدلالة (α=0.05).

2- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي/ تحديدات بسبب الحالة الجسمية) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 2 حيث جاءت جميع قيم العلاقة غير دالة عند مستوى الدلالة (α=0.05). في حين توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة) حيث بلغت قيم العلاقة على التوالي (**0,266/**0,384/**0,356/**0,508/**0,322) ودالة عند مستوى الدلالة (α=0.01).

3- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي/ تحديدات بسبب الحالة الجسمية / تحديدات يسبب الصحة النفسية) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 2 حيث جاءت جميع قيم العلاقة غير دالة عند مستوى الدلالة (α=0.05).

في حين توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة(الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة) حيث بلغت قيم العلاقة على التوالي (*0,190/**0,272/**0,230/**0,276/**0,340) ودالة عند مستوى الدلالة (0.005) و (α=0.01).

04- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (تحديدات بسبب الحالة الجسمية / تحديدات يسبب الصحة النفسية) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 2 حيث جاءت جميع قيم العلاقة غير دالة عند مستوى الدلالة (α=0.05). في حين توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة) حيث بلغت قيم العلاقة على التوالي (0,224**/ 0,290**/ 0,357**/ 0,422**/ 0,337**) ودالة عند مستوى الدلالة (α=0.01). بالإضافة الى علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة(النشاط الجسمي) حيث بلغت قيمة العلاقة على التوالي (-,163*) ودالة عند مستوى الدلالة (0.005).

- **مقارنة نتائج الفرضية الثانية و الثالثة:**

1- توجد علاقة سالبة ذات دلالة احصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1، بينما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط2.

2- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وبعد النشاط الجسمي فقط لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1، بينما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وكل من بعد الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط2.

3- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية و أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: تحديدات بسبب الحالة الجسمية، الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الأخرين، الصحة النفسية، تحديدات بسبب الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط1. بينما أيضا لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: النشاط الجسمي، تحديدات بسبب الحالة الجسمية، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط2.

4- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1 . وأيضا لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة

الكلية للبعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) وأبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: النشاط الجسمي، تحديدات بسبب الحالة الجسمية، والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2، ولكن توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة ، لدى مرضى السكري نمط2.

5- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) وبعد النشاط الجسمي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1، كما لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: تحديدات بسبب الحالة الجسمية، الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، تحديدات بسبب الصحة النفسية، النشاط الحيوي، لدى مرضى السكري نمط1. وأيضا لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: النشاط الجسمي، تحديدات بسبب الحالة الجسمية، تحديدات بسبب الصحة النفسية، والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.

6- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) وبعد الصّحة المدركة فقط لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1. بينما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة لدى مرضى السكري نمط2.

7- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين البعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) وبعد النشاط الجسمي والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1، بينما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة المتمثلة في بعد تحديدات بسبب الحالة الجسمية وبعد تحديدات بسبب الصحة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.

8- لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: تحديدات بسبب الحالة الجسمية، الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين،

الصحة النفسية، تحديدات بسبب الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط1 . بينما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة لدى مرضى السكري نمط2، كما توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و بعد النشاط الجسمي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط2.

4- الفرضية الرابعة:

4-1- تذكير بالفرضية: مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 1 منخفضة.

4-2- النتائج: لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار (t) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي للأفراد مع المتوسط الفرضي لمقياس الصلابة النفسية كما موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 28: نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الصلابة النفسية

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	الفرق بين المتوسطين	قيمة (t)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار	المعيار
الصلابة النفسية	99,9664	14,47804	94	5,96644	5,030	0.001	148	دال عند 0,01	[70.2- 109.51] المجال المتوسط

4-3- تحليل الجدول: للتعرف على مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 1 تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس الصلابة النفسية ومقارنته بالمتوسط الفرضي حيث تبين أن متوسط درجات أفراد مجتمع البحث في مقياس الصلابة النفسية بلغ (99,9664) درجة وبانحراف معياري قدره (14,47804) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط الفرضي البالغ (94) درجة (حيث تمّ حساب المتوسط الفرضي (94) من خلال عدد بنود مقياس الصلابة (47) × (أقل اختيار لبدائل التصحيح (1) + أكبر اختيار لبدائل التصحيح (3)) الكل يقسم على 2 وبالتالي المتوسط الحسابي نتيجته (94) وهي أعلى درجة من عدد بنود المقياس المقدرة بـ (47) بندا ، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (5,96644)

درجة، [وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت (5,030) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.01)]. كما أن المتوسط الحسابي ينتمي الى المجال المتوسط [70.2-109.51] ، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقع في الخطأ بنسبة 1%. وهذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط1 متوسط. أي عدم تحقق الفرضية البحثية الرابعة، التي نصت على مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 1 منخفض.

5- الفرضية الخامسة:

5-1- تذكير بالفرضية: مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 2 مرتفعة.

5-2- النتائج: لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار (t) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي للأفراد مع المتوسط الفرضي لمقياس الصلابة النفسية كما موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 29: نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الصلابة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	الفرق بين المتوسطين	قيمة (t)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار	المعيار
الصلابة النفسية	101,2549	12,32698	94	7,25490	7,280	0,000	152	دال عند 0,01	[109.51-70.2] المجال المتوسط

5-3- تحليل الجدول: للتعرف على مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 2 تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس الصلابة النفسية ومقارنته بالمتوسط الفرضي حيث تبين أن متوسط درجات أفراد مجتمع البحث في مقياس الصلابة النفسية بلغ (101,2549) درجة وبانحراف معياري قدره (12,32698) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط الفرضي البالغ (94) درجة، (حيث تمّ حساب المتوسط الفرضي (94) من خلال عدد بنود مقياس الصلابة (47) × (أقل اختيار لبدائل التصحيح (1) + أكبر اختيار لبدائل التصحيح (3)) الكل يقسم على 2 وبالتالي المتوسط الحسابي نتيجته (94) وهي أعلى درجة من عدد بنود المقياس المقدرة بـ (47) بندا، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (7,25490) درجة، [وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت (7,280) وهي دالة

إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.01)]. كما أن المتوسط الحسابي ينتمي الى المجال المتوسط [70.2-109.51] ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقع في الخطأ بنسبة 1%. وهذا يعني أن مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط2 متوسط. أي عدم تحقق الفرضية البحثية الخامسة، التي نصت على مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 2 مرتفعة.

6- الفرضية السادسة:

6-1-تذكير بالفرضية: مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 منخفضة.

6-2- النتائج: لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار (t) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي للأفراد مع المتوسط الفرضي لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة كما موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 30: نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	الفرق بين المتوسطين	قيمة (t)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
جودة الحياة المرتبطة بالصحة	34,9262	8,40615	70	-35,07383	-50,931	0.01	148	دال عند 0,01

6-3- تحليل الجدول: للتعرف على مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1، تمّ استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ومقارنته بالمتوسط الفرضي، حيث تبين أن متوسط درجات أفراد مجتمع البحث في مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة بلغ (34,9262) درجة، وبانحراف معياري قدره (8,40615) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط الفرضي البالغ (70) درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (-35,07383) درجة، [وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح النظري، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت (-50,931) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.01)]. ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقع في الخطأ بنسبة 1%. وهذا يعني

أن مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 منخفضة، وعليه نستنتج تحقق الفرضية البحثية السادسة.

7- الفرضيّة السابعة:

7-1- تذكير بالفرضية: مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 مرتفعة.

7-2- النتائج: لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار (t) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي للأفراد مع المتوسط النظري لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة كما موضح في الجدول التالي:

جدول رقم 31: نتائج الاختبار التائي لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة. (ن=153)

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	قيمة (t)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	القرار
جودة الحياة المرتبطة بالصحة	34,7647	9,34976	70	- 35,23529	46,615 -	0.01		دال عند 0,01

7-3- تحليل الجدول: للتعرف على مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 تم استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة ومقارنته بالمتوسط النظري حيث تبين أن متوسط درجات أفراد مجتمع البحث في مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة بلغ (34,7647) درجة وبانحراف معياري قدره (9,34976) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط الفرضي البالغ (70) درجة، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (- 35,23529) درجة، [وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح النظري، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت (- 46,615) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.01)]. ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقع في الخطأ بنسبة 1%. و هذا يعني أن مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 منخفض وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية البحثية التي نصت على مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 مرتفعة.

8- الفرضية الثامنة:

8-1- تذكير بالفرضية: توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2.

8-2- النتائج: للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدم اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل اليها لعينتين مستقلتين T-Tst indépendant sample

جدول رقم 32: نتائج اختبار "ت" ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات استجابات افراد العينة على مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة تبعا لمتغير نوع المرض السكري (نمط 1 ونمط 2)

المتغير	المتغير	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة" ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
الالتزام	النمط السكري 1	149	33,8658	4,95746	-1,434	300	0,153	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	34,6275	4,25485				
التحكم	النمط السكري 1	149	31,0940	5,44796	-0,160	300	0,873	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	31,1830	4,16823				
التحدي	النمط السكري 1	149	35,0067	5,47290	-0,720	300	0,472	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	35,4444	5,08854				
الصلابة النفسية	النمط السكري 1	149	99,9664	14,47804	-0,833	300	0,405	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	101,2549	12,32698				

8-3- تحليل الجدول: نلاحظ في الجدول أعلاه أن هناك تقارب بين المتوسطات الحسابية لدى افراد عينة الدراسة من مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 في أبعاد مقياس الصلابة النفسية (الالتزام/ التحكم/ التحدي) حيث جاءت الفروق طفيفة بينها وقد بلغت المتوسطات الحسابية لدى عينة (مرضى السكري نمط 1) على هذه المحاور التوالي (33,8658/ 35,0067/31,0940) أما بالنسبة لعينة (مرضى السكري نمط 2) فقد بلغت المتوسطات الحسابية على هذه المحاور على التوالي (34,6275/ 35,4444/31,1830)، [الا أنّ قيمة الفرق غير دالة احصائيا وما

يؤكد ذلك هو قيم T-TEST والتي بلغت على التوالي (1,434-/ 0,160-/0,720-) حيث جاءت غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05)]. في جميع أبعاد مقياس الصلابة النفسية .

أمّا بالنسبة للمقياس ككل (الدرجة الكلية للصلابة النفسية) فنلاحظ أن المتوسط الحسابي لدى عينة (مرضى السكري نمط 1) بلغ (99,9664) في حين المتوسط الحسابي لدى عينة (مرضى السكري نمط 2) بلغ (101,2549) حيث نلاحظ ان الفرق طفيف بين مرضى السكري (نمط 1 ونمط 2)، [الاّ ان قيمة (ت) والتي بلغت (-0,833) جاءت غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05)]. وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية البحثية الثامنة القائلة " توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2.

9- الفرضية التاسعة:

9-1- تذكير بالفرضية: توجد فروق دالة احصائيا في مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2.

9-2- النتائج: للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدم اختبار **(ت)** لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل اليها لعينتين مستقلتين T-Tst independent sample

جدول رقم 33: يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات استجابات افراد العينة على مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة تبعا لمتغير نوع المرض (نمط 1 ونمط 2)

المتغير	المتغير	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
النشاط الجسمي	النمط السكري 1	149	17,3893	5,15137	0,332	300	0,740	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	17,1830	5,61651				
تحديدات بسبب الحالة الجسمية	النمط السكري 1	149	11,4027	3,75413	0,246	300	0,806	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	11,2876	4,34328				
الألم الجسمي	النمط السكري 1	149	6,1342	1,32878	-1,162	300	0,246	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	6,2941	1,05058				
الحياة والعلاقات	النمط السكري	149	6,2819	1,12755	1,104	300	0,270	**غير دال**

مع الآخرين	1							**عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	6,1373	1,14742				
الصحة النفسية	النمط السكري 1	149	15,4899	3,15932	0,541	300	0,589	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	15,3203	2,22324				
تحديدات يسبب الصحة النفسية	النمط السكري 1	149	9,1141	3,10085	0,997	300	0,319	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	8,7386	3,42931				
النشاط الحيوي	النمط السكري 1	149	13,1074	2,50173	-0,956	300	0,340	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	13,3464	1,79664				
الصحة المدركة	النمط السكري 1	149	18,2148	3,29939	-0,499	300	0,618	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	18,3987	3,10208				
تقدير جودة الحياة	النمط السكري 1	149	34,9262	8,40615	0,158	300	0,875	**غير دال عند 0.05**
	النمط السكري 2	153	34,7647	9,34976				

9-3- تحليل الجدول:

نلاحظ من الجدول أعلاه أن هناك تقارب بين المتوسطات الحسابية لدى افراد عينة الدراسة من مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 في أبعاد مقياس تقدير جودة الحياة (النشاط الجسمي/ تحديدات بسبب الحالة الجسمية/ الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/ الصحة النفسية/ تحديدات يسبب الصحة النفسية/ النشاط الحيوي/ الصحة المدركة) حيث جاءت الفروق طفيفة بينها وقد بلغت المتوسطات الحسابية لدى عينة **(مرضى السكري نمط 1)** على هذه المحاور التوالي (18,2148/ 13,1074/9,1141/15,4899/6,2819/6,1342/11,4027/17,3893)

أمّا بالنسبة لعينة **(مرضى السكري نمط 2)** فقد بلغت المتوسطات الحسابية على هذه المحاور على التوالي (18,3987/13,3464/8,7386/15,3203/6,1373/6,2941/11,2876/17,1830)، [الاّ أن قيمة الفرق غير دالة احصائيا وما يؤكد ذلك هو قيم T-TEST والتي بلغت على التوالي (0,246/0,332/–1,162/1,104/0,541/0,997/0,956–/0,499–)، حيث جاءت غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ((α=0.05)]. في جميع أبعاد مقياس تقدير جودة الحياة.

أمّا بالنسبة للمقياس ككل (الدرجة الكلية تقدير جودة الحياة) فنلاحظ أن المتوسط الحسابي لدى عينة (مرضى السكري نمط 1) بلغ (34,9262) في حين المتوسط الحسابي لدى مرضى السكري نمط 2 بلغ (34,7647) حيث نلاحظ ان الفرق طفيف بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 [الا ان قيمة (ت) والتي بلغت (0,158) جاءت غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05)] وعليه نستنتج عدم تحقق الفرضية البحثية القائلة بـ " توجد فروق دالة احصائيا في مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2".

10- الفرضية العاشرة:

10-1- تذكير بالفرضية: يمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية.

10-2- النتائج: حيث كانت العلاقة بين المتغيرين خطية فقد استخدم الانحدار البسيط للتعرف على أثر **الصلابة النفسية** على جودة الحياة المرتبطة بالصحة، ويمكن استعراض نتائج الفرض من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 34: نتائج الانحدار البسيط لأثر الصلابة النفسية على جودة الحياة المرتبطة بالصحة

	R	مستوى الدلالة	حجم الأثر	الدلالة
الانحدار بين الصلابة النفسية و جودة الحياة المرتبطة بالصحة	-,116*	0.05	0,013	دال عند 0.0.05

10-3- تحليل الجدول: من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيمة معامل الارتباط بين الصلابة النفسية و جودة الحياة المرتبطة بالصحة والتي بلغت (*116,–) هي قيمة ضعيفة وسالبة، أي أن العلاقة سالبة، بمعنى أن كلما انخفض مستوى الصلابة النفسية زاد معه مستوى جودة الحياة والعكس صحيح، حجم التأثير بالنسبة للمتغير المستقل (الصلابة النفسية) على المتغير التابع (جودة الحياة) نلاحظ أنه بلغ 0,013 أي 1.3% هذا يعني أن كل زيادة في نسبة الصلابة النفسية يلازمها زيادة في نسبة جودة الحياة بـ 1.3% وبالتالي فإن الصلابة النفسية

تؤثر بنسبة 1.3% في جودة الحياة المرتبطة بالصحة، كما أنّ النتيجة جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05)، أي أنه تم رفض الفرضية الصفرية، وبالتالي نتوصل إلى قبول فرضية البحث القائلة بـ: " " يمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية"، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

– ثانيا: مناقشة النتائج:

1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى: بيّنت نتيجة الفرضية الأولى بأنّه توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري، وهذا ما يتوافق مع عديد الدراسات السابقة التي عرضناها في الفصل الخامس من هذه الدراسة وبالأخص منها الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيري الصلابة والجودة **بالنسبة للدراسات التي تناولت العلاقة بين المتغيرين عند فئة المرضى المزمنين** ومن بينهم، نذكر دراسة كل من قجال و عيسرو (2018)، والتي درست العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السرطان، أين توصلت النتائج الى وجود علاقة موجبة بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وما يعزّز نتيجة فرضية دراستنا كونها جاءت متطابقة مع هذه الدراسة من حيث وجود علاقة بين المتغيرين، هو أنّ الفئة المستهدفة في كلتا الدراستين تعاني من مرض مزمن (السكري والسرطان)، مما يدلّ على أنّ فئة الأفراد المصابين بمرض مزمن تلعب الصلابة النفسية دورا رئيسيا ومهما كمتغير سيكولوجي من حيث ارتباطها وعلاقتها بجودة الحياة التي يعيشها الافراد ذوي المرض المزمن، اضافة الى ذلك أنّ نتيجة الدراستين جاءت متطابقة بالرغم من وجود فارق في حجم العينة المطبّق عليها ونوع المقياس المستعمل في جودة الحياة، حيث انّ دراسة قجال و عيسرو اقتصرت العينة على (40) مريضا بالسرطان اما درستنا كانت عينة الدراسة (302) مريضا بالسكري، اما مقياس الصلابة فاستخدم نفس المقياس (مقياس مخيمر) وعن منهج الدراسة استخدام نفس المنهج في الدراستين (الوصفي الارتباطي)، وما هذا الا تأكيد لصحة نتيجة دراستنا مع حجم عينة اكبر مما يعزز نتيجة الفرضية التي توصلت الى وجود العلاقة. كما اتفقت ايضا نتيجة الفرضية الأولى لدراستنا مع دراسة بن طراد وبكوش (2017) التي هدفت الى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية وجودة الحياة التي خلصت ايضا الى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري بمستشفى ورقلة، ويرجع هذا الاتفاق في النتيجتين بالرغم من انّ مصطلح الصلابة النفسية لم يظهر في عنوان دراسة بن طراد وبكوش، الاّ انّ متغير الضغوط النفسية يعتبر من اهم المؤثرات النفسية والرئيسية التي يتمّ مقاومتها عن طريق الصلابة النفسية، اذ تعبر الصلابة النفسية كما أشرنا اليه في الفصل الثاني النظري من هذه الدراسة وحسب ما

أشار اليه الباحثون في التراث والادب النفسي وعلى رأسهم كوبازا و كذلك مخيمر أنّها –الصلابة – احد أساليب المواجهة وتعتبر أيضا عامل وقائي ضدّ الضغوط النفسية، فمثلا جاء في تعريف كوبازا (1979) على أنّ " الصلابة النفسية عبارة عن مجموعة السمات الشخصية، باعتبارها مصدر يعمل على الوقاية من الأحداث الشاقة " (انظر الجانب النظري الفصل الثاني الخاص بالصلابة النفسية)، هذا ويعود الاتفاق في نتيجة فرضيتنا ونتيجة دراسة بن طراد وبكوش الى أنّهما استهدفتا فئة مرضى السكري، بالرغم من أنّ دراسة بن طراد وبكوش أيضا حجم العينة بلغ (66) مريض سكري وانّها اقتصرت على عينة مقصودة (مرضى السكري بمستشفى ورقلة) عكس ما كان في دراستنا أنّ حجم العينة كان أكبر وشمل مناطق متفرقة من الجزائر وهذا ما يعزز نتيجة فرضية دراستنا. وايضا ما يؤكد صحّة ارتباط الصلابة النفسية بالضغوط النفسية نجد ذلك في نتائج الدراسة التي تناولت العلاقة بين اساليب مواجهة الضغوط النفسية والصلابة النفسية من خلال دراسة جعرير واليزيد (2021)، والتي هدفت إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الطلبة المرضى بداء السكري، أين خلصت نتيجتها إلى تواجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام والتحكم والتحدي) و أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى المصابين بداء السكرين وهذا إن دلّ فإنما يدل على صحة ما أوردناه من تعليق حول توافق نتيجة فرضيتنا الأولى مع دراسة بن طراد وبكوش (2017). أمّا عن توافق نتيجة الفرضية الأولى لهذه الدراسة مع **دراسات أخرى تناولت العلاقة بين متغيري الدراسة (الصلابة والجودة)، واستهدفت فئات مجتمعية أخرى مثل فئة (المسنين، والطلبة، والممرضين)**، نجد دراسة كل من مقدادي وبدري (2014)، والتي هدفت إلى التعرف على الصلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن لدى عينة من (140) من المسنين و المسنّات، والتي خلصت الى وجود علاقة ايجابية بين الصلابة النفسية والرضا عن الحياة، وهذا ما يعزز صحة فرضيتنا الأولى من خلال أنّ دراسة مقدادي وبدري تناولت متغير الرضا عن الحياة، وكما تطرقنا في الجانب النظري المتعلق بجودة الحياة أنّ عنصر الرضا يعتبر من اهم الأبعاد الذاتية المتعلقة بجودة الحياة من حيث مكوناتها (الذاتية و الموضوعية)، ويعتبر توافر عنصر الرضا كبعد ذاتي لدى الفرد احد النقاط تعبر عن جودة الحياة التي يعيشها الفرد، وبالتالي فدراسة مقدادي بتوافقها مع نتيجة فرضيتنا الأولى زاد من صحتها كون انّ دراسة مقدادي وبدري ايضا استعملت مقياس الصلابة النفسية وكان حجم العينة معتبرا أيضا بالرغم من اختلاف البيئة (الأردن)، وأيضا عند فئة المسنين نجد دراسة مقدم ومصابيح (2021)، والتي هدفت إلى الكشف عن علاقة الصلابة النفسية للمسنين بمستوى جودة حياتهم، حيث خلصت نتيجتها الى أنّه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية قوية. ونجد أيضا ما توافق مع نتيجة فرضيتنا مع نتائج دراسات

استهدفت فئات اخرى مثل فئة الطلبة، كما جاء في دراسة كل من رجاء (2016) بالمملكة العربية السعودية، و دراسة أحمد عبد الرحمن (2018) بالسودان، ودراسة سعدي (2022)، من خلال وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين الصلابة والنفسية وجودة الحياة في هذه الدراسات وهذا ما يعزز ويزيد من صحة فرضيتنا الاولى في هذه الدراسة. وبالنسبة لفئة الممرضين والعاملين في قطاع الصحة نجد كل من دراسة السايح (2021) بجمهورية مصر العربية، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى الممرضات (مدني – عسكري)، وخلصت نتيجتها إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى الممرضات، ونجد ايضا دراسة بوخروف (2021) في الجزائر، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة في العمل و الصلابة النفسية لدى عينة من الممرضين العملين على مستوى مصالح الأمراض المعدية، حيث خلصت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة في العمل والصلابة النفسية عند عينة الدراسة، وأنّ دراسة بوخروف استخدمت مقياس الصلابة النفسية لمخيمر أيضا ودرست نوعية الحياة في العمل الذي يعتبر احد الابعاد الموضوعية التي تعبر عن جودة الحياة كما تطرقنا الى ذلك في الجانب النظري في الفصل المتعلق بجودة الحياة.

2– مناقشة نتائج الفرضية الثانية: نصّت هذه الفرضية، على أنّه توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1، إلاّ أنّ نتائجها جاءت مختلفة في العلاقة بين بعض كل من ابعاد الصلابة النفسية وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وفي مايلي سنتطرق الى كل نتيجة مع مناقشتها:

2–1– بيّنت نتيجة الفرضية الثانية: على وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 1، وهذه النتيجة توافقت مع دراسة بوجودي وزناد (2022)، أين هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية ونوعية الحياة لدى عينة من مرضى داء السكري من النوع الأول، حيث خلصت نتيجة الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الفعالية الذاتية ونوعية الحياة لدى أفرا العينة (مرضى السكري نمط1). وهذه النتيجة تعزز من صحة فرضيتنا كون انّها تناولت متغير الفعالية الذاتية التي تعبر عن احد العناصر التي عرّفت الصلابة النفسية من خلالها من قبل عديد الباحثين كما تطرقنا اليه في الجانب النظري من الفصل الثاني للصلابة النفسية، مثل تعريف بروكس (2003) بأنّ الصلابة هي " مقدرة الفرد على أن يتعامل بفعالية مع الضغوط النفسية " وكذلك تعريف كل من دخان والحجار (2005)، أنّ الصلابة النفسية هي " عبارة عن الاعتقاد السائد لدى الفرد في ما يتمتع به من قدرة

وفاعلية في استخدام كل من المصادر النفسية والبيئية المتوفرة من أجل تفسيره وإدراكه بكل فاعلية للأحداث الضاغطة التي يواجهها في الحياة " (أنظر الجانب النظري في فصل الصلابة النفسية). بالإضافة الى أنّ هذه الدراسة اعتمدت على نفس المقياس المستخدم في دراستنا SF-36.

2-2- بيّنت نتيجة الفرضية الثانية: عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة. وأنّ هذه النتيجة تتفق مع ما جاء في دراستنا النظرية من الفصل الخامس المتعلق بمرض السكري في عنصره الاخير الذي تناول موضوع الادارة الذاتية و التزام مريض السكري من خلال ما جاءت به تايلور (2008) أنّ " الادارة الذاتية النشطة مفتاح النجاح في السيطرة على السكري. وبوجه الخصوص لدى مرضى النمط الثاني " (حددت بشكل خاص مرضى السكري نمط2 وليس نمط1) كما قالت أيضا: " أنّه و لسوء الحظ، فإنّ الالتزام بهذه البرامج يكون متدنيا في العادة "، وتقصد هنا تايلو برامج العلاج والصحة المناسبة، والتمرين، وضبط الوزن، والسيطرة على الضغوط، وهذه الالتزامات نجدها ممثلة في بعض أبعاد جودة الحية المرتبطة بالصحة.

2-3- بيّنت نتيجة الفرضية الثانية: توجد علاقة ارتباطية سالبة بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) والبعد الأول من ابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة، وأيضا توجد علاقة ارتباطية موجبة بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) والبعد الثامن ابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة(الصحة المدركة)، في حين لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة الاخرى، وهذا ما يتوافق مع دراسة رجاء (2016) بالمملكة العربية السعودية، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى عينة مكونة من (307) طالبة من جامعة الملك سعود، حيث طبق عليهن مقياس الصلابة النفسية من إعداد مخيمر (1996) ومقياس جودة الحياة من إعداد منسي وكاظم (2006)، حيث خلصت النتائج الى وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية وجودة الحياة في الدرجة الكلية وكافة الأبعاد الفرعية باستثناء عدم وجود علاقة بين بعد التحكم وجودة الحياة الصحية (الصحة المدركة)، وجودة شغل الوقت وادارته، ويأتي هذا الاتفاق برغم من اختلاف العينة المستهدفة (الطلبة) في دراسة رجاء ودراستنا الحالية.

2-4- بيّنت نتيجة الفرضية الثانية: أنّه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين البعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) والبعد الأول من ابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة ، في حين لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الثالث من أبعاد

الصلابة النفسية (التحدي) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة الأخرى. وهذا يدلّ على انّ بعد التحدي حسب رأي الباحث له ارتباط وثيق على جودة الحياة في بعدها الجسمي الذي يعتبر تحديا كبيرا بالنسبة لمريض السكري من اجل القيام بالحركات والنشاطات الحركية والرياضية فكلما كان تحدي المريض قويا في الجانب الجسمي كلما كانت جودة حياته الصحية في بعده الجسمي تحقق له مستوى ملائم لجودة حياته الصحية.

3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: نصّت هذه الفرضية، على أنّه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2. إلاّ أنّ نتائجها أيضا جاءت مختلفة في العلاقة بين بعض كل من ابعاد الصلابة النفسية وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وفي مايلي سنتطرق الى كل نتيجة مع مناقشتها:

3-1- بيّنت نتيجة الفرضية الثالثة: عدم وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 2. بالإضافة الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة فيما يخص أبعاد (الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة)، في حين لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة فيما يخص أبعاد (النشاط الجسمي/ تحديدات بسبب الحالة الجسمية/ الصحة المدركة). وهذه النتيجة اتفقت ايضا مع دراسة بوجودي وزناد (2022) التي اشرنا اليها سابقا حيث خلصت في نتائجها الى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الفعالية الذاتية (الصحة النفسية) ونوعية الحياة لدى افراد العينة (مرضى السكري) الذين طبق عليهم نفس مقياس دراستنا SF-36. وكذلك اتفقت مع نتيجة دراسة Safdar et al (2016) بالجمهورية الاسلامية الايرانية (قزوين)، والتي هدفت إلى تحديد العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والصلابة وجودة الحياة المهنية لدى مرضى السكري من النوع الثاني والأشخاص الأصحاء، حيث خلصت في نتيجتها إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة والاستراتيجيات التي تركز على العاطفة، والصلابة، ونوعية الحياة المهنية لدى الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني و الأشخاص الأصحاء.

3-2- بيّنت نتيجة الفرضية الثالثة: عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) وأبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي/ تحديدات بسبب الحالة الجسمية) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 2 ، في حين توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) و أبعاد مقياس جودة

الحياة المرتبطة بالصحة (الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة). وهذا حسب تفسير الباحث يدلّ على أنّ فئة نمط السكري 2 كما وسبق أن عرفناها في الجانب النظري الخاص بفصل مرض السكري وبضبط في الجدول رقم 05 الذي يوضح الفروق الأساسية بين السكري نمط 1 و السكري نمط 2 أنّ أفراد نمط السكري 2 غالبيتهم يزيد سنهم عن 35 سنة، وبالتالي فأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى هذه الفئة تتأثر ايجابا وسلبا ببعد الالتزام لديهم من حيث التزامهم وقدرتهم على النشاط الجسمي وربط العلاقات مع الاخرين والنشاط الحيوي الخ .... من الابعاد وخاصة التي تتعلق بالسلوك والحركة.

3-3- بيّنت نتيجة الفرضية الثالثة: عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (النشاط الجسمي/ تحديدات بسبب الحالة الجسمية / تحديدات بسبب الصحة النفسية) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط2. في حين توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (الألم الجسمي/الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة). وحسب تفسير الباحث كما سبق وأوردنا من تعريف لبعد (التحكم) في الجانب النظري الخاص بفصل الصلابة النفسية أنّ بعد التحكم عرفته كل Kobasa & Pacceatti (1983) " هو اعتقاد الفرد بأنّ الاحداث والمواقف والظروف المتغيرة للحياة التي يتعرض لها هي أشياء متوقع حدوثها وأنّ بإمكانه أن يتنبأ بها وعندها يمكنه السيطرة عليها " وبهذا المفهوم لبعد التحكم ومن خلال نتيجة الفرضية فأنّ نمط السكري 2 ، ليس لبعد التحكم اي علاقة بنشاطهم الجسمي و حالتهم الجسمية و تحديدات بسبب صحتهم النفسية في حين لبعد التحكم علاقة ارتباطية فيما يخص الابعاد الاخرى مثلا الألم الجسمي ومن خلال مفهوم التحكم فمريض السكري نمط 2 يعتقد أنّه اذا لم يلتزم بالعلاج المناسب فسيتعرض لمضاعفات مرضية اخرى وبالتالي فحاليا يمكنه التحكم والسيطرة باتباعه لنظام علاجي محكم حتى لا يتعرض لآلام جسمية ومضاعفات مرضية أخرى، وكذلك الامر بالنسبة للأبعاد الاخرى فهو يتحكم الحياة والعلاقات مع الآخرين ويتحكم في صحته النفسية من خلال عدم الاستسلام لظروف الحياة ومشاكلها ومواجهتها بالتقبل و يتحكم أيضا في النشاط الحيوي من خلال النشاط الدائم والتحرك والمشاركة، ويتحكم في ادراكه لحالته الصحية العامة ويتأقلم مع ظروفه الصحية.

3-4- بيّنت نتيجة الفرضية الثالثة: عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (تحديدات بسبب الحالة الجسمية / تحديدات بسبب الصحة النفسية) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 2

، في حين توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة)، بالإضافة الى علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة(النشاط الجسمي). وحسب تفسير الباحث أنّه بالعودة إلى مفهوم التحدي كما ورد في الجانب النظري من دراستنا في فصل الصلابة النفسية، أنّ كوبازا قد عرفت التحدّي على أنّه " هو ذلك الاعتقاد لدى الفرد بأنّ التجديد والتغيير في الحياة والاحداث التي تقع فيها ما هو إلاّ أمر عادي و طبيعي، بل إنّه أمر حتمي لا بد من حدوثه من أجل ارتقائه (أي الفرد)، أكثر من أن يكون هذا التغيير تهديدا لثقته وأمانه النفسي وسلامته "، ومن خلال هذا المفهوم وبإسقاطه على نتيجة فرضيتنا من حيث وجود علاقة بين بعد التحدي وأبعاد (الألم الجسمي/ الحياة والعلاقات مع الآخرين/الصحة النفسية/النشاط الحيوي/ الصحة المدركة) وهذا نظرا لمحتوى البنود والاسئلة التي تعبر عن هذه الأبعاد (انظر المقياس في الملاحق) والتي تعبر عن ما جاء في مفهوم التحدي الذي اوردته كوبازا. في حين عدم وجود علاقة بين بعد التحدي وبعدي تحديدات بسبب الحالة الجسمية والنفسية وكذلك وجود علاقة ارتباطية سالبة بين بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة(النشاط الجسمي) فيعود في رأي الباحث لعوامل لها علاقة بالعمر فغالبية فئة نمط السكري 2 عمرهم اكثر من 35 سنة وبالتالي ابعاد النشاط الجسمي وتحديدات بسبب الحالة النفسية والجسمية ليس لها علاقة ببعد التحدي كون النشاط الجسمي لدى كبير السن تختلف عند الاقل سنا وكذلك تحديدات بسبب الحالة النفسية والجسمية.

4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: بيّنت نتائج الفرضية الرابعة من هذه الدراسة، أنّ مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط1 متوسط، وبالتالي عدم تحقق الفرضية البحثية الرابعة، التي نصت على مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 1 منخفضة. وبهذا فقد اتفقت نتيجة فرضيتنا مع عدة دراسات تناولت الصلابة النفسية واختلفت مع دراسات اخرى تناولت الصلابة النفسية ولكن عند فئات أخرى مثل دراسة مقدادي وبدي (2014) التي أشرنا اليها سبقا ومن نتائجها أن مستوى الصلابة النفسية ومستوى الرضا عن الحياة لدى المسنين والمسنات منخفض، في حين دراسة مقدم ومصابيح (2021) على نفس فئة المسنين وجد أنّ مستوى الصلابة النفسية لديهم مرتفع، اما دراسة أحمد عبد الرحمن (2018) على فئة الطلبة كان من نتائجها أن مستوى الصلابة النفسية لطلاب كلية التربية مرتفع، وكذلك دراسة كل من لعزالي وعياش (2021) ودراسة سعدي (2022) على فئة

الطلاب خلصت نتائجهم الى ان مستوى الصلابة النفسية لديهم مرتفع. في حين اتفقت فرضيتنا مع دراسة واحدة من خلال ما عرضناه من دراسات سابقة فيما يخص فئات مجتمعية اخرى وهي دراسة رجاء (2016) التي أشرنا اليها سابقا والتي خلصت نتيجتها الى وجود مستوى متوسط من الصلابة النفسية لدى الطالبات. وحسب تفسير الباحث أنّ هذا الاختلاف والتباين في نتائج الدراسات حول مستوى الصلابة النفسية ان كان مرتفع او متوسط او منخفض في الدراسات السابقة فيما بينها ومع نتيجة فرضيتنا فيعود لعدة أسباب من بينها اختلاف حجم العينة واختلاف المحيط والبيئة و الفئة المستهدفة وكما لاحظنا في بعض النتائج كانت الصلابة مرتفعة لدى فئة الطلبة ومنخفضة لدى فئة المسنين، وهذا يعود لفارق السن بين الفئتين وكذلك المرحلة الدراسية لدى فئة الطلبة تتسم شخصيتهم فيها في الغالب بعنصر التحدي والالتزام والتحكم. أمّا فئة مرضى السكري نمط 1 فالصلابة النفسية وحسب نتيجة فرضيتنا اتسمت بأنّها متوسطة وحسب رأي الباحث يعود ذلك إلى التحديّات والظروف والمضاعفات المرضية، كما أنّه وبالعودة الى ما جاء في الجانب النظري من خلال فصل الصلابة النفسية وبضبط عنصر الخصائص فهنا قسمين من الافراد (ذوي الصلابة النفسية المنخفضة وذوي الصلابة النفسية المرتفعة) ولكل صنف خصائص معينة مما يدل على أنّ فئة مرضى السكري نمط1 يتسمون بصلابة متوسطة حسب نتيجة فرضيتنا وبالتالي فهم يعيشون بسمات تتوسط بين سمات الصلابة المرتفعة والمنخفضة نظرا لظروفهم المرضية المزمنة ومحاولة التأقلم والتكيف مع المرض (السكري) الذي يتطلب اتصافهم بمستوى متوسط من الصلابة.

5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: بيّنت نتائج الفرضية الخامسة من هذه الدراسة، أنّ مستوى الصلابة النفسية لدى النفسية لدى مرضى السكري نمط2 متوسط، وبالتالي عدم تحقق الفرضية البحثية الخامسة، التي نصت على أنّ مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 2 مرتفعة. وقد اختلفت نتيجة فرضيتنا مع دراسة العزام (2014)، والتي هدفت إلى التعرف على مستوى الصلابة النفسية، والتكيف الانفعالي، والعلاقة بينها لدى مرضى السكري نمط2 في محافظة اربد بالعراق وتكونت عينة البحث في هذه الدراسة من (345) مريض سكري نمط2، حيث خلصت نتائجها إلى، أنّ مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط2 بمحافظة اربد كان منخفضا، في حين أنّ نتيجة فرضية دراستنا هذه توصلت الى أنّ مستوى الصلابة متوسط، وحسب تفسير الباحث يعود هذا الاختلاف في الدراستين الى عدّة عوامل أولها اختلاف مقياس الصلابة النفسية المستعمل في الدراستين، فدراسة العزام استخدم فيها مقاييس الصلابة النفسية من اعداد الطلاع والنجار (2012)، أمّا دراستنا استخدم فيها مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2006)، مما يخلق فارق في النتائج، ضف الى ذلك عامل البيئة والمحيط وعلاقته بأبعاد الثقافة والتواصل كبعدين أضيفا حديثا لأبعاد ومكونات الصلابة النفسية كما أورنا في الجانب النظري من فصل

الصلابة النفسية، من قبل الباحثين، حيث أنّه في عام 2005، اقترح مادي رفقة خوشوبا بعدا آخر يسمى البعد الاتصالي او بعد الاتصال باعتباره البعد الرابع للصلابة النفسية، ووفقا له، يكتسب الأفراد جزءا من قوتهم وقدرتهم على مواجهة الإجهاد في المواقف بسبب التواصل مع أعضاء آخرين في المجتمع. لذلك، اعتبر التواصل هو أحد العوامل التي تلعب دور مهم في خلق الصلابة والحفاظ عليها. كما اقترحت في عام 2017 موند Mond الثقافة باعتبارها – الثقافة – البعد الخامس الذي يؤثر على الصلابة. وبعبارة أخرى اقترحت أنّه لا ينبغي تفسير الصلابة على أنها بسيطة النهج بغض النظر عن الثقافة. وبإسقاط هذه المفاهيم على نتيجة بحثنا في اختلافها مع نتيجة دراسة العزام فبعد الثقافة في البيئة الجزائرية يختلف تماما عن بعد الثقافة المشرقية (محافظة اربد)، كما أنّ دراستنا شملت عينات مختلفة من ولايات الجزائر، في حين دراسة العزام شملت محافظة واحدة، مما يخلق فارقا في نتيجة مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط2 بانّها اتّسمت بالتوسط.

6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة: بيّنت نتائج الفرضية السادسة من دراستنا، أنّ مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1 منخفضة، وبالتالي تحقق الفرضية البحثية السادسة، التي نصت على أنّ مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصّحة لدى مرضى السكري نمط1 منخفضة. واتفقت نتيجة فرضيتنا مع الدراسات التي عرضناها في فصل الدراسات السابقة، ومن بينها دراسة سايل وقلاتي (2021)، التي هدفت إلى التعرف على مستويات نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض قلبية، حيث خلصت في نتيجتها إلى أنّ نوعية الحياة لدى مرضى القلب متوسطة بشكل عام في بعديها الاجتماعي والانفعالي و أقل من المتوسط في بعدها الجسدي، والبعد الاخير في هذه الدراسة (البعد الجسدي) يتعلق بالجانب الصحي لما هو مشابه للبعد (الجسمي) في مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة SF-36 المستخدم في دراستنا، مما يعني أنّ نتيجة دراسة سايل وقلاتي تتفق مع نتيجة دراستنا وبالأخص أنّ كلتا الدراستين استهدفتا فئة المرضى المزمنين (القلب والسكري). كما اتفقت نتيجة فرضيتنا هذه مع نتيجة دراسة كل من Mesbah, M., Charlow fagot, & Compagne, et al (2001) بفرنسا، والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى الأشخاص السكريين المعالجين بفرنسا، حيث تكونت عينة الدراسة من (3540) مريض سكري من بين 10 ألاف مفحوص تمّ تسجيلهم، أجابوا على مقياس تقدير جودة الحياة بنسخته الفرنسية المكيفة، حيث خلصت نتائجها إلى أنّ جودة الحياة كانت مرتفعة لذوي المستوى العالي والاطارات، باستثناء المراقبة الغذائية التي لا يؤثر فيها المستوى الاجتماعي والاقتصادي. بالإضافة الى وجود تعقيدات مرضية قلبية وعائية على وجه الخصوص، في حين ظهر أن العلاج بالأنسولين ارتبط بدوره بجودة حياة سيئة باعتباره مرتبطا بتعقيدات وخطورة المرض، عكس ذلك كان وجود دواء واحد على شكل أقراص دلالة على

جودة حياة جيدة، وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة فرضيتنا من حيث انّ مستوى جودة الحياة نمط السكري 1 كان منخفضا وبالأخص أنّ الفئة المستهدفة في كلتا الدراستين فئة مرضى السكري غير أنّ الدراسة الفرنسية شملت كلتا النمطين 1 و2 لمرضى السكري غير أنّ عينة الدراسة الفرنسية جاءت كبيرة مما يعزز صحة فرضيتنا بالرغم من اختلاف البيئتين الجزائرية والفرنسية من حيث النمط الاجتماعي والمعيشي بجميع ابعاده التي تعبر عن جودة الحياة ككل. هذا وقد اتفقت نتيجة فرضيتنا أيضا مع نتيجة دراسة عمران (2009)، والتي هدفت إلى دراسة العلاقة بين الاصابة بداء السكري وتدهور جودة الحياة من خلال التقدير الذاتي للمصابين باستخدام مقياس SF-36 v2 وهو المقياس الذي ترجمه الباحث وتمّ استخدامه في دراستنا، حيث خلصت نتيجة الدراسة تقدير ضعيف لجودة الحياة لدى السكريين نمط 1، وهذا ما يعزز نتيجة فرضيتنا بانخفاض مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1. وكذلك اتفقت نتيجة فرضيتنا هذه مع دراسة منصوري وطالبي (2017)ن والتي هدفت إلى التعرف على واقع نوعية الحياة و جودتها عند مرضى السكري الشباب (نمط1) وانعكاسها على سلوكياتهم الصحية، حيث خلصت نتيجتها إلى أنّ نوعية حياة مرضى السكري نمط1 متدنية و منخفضة مما انعكس سلبا على سلوكياتهم الصحية وعدم التزامهم بالإرشادات والنصائح الوقائية المقدمة لهم من قبل القائمين بالرعاية الصحية. إلاّ انّ نتيجة فرضيتنا قد اختلفت مع نتيجة دراسة شلابي وبورنان (2021)، التي هدفت إلى تقييم نوعية الحياة للمصابين بداء السكري المنتمين إلى جمعية مرضى السكري بولاية المسيلة، حيث خلصت نتيجتها إلى أنّ نوعية الحياة لمرضى السكري حسنة وتتسم بالإيجابية، وهذا ما يتعارض مع نتيجة فرضيتنا بالرغم من انّ دراسة شلابي وبورنان تمت على نفس فئة مرضى السكري (الجمعية الولائية لمرضى السكري بالمسيلة)، وحسب تفسير الباحث أنّ هذا الاختلاف في النتيجة يعود الى أنّ دراسة شلابي وبورنان لم تحدد في دراستها بالضبط الفئة المستهدفة نمط 1 أو نمط 2 وكذلك حجم العينة اقتصر على (40) مريضا ومريضة عكس دراستنا شملت (302) مريضا ومريضة ومن مختلف المناطق وليس الجمعية الولائية لمرضى السكري بالمسيلة فقط.

7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة: بيّنت نتائج الفرضية السابعة من دراستنا، أنّ مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 منخفض، وبالتالي عدم تحقق الفرضية البحثية السابعة، التي نصت على أنّ مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصّحة لدى مرضى السكري نمط2 مرتفعة. وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة بن طراد وبكوش (2017) التي اشرنا اليها سابقا، حيث خلصت نتيجتها أيضا إلى أنّ جودة الحياة لدى مرضى السكري بمستشفى بوضياف بورقلة تتسم بالارتفاع كما نصت عليه فرضيتنا السابعة، ويرجع هذا الاختلاف حسب رأي الباحث إلى أنّ دراسة طراد وبكوش لم تحدد نمط السكري 1 أو نمط 2 بل جاءت عامة لكلا النمطين، كما أنّها

اقتصرت على مرضى السكري بمنطقة واحدة ولم يتعدى حجم عينتها (66) مريض بالسكري عكس حجم عينة دراستنا وفئة السكري كانت من مناطق مختلفة. واختلفت أيضا نتيجة فرضيتنا هذه مع دراسة احمد عبد الرحمن (2018) على فئة الطلبة، أين خلصت نتيجة دراستها إلى أنّ مستوى جودة الحياة لدى طلاب الكلية بجامعة أم درمان الاسلامية كان مرتفعان ويعود هذا الاختلاف الى اختلاف الفئة المستهدفة (طلاب/ مرضى السكري)، ناهيك عن حجم عينة دراسة احمد عبد الرحمن التي كان حجمها (100) طالب عكس حجم عينة دراستنا التي كان اكثر من ضعفها. كما اتفقت نتيجة فرضيتنا السابعة مع نتيجة دراسة عمران (2009) التي أشرنا اليها سابقا، حيث خلصت نتيجتها الى تقدير ضعيف ومنخفض لتقدير السكريين أفراد العينة لجودة حياتهم، وما يعزز صحة نتيجتنا في اتفاقها مع نتيجة دراسة عمران هو أنّ الباحث استخدم نفس الأداة (SF-36 v 2) التي استخدمها الباحث (ترجمة عمران). وأيضا اتفقت نتيجة دراستنا مع دراسة العمراني واخرون (2016) بالمغرب، والتي هدفت إلى إعداد بيانات معيارية لاستبيان SF−36 وتحليل جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفقاً للنوع والسن لدى سكان مدينة تطوان بالمغرب، حيث خلصت نتائجها إلى، أنّ الإحساس بالصحة – وخاصة الصحة البدنية – يتراجع مع تقدم السن فقد سجَّل المشاركون الذين تزيد أعمارهم على 55 عاماً تصوراً سيئاً عن حالتهم الصحية في معظم المجالات التي جرى قياسها، وهذه النتيجة التي توصلت اليها دراسة العمراني تفسر نتيجة فرضيتنا بالرغم من انّ دراسة العمراني استهدفت فئة السكان عامة دون مرضى السكري، إلاّ أنّ ما يعزز هذا الاتفاق هو أنّ دراسة العمراني استخدمت أيضا استبيان (SF-36)، وأيضا حجم العينة كان (385) شخصا من سكان مدينة تطوان، أي أنّها لا تتجاوز ضعف عينة دراستنا، والأهم في نتيجة العمراني هو انّ الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 55 سنة الذين سجلوا استياءا حول حالتهم الصحية، وهو ما يتوافق مع فئة مرضى السكري نمط 2 من حيث خصائصها كما أوردناها في الفصل النظري لمرض السكري وبضبط الجدول رقم 5 وهي ما يزيد اعمارهم عن 35 سنة فما فوق. كما اتفقت نتيجة فرضيتنا السابعة مع دراسة تركي وفاضلي (2021)، والتي هدفت إلى الكشف على مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري، حيث خلصت في نتيجتها إلى أنّ مستوى نوعية الحياة كان مرتفعا لدى مرضى السكري على عينة قوامها (100) مريض سكري دون تحديد نمط السكري، الا انّ ما يعزز نتيجة فرضيتنا كونها اتفقت مع نتيجة دراسة تركي وفاضلي، هو أنّ هذه الاخيرة قد استخدمت المنهج الوصفي ومقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية الذي سبق وأن عرفناه في الجانب النظري في فصل جودة الحياة وهو مقياس يقيس تقريبا نفس الابعاد لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لاستبيان (SF-36) المستخدم في دراستنا.

8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة: بيّنت النتائج، عدم تحقق الفرضية البحثية الثامنة القائلة بوجود فروق دالة احصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 كما تمّ استنتاجه من خلال تحليل الجدول الخاص بالفرضية الثامنة، وبالتالي عدم وجود فروق دالة احصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين النمطين. وهذه النتيجة اختلفت مع دراسة قجال وعيسرو(2018) التي أشرنا اليها سابقا، حيث كان من ضمن نتائجها أيضا، وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية تعزى لصالح الاكتشاف المبكر لمرض السرطان ويعود هذا الاختلاف في النتيجتين الى اختلاف الفئتين المستهدفتين في كلا الدراستين واختلاف طبيعة مرض السرطان عن مرض السكري. واتّفقت نتيجة فرضيتنا بعدم وجود فروق بين النمطين مع دراسة بوجودي وزناد (2022) التي خلصت الى عدم وجود فروق دالة احصائيا لدى مرضى السكري نمط1 في الفعالية الذاتية التي سبق وان اشرنا اليها (كمتغير سيكولوجي يدخل ضمن المفهوم العام للصلابة النفسية حسب تعريفات الباحثين امثال كوبازا) تبعا لمتغير السن والجنس ومدة الاصابة بالمرض. بالإضافة الى ذلك اتفقت نتيجة فرضيتنا ايضا مع دراسة احمد عبد الرحمن (2018) التي استهدفت فئة الطلبة بعدم وجود فروق بين الجنسين في الصلابة النفسية، وتفس النتيجة مع دراسة سعدي (2022) بعدم وجود فروق دالة احصائيا في درجة الصلابة النفسية على فئة الطلبة تعزى الى نمط الاقامة والتخصص. أمّا دراسة العزام (2014) التي سبق وان أشرنا اليها سابقا، فقد تباينت نتائجها من حيث وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية من عدم وجودها، ومن نتائجها التي اتفقت مع نتيجة فرضيتنا بعدم وجود فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط1 ونمط2، عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المتوسطات الحسابية للصلابة النفسية تعزى لمتغيرات الجنس والحالة الاجتماعية، مع العلم أنّ دراسة العزام اقتصرت على دراسة فئة مرضى السكري نمط2 دون مرضى السكري نمط1. وكذلك اتفقت نتيجة فرضيتنا مع دراسة نوار وزكري (2016) التي هدفت الى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الصلابة والسلوك الصحي لدى عينة (205) من مرضى السكري دون تحديد نوع النمط، حيث خلصت الى عدم وجود فروق دالة احصائيا في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس، وما يعزز نتيجة فرضيتنا مع دراسة نوار وزكري هو أنّها استخدمن مقياس مخيمر للصلابة النفسية أيضا وأنّ حجم العينة كان مقاربا لحجم عينة دراستنا الى حد ما.

9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة: بيّنت النتائج، عدم تحقق الفرضية البحثية التاسعة القائلة بوجود فروق دالة احصائيا في مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحّة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 كما تمّ استنتاجه من خلال تحليل الجدول الخاص بالفرضية التاسعة، وبالتالي عدم وجود فروق دالة احصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين النمطين. واتّفقت نتيجة فرضيتنا البحثية هذه مع دراسة بوجودي وزناد (2022) التي سبق الاشارة اليها سابقا، حيث

كان من نتائجها ايضا عدم وجود فروق دالة احصائيا في نوعية الحياة تبعا لمتغير السن والجنس ومدة الاصابة بالمرض لدى مرضى داء السكري من النوع الأول، وبالرغم من أنّها اقتصرت على مرضى السكري نمط 1 فقط الاّ ان ما يعزز نتيجة فرضيتنا وفقا لنتيجة دراسة بوجودي وزناد هو انها استخدمت نفس المقياس الذي استخدمه الباحث في الدراسة (SF-36). كما اتّفقت وتوافقت نتيجة فرضيتنا بعدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين نمط السكري1 ونمط السكري2 مع دراسة عمران (2009) التي اشرنا اليها سابقا والتي استخدم الباحث من خلالها مقياس (SF−36) المترجم من قبل عمران، والتي توصلت الى نفس نتيجة فرضيتنا بعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين تقدير الفئتين (نمط1 ونمط2) لجودة الحياة. واختلفت ايضا نتيجة فرضيتنا التاسعة أيضا مع نتيجة دراسة علة وبوفج (2017)، والتي هدفت الى التعرف على الفروق في درجات جودة الحياة والاستمتاع بها حسب العوامل السيسيوديموغرافية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة المرض، نمط السكر) التي خلصت الى وجود اختلاف في درجات جودة الحياة لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الوضع المعيشي ونمط السكر، وعدم وجود اختلاف في درجة الاستمتاع بالحياة بها لدى مرضى السكري وفقا لمتغير الوضع المعيشي ونمط السكر، فبالنسبة الى متغير درجات جودة الحياة و نمط السكر (وجود اختلاف)، وبالنسبة الى درجة الاستمتاع بالحياة ونمط السكر (عدم وجود اختلاف)، وحسب تفسير الباحث أنّ هذا الاختلاف في نتائج دراسة علة وبوفج مع نتيجة دراستنا يعود الى أنّ حجم عينة دراسة علة وبوفج، مقارنة بحجم عينة دراستنا قدر بـ (94) مريضا من كلا النمطين، وأيضا استخدمت مقياس أخر لنوعية الحياة مترجم ومكيف الى البيئة العربية من قبل باحثين واطباء، وهذا مخلق فارقا حسب تفسير الباحث في النتيجتين. كما اختلفت نتيجة دراستنا أيضا مع دراسة شويخ وصادق (2022)، والتي هدفت الى الكشف عن مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري نمط2 وعلاقتها ببعض المتغيرات (متغير مرض السكر ومرض السكر المصاحب لأمراض أخرى) بمحافظة الفيوم (مصر)، حيث كان من نتائجها وجود فروق ذات دلالة احصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى نوع المرض (مرض السكر المصاحب لأمراض اخرى)، ويعود هذا الاختلاف حسب رأي الباحث الى انّ دراسة شويخ وصادق استهدفت الجنس الانثوي فقط ونمط 2 فقط دون نمط الاول اضافة الى ان الفئة المستهدفة عاملة (معلمات) ، كما انه تختلف البيئة عن بيئة دراستنا وايضا ركزت على منطقة واحدة. و اتفقت نتيجة فرضيتنا مع دراسة تركي وفاضلي (2021)، والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري والفروق في نوعية الحياة التي تعزى لنوع السكري والجنس والسن. حيث خلصت نتيجتها إلى نفس نتيجة فرضيتنا، وذلك بعدم وجود فروق دالة احصائيا في

نوعية الحياة تبعا لمتغير نوع السكري والجنس والسن. وها ما يعزز من صحة نتيجة فرضيتنا، كما أنّ دراسة تركي وفاضلي استخدمت المنهج الوصفي المقارن ومقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية.

10- **مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:** بيّنت نتيجة الفرضية العاشرة من دراستنا، يمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية، وبالتالي تحقق الفرضية العاشرة القائلة، أنّه يمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية. وقد اختلفت نتيجة فرضيتنا العاشرة مع نتيجة دراسة Safdar et al (2016) بالجمهورية الاسلامية الايرانية (قزوين) التي أشرنا اليها سابقا، والتي كان من نتائجها أيضا أنّ الصلابة النفسية لا تتنبأ بجودة الحياة المهنية للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني، ويعود هذا الاختلاف في نتيجة الدراستين حسب تفسير الباحث الى أنّ الدراسة الايرانية اقتصرت على فئة نمط السكري 2 وغالبا ما يتعدى عمرها 35 سنة وبالتالي فصلابة النفسية لدى أفراد هذه العينة متوسط (كما بينته فرضية بحثنا الخامسة وعدة فرضيات بحوث اخرى) ومادام مستوى الصلابة لدى هذه العينة متوسط فإنّه من الطبيعي أنّ الصلابة النفسية لديهم لا تتنبأ بجودة الحياة المهنية، وهذه الاخيرة (الحياة المهنية) هي فقط دون الأبعاد الاخرى لجودة الحياة. وهذا ما جعل من نتيجة الدراسة الايرانية تختلف عن فرضية دراستنا هذه، ناهيك عن اختلاف البيئة والثقافة والمحيط وحجم العينة الذي كان (80) مريضا فقط. إلاّ أنّ نتيجة فرضيتنا العاشرة اتّفقت مع دراسة رجاء (2016) التي أشرنا اليها سابقا، حيث خلصت نتيجتها أيضا إلى أنّه يمكن التنبؤ من خلال الالتزام والتحدي بمستوى جودة الحياة. ونفس نتيجة دراسة لعزالي وعياش (2021) التي أشرنا اليها سبقا ايضا، جائت نتيجتها تنص على أنّه باستخدام الانحدار الخطي البسيط تم التوصل إلى إمكانية التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة من خلال صلابتهم النفسية. ويرجع اتفاق هذه النتائج بالرغم أنّها استهدفت فئة الطلبة مع نتيجة فرضيتنا حسب تفسير الباحث الى حجم العينة الذي يقارب حجم عينة دراستنا في دراسة لعزالي وعياش (حجم العينة 230 طالب)، ونفس الشيء بالنسبة لدراسة رجاء حيث قدر حجم العينة بـ (307) طالبة وهو حجم مساو بالتقريب لحجم عينة بحثنا، مما جعل من نتائج الدراسة تتوافق على أنّه يمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية، ويضيف الباحث أيضا أنّ هذه النتيجة التي أفرزتها فرضيتنا العاشرة يعود الى أنّ عامل الصلابة النفسية كمتغير سيكولوجي بأبعاده الثلاث (الالتزام، التحكم، التحدي) يلعب دورا رئيسيا في التنبؤ بجودة الحياة بصفة عامة وجودة الحياة المرتبطة بالصحة بصفة خاصة، وهذا من خلال ما تمّ عرضه في الجانب النظري حول أهمية الصلابة النفسية من خلال الدراسات المعروضة ومنها دراسة فيكي

واخرون (2003) والتي جاء فيها أنّ الصلابة المركبة من الالتزام والتحكم والتحدي لها صلة مباشرة بالرعاية الصحية لأنها قد تساعد في تحديد من قد يكون بحاجة إلى تدخل للحدّ من التوتر حتى لا يستسلم للأمراض المرتبطة بالإجهاد وأيضا و تحديد من قد يكون أكثر ميلا لتجربة المرض عند مواجهة أحداث الحياة المجهدة.

خلاصة الفصل:

بعد عرضنا في هذا الفصل الأخير من الدراسة لنتائج الفرضيات التي تباينت في تحقّق بعضها وعدم تحقق بعضها الأخر، ومن خلال الدراسات السابقة التي تم عرضها في الفصل الخامس فقد توافقت النتائج مع عديد الدراسات السابقة واختلفت ايضا مع دراسات أخرى، وقد يعود هذا الاختلاف في نظر الباحث الى عديد العوامل كما قد سبق وأشرنا من خلال مناقشة النتائج، وبالخصوص الدراسات التي تمّت في بيئات مختلفة وأحجام عيناتها قليلة، وكذلك المقاييس والادوات المستعملة التي تختلف مع مقاييس دراستنا المستعملة (مقياس مخيمر للصلابة النفسية – ومقياس استبيان نموذج المسح الصحي SF-36 v2)، اضافة الى ذلك طبيعة وخصائص عينة البحث المستهدفة، والتي تختلف من دراسة الى أخرى بالرغم من أنّ بعض الدراسات التي اختلفت نتيجة فرضياتنا مع نتائج دراستها تناولت نفس متغيرات دراستنا (الصلابة النفسية – جودة الحياة)، الاّ ان الاختلاف ايضا يعود حسب تفسير الباحث إلى أنّ معظم الدراسات التي عرضناها تناولت متغير جودة الحياة بصفة عامة عكس دراستنا التي كان متغير دراستها جودة الحياة المرتبطة بالصحة. أمّا عن الدراسات التي اتفقت نتائجها مع نتيجة بحثنا، فما هو الاّ تأكيد مضاف للبحث العلمي ولتلك الدراسات على ان موضوع الصلابة النفسية وعلاقته بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى فئة مرضى السكري بنمطيه1 و2 يتطلب اهتماما بحثيا متزايدا من اجل الخروج بتوصيات واقتراحات الى الجهات الوصية وبالأخص في مجال الصحة والمختصين في مجال علم النفس الصحي كما سنتطرق اليه في الاقتراحات.

خاتمـــــة

خاتمـــــة:

بعد عرضنا لموضوع الدراسة اتضحت جليا متغيرات البحث وخلفياتها النظرية، فالصلابة النفسية حسب كوبازا Kobasa وعديد الباحثين، فهي عبارة عن مجموعة السمات الشخصية، باعتبارها مصدر يعمل على الوقاية من الأحداث الشاقة، فهي اتجاه واعتقاد عام لدى الفرد حول قدراته على استغلال المصادر المتاحة لديه من امكانات نفسية و بيئة محيطة من أجل إدراكه لضغوط الحياة الشاقة إدراكا صحيحا بمنطقية وموضوعية غير مشوهة، ويتكيف بإيجابية معها، و تتكون الصلابة النفسية من ثلاثة أبعاد رئيسية تتمثل في الالتزام، والتحدي، والتحكم.

أمّا جودة الحياة فقد تعددت تعاريفها عند الباحثين لاختلاف تخصصاتهم البحثية واتجاهاتهم النظرية، كما أنّ مصطلح جودة الحياة في مفهومه ينتمي إلى مجموعة كبيرة من المصطلحات المتشابهة والمتداخلة معه مثل الحياة المطمئنة، والرضا الشخصي، السعادة والرضا. وهذا ما جعل من منظمة الصحة العالمية تتبنى المصطلح وتعرف جودة الحياة بأنّها عبارة عن إدراك الفرد لوصفه في الحياة في منظومة القيم والثقافة التي يعيش فيها، وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته. وبالنسبة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة وحسب خبيرة قياس الصحة بولنج Bowling ، فقد عرّفت جودة الحياة المرتبطة بالصّحة على أنّها المستوى المثالي للحالة النفسية والجسدية التي يمتاز به الأفراد وأدائهم الاجتماعي ضمن ما ينسجونه من علاقات اجتماعية و تصورات و معتقدات صحية و لياقة بدنية و رفاهية و أريحية في الحياة التي يعيشونها.

وبالنسبة لمرض السكري وحسب الاتحاد الدولي للسكري IDF، داء السكري هو مجموعة من الأمراض الأيضية التي تتميز بحدوث ارتفاع السكر في الدم المستمر بسبب نقص إفراز الأنسولين أو عمل الأنسولين أو كليهما. و يمكن تصنيف السكري على أنه النوع 1 والنوع 2 والحمل وأنواع أخرى من مرض السكري.

وفي دراستنا هذه التي تناولت الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري كدراسة مقارنة بين سكري نمط1 وسكري نمط2 من خلال الفرضيات التي تناولتها الدراسة، فقد خلصت نتائجها إلى:

- توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية وجدودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري.

- توجد علاقة موجبة ذات دلالة احصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1.

– توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وبعد النشاط الجسمي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1.

– لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية و أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: تحديدات بسبب الحالة الجسمية، الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الأخرين، الصحة النفسية، تحديدات بسبب الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط1.

– لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1.

– توجد علاقة ارتباطية سالبة بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) وبعد النشاط الجسمي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري مط1.

– توجد علاقة ارتباطية موجبة بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) وبعد الصّحة المدركة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1.

– لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: تحديدات بسبب الحالة الجسمية، الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، تحديدات بسبب الصحة النفسية، النشاط الحيوي، لدى مرضى السكري نمط1.

– توجد علاقة ارتباطية سالبة بين البعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) وبعد النشاط الجسمي والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط1.

– لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: تحديدات بسبب الحالة الجسمية، الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، تحديدات بسبب الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط1.

– لا توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط2.

– توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وابعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط2.

– لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: النشاط الجسمي، تحديدات بسبب الحالة الجسمية، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط2. – لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) وأبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: النشاط الجسمي، تحديدات بسبب الحالة الجسمية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.

– توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الأول من أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة، لدى مرضى السكري نمط2.

– لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: النشاط الجسمي، تحديدات بسبب الحالة الجسمية، تحديدات بسبب الصحة النفسية، والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.

– توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الثاني من أبعاد الصلابة النفسية (التحكم) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة لدى مرضى السكري نمط2.

– لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة المتمثلة في بعد تحديدات بسبب الحالة الجسمية وبعد تحديدات بسبب الصحة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.

– توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و أبعاد مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة التالية: الألم الجسمي، الحياة والعلاقات مع الآخرين، الصحة النفسية، النشاط الحيوي، الصحة المدركة لدى مرضى السكري نمط2.

– توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للبعد الثالث من أبعاد الصلابة النفسية (التحدي) و بعد النشاط الجسمي لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط2.

- مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط1 متوسط.
- مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط2 متوسط.
- مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 منخفض.
- مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 منخفض.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط2.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط2.

- يمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية.

الاقتـــراحـــات

الاقتراحات:

استنادا إلى نتائج الدراسة التي توصل إليها الباحث، يقوم بعرض جملة من الاقتراحات والتوصيات، موجهة لمختلف القطاعات من وزارة وصية (وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات)، والمؤسسات التعليمية (المعاهد والجامعات من خلال مخابر البحث)، ومراكز العلاج، والباحثين من طلبة وأساتذة في تخصص علم النفس عامّة وتخصص علم نفس الصحة خاصّة، وعلى وجه الخصوص الأطباء الاخصائيين في مجال أمراض السكري والأطباء العامين والاخصائيين في أمراض السكري العاملين بقطاع الصحة العمومية (مراكز علاج السكري والمؤسسات الاستشفائية والجوارية)، وأخصائيي التمريض والتغذية، والأخصائيين الاجتماعيين، وعلى وجه الخصوص النفسانيين العيادين العاملين في قطاع الصحة العمومية، اضافة الى هيئات المجتمع المدني من تنسيقيات واتحادات وطنية وعلى وجه الخصوص الجمعيات الولائية والبلدية، المهتمة بمساندة مرضى السكري، وكل من له علاقة بمرضى السكري، كل حسب موقعه ومجال تدخله، يقترح الباحث في نقاط مجملة، مايلي:

1- بالنسبة للوزارة الوصية وهيئات المجتمع المدني من تنسيقيات واتحادات وعلى وجه الخصوص الجمعيات الولائية المهتمة بمرضى السكري، وهذا من خلال عقد ملتقيات وأيام دراسية وحملات تحسيسية وتوعية دورية وليس سنوية أو مناسبتية، وبالأخص مراكز علاج السكري التابعة للمستشفيات العمومية وجمعيات مرضى السكري، حول أهمية المتغيرات المتناولة في الدراسة وعلى وجه الخصوص الصلابة النفسية كمتغير سيكولوجي لما لها من أثر على صحة مريض السكري النفسية وكعامل وقائي أيضا ومساهم في المحافظة على الصحة الجسدية وتجنب مضاعفات مرض السكرين اضافة الى التحسيس والتوعية بجودة الحياة المرتبطة بالصحة وأهميتها بالنسبة لمريض السكري، وكل هذا عن طريق الاستعانة بأخصائيين نفسانيين وباحثين في مجال علم النفس الصحة وحثّ الوزارة الصحية على الدعم المادي والاعلامي لمثل هذه الأيام والدورات والتكوينات التحسيسية لفائدة مرضى السكري.

2- بالنسبة للباحثين والأخصائيين في مجال علم النفس الصحة، فإنّه يقع على مسؤوليتهم العلمية التطوير من اجراءات وطرق وبرامج الرعاية الصحية والوقائية وبرامج العلاج النفسي، التي من شأنها أن تساعد مرضى السكري بنمطيه 1و2 على التحسين والرفع من مستوى الصلابة النفسية بأبعادها الثلاث (الالتزام، التحكم، التحدي). بالإضافة إلى تطوير وتحسين البرامج والممارسات النفسية والصحية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري بنمطيه، والتي من شأنها أيضا الرفع من مستوى جودة حياتهم المرتبطة بالصحة.

3- خلق فرص وفضاءات عمل وتوظيف لأخصائيي علم النفس الصحة، بالخصوص في المؤسسات ومراكز العلاج الاستشفائية الخاصة بمرضى السكري، من أجل التواصل مع فئة مرضى السكري والعمل على تطبيق الممارسات والعلاجات الصحية النفسية التي من شأنها أن تطور الجانب الصحي لمرضى السكري من خلال العمل

على تقوية الصلابة النفسية لديهم مما يحفزهم على الالتزام العلاجي والسلوك الصحي وكيفية التحكم والسيطرة على الاحداث والضغوط النفسية المعاشة، كون مرض السكري مرض مزمن يلازم المريض طيلة حياته، بغية تجنب المضاعفات والتعقيدات الصحية التي يمكن أن يحدثها مرض السكري للمصاب.

4- بالنسبة للأخصائيين النفسانيين العياديين العاملين في قطاع الصحة العمومية، ممن يتعاملون مع حالات مرضى السكري الذين يلجؤون الى مصالحهم، فيقع على عاتقهم مسؤولية تطوير برامج العلاج النفسي مع هذه الفئة ومرافقتها وفق ما يتمشى مع مستجدات البحوث العلمية وبالخصوص ميدان علم النفس الصحي الذي يتناول دراسة الجانب النفسي وبرامج العلاج النفسية وتطبيقاتها العلاجية وعليه فموضوع الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة حياة مريض السكري عامة وجودة حياته المرتبطة بالصحة هو احد الموضوعات التي يجب الالمام بها والعمل على تقوية متغير الصلابة النفسية لدى مرضى السكري وبالأخص مرضى السكري نمط1.

5- بالنسبة للأطباء أخصائيي مرض السكري والاطباء العامون والأخصائيين في السكري العاملين في المؤسسات العمومية الجوارية والاستشفائية، فبالإضافة الى العلاج الطبي لمرضى السكري عليهم مراعاة الجانب النفسي لمريض السكري كونهم اكثر فئة طبية يتعامل معها مريض السكري خلال مسايرته للمرض، وهذا من خلال تقوية الصلابة النفسية لديهم لما لها من أهمية في جعل مريض السكري يلتزم بالتوجيهات والنصائح والعلاجات الطبية المقدمة له، مما سيسهم في جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مريض السكري.

6- بالنسبة لفئة أخصائيي التمريض والتغذية والأخصائيين الاجتماعيين وبالخصوص من يتعاملون مع مرضى السكري (مراكز وديار السكري داخل المستشفيات)، على الوزارة الوصية ومسؤولي القطاع الصحي في الولايات العمل الدائم على التكوين المستمر لهذه الفئة العاملة في مجال الرعاية الصحية والتركيز على الرعاية النفسية واهميتها لمريض السكري وتحسيسهم بأهمية الصلابة النفسية وتأثيرها على جودة الحياة الصحية للمريض تماشيا مع ما تنتجه الأبحاث العلمية في هذا المجال وبالخصوص مجال علم النفس الصّحي.

7- بالنسبة للجامعات ومخابر بحثها العلمية المتخصصة في مجال علم النفس، يقع على عاتقها اعادة النظر في التكوين الجامعي في جميع الاطوار وخاصة الطور الأول والثاني فيما يخص تخصصات علم النفس وفق ما يتماشى مع متطلبات المحيط الاقتصادي والاجتماعي، وضرورة تعميم علم النفس الصحي في الجامعات لما له من أهمية في تكوين الطلبة كخريجين مختصين في التكفل بعلاج الحالات النفسية التي تعيش الامراض المزمنة كالسكري وغيره من الامراض المزمنة.

المـــــراجع

المراجع بالعربيـــــة:

01- أبو هلال. العسكري (1991). *الفروق في اللغة*. دار العلم والثقافة للنشر و التوزيع.

02- ابن منظور، جمال الدين. (1993). *لسان العرب*. دار الكتب العلمية.

03- ابراهيم، محمد. (2002). الهوية والقلق، والابداع. دار القاهرة.

04- أبو الندى، عبد الرحمن. (2007). الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة. [رسالة ماجستير]. جامعة الأزهر بغزة. فلسطين.

05- أحمد مختار، عبد الحميد عمر. (2008). *معجم اللغة العربية المعاصرة*. عالم الكتب.

06- أرنوط، بشرى اسماعيل أحمد. (2008). الذكاء الروحي وعلاقته بجودة الحياة. *مجلة رابطة التربية الحديثة، 1*(2)، 313-389. http://search.mandumah.com/Record/42569

07- أبو حلاوة، محمد السعيد. (2010). جودة الحياة: المفهوم و الأبعاد [بحث مقدم]. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية بجامعة كفر الشيخ، مصر.

08- أحمد، جمال شفيق. (2016). دور الأخصائي النفسي في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (ط.1). وزارة الثقافة الهيئة العامة لقصور الثقافة.

09- احمد عبدالرحمن، عبدالله احمد. (2018). *الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لطلاب كلية التربية جامعة ام درمان الاسلامية* [رسالة ماجستير]. جامعة النيلين بالسودان.

10- الإدريسي، محسن صالح. (2021). *مرض السكري حقائق و خرفات* (ط.1). شركة الابداع الفكري للنشر و التوزيع المطبعة الألمانية للطباعة والتغليف.

11- بولينج (2005). *قياس الصحة عرض لمقاييس جودة الحياة* (حسين حشمت، ترجمة, ط. 1). مجموعة النيل العربية. (2007).

12- البهادلي، عبدالخالق و كاظم، علي. (2005). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين واللبيين- دراسة ثقافية مقارنة [بحث مقدم].

13- بهلول، سارة أشواق. (2009). سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية [رسالة ماجستير]. جامعة الحاج لخضر باتنة.

14- بكر، جوان اسماعيل. (2013). *جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء و القبول الاجتماعيين* (ط.1). دار الحامد للنشر و التوزيع.

15- بوهالي، نور الدين و خرباشي، معاذ و أخرون. (2014). *تقدير الذات وعلاقته بكل من التفاؤل والتشاؤم*. جامعة محمد بوضياف المسيلة.

16- باتشرجي، أنول. (2015). *بحوث العلوم الاجتماعية المبادئ والمناهج والممارسات* (خالد بن ناصر أل حيان، ترجمة، ط. 2). دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع. (2015).

17- بن طراد، زينة و بكوش، ليلى. (2017). *دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري*. سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.

18- بوخروف، سمير. (2021). علاقة الصلابة النفسية بنوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المُعدية. *مجلة المفكر، 05*(1)، 399-417.

19- بوجودي، أحلام و زناد، دليلة. (2022). الفعالية الذاتية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى المرضى المصابين بداء السكري من النوع الأول. *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 10* (3)، 303- .314

20- تايلور، شيلي. (2008). *علم النفس الصحي*. [وسام درويش بريك و فوزي شاكر داود، ترجمة، ط.1]. دار الحامد للنشر و التوزيع. (2007).

21- تركي، أمال و فاضلي، أحمد (2021). نوعية الحياة لدى مرضى السكري و علاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيو ديمغرافية (الجنس و السن). *مجلة العلوم النفسية و التربوية. 2*(7)، 344-.359

22- جمال، نغم سليم. (2015). جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الإرشادية لدى طلبة المرحلة الثانوية – دراسة ميدانية على عينة من طلاب مرحلة التعليم الثانوي العام في محافظة السويداء [رسالة ماجستير] جامعة دمشق.

23- جعرير، سليمة و اليزيد، نذيرة. (2021). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة مرضى بداء السكري. *مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة،22*(2)، 661-682 .

24- الحلبي، محمد . (2004). تقرير زيادة تفشي داء السكري في العالم. *عالم السكري*، (3)، ص 40.

25- حسن مصطفى، عبد المعطي (2005، مارس 15-16). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر[بحث مقدم]. المؤتمر الثالث للإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر.

26- حرطاني، أمينة. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء[رسالة ماجستير]. جامعة وهران.

27- حسين اشتية، عماد عبد اللطيف. (2018). تأثير المساندة الاجتماعية في الصلابة النفسية لدى المصابين بمرض السرطان. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإنسانية والاجتماعية، 46*، 104-122. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.1477568

28- خوري، حنا. (2004). حالة الاكتئاب لدى مرضى السكري نمط 2. *عالم السكري*، (2)، ص 27-29.

29- دخان، كامل و الحجار، ابراهيم. (2005). الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الاسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم. *مجلة الجامعة الاسلامية، 4*(2).

30- دفع الله أحمد، عبد الباقي و محمد الحسن، طارق و محمد علي، المهدي. (2011). أثر الاسترخاء المصحوب بالتنويم الإيحائي على خفض نسبة السكر في الدم لدى مرضى السكري بمركز جابر أبو العز بالخرطوم. *مجلة جامعة السلام للعلوم و الأداب بالخرطوم*، (1)، 91-126.

31- رضوان، عبد الكريم. (2008). *فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية و تحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة* [رسالة دكتوراه]. جامعة عين شمس بالقاهرة.

32- راضي، زينب نوفل. (2008). الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات [رسالة ماجستير]. الجامعة الاسلامية بغزة. فلسطين.

33- الربعي، محمد بن عبد العزيز. (2013). *مدخل لفهم جودة عملية التدريس/ المنهج – أدوار المعلم – مدخل التدريس – الجودة* (ط.1). دار الفكر ناشرون و موزعون.

34- رجاء، محمود مريم. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات جامعة الملك سعود. *مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 74*، 356- 357.

35- زلوف، منيرة. (2011). *المعاش النفسي لدى المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين و أثره على مستوى التّحصيل الدّراسي*. (ط1). دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع.

36- زغير، رشيد حميد و خنشول، حسينة. (2019). الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري. *مجلة أفاق العلمية، 11*(4)، 727- 756.

37- السيد علي الهادي، مروة. (2009). الأمن النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية – دراسة سيكومترية – كلينيكية [رسالة ماجستير]. جامعة الزقازيق. مصر.

38- سايل، حدة وحيدة و قلاتي، أسماء. (2021). نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى القلب و الأوعية. *مجلة دراسات نفسية، 12* (1)، 07-29.

39- سعدي، سامية. (2022). الصلابة النفسية في المؤسسة الجامعية وعلاقتها بجودة الحياة طلبة سنة ثانية علم النفس بجامعة البليدة 2 لونيسي علي أنموذجا. *مجلة التنمية وادارة الموارد البشرية*، *9*(1)، 242-266.

40- الشنفري، أمل. (2006). *دور وزارة التنمية الاجتماعية في تحسين جودة حياة الأسرة العمانية*، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. سلطنة عمان: جامعة السلطان قابوس.

41- شلابي، عائشة و بورنان، سامية . (2021). نوعية الحياة لدى مرضى السكري: دراسة ميدانية بجمعية مرضى السكري بولاية المسيلة. *مجلة دفاتر المخبر*، *16*(2)، 209-226.

42- شويخ، هناء و صادق، مروة. (2022). مؤشرات جودة الحياة الصحية وعلاقتها بعض المتغيرات الديمغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية و النفسية*، *16*(10) ، 2697- 2780.

43- الطيارة، بسام خالد و نعمة، أنور. (1998). *السكري مرض العصر* (ط1). مؤسسة المعارف.

44- طايبي، نعيمة. (2007). التعامل مع الضغط النفسي عند المصابات بمرض القلب والمصابات بداء السكري – دراسة مقارنة [رسالة ماجستير] جامعة الجزائر.

45- عزب، حسام الدين. (2004، مارس 28-29). برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل [بحث مقدم]. المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

46- عبد الرحمن، سعيد. (2007). استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعوقين سمعيا [بحث مقدم]. الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم وتطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع.

47- عويضة، عصام حسن. (2007). *الغذاء لعلاج السكري القرن 12* (ط.2). العبيكان للنشر.

48- علي أحمد، سليمان. (2008). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام [رسالة ماجستير]. قسم علم النفس، كلية الأداب، جامعة الخرطوم.

49- عمران، لخضر. (2009). *الاصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين* [رسالة ماجستير]. جامعة الحاج لخضر باتنة.

50- عباس، مدحت. (2010). الصلابة النفسية كمنبئ بخفض الضغوط النفسية والسلوك العدواني لدى معلمي المرحلة الإعدادية. *مجلة كلية التربية*، *26*(1)، 168-233.

51- العبدلي، خالد بن محمد بن عبد الله . (2012). الصّلابة النفسية و علاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين بمدينة مكة المكرمة [رسالة ماجستير] جامعة أم القرى بمكة.

52- العزام، زياد طالب . (2014). الصّلابة النفسية و التكيف الانفعالي لدى مرضى السكري في محافظة اربد [رسالة ماجستير] جامعة اليرموك بالعراق .

53- العمراني، لطيفة و الصنهاجي، مفاتحة و بن دريس، عبد النبي. (2016). قياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى سكان تطوان في المغرب، باستخدام استبيان SF-36 : البيانات المعيارية وتأثير النوع والعمر. *المجلة الصحية للشرق المتوسط،22(2)*، 133-141. https://www.emro.who.int/emhj-volume-22-2016/volume-22-issue-2/mesure-de-la-qualite-de-vie-en-relation-avec-la-sante-chez-la-population-de-tetouan-maroc-a-laide-du-sf-36-donnees-normatives-et-influence-du-sexe-et-de-lage.html

54- علة، عيشة و بوفج، وسام. (2017). *دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري*. سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.

55- الغندور، العارف بالله محمد. (1999). *أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة – دراسة نظرية-* . المؤتمر الدولي السادس، مركز الإرشاد النفسي (جودة الحياة توجه قومي للقرن الواحد والعشرين). القاهرة: جامعة عين شمس.

56- قارة، سعيد. (2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي [أطروحة دكتوراه]. جامعة الحاج لخضر باتنة.

57- قجال، سعيدة و عيسرو، عقيلة. (2018). الصلابة النفسية و علاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان. *مجلة دراسات نفسية و تربوية، 11* (1)، 205-221.

58- لطفي، منير. (2018). *رحلتي مع مرض السكر* (ط.1). دار اليقين للنشر و التوزيع.

59- لعزالي، صليحة و عياش، صباح. (2021). الصلابة النفسية كمنبئ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة. *مجلة الشامل للعلوم التربوية و الاجتماعية، 4*(2)، 252-268.

60- مبارك، محمد الصاوي محمد. (1992). *البحث العلمي أسسه وطريقة كتابته* (ط.1). المكتبة الاكاديمية.

61- مخيمر، عماد. (2002). استبيان الصلابة النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية بالقاهرة.

62- مخيمر، عماد. (1996). إدراك القبول والرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة. مجلة الدراسات النفسية، 6(2)، 275-.299

63- مخيمر، عماد. (1997). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية، متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية، 7*(17)،103- 138.

64- ممدوح، مختار علي. (2001). *العلاج السلوكي كألية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية* [أطروحة دكتوراه]. جامعة طنطا بمصر.

65- المكتب الاقليمي للشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية [WHO]. (2005). *الأمراض الغير السارية، التحديات والتوجهات الاستراتيجية*. الدورة 52. القاهرة.

66- المرزوقي، جاسم محمد عبد الله محمد. (2008). *الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر)* (ط 1). دار العلم والايمان للنشر و التوزيع.

67- مقبل، مرفت عبد ربه عايش. (2010). *التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة* [رسالة ماجستير]. الجامعة الاسلامية بغزة.

68- مقدادي، يوسف موسى و بدري الإبراهيم، أسماء. (2014). الصّلابة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في دور الرعاية في الأردن. *مجلة المنارة، 20*(2)، 317- 340.

69- متولي، أحمد مصطفى. (2012). *مرض السكري و الضغط*. (ط1). دار ابن الجوزي للنشر و التوزيع.

70- مرازقة، وليدة. (2015). جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان [أطروحة دكتوراه]. جامعة باتنة .1

71- مبارك، بشرى عناد. (2012). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. *مجلة كلية الأداب، 20*، 714- 771.

72- مسعودي، أحمد .(2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، 20، 203-220.

73- منصوري، مصطفى و طالبي، زوبيدة (2017). *دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري*. سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.

74- مقدم، أمال و مصابيح، فوزية. (2021). الصلابة النفسية للمسن وعلاقتها بمستوى جودة حياته - دراسة ميدانية بولاية عين الدفلى-. *مجلة " سلوك ، 8*(1)، 38-56.

75- محمد السايح، شيماء. (2021). علاقة الصلابة النفسية بجودة الحياة لدى الممرضات في المستشفيات المدنية و العسكرية. *مجلة بحوث العلوم الانسانية والاجتماعية، 5*(1)، 111-135.

76- منظمة الصحة العالمية [WHO]، الموقع الرسمي: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

77- النحراوي، السيد صبحي متولي. (2016). التنظير في الخطاب التربوي الاسلامي. *مجلة دراسات في التعليم الجامعي، (32)*، 209-230.

78- نوار، شهرزاد و زكري، نرجس. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بمدينة ورقلة. *مجلة العلوم النفسية و التربوية، 2*(2)، 85-108.

79- هيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة [ABD]. (2021). *مؤشرات جودة الحياة لدى الأفراد ذوي الإعاقة في المملكة العربية السعودية*. رؤية 2030 vision . السعودية.

المراجع بالأجنبيـــة:

80- Argyl, M. (1999). *Causes of happiness and their relationships*. Kahneman, E., Diener, & Schwartz, N (eds.), *Wellbeing: Foundations of Hedonic Psychology.* New York: Russell Sage Foundation.

81- Andelman, R., Atkinson, C., Zima, B., & Rosenblatt, A. (1999). Quality of life children: Toward conceptual clarity. In M. E. Maruish (Ed.), The Use of Psychological Testing for Tretment Planning and Outcomes Assessment, (pp. 1383-1413). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

82- Alper, J. (2000). New insights into Type II diabetes. *Science, 289*, 37-39.

83- Bonomi, R., Patrick, D., & Bushnel, D. (2000).Validation Of The United States Version Of The World Health Organization Quality Of Life Measurment. *Journal Of Clinical Epidemiol, 53*, 1-12.

84- Bowling, A. (2001). *Health-related quality of life - Review of Disease-Specific Quality of life Measurement Scales*- . Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. British Open University Press Buckingham.

85- Biderman A, Noff E, Harris SB, Friedman N, Levy A (2009) Treatment satisfaction of diabetic patients: what are the contributing factors? *Family practice (26),* 102–108. https://doi.org/10.1093/fampra/cmp007

86- Conner, H. (1984). *Diabetes in practice*. New York. Chic John Wiley.

87- Chung, M., Killingworth, A., & Nolan, P. (1997).A critique of the concept of quality of life. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 10*(2), 80–84.

88- Cella, D., E & Tulsky, S. (1993). *Quality of life in cancer, Definition, Purpose, and method of measarment cancer lnrest*, N 3, p.336.

89- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Elliott Gayer, D., MacDonald Glenn, L., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, B., McIntosh, B., Reed, S., Abu Turab Rizvi, D., Rizzo, M., Simpatico, T., & Snapp, R. (2008). An integrative approach to quality of life measurement, research, and policy. *Surv. Perspect. Integr. Envir. Soc, 1*, 11–15 .
https://www.researchgate.net/publication/30438169_An_Integrative_Approach_to_Quality_of_Life_Measurement_Research_and_Policy

90- Col Paul, B., Sigurd, H., John, B. (2012). Psychological Hardiness and Coping Style as Risk/Resilience Factors for Alcohol Abuse. *MILITARY MEDICINE,(5) 177*, 517-524. DOI: 10.7205 / MILMED-D-11-0020

91- DSM 3 R. (1988). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.

92- Diner, E. (2009). *The Science of well-being, The collected works of ED Die*ner. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6

93- David, P. (2015).*The Effectiveness of Educational Methods on Medication Adherence*.

94- Dunleavy, G., Comiran A., Chua, A., Zhang, Y., Cheung, K., Thach, T., Rykov, Y., Soh, C., Christopoulos, G., Vries, H., & Car1, J. (2019). A Multifactorial Approach to Sleep and Its Association with Health-Related Quality of Life in a Multiethnic Asian Working Population: A Cross-Sectional Analysis. *J. Environ. Res. Public Health, 16*, 4147, 1-14. Doi: 10.3390/ijerph16214147

95- Dunya, T., Jonathan, E., & Dianna, J. (2022). The burden and risks of emerging complications of diabetes mellitus. *Nature RevIeWS EnDOcRinOlOgy 18*. 525-539. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9169030/

96- Florian, V., Mikulincer, M., & Taubaman, O. (1995). Does Hardiness Contribute to Mental Health During A Stressful Real Life Situation? The Roles of Appraisal and Coping. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 687-695.

97- Ferudun, S. (2009). Relationships between teacher organizational commitment, psychological hardiness and some demographic variables in Turkish primary schools. *Journal of Educational Administration,47*(5),630 – 651 http://dx.doi.org/10.1108/09578230910981099

98- Funk, C. (1992). Hardiness a Review of Theory and Research. *Health Psychology, 11*(5), 335-345.

99- Felce, d., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16*(1), 51-74

100- Farquhar, M. (1995). Definitions of Quality of Life a Taxonomy. *J, of Advanced Nursing, 22*(3), 502-509.

101- Fugate, AR., Kadam, A., & Ganachari, M. (2015). Prospective Study of Medication Adherence Pattern in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma Patient's in Tertiary Care teaching Hospital Indian .*Journal of Pharmacy Practice (8),*78-83. https://ijopp.org/sites/default/files/10.5530ijopp.8.2.6.pdf

102- Erez, A. (2020).Quality of life A universal or a disability specific concept? Canadian Journal of Occupational Therapy 87(1), 4-11.

103- Gerson, M. (1998). *The relationship between hardiness coping skills and stress in gradnatc student's UMI published Doctoral dissertation*. adler school of professional psychology.

104- Goldenberg, R., & Punthakee, Z. (2013). Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. *Can J Diabetes(37),* 8-11. http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.01.011

105- IDF (2021) .Key global findings 2021 https://diabetesatlas.org/.

106- Harrison, J., & Brower, H. (2011). The Impact of Cultural Intelligence and Psychological Hardiness on Homesickness among Study Abroad Students. *The Interdisciplinary Journal of Study, 21*(1),41-62. DOI:10.36366/frontiers.v21i1.303

107- Hosseini, S., Hesam, S., Hosseini, S. (2022). Relationship of Hardiness Components to General Health, Spiritual Health, and Burnout: The Path Analysis. Iran J Psychiatry, 17(2), 196-207. Doi: 10.18502/ijps.v17i2.8910

108- Jackson, c.(2010). *Work Related Quality of Life*. health Research consultation center.

109- Kannel, WB. & McGee, DL. (1979). Diabetes and cardiovascular disease. *The Journal of the American Medical Association.241*(19),2035-2038. http://Jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/241/19/2035

110- Kobasa, S. (1979). Stressful life events. *Journal personality and Social Psychology*, 37-111.

111- Kobasa, S., & Pacceatti, M. (1983). Personality and Social Resources in Stress Resistance. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*(4), 839-880.

112- Kobasa, S., Maddi, R., Pacceatti, M., & Zola, A. (1985). Effect tiveness of Hardiness, Exercise and Social Support AS Resources Against llness. *Journal of Psychosomatic Research, 29*(5), 525-533.

113- Lehman, A. (1998). A quality of life interview for the chronically Mentally. *Evaluation and program planning, 14*, 51-62.

114- Luoma, M. (2004). *Health related quality of life among women with advanced breast cancer, issues of measurement "clinical significance and personal meaning"*. University of Helsinki. Helsinki.

115- Lehama, H., Ait Gueni Said, N. (2021). Psychological Hardiness as a preventive-developmental factor of the human resource. Development and human

Resources Management Review: Researches and Studies, 08 (2), 429-448. https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/357/8/2/177658

116- Michael, S., Cole, Heike, B., & Bernd, V. (2006). Emotion as mediators of the relations between perceived supervisor support and psychological hardiness on employee cynicism. *Journal of Organizational Behaviour, (4)* 27, 463–484. https://doi.org/10.1002/job.381

117- Meeberg, G. (1993). Quality of life: a Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing, 18*(1), 32-38.

118- Marika, H. (2011).*Health-related quality of life in survivors of child- hood acute lymphoblastic leukemia*. Finland: University of Oulu.

119- Nicolas, C. (1991). *Manuel de thérapeutique médicale diabète sucré et hyperlipidimie.* Office des Publications Universitaires Alger.

120- Nettina, s. (1996). *Manual of Nursing practice. (6th edition)*. New York Lippincott Company.

121- Nordenfelt, L. (1999). *Quality of life and Health, Theory and Critigue* . Almqvist & wiksell Stockholm . Swedish.

122- Passchire, G. (2000). *Development of indication Child Labor, international Labor Organization*. Geneva. Simpson press.

123- Petersen, S. (2008). Recurrent pain and health related quality of life in young schoolchildren. *Umea University*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/41616681_Recurrent_pain_and_health_related_quality_of_life_in_young_schoolchildren

124- Price, D., Harrow, B., Small, M., Pike, J., & Higgins, V. (2015). Establishing the relationship of inhaler satisfaction, treatment adherence, and patient outcomes: a prospective, real-world, cross-sectional survey of US adult asthma patients and physicians. *World Allergy Organization Journal* (8), 26. DOI 10.1186/s40413-015-0075-y

125- Puciato, D., Rozpara, M., Bugdol, M., Borys, T., & Słaby, T.(2021). Socioeconomic Determinants of Health-Related Quality of Life of Entrepreneurs. A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health,18*, 1-13. https:// doi.org/10.3390/ijerph182212103

126- Pastor, R., Bouzas, C., Albertos, I., García, C., García, Á., Prieto, T., Velázquez, J., Sánchez-Jiménez, E., Rodríguez, R., Javier Martín, F., María Campón, A., & Josep, A. (2022). Health-Related Quality of Life in Spanish Schoolchildren and Its Association with the Fitness Status and Adherence to the Mediterranean Diet. *Nutrients, 14*, 2-14. https://doi.org/10.3390/nu14112322

127- Qan'ir Y, Guan T, Idiagbonya E, Dobias C, Conklin JL, Zimba CC, et al. Quality of life among patients with cancer and their family caregivers in the Sub-Saharan region: A systematic review of quantitative studies. *PLOS Glob Public*

Heal, 2(3), 1-20.
https://doi.org/http%3A//dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0000098
128- Ryff, D. (1989). Happiness is everything, or is it ? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069
129- Schalock, R. (2000). Three Decades of Quality of Life. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities, 15*(2), 116-127.
130- Schweitzer, M. (2002). *Health psychology: models, concepts and methods* (1nd ed). paris: Dunod.
131- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Robert A., Felce, D., Matikka, L., Keith, D. & Parmenter, T. (2002) .Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts, *American Association on Mental Retardation, 40*(6), 457-470.
132- Sabaté, E. (2003) .*Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
133- Sirgy M., Michalos, A., Ferriss, A., Easterlin, R., Patrick, D., & Pavot, W. (2006). Thequalityity-of- life (qol) research movement: Past, present, and future. *SocialIndicators Research, 76*(3), 343-466.
134- Saadia, H., Carruthersa, S, G., Nagelkerkeb, N., Al-Maskarib, F., Afandic, B., & Reedd R0. (2007). Prevalence of diabetes mellitus and its complications in a population-based sample in Al Ain, United Arab Emirates. *Diabetes Research and Clinical Practice, 78*(3), 369-377. Doi:10.1016/j.diabres.2007.04.008
135- Sigurd, W., Hystad, J., & Jon C, L. (2011). Psychological Hardiness Predicts Admission Into Norwegian Military Officer Schools. *MILITARY PSYCHOLOGY. 23*, 381–389. DOI: 10.1080/08995605.2011.589333
136- Safdar, K., Asghar, J., Mohammad, G., Maryam, E., Foroozan, S., Sahar D., & Marjan, A. (2016). A Comparison of Type II Diabetic Patients with Healthy People: Coping Strategies, Hardiness, and Occupational Life Quali. *Int J High Risk Behav Addict, 5*(1), 1-6. doi: 10.5812/ijhrba.24169
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4860000/pdf/ijhrba-05-01-24169.pdf
137- Shamkuwar, CA., Kumari, N., Meshram, SH., Dakhale, GN., & Motghare, VM. (2016). Evaluation of Knowledge, Attitude and Medication Adherence among Asthmatics Outpatients in Tertiary Care Teaching Hospital-A Questionnaire Based Study. *Journal of Young Pharmacists,*(8), 39-43.
https://www.jyoungpharm.org/sites/default/files/10.5530jyp.2016.1.9_0.pdf
138- Sharif Nia, H., Sivarajan, E., Hosseini, L., & Farahani, M. (2022). Evaluation of Psychometric Properties of Hardiness Scales: A Systematic Review. Frontiers in Psychology, 13(840187), 1-14. doi: 10.3389/fpsyg.2022.840187

139- Taillefer, M., Dupuis, G., Roberge, M., & Lemay, S. (2003). Health-Related Quality of Life Models - Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research, 64*, 293-323.

140- Vickie, L., Clinton, L., & Hiroaki, Y. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing and Health Sciences, 5*, 181–184. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1442-2018.2003.00150.x

141- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, J. (2003). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global Quality of Life Concept. *The Scientific World journal, 3*, 1030-1040.

142- Wagner, Eh., Austin, Bt., & Von Korff, M. (1996). *Organizing care for patients with chronic illness. The Milbank Quarterly, 74* (4), 511–544. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8941260/

143- WHO. (1997). Measuring Quality of Life. The World Health Organization Division of Mental Health and Abuse.

144- WHO. (2021). 10th global conference on health promotion charters a path for creating well-being societies. https://www.who.int/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies

145- WHO. (2023). Key facts of Diabetes. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

الملاحق

الملحق رقم01

استبيان المعلومات

جامعة محمد بوضياف –المسيلة –
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم: علم النفس

في إطار التحضير لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث LMD في علم النفس، تخصص: علم النفس الصحة. يقوم الطالب بإجراء دراسة ميدانية بعنوان: " **الصلابة النفسية و علاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري (دراسة مقارنة بين مرضى السكري نمط 1 و نمط 2)** ".

وفيما يلي مقياسين يحتويان على مجموعة من العبارات و الأسئلة التي تشير الى شعورك وسلوكك نحو بعض الموضوعات أو المواقف، و المطلوب منك أن تضع علامة (×) أمام الإجابة التي تعبر عن حالتك و وجهة نظرك بالتحديد و التي ستفيدنا في عمل بحث علمي حول الموضوع المشار اليه أعلاه.

- **ملاحظـــة**: لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، لذا نرجو من حضرتك أن تجيب على جميع الأسئلة في كلا المقياسين الأول و الثاني، كما يمكن أن تكون الأسئلة متشابهة فيما بينها، إلاّ انّها مختلفة عن بعضها البعض، وعليه خذ الوقت الكافي للقراءة و الإجابة عن كل سؤال بحذر و اختر الجواب الاقرب لحالتك و نشكرك مسبقا على تعاونك معنا.

========== **بيانـات أوليـة** ==========

- **الســـــــــن**: .....
- **الجنـــــــــس**: ذكر ☐ أنثى ☐
- **الحالة الاجتماعية**: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐
- **المستوى التعليمي**:.....
- **المهنـــــــــة**:.....
- **نوعية مرض السكري**: سكري نمط 1 ☐ سكري نمط 2 ☐
- **المدة الزمنية للمـــرض** : .....
- **مضـاعفات المرض** : يوجد ☐ اذا كان يوجد، ماهي ؟ ..... لا يوجد ☐

من اعداد الطالب: **لعربي سمير**.

الملحق رقم 02

مقياس الصلابة النفسية

الرقم	العبارات	بدائل الاجابة		
		تنطبق دائما	تنطبق أحيانا	لا تنطبق أبدا
1	مهما كانت العقبات فإنني أستطيع تحقيق أهدافي			
2	اتخذ قراراتي بنفسي ولا تُملى علي من مصدر خارجي			
3	اعتقد أن متعة الحياة وإثارتها تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها			
4	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم			
5	عندما أضع خططي المستقبلية غالباً ما أكون متأكداً من قدرتي على تنفيذها			
6	أقتحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها			
7	معظم أوقات حياتي تضيع في أنشطة لا معنى لها			
8	نجاحي في أموري (عمل – دراسة ..ألخ) يعتمد على مجهودي وليس على الحظ أو الصدفة			
9	لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة ما لا أعرفه			
10	أعتقد أن لحياتي هدفاً ومعنى أعيش من أجله			
11	الحياة فرص وليست عمل وكفاح			
12	أعتقد أن الحياة المثيرة هي التي تنطوي على مشكلات أستطيع أن أواجهها			
13	لدي قيم ومبادئ معينة ألتزم بها وأحافظ عليها			
14	اعتقد أن الفشل يعود إلى أسباب تكمن في الشخص نفسه			
15	لدي قدرة على المثابرة حتى أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني			
16	لا يوجد لدي من الأهداف ما يدعو للتمسك بها أو الدفاع عنها			
17	أعتقد أن كل ما يحدث لي غالباً هو نتيجة تخطيطي			
18	المشكلات تستنفر قواي وقدراتي على التحدي			
19	لا أتردد في المشاركة في أي نشاط يخدم المجتمع الذي أعيش فيه			
20	لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ			
21	أشعر بالخوف والتهديد لما قد يطرأ على حياتي من ظروف وأحداث			
22	أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة			
32	أعتقد أن الصدفة والحظ يلعبان دوراً هاماً في حياتي			
24	عندما أحل مشكلة أحد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى			
25	أعتقد أن " البعد عن الناس غنيمة"			
26	أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي			
27	أعتقد أن مواجهة المشكلات اختبار لقوة تحملي و قدرتي على المثابرة			
28	اهتمامي بنفسي لا يترك لي فرصة للتفكير في أي شيء آخر			

29	أعتقد أن سوء الحظ يعود إلى سوء التخطيط				
30	لدي حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي				
31	أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يخدم أسرتي أو مجتمعي				
32	أعتقد أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع لي				
33	أبادر في مواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها				
34	أهتم كثيراً بما يجري من حولي من قضايا وأحداث				
*35	أعتقد أن حياة الأفراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها				
36	الحياة الثابتة والساكنة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي				
37	الحياة بكل ما فيها لا تستحق أن نحياها				
38	أؤمن بالمثل الشعبي " قيراط حظ ولا فدان شطارة"				
39	أعتقد أن الحياة التي لا تنطوي على تغيير هي حياة مملة وروتينية				
40	أشعر بالمسئولية تجاه الآخرين وأبادر بمساعدتهم				
41	أعتقد أن لي تأثير قوي على ما يجري حولي من أحداث				
42	أتوجس من تغييرات الحياة فكل تغيير قد ينطوي على تهديد لي ولحياتي				
43	أهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن				
44	أخطط لأمور حياتي ولا أتركها تحت رحمة الصدفة والحظ والظروف الخارجية				
45	التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح				
46	أغير قيمي ومبادئي إذ دعت الظروف لذلك				
47	أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث				

الملحق رقم 03

استبيان نموذج المسح الصحي

SF-36 v 2

سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF-36 v2)

01. تقول عن صحتك بشكل عام أنّها:

- ممتازة ☐ - جيدة جدا ☐ - جيدة ☐ - متوسطة ☐ - ضعيفة ☐

02 . كيف ترى صحتك الأن مقارنة بها في السنة الماضية؟

- أحسن بكثير من السنة الماضية ☐
- أحسن بقليل من السنة الماضية ☐
- بالتقريب مثل السنة الماضية ☐
- أسوا بقليل من السنة الماضية ☐
- أسوأ بكثير من السنة الماضية ☐

03. الأسئلة التالية متعلقة حول نشاطاتكم اليومية: إلى أي مدى تؤثر صحتك الحالية على النشاطات التالية ؟:

a- النشاطات المرهقة (الجري، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة):

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

b- النشاطات المتعددة والخفيفة (تحريك طاولة، القيام بكنس وتنظيف):

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

c- رفع أو حمل علب:

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

d- صعود طوابق عدة عبر حلقات من سلالم (دروج) على التوالي:

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

e- صعود طابق عبر السلم (دروج) :

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

f- الانثناء، الجلوس على الكعبين (تقعمز)، الانحناء :

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

g- المشي أكثر من كيلومتر ونصف:

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

h- المشي لبعض مئات الأمتار:

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

i- المشي مائة متر:

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

j- أخذ حمام أو الاغتسال:

- تؤثر كثيرا ☐ - تؤثر قليلا ☐ - لا تؤثر إطلاقا ☐

04. خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية نتيجة لصحتك الجسمية ؟:

a- التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى:

- دائما ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

b - انجاز أقل مما كنت تريد:

- دائما ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

c- كانت (المشاكل) مرتبطة بنوع العمل أو النشاط:

- دائما ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

d- تواجه صعوبات في انجاز العمل أو النشاطات الاخرى (مثل القيام بجهد أكبر لنشاط معتاد):

- دائما ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

05. خلال الأربعة اسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية نتيجة لصحتك النفسية (مثل أن تكون قلقا أو مكتئبا) ؟:

a- التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى:

- دائما ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

b- انجاز أقل مما كنت تريد:

- دائما ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

c- انجاز عملي أو نشاطات أخرى بدقة اقل من المعتاد:

- دائما ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

06. خلال الأربعة اسابيع الماضية، إلى أي مدى أثرت صحتك الجسمية و/ أو النفسية في علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع الأبوين، الجيران، الجماعات؟ :

-لم تؤثر ☐ - أثرت بشكل خفيف ☐ - أثرت باعتدال ☐ - أثرت كثيرا ☐ - أثرت بشدة ☐

07. ما هو مستوى الألم الجسمي الذي عايشته خلال الأسابيع الأربعة الماضية ؟ :

- لم يحدث ☐ - حدث قليلا ☐ - حدث باعتدال ☐ - حدث كثيرا ☐ - حدث بشدة ☐

08. خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أثر الألم في علاقاتك بعملك اليومي (عملك داخل و خارج المنزل) ؟ :

-لم يؤثر ☐ - أثر قليلا جدا ☐ - أثر قليلا ☐ - أثر بشكل متوسط ☐ - أثر كثيرا ☐ - أثر كثيرا جدا ☐

09. الأسئلة التالية تتعلق بكيفية إحساسك وكيفية تماشي الاحداث خلال الأربعة أسابيع الماضية، أجب على الاختيار الاقرب من إحساسك :

a- هل كنت حيويا ؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

b- هل كنت عصبيا ؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

c- هل أحسست بانخفاض الهمة لدرجة لم يستطع احدا أن يواسيك ؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

d- هل كنت هادئ وساكن؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

e- هل كنت ممتلئا بالطاقة (نشطا) ؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

f- هل كنت حزينا أو مكتئبا ؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

g- هل كنت منهكا ؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

h- هل كنت سعيدا ؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

i- هل كنت متعبا ؟ :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

10. خلال الأربعة أسابيع الاخيرة هل أثرت صحتك الجسمية أو النفسية على علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع الأبوين، الأصدقاء، الجيران، الجماعات :

- كل الوقت ☐ - غالبا ☐ - أحيانا ☐ - نادرا ☐ - أبدا ☐

11. قيم العبارات التالية مقارنة مع وضعيتك الحالية :

a- يبدو أني أقع مريضا بسهولة اكثر من الأخرين :

- صحيح جدا ☐ - صحيح نوعا ما ☐ - لا أدري ☐ - خطأ نوعا ما ☐ - غير صحيح تماما ☐

b- أنا أيضا بصحة وأفضل من أي أحد :

- صحيح جدا ☐ - صحيح نوعا ما ☐ - لا أدري ☐ - خطأ نوعا ما ☐ - خطأ جدا ☐

c- أتوقع أن تتقهقر صحتي :

- صحيح جدا ☐ - صحيح نوعا ما ☐ - لا أدري ☐ - خطأ نوعا ما ☐ - خطأ جدا ☐

d- صحتي ممتازة :

- صحيح جدا ☐ - صحيح نوعا ما ☐ - لا أدري ☐ - خطأ نوعا ما ☐ - خطأ جدا ☐

الملحق رقم 04:

نتائج حسابات برنامج spss

الملاحق

الاعتدالية

Tests de normalité			
	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Statistiques	ddl	Sig.
الصلابة النفسية	0,096	298	0,961
تقدير جودة الحياة	0,042	298	,200*
*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.			
a. Correction de signification de Lilliefors			

خصائص العينة الأساسية:

	المهنة	
	Fréquence	Pourcentage
موظف	121	40,1
طالب	15	5,0
ربة بيت (بطالة بطال)	83	27,5
عامل حر	58	19,2
متقاعد	25	8,3
Total	302	100,0

	Fréquence	Pourcentage
سكري نمط 1	149	49,3
سكري نمط 2	153	50,7
Total	302	100,0

	Fréquence	Pourcentage
ذكر	147	48,7
أنثى	155	51,3
Total	302	100,0

	Fréquence	Pourcentage
أعزب	81	26,8
متزوج	189	62,6
مطلق	11	3,6
أرمل	21	7,0
Total	302	100,0

	Fréquence	Pourcentage
أمي	15	5,0
ابتدائي	29	9,6
متوسط	38	12,6
ثانوي	71	23,5
جامعي (ليسانس)	135	44,7
جامعي (دراسات عليا)	10	3,3
تقني سامي	4	1,3
Total	302	100,0

	Fréquence	Pourcentage
يوجد مضاعفات	127	42,1
لا يوجد مضاعفات	175	57,9
Total	302	100,0

		المدة	
		Fréquence	Pourcentage
Valide	أقل من سنة	60	19,9
	من سنة الى 5 سنوات	66	21,9
	من 6 سنة الى 10 سنوات	72	23,8
	أكثر من 10 سنوات	104	34,4
	Total	302	100,0

الفرضيات

Corrélations

الفرضية الأولى			
الصلابة النفسية	Corrélation de Pearson	1	-,116*
	Sig. (bilatérale)		0,044
	N	302	302
تقدير جودة الحياة	Corrélation de Pearson	-,116*	1
	Sig. (bilatérale)	0,044	
	N	302	302

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

Corrélations

النمط01	الفرضية الثانية	النشاط الجسمي	تحديدات بسبب الحالة الجسمية	الألم الجسمي	الحياة والعلاقات مع الآخرين	الصحة النفسية	تحديدات بسبب الصحة النفسية	النشاط الحيوي	الصحة المدركة	تقدير جودة الحياة
الالتزام	Corrélation de Pearson	-0,099	-0,011	,266**	,384**	,356**	0,005	,508**	,322**	-0,023
	Sig. (bilatérale)	0,230	0,899	0,001	0,000	0,000	0,952	0,000	0,000	0,778
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149
التحكم	Corrélation de Pearson	-0,136	-0,011	,190*	,272**	,230**	-0,062	,276**	,340**	-0,058
	Sig. (bilatérale)	0,098	0,893	0,021	0,001	0,005	0,451	0,001	0,000	0,480
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149
التحدي	Corrélation de Pearson	-,163*	-0,014	,224**	,290**	,357**	0,006	,422**	,337**	-0,071
	Sig. (bilatérale)	0,047	0,863	0,006	0,000	0,000	0,943	0,000	0,000	0,391
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149
الصلابة النفسية	Corrélation de Pearson	-0,147	-0,013	,247**	,343**	,343**	-0,019	,437**	,365**	-0,057
	Sig. (bilatérale)	0,074	0,873	0,002	0,000	0,000	0,814	0,000	0,000	0,493
	N	149	149	149	149	149	149	149	149	149

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

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

Corrélations

النمط2	الفرضية الثالثة	النشاط الجسمي	تحديدات بسبب الحالة الجسمية	الألم الجسمي	الحياة والعلاقات مع الآخرين	الصحة النفسية	تحديدات بسبب الصحة النفسية	النشاط الحيوي	الصحة المدركة	تقدير جودة الحياة
الالتزام	Corrélation de Pearson	-0,120	-0,052	-0,025	-0,070	-0,012	-0,007	-0,003	0,100	-0,099
	Sig. (bilatérale)	0,138	0,522	0,756	0,388	0,886	0,934	0,973	0,219	0,221
	N	153	153	153	153	153	153	153	153	153
التحكم	Corrélation de Pearson	-,215**	-0,070	-0,051	-0,049	-0,017	-0,064	-0,036	,170*	-,168*
	Sig. (bilatérale)	0,008	0,389	0,528	0,545	0,835	0,430	0,661	0,036	0,038
	N	153	153	153	153	153	153	153	153	153
التحدي	Corrélation de Pearson	-,245**	-0,127	-0,060	-0,023	-0,006	-0,121	-0,036	0,156	-,213**
	Sig. (bilatérale)	0,002	0,117	0,459	0,779	0,944	0,137	0,662	0,054	0,008
	N	153	153	153	153	153	153	153	153	153
الصلابة النفسية	Corrélation de Pearson	-,215**	-0,094	-0,051	-0,050	-0,012	-0,074	-0,028	0,156	-,179*
	Sig. (bilatérale)	0,008	0,246	0,531	0,536	0,882	0,364	0,733	0,054	0,027
	N	153	153	153	153	153	153	153	153	153

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

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

الفرضية الرابعة

Statistiques sur échantillon uniques

الفرضية الرابعة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الصلابة النفسية	149	99,9664	14,47804	1,18609

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 94					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الصلابة النفسية	5,030	148	0,000	5,96644	3,6226	8,3103

Statistiques sur échantillon uniques

الفرضية الخامسة		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الصلابة النفسية	153	101,2549	12,32698	0,99658

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 94					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الصلابة النفسية	7,280	152	0,000	7,25490	5,2860	9,2238

الفرضية السادسة

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
تقدير جودة الحياة	149	34,9262	8,40615	0,68866

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 70					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
تقدير جودة الحياة	-50,931	148	0,000	-35,07383	-36,4347	-33,7130

Statistiques sur échantillon uniques

الفرضية السابعة		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
تقدير جودة الحياة	153	34,7647	9,34976	0,75588

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 70					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
تقدير جودة الحياة	-46,615	152	0,000	-35,23529	-36,7287	-33,7419

Statistiques de groupe

	الفرضية الثامنة				
النمط		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الالتزام	النمط السكري 1	149	33,8658	4,95746	0,40613
	النمط السكري 2	153	34,6275	4,25485	0,34398
التحكم	النمط السكري 1	149	31,0940	5,44796	0,44631
	النمط السكري 2	153	31,1830	4,16823	0,33698
التحدي	النمط السكري 1	149	35,0067	5,47290	0,44836
	النمط السكري 2	153	35,4444	5,08854	0,41138
الصلابة النفسية	النمط السكري 1	149	99,9664	14,47804	1,18609
	النمط السكري 2	153	101,2549	12,32698	0,99658

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الالتزام	Hypothèse de variances égales	0,808	0,369	-1,434	300	0,153	-0,76168	0,53116	-1,80695	0,28359
	Hypothèse de variances inégales			-1,431	290,795	0,153	-0,76168	0,53223	-1,80919	0,28583
التحكم	Hypothèse de variances égales	2,287	0,131	-0,160	300	0,873	-0,08905	0,55730	-1,18577	1,00767
	Hypothèse de variances inégales			-0,159	277,143	0,874	-0,08905	0,55924	-1,18995	1,01186
التحدي	Hypothèse de variances égales	0,048	0,827	-0,720	300	0,472	-0,43773	0,60790	-1,63403	0,75856
	Hypothèse de variances inégales			-0,719	297,077	0,472	-0,43773	0,60849	-1,63523	0,75977
الصلابة النفسية	Hypothèse de variances égales	0,323	0,570	-0,833	300	0,405	-1,28846	1,54590	-4,33065	1,75373
	Hypothèse de variances inégales			-0,832	289,999	0,406	-1,28846	1,54918	-4,33753	1,76061

Statistiques de groupe

النمط	الفرضية التاسعة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
النشاط الجسمي	النمط السكري 1	149	17,3893	5,15137	0,42202
	النمط السكري 2	153	17,1830	5,61651	0,45407
تحديدات بسبب الحالة الجسمية	النمط السكري 1	149	11,4027	3,75413	0,30755
	النمط السكري 2	153	11,2876	4,34328	0,35113
الألم الجسمي	النمط السكري 1	149	6,1342	1,32878	0,10886
	النمط السكري 2	153	6,2941	1,05058	0,08493
الحياة والعلاقات مع الآخرين	النمط السكري 1	149	6,2819	1,12755	0,09237
	النمط السكري 2	153	6,1373	1,14742	0,09276
الصحة النفسية	النمط السكري 1	149	15,4899	3,15932	0,25882
	النمط السكري 2	153	15,3203	2,22324	0,17974
تحديدات بسبب الصحة النفسية	النمط السكري 1	149	9,1141	3,10085	0,25403
	النمط السكري 2	153	8,7386	3,42931	0,27724
النشاط الحيوي	النمط السكري 1	149	13,1074	2,50173	0,20495
	النمط السكري 2	153	13,3464	1,79664	0,14525
الصحة المدركة	النمط السكري 1	149	18,2148	3,29939	0,27030
	النمط السكري 2	153	18,3987	3,10208	0,25079
تقدير جودة الحياة	النمط السكري 1	149	34,9262	8,40615	0,68866
	النمط السكري 2	153	34,7647	9,34976	0,75588

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
النشاط الجسمي	Hypothèse de variances égales	1,331	0,250	0,332	300	0,740	0,20626	0,62061	-1,01505	1,42756
	Hypothèse de variances inégales			0,333	298,933	0,740	0,20626	0,61990	-1,01367	1,42618
تحديدات بسبب الحالة الجسمية	Hypothèse de variances égales	3,950	0,048	0,246	300	0,806	0,11510	0,46768	-0,80524	1,03545
	Hypothèse de variances inégales			0,247	295,850	0,805	0,11510	0,46678	-0,80352	1,03373
الألم الجسمي	Hypothèse de variances égales	1,879	0,171	-1,162	300	0,246	-0,15989	0,13765	-0,43077	0,11099
	Hypothèse de variances inégales			-1,158	281,474	0,248	-0,15989	0,13807	-0,43167	0,11189
الحياة والعلاقات مع الآخرين	Hypothèse de variances égales	0,391	0,532	1,104	300	0,270	0,14462	0,13094	-0,11305	0,40230
	Hypothèse de variances inégales			1,105	299,975	0,270	0,14462	0,13091	-0,11300	0,40224
الصحة النفسية	Hypothèse de variances égales	8,119	0,005	0,541	300	0,589	0,16967	0,31370	-0,44766	0,78700
	Hypothèse de variances inégales			0,538	265,130	0,591	0,16967	0,31511	-0,45077	0,79011
تحديدات بسبب الصحة النفسية	Hypothèse de variances égales	0,848	0,358	0,997	300	0,319	0,37553	0,37653	-0,36544	1,11650
	Hypothèse de variances inégales			0,999	298,371	0,319	0,37553	0,37603	-0,36447	1,11553
النشاط الحيوي	Hypothèse de variances égales	3,685	0,056	-0,956	300	0,340	-0,23902	0,25014	-0,73127	0,25322
	Hypothèse de variances inégales			-0,952	268,142	0,342	-0,23902	0,25120	-0,73360	0,25555
الصحة المدركة	Hypothèse de variances égales	0,129	0,720	-0,499	300	0,618	-0,18393	0,36842	-0,90894	0,54109
	Hypothèse de variances inégales			-0,499	297,689	0,618	-0,18393	0,36872	-0,90956	0,54170
تقدير جودة الحياة	Hypothèse de variances égales	1,808	0,180	0,158	300	0,875	0,16147	1,02399	-1,85365	2,17659
	Hypothèse de variances inégales			0,158	298,114	0,875	0,16147	1,02255	-1,85086	2,17380

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	[b]الصلابة النفسية		Introduire

a. Variable dépendante : تقدير جودة الحياة

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	,116[a]	0,013	0,010	8,83691	0,013	4,103	1	300	0,044

a. Prédicteurs : (Constante), الصلابة النفسية

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	42,577	3,851		11,055	0,000
	الصلابة النفسية	-0,077	0,038	-0,116	-2,026	0,044

a. Variable dépendante : تقدير جودة الحياة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس
الهاتف: 0355353054

المسيلة في : 2022/02/01

إلى السيد: مدير العيادة متعددة الخدمات بشير لعجوزي ببلوزداد " دار السكري " بالجزائر العاصمة

الموضوع: تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية

تحية عطرة و بعد ...

في إطار انجاز دراسة ميدانية (أطروحة دكتوراه LMD)

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس الصحة

نرجو من سيادتكم المحترمة تسهيل مهمة الطالب (ة) المذكور (ة) أدناه وتقديم المساعدة الممكنة واللازمة في حدود أغراض البحث العلمي، وما يسمح به القانون، وهذا على مستوى المصالح التي تشرفون عليها.

عنوان الدراسة: الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري

(دراسة مقارنة بين مرضى السكري نمط 1 و نمط 2)

الرقم	الاسم واللقب	تاريخ ومكان الميلاد	رقم التسجيل
01	سمير لعربي	1985/12/23 بمستغانم	D.PS/3C/03/17

في الفترة الممتدة من : 2022/02/01م إلى غاية 2022/03/17م

في الأخير لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.

رئيس القسم
د. جلاب مصباح

نائب العميد المكلف بما بعد التدرج
و البحث العلمي والعلاقات الخارجية
مرزقال ابراهيم

قسم علم النفس . الهاتف / الفاكس (213) 0355353054 Téléphone / Fax
البريد الالكتروني univ28psy@yahoo.com E-mail

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research

University Mohamed Boudiaf of M'sila
Vice-rectorate of 3rd Cycle Higher Eduction,
University Habilitation, Scientific Research
and Post-graduation Higher Education

جامعة "محمد بوضياف" المسيلة
نيابة مديرية الجامعة للتكوين العالي في الطور الثالث والتأهيل
الجامعي والبحث العلمي والتكوين العالي فيما بعد التدرج

تصريح شرفي

الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(المرجع: ملحق القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 2016/07/28 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي اسفله:

السيد (ة): [illegible] الصفة: (طالب، أستاذ باحث) طالب دكتوراه

المولود(ة) بتاريخ: 1985/12/23 في: سيدي خضر/مستغانم

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية (أو ر. س.) رقم: 101580193 الصادرة بتاريخ: 2016/10/29 عن: بلدية سيدي خضر

المسجل(ة) بكلية/ معهد: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

و المكلف بإنجاز أعمال بحث أطروحة دكتوراه، عنوانها: الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري (دراسة مقارنة بين مرضى السكري النمط 1 و النمط 2)

أصرح بشرفي أني اطلعت على كل مواد القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 2016/07/28 و المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية، و ألتزم باحترامه بكل صرامة و بدون تحفظ، و كما أني التزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية و النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

ملاحظة: يمضى هذا التصريح عند نائب العميد(مدير) المكلف بالبحث العلمي و يوضع في ملف المعني.

حررت هذه الشهادة بتاريخ: 2023/10/10

توقيع المعني مع البصمة

[illegible] على توقيع السيد [illegible] المسيلة في: 10 جوان 2023

عن رئيس المجلس الشعبي البلدي
وبتفويض منه ملحق رئيسي للإدارة الإقليمية
عريوة أمال

ملخص الدراسة: تناولت الدراسة موضوع الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري (دراسة مقارنة بين السكري نمط1 ونمط2)، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري؟
- هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 ؟
- هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2 ؟
- ما هو مستوى كل من الصلابة النفسية و جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 و نمط 2 ؟
- هل توجد فروق في الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2؟
- هل توجد فروق في جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 ؟
- هل يمكن التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري تبعا للصلابة النفسية؟

وعليه فقد وقعت الدراسة في جانبين: الجانب النظري الذي تطرق لمتغيرات البحث.

- والجانب التطبيقي على عينة حجمها (302) مريضا بالسكري من كلا النمطين، مع استخدام مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2006)، واستبيان نموذج المسح الصحي الموجز SF-36 v 2.

حيث توصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الصلابة النفسية وجدودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري.
- وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 .
- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2.
- مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 متوسط.
- مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري نمط 1 ونمط 2 منخفض.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الصلابة النفسية بين مرضى السكري نمط 1 ونمط 2.
- لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين مرضى السكري نمط 1 ونمط2.
- يمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية.
- **الكلمات المفتاحية:** الصلابة النفسية، جودة الحياة المرتبطة بالصحة، مرض السكري.

Abstract: *The study dealt with the issue of psychological hardness and its relationship to the quality of life associated with health in diabetics (a comparative study between type 1 and type 2 diabetes), by answering the following questions:*

- Is there a relationship between psychological hardness and health-related quality of life in diabetics?
- Is there a relationship between psychological hardness and health-related quality of life in type 1 diabetes?
- Is there a relationship between psychological hardness and health-related quality of life in type 2 diabetics?
- What is the level of both psychological hardness and health-related quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes?
- Are there differences in psychological hardness between type 1 and type 2 diabetics?
- Are there differences in health-related quality of life between type 1 and type 2 diabetes patients?
- Can the quality of life associated with health in diabetics be predicted according to psychologisante hardness?

Accordingly, the study fell into two aspects: the theoretical side, which dealt with the variables of the research.

-The applied aspect on sample size (302) diabetics of both types, with the use of the psychological hardness scale of Mkhaimer (2006), and the questionnaire of the summary health survey model SF-36 v 2. The results of the study concluded:

- The existence of a statistically significant correlation between psychological hardness and the quality of life associated with health in diabetics.
- The existence of a statistically significant relationship between the total degree of psychological hardness and the total degree of quality of life associated with health in patients with diabetes type 1.
- There is no statistically significant relationship between the total degree of psychological hardness and the overall score of quality of life associated with health in patients with type 2 diabetes.
- The level of psychological hardness in patients with type 1 diabetes and type 2 averages.
- The level of health-related quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes is low.
- There were no statistically significant differences in the level of psychological hardness between patients with type 1 diabetes and type 2.
- There were no statistically significant differences in the level of quality of life associated with health between patients with type 1 and type 2 diabetes.
- Health-related quality of life scores in diabetics can be predicted by their scores on the psychological hardness scale.

Keywords: *Psychological hardness, health-related quality of life, diabetes.*

Résumé: *L'étude a traité de la question de la dureté psychologique et de sa relation avec la qualité de vie associée à la santé chez les diabétiques (une étude comparative entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2), en répondant aux questions suivantes :*

- Existe-t-il une relation entre la dureté psychologique et la qualité de vie liée à la santé chez les diabétiques?
- Existe-t-il une relation entre la dureté psychologique et la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints de diabète de type 1?
-Existe-t-il une relation entre la dureté psychologique et la qualité de vie liée à la santé chez les diabétiques de type 2?
-Quel est le niveau de dureté psychologique et de qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2?
- Y a-t-il des différences de dureté psychologique entre les diabétiques de type 1 et de type 2?
-Y a-t-il des différences dans la qualité de vie liée à la santé entre les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2?
- Peut-on prédire la qualité de vie associée à la santé chez les diabétiques en fonction de la dureté psychologique ?

En conséquence, l'étude s'est déroulée en deux aspects: le côté théorique, qui traitait des variables de la recherche.

- L'aspect appliqué sur un échantillon de taille (302) de diabétiques des deux types, avec l'utilisation de l'échelle de dureté psychologique de Mkhaimer (2006), et du questionnaire du modèle d'enquête de santé sommaire SF-36 v 2. Les résultats de l'étude ont permis de conclure ce qui suit :

-L'existence d'une corrélation statistiquement significative entre la dureté psychologique et la qualité de vie associée à la santé chez les diabétiques.
-L'existence d'une relation statistiquement significative entre le degré total de dureté psychologique et le degré total de qualité de vie associé à la santé chez les patients atteints de diabète de type 1.
-Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le degré total de dureté psychologique et le score global de qualité de vie associé à la santé chez les patients atteints de diabète de type 2.
-Le niveau de dureté psychologique chez les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2 en moyenne.
-Le niveau de qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2 est faible.
- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans le niveau de dureté psychologique entre les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2.
-Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans le niveau de qualité de vie associé à la santé entre les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2.
-Les scores de qualité de vie liés à la santé chez les diabétiques peuvent être prédits par leurs scores sur l'échelle de dureté psychologique.

Mots-clés : *dureté psychologique, qualité de vie liée à la santé, diabète.*