جامعـــــة يحيى فارس- المدية –
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الإجتماعية

العنوان:

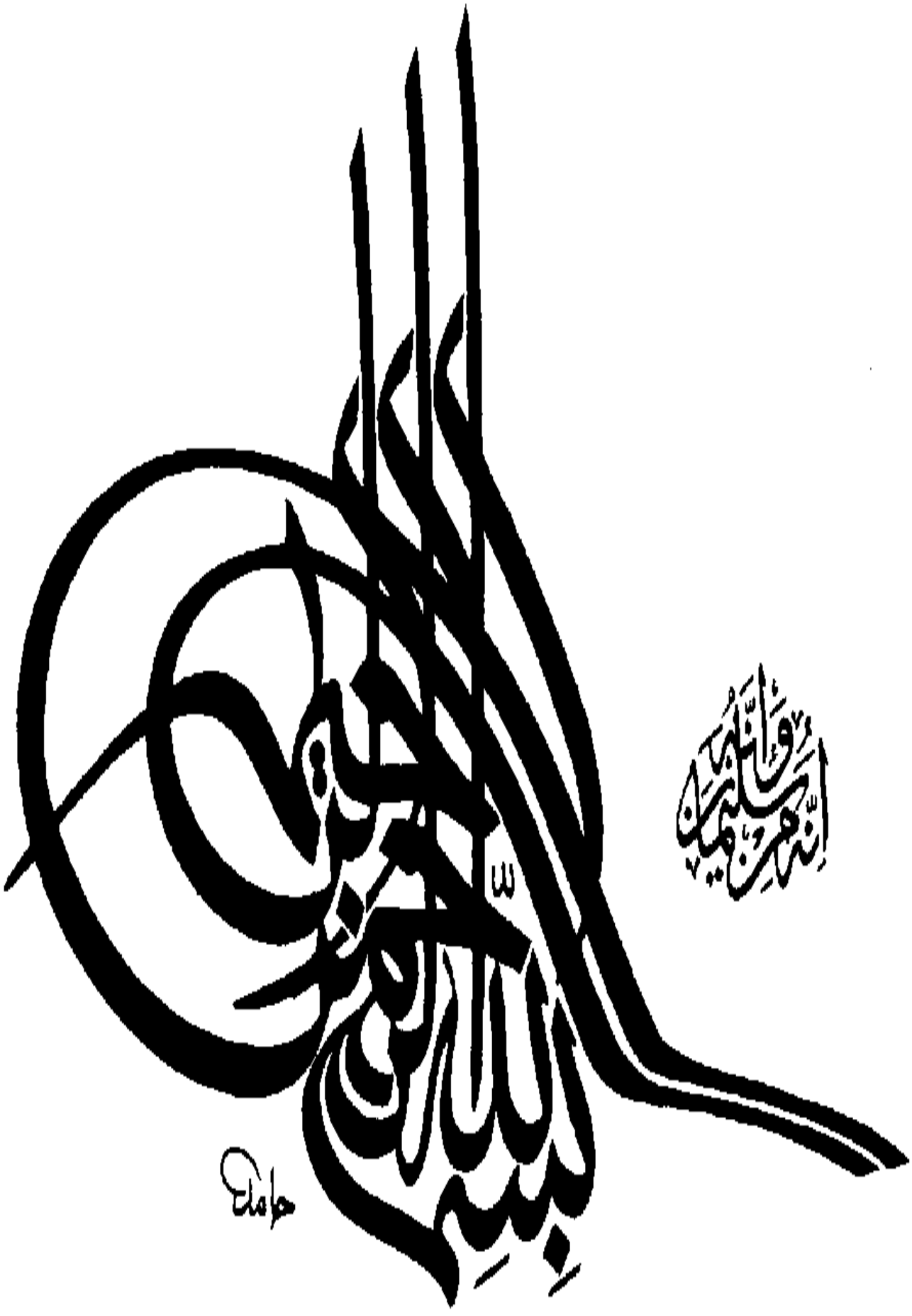
المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:
- صابرين وزان
- عائشة كشيدة

إشراف الدكتور:
* سنوسي زموري

السنة الجامعية:
2019 - 2018


بسم الله الرحمن الرحيم
إنا أرسلناه وإنا له لحافظون
حامد

شكر و عرفان

الحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات، بقول الله عز وجل في كتابه العزيز﴿و إذ تأذن ربكم لئن شكرتم لأزيدنكم﴾ إبراهيم/ 7 ، و الصلاة و السلام على نبينا و حبيبنا محمد و على أله و صحبه أجمعين، و بعد.

أتقدم بخالص الشكر إلى من تقتصر كل كلمات الشكر و عبارات الثناء عن الوفاء بحقه إلى أستاذي الفاضل " سنوسي زموري" الذي تكبد عناء الاشراف على هذا البحث برحابة صدر، و لم يبخل علينا بإرشاداته و ملاحظاته القيمة، و نرجو أن نكون قد وفقنا في تقديم ما يرضيه و ما يليق باسمه الكبير الذي كان لي عظيم الشرف أن أصنعه على مذكرتي.

كما نتقدم بأجل عبارات الشكر و التقدير للأساتذة الأفاضل الذين تلقينا منهم العلم و المعرفة و التوجيه طيلة مرحلة الدراسة.

و لا يفوتنا أن نتقدم بالشكر الجزيل إلى كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية و بالأخص قسم العلوم الاجتماعية تخصص علم النفس العيادي.

كما نتوجه بجزيل الشكر و العرفان إلى لجنة المناقشات بمناقشة المذكرة و إبداء ملاحظاتهم بما يحسن صورة البحث للأفضل.

و الشكر موصول لكل من ساهم من قريب و بعيد في إتمام هذا البحث و المساعدة في إنجاحه.

الإهـــــداء

إلى اللذان قرن الله عبادته بطاعتهما فقال: " و قضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه و بالوالدين إحسانا

إلى من بأيدي الآلام ربتني و بعيون الأتعاب رعتني و بصدر المشتاق حمتني، إلى التي سرا دعت لي إلى فيض الحنان حبيبتي "أمي" إلى من أحمل اسمه بافتخار و ساعدني على إكمال المشوار، إلى الذي حان أن يرى ثمارا قد أن وقت قطفها "أبي" أطال في عمره.

إلى تاج سعادتي و عزيز قلبي الذي أتوافق معه بطريقة تختلف عن كل الأزواج " زوجي حمزة "

إلى تام المحبة إخوتي و أخواتي " إبتسام. محمد. يوسف. وصال. نرجس"، و إلى أخي و نسيبي "مرزاق"

إلى اللتان شاركتاني أسعد و أتعس أيامي إلى الأختان التي لم تنجبهما أمي "هاجر حميدوش. صورية عابد"

إلى صاحبة القلب الطيب و رفيقتي التي لم تعز على شيء من معرفتها و مساعدتها "حنان محداد"

إلى كل الصديقات " دلال. أمينة. سارة. أميرة. عائشة بـ، فتيحة، هاجر ك"

إلى من قاسمتني إنجاز هذه المذكرة صديقتي " كشيدة عائشة"

إلى جميع طلبة علم النفس العيادي دفعة 2019 و كل الأساتذة الذين أشرفوا على مراحل دراستي من الطور الابتدائي إلى الجامعي، و كل من قدم لي يد المساعدة و لو بكلمة طيبة، و من لم تذكره مذكرتي لم تعقله ذاكرتي.

صابرين وزان

إهداء

أشكر الله تعالى الذي وفقني لإنجاز هذا العمل و أسأله بأسمائه العليا أن ييسر و يسدد خطايا لمواصلة المشوار و أن يرشدني إلى كل ما يحبه و يرضاه. أهدي ثمرة جهدي هذا:

إلى روحي التي لم أخذل أملها ووفيت بعهدي لها.

إلى من غمرتني بحنانها و أنارت قلبي بفيض دعائها

إليك أمي .

إلى من شقى من أجل أن يفتح لي درب الحياة إلى من انتظر و أمل في هذا النجاح بفارغ الصبر إلى من افتقدته في مواجهة الصعاب ولم تمهله الدنيا لأرتوي من حنانه إليك أبي الحبيب رحمك الله .

إلى زوجي وسند حياتي الذي كان نعم السند لي في إنجاز هذا العمل و إلى عائلته الكريمة

إلى كل الإخوة و الأخوات وكل أزواجهم و أولادهم .

إلى صديقتي التي شاركتني العمل "صابرين وزان"

إلى صديقاتي و أخواتي نسرين و ياسمين اللتان ساعدتني في إتمام هذا العمل .

*إلى كل من أحبه قلبي و لم يكتبه قلمي...

*إلى كل من قدم لي يد العون والمساعدة في تقديم التسهيلات لإتمام هذا العمل المتواضع....

عائشة كشيدة

فـــهـــرس
المحـــــتـــويـــات

فهرس المحتويات

الصفحة

بسملة.....

شكر و عرفان.....

اهداء.....

فهرس المحتويات.....

فهرسالجداول و الأشكال.....

ملخص البحث.....

مقدمة..... .... أ- ب

الجانب النظري

الفصل الأول: الجانب التمهيدي

أولا: الاشكالية.....3-5

ثانيا: فرضيات البحث..... 6

ثالثا: أهميةالبحث 6

رابعا: أهداف البحث.....7

خامسا: المفاهيم الأساسية للبحث.....7-8

سادسا: الدراسات السابقة..... 9-13

سابعا: التعقيب على البحث..... 13-17

الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية

تمهيد..... 21

أولا: مفهوم المساندة الاجتماعية.....22-23

ثانيا: مصطلحات مرتبطة بالمساندة الاجتماعية.....23

1. الدعم

والتأييد.....23..التضامن.....

.....23..

2. التعاون.....23..

ثالثا: النماذج الرئيسية لتفسير دوز المساندة الاجتماعية.....23....

1. النموذج الرئيسي..... 23...
2. النموذج الأثر الواقي أو المخفف للضغط.....24.

رابعا: أشكال المساندة الاجتماعية.....25

1. المساندة الانفعالية.....25
2. المساندة المعرفية.....25
3. المساندة المالية.....26
4. المساندة التقديرية..... 27
5. مساندة الصحبة الاجتماعية..... 27

خامسا: أهمية المساندة الاجتماعية..... 28

سادسا: مصادر المساندة الاجتماعية..... 29

1. المساندة الاجتماعية الرسمية..... 29
2. المساندة الاجتماعية الغير رسمية.....30

سابعا: آليات المساندة الاجتماعية عند المريض.....30- 34

خلاصة الفصل.....35

الفصل الثالث: جودة الحياة

تمهيد.....37

أولا: مفهوم جودة الحياة.....38

1. لغة..... 38
2. اصطلاحا.....38- 39

ثانيا: النظريات المفسرة لجودة الحياة..... 39

1. الاتجاه الاجتماعي..... 39
2. الاتجاه النفسي.....40
3. الاتجاه الطبي..... 40- 41
4. الاتجاه المعرفي..... 41- 42
5. الاتجاه الانساني..... 42
6. النظرية التكاملية..... 43

ثالثا: مظاهر جودة الحياة.....43- 45

رابعا: مستويات جودة الحياة.....46- 47

خامسا: قياس جودة الحياة.....47- 49

سادسا: مكونات جودة الحياة.....50- 51

سابعا: آليات الشعور بجودة الحياة لدى المرضى.....51- 55

خلاصة الفصل.....56

الفصل الرابع: الامراض المزمنة

تمهيد.....59

أولا: الأمراض المزمنة.....60

1. تعريف الأمراض المزمنة.....60
2. انتشار الأمراض المزمنة.....60- 62
3. التكيف مع المرض المزمن.....63

ثانيا: مرض السكري.....64

1. تعريف مرض السكري.....64- 65
2. أنواع مرض السكري.....65- 66
3. أعراض مرض السكري.....66- 67
4. علاج مرض السكري.....67- 70

ثالثا: مرض الربو.....70

1. تعريف الربو.....71
2. عوامل الاصابة بالربو.....71- 72
3. أعراض الربو.....72.
4. الوقاية من الربو.....72- 73

رابعا: مرض ضغط الدم.....73

1. تعريف ارتفاع ضغط الدم.....73
2. أنواع مرض ضغط الدم.....73- 74
3. أعراض مرض ضغط الدم.....74- 75
4. علاج مرض ضغط الدم.....75- 76

خامسا: القصور الكلوي.....76

1. تعريف القصور الكلوي.....76-77

2. أنواع القصور الكلوي.....77- 78
3. أعراض مرض القصور الكلوي.....78- 79
4. علاج مرض القصور الكلوي.....79- 80

خلاصة الفصل.....81

الجانب الميداني

الفصل الخامس: إجراءات البحث الميداني

تمهيد.....84

أولا: منهج البحث.....85

ثانيا: الدراسة الاستطلاعية.....85

1. كيفية اختيار العينة.....85
2. خصائص عينة البحث 86- 87
3. حدود البحث.....87- 88

ثالثا: أدوات البحث.....88.

1. مقياس المساندة الاجتماعية.....88- 93
2. مقياس جودة الحياة.....93- 97.

رابعا: الأساليب الاحصائية المستخدمة في البحث.....97

خلاصة الفصل.....98

الفصل السادس: عرض و مناقشة نتائج البحث

تمهيد..... 100

أولا: عرض نتائج البحث..... 101-102

ثانيا: عرض نتائج الفرضيات:.....102

1. عرض نتائج الفرضية الأولى.....102-103
2. عرض نتائج الفرضية الثانية.....104- 105
3. عرض نتائج الفرضية الثالثة.....105- 106

ثالثا:مناقشة نتائج البحث.....106

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى.....106- 107
2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية.....107
3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....107- 108

الاستنتاجالعام.....109

إقترحات.....110

خاتمة.....112

قائمة المراجع..... .....114- 119

قائمة الملاحق.....121- 141

قائمة الجداول:

رقـــــــــــــم الجـــــــــــــــــــدول	الصفحة
الجدول رقم (01): يوضح خصائص العينة حسب متغير الجنس.	**86**
الجدول رقم(02): يوضح خصائص العينة حسب متغير العمر.	**86**
الجدول رقم(03): يوضح خصائص العينة وفق الحالة المدنية.	**87**
الجدول رقم (04): يوضح خصائص العينة حسب نوع المرض.	**87**
الجدول رقم(05): يوضح الأبعاد و ترقيم بنودها بالنسبة لمقياس المساندة الاجتماعية.	**89**
الجدول رقم (06): يوضح مؤشرات أبعاد السند الاجتماعي.	**90**
الجدول رقم (07): يوضح التعديلات التي أدت بها مجموعة الأساتذة لمقياس السند الاجتماعي.	**91**
الجدول رقم (08): يوضح نوع البنود و ترقيمها في مقياس السند الاجتماعي.	**92**
الجدول رقم (09): يمثل معامل ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق التجزئة.	**95**
الجدول رقم (10): يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق معامل ألفا كرونباخ.	95
الجدول رقم (11): يمثل الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة.	96
الجدول رقم (12): يمثل نتائج أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية.	101
الجدول رقم (13): يمثل نتائج أفراد العينة على مقياس جودة الحياة حسب المستويات.	102
الجدول رقم (14): يمثل العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية حسب المستويات و درجات جودة الحياة.	103
الجدول رقم (15): يمثل الفروق بين الجنسين لمتغيري المساندة و جودة الحياة.	104
الجدول رقم (16): يمثل الفروق في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية حسب نوع المرض.	105

قائمة الأشكال:

عنوان الشكل	الصفحة
الشكل رقم (1):العلاقة التسلسلية بين المساندة الاجتماعية والصحة وجودة الحياة	40

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية و جودة الحياة عند المرضى المزمنين، وقد بلغت عينة الدراسة (60) شخص مصاب بالأمراض المزمنة منها (15) مصاب بالسكري، (15) مصاب بالربو، (15) مصاب بضغط الدم ،و(15) مصاب بالقصور الكلوي تراوحت أعمارهم بين(20 ـ 80 سنة) و لتحقيق أهداف الدراسة تم إتباع المنهج الوصفي الارتباطي، وأستخدم مقياس المساندة الاجتماعية و مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية.

وللإجابة على تساؤلات الدراسة و التحقق من صحة الفرضيات تم استخدام الأساليب الاحصائية التالية: (المتوسط الحسابي ـ الانحراف المعياري ـ معامل الارتباط كرامر ـ اختبار كريسال و ليس ـ قيمة وينتي للفروق)

وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين درجات المساندة الاجتماعية و درجات جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، كما توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية تعزى لعامل الجنس لدى المصابين بالأمراض المزمنة، وكذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية تعزى لنوع المرض.

الكلمات المفتاحية: المساندة الاجتماعية، جودة الحياة، المصابين بالأمراض المزمنة.

Research summary :

The study aimed at finding out the nature of the relationship between socail support and quality of life in chornic patients. The study sample was (60) people with chronic diseases,(15) were diabetic, (15) were asthma, (15) were hypertensive, and (15) were renal insufficiency, aged between (20 and 80 years).

Computational descriptive Use was used as a measure of social support and the measur and quality of life of a WHO contributor.

To answer the questions of the study and to verify the hypotheses, the following statistical methods were used: arithmetic mean, standard deviation, kramer correlation coefficient, not crysal test,

The study found that there is a statistically significant correlation between the levels of social support and the quality of life in chronic disease patients, and there were no statistically significant differences in the quality of life and social support due to the sex factor among those with chronic diseases. There are also significant differences in quality of life and socail support due to the type of disease.

Keywords: social support, quality of life, people with chronic diseases.

مـــــقـــدمـــة

مقدمة:

يعتبر علم النفس وعلم الإجتماع من العلوم السباقة في تناول موضوع الاتصالات و العلاقات الاجتماعية حيث بينت أهميتها بالنسبة للفرد و الدور الذي تلعبه الشبكة الإجتماعية التي ينتمي إليها و تعتبر المساندة الاجتماعية التعبير الحقيقي لتلك الاتصالات و الروابط الاجتماعية، حيث كان اهتمام علماء النفس الإجتماعيين و بعدها المتخصصين في ميدان الصحة النفسية، وأظهروا الأهمية الكبرى لدورة المساندة الاجتماعية بالنسبة للفرد حيث تظهر تلك الاهمية إما في تحسين أو تحقيق جودة الحياة وإما حمايته من الآثار أو الاضطرابات النفسية الناجمة عن الأمراض المزمنة حيث أصبحت الصحة العامة في الوقت الحالي تهتم أكثر بالقضايا الصحية الراهنة و على رأسها الأمراض المزمنة و التي أفرزتها التحولات الاجتماعية و الإقتصادية الكبيرة التي عرفتها معظم مجتمعات العالم بعد الحرب العالمية الثانية، وأصبحت الأمراض المزمنة تدرك وتعرف وفقا لحضور عاهة عضوية نفسية ترجع إلى ثلاث أشهر أو أقل بقليل أو أكثر من شأنها أن تخلق محدودية وظيفية للنشاطات البدنية والإنفعالية و المعرفية و الإجتماعية هذه المشكلات حضورها يتزامن مع تعاطي أدوية وتكفل طبي، وإن طرق المعيشة عند الأشخاص و التطورات الغير منتهية في مجال العناية الصحية تأخذ منحى كبير في تطور الصحة وذلك مع التطور في مجال تكنولوجيا العناية الصحية فإن نظرة البحث اتجاه المرض المزمن قد تغيرت من تعريف المقاييس التي تحسن جودة الحياة إلى تحديد وسائل القياس، ومن هنا جاءت الرغبة في تحسين جودة الحياة و أصبح لها أثر ذو أهمية خاصة في تهيئة الخدمة الطبية كما يأخذ الأشخاص في كلتا الحالتين الحادة المزمنة دور نشيط في عنايتهم الصحية واختيار العلاج المناسب لهم .

لذلك ارتأينا من خلال هذا البحث الكشف عن علاقة المساندة الاجتماعية بجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، و قد تم تقسيم الدراسة إلى جانبين رئيسيين يتمثلان في:

الجانب النظري و الجانب التطبيقي.

حيث تم التناول في **الجانب النظري:** إشكالية البحث، أهداف و أهمية الدراسة، الفرضيات، و كذلك التطرق إلى بعض الدراسات السابقة التي تمكنا من الحصول عليها.

بالإضافة لذلك هناك **ثلاثة فصول:** فصل خاص بالمساندة الاجتماعية **(الفصل الثاني)** تناولنا فيه: مفهوم المساندة الاجتماعية، مصطلحات مرتبطة بالمساندة الاجتماعية، النماذج الرئيسية لتفسير دور المساندة الاجتماعية، وكل من أشكال و مصادر المساندة الاجتماعية، و أليات المساندة عند المريض، أما **الفصل الثالث** فكان حول جودة الحياة، و تضمن ما يلي: مفهوم جودة الحياة، النظريات المفسرة لجودة الحياة، مظاهر و مستويات، قياس و مكونات جودة الحياة، و أليات الشعور بجودة الحياة لدى المرضى، أما **الفصل الرابع** فكان حول الأمراض المزمنة، و تضمن ما يلي: مفهوم الأمراض المزمنة، و تطرقنا أيضا إلى بعض من الأمراض المزمنة و الشائعة و هي كالتالي: مرض السكري، الربو، ضغط الدم، و القصور الكلوي.

أما **الجانب الميداني:** فتضمن فصل **(الفصل الخامس)** بعنوان إجراءات الدراسة الميدانية واحتوى على ما يلي: إجراءات الدراسة(منهج الدراسة، مجال الدراسة)، الدراسة الاستطلاعية، أدوات الدراسة، و الأساليب الاحصائية المستخدمة، و كذلك تضمن عرض و مناقشة نتائج الدراسة**(الفصل السادس)**. واستنتاج عام، الاقتراحات، و أخيرا خاتمة نهائية لبحثنا هذا.

الجـــانـــب
النـــظـــري

الفصل الأول: الجانب التمهدي للبحث

أولا: الاشكالية.

ثانيا: فرضيات البحث.

ثالثا: أهمية البحث.

رابعا: أهداف البحث.

خامسا: المفاهيم الأساسية.

سادسا: الدراسات السابقة.

سابعا: التعقيب على الدراسات.

أولا: الاشكالية:

إن واقع الحياة المعاصرة، بما فيها من سرعة وتطور في شتى المجالات صاحب تغير في أنماط الأمراض منها المنتقلة و غير المنتقلة، أو ما يسمى الأمراض المزمنة وهي تلك الامراض الملازمة للإنسان فترة طويلة من حياته و التي تحدث تأثيرات مباشرة وسيئة على صحته العامة .

تسبب له مشاكل صحية واجتماعية واقتصادية لأن المصاب بها لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة كما يجب، وعلى هذا فينظر إلى المصاب بالمرض المزمن على أنه ليس مريضا بالمفهوم العادي ولكنه مريض يعيش مشكلة دائما تقريبا، هذه الأمراض تصيب الانسان بصورة تدريجية دون الشعور بالألم، أو عدم الارتياح في مراحلها الأولى لذا نجد أصحابها يتأخرون في البحث عن المعونة الطبية وطلب الرعاية اللازمة لحماية أنفسهم مما يؤدي إلى مد جذورها فيهم، والتأثير على صحتهم وهذا ما يجعل المتخصصين في العلوم الطبية يصفونها بأمراض اجتماعية ومن أسباب هذه الأمراض نجد البيئة المحيطة و التغذية غير الصحية و الوراثة ولقد اعتمد الأطباء و الباحثون النفسيون وعلماء الاجتماع على مؤشرات موضوعية في مقاربتهم لهذه الأمراض نسبة الوفيات ومدى الانتشار وظهور المضاعفات الخطيرة و أيام الحياة التي يعيشها المريض بدون مضاعفات، والتكفل العلاجي ومدة الإقامة المتكررة في المستشفى و الضمان الاجتماعي ، ويظهر دور الطبيب المعالج في تقديم الرعاية الصحية و الطبية التي يحتاجها المريض ولن يتقبل المريض هذا الدور إلا من خلال تقبله للطبيب نفسه، فهناك أوقات طويلة وعصيبة يقضيها الفرد مع الأطباء فلاشك أنه إذا عاش الفرد في بيئة تشعره بالحب و التقبل تعلم أن يكون محبا ومن هنا تظهر أهمية المساندة الاجتماعية فمن منا لا يحتاج إلى الدعم و المساندة من قبل الآخرين، وإن كان هذا شعور الأسوياء أو من يظنون انهم أسوياء فإن هذا الاحتياج يكون في أوجه عند الشعور بالألم خاصة إذا كان هذا الألم لا ينتهي (مرض مزمن) والمساندة الاجتماعية هي مجموعة من الأشخاص (بما فيهم الأقارب) الأصدقاء الجيران يتركون لديك انطباع بأنهم في وسعهم الاعتناء ومد يد المساعدة لك وتقديرك وتفهمك ومنحك الحب، وقد اتفق معظم الباحثين على أن المساندة الاجتماعية تأتي من مصادر مختلفة منها الأسرة، الزوج أو

الزوج، الأصدقاء، الزملاء في العمل، وفي السياق نفسه خص (Norbeck 1985) مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر هي الزوج أو الزوجة الأسرة الأقارب الأصدقاء الجيران، زملاء العمل أو الدراسة، توفر الرعاية الصحية، المرشد أو المعالج ورجال الدين. كما يرى ساراسون (1986) " أن مجرد إدراك الفرد أنه يستطيع الركون إلى شخص ما للمساعدة، فإن هذا من شأنه أن ينقص من الضغوط الواقعة عليه. (حسين فايد، 2006، ص239) ويؤكد هذا الرأي الدراسة التي قام بها كل من "دريلسر" و "باندون "(2000) حيث يرى هؤلاء أن الفرد يمكن أن يدرك موقف على أنه ضاغط بدون أن تكون لديه استجابات القلق و الضيق إذا استفاد من السند الاجتماعي و بالمقابل السند الاجتماعي الضعيف يعتبر كعامل هشاشة أما الحدث الضاغط، فأهمية وخصوصية السند الاجتماعي لا يتوقف على جملة العلاقات بل على نوعية السند العاطفي الذي يتمثل لدى المريض، يعني هذا أن السند الاجتماعي يوحي إلى أحاسيس الأمان التي يشعر بها الفرد بفعل أنه يمكن أولا أن يستند إلى شخص ما عندما يتعرض لشيء (Fischer GN ,2002,p390) بينما يرى " ليبرمان "(1982) أن مفهوم السند الاجتماعي أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث يعتمد السند الاجتماعي في التقدير على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الإطار التي يشتمل على الأفراد الذين يثقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم (حسين فايد، 2006 ،ص 174) وقد اهتم علماء النفس الاجتماعي بتصور كل إنسان لنوعية حياته حيث ركزوا على مفاهيم السعادة و الرفاهية و الإشباع والتوافق الاجتماعي وأخيرا نوعية الحياة كما ركزوا على المكونات الوجدانية و المعرفية للسعادة و الرفاهية والإشباع والتوافق الاجتماعي وكذا العوامل المؤثرة فيها مثل : العوامل الداخلية : أهداف ومعنى الحياة و الشعور بالكفاءة الذاتية و العلاقات الاجتماعية وتقدير الذات والحاجات والرغبات، والعوامل النفسية المرضية وتدعى العوامل الذاتية وترى (فوقية حسن عبد الحميد، 2005 ،ص101) أن أهم معوقات جودة الحياة هي ضغوط الحياة تسبب ضغوط الحياة التي يوجهها الإنسان وخاصة ضغط العمل العديد من الأمراض منها أمراض القلب و الفرحة وغيرها من الأمراض الأخرى، وتعتبر الصحة مكون من المكونات الهامة للشعور الذاتي بالهناء وحسن الحال ن فهي بحق أحد العناصر الموضوعية وترتبط ارتباطا

وثيقا بالسعادة، ويرى البعض أن الصحة هي واحدة من أسباب السعادة الرئيسية.
(مايكل أرجابل ،1993،ص227)

ويرى علماء النفس أنه لا يمكن التحكم في مفهوم وأهداف جودة الحياة إلا إذا نظرنا إليها من جانب الصحة الجسمية، الصحية العقلية و الانفعالية، والتفاعل الاجتماعي.

وبناء على ما سبق سوف تتناول الدراسة الحالية العلاقة بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

و من هنا تتبلورمشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

. هل توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية و جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

ويتفرع من السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية :

. هل توجد فروق في جودة الحياة تعزى لمستوى المساندة الاجتماعية لدى المصابين بالأمراض المزمنة ؟

. ما مستوى تقدير المصابين بالأمراض المزمنة لجودة الحياة ؟

. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية تعزى لعامل الجنس لدى المصابين بالأمراض المزمنة ؟

الفرضية العامة:

توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة .

ثانيا: فرضيات البحث:

. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين درجات المساندة الاجتماعية و درجات جودة الحياة لدى المرضى المزمنين.

. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية تعزى لعامل الجنس لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة ال حياة والمساندة الاجتماعية تعزى لنوع المرض.

ثالثا: أهمية البحث:

تنبع أهمية الدراسة من انتشار الأمراض المزمنة خاصة في مجتمعنا، و كذلك لأسباب عديدة و متنوعة منها الوراثية و المكتسبة نتيجة للعادات الغذائية الخاطئة أو التعرض لضغوط نفسية شديدة، و مدى تأثير هذا المرض على الفرد خاصة في أحرج مراحل حياته و هي مرحلة الرشد، و مدى احتياجه للمساندة من قبل الأخرين و الى أي مدى تؤثر هذه المساندة على جودة حياته.

و يمكن توضيح هذه الأهمية في النقاط التالية:

1. ندرة الدراسات العربية التي تناولت مجريات الدراسة فب حدود علم الباحث .

2. يسهم هذا البحث في الارشاد النفسي للمرضى المزمنين، كما يسهم في ارشاد الأسرة، و الأطباء المعالجين في الوقوف على أهم أنواع و مصادر المساندة التي يمكن تقديمها للمريض.

3. تقدم الدراسة الحالية أكثر أداة مقننة تتمثل في مقياس للمساندة الاجتماعية خاص بالأمراض المزمنة، كذلك مقياس لجودة الحياة للأمراض المزمنة.

رابعا: أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية الى ما يلي :

1. الكشف عن أنواع المساندة الاجتماعية التي يمكن تقديمها للمصابين بالأمراض المزمنة.

2. الكشف عن مصادر المساندة المختلفة التي تحتاجها المصاب بالأمراض المزمنة.

3. الكشف عن أنواع المساندة المنبئة و المؤثرة على جودة الحياة للمصابين بالأمراض المزمنة.

4. الكشف عن ديناميت شخصية المرضى المزمنين، الراشدين الأعلى و الأقل شعورا بجودة الحياة.

خامسا: المفاهيم الأساسية البحث:

1. المساندة الاجتماعية:

. اصطلاحا: هي إدراك الفرد على أن لديه عددا كافيا من الأشخاص في حياته(أسرة . أصدقاء . مؤسسات مجتمعية) يمكن الرجوع إليهم عند الحاجة و أن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذا الدعم المتاح له. **(فايد، 2001، ص 337)**

. اجرائيا: الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (المريض المزمن) على مقياس المساندة الاجتماعية. من مذكرة السند الاجتماعي (مختلف الابعاد) وعلاقته بالصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية.

2. جودة الحياة:

. اصطلاحا: هي درجة احساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصية من الأبعاد النفسية و العقلية و الاجتماعية و الثقافية، الرياضية، الدينية، و العقلية و التنسيق بينهما، و تتمثل بالشعور بالرضا و السعادة و قدراتهم على اشباع حاجاتهم من خلال ما يتوفر من قدرات و امكانات، و ما يقدم لهم من خدمات في مجال الأسرة مع حسن إدارتهم للوقت و الاستفادة منه. **(محمود عبد الحليم و أخرون، 2006، ص 65)**

. إجرائيا: هي الدرجة التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة (المريض المزمن) على مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية.

سادسا: الدراسات السابقة:

1. الدراسات التي تتعلق بالمساندة الاجتماعية و علاقتها ببعض المتغيرات :

أ. الدراسات الاجنبية :

ـ دراسة كوهين روس (1987) : هدفت الدراسة إلى التعرف على دور المساندة الاجتماعية كعامل وسيط في التخفيف من التأثير السلبي للضغوط الحياتية و تكونت عينة الدراسة من (109) طالبا منهم (72 طالبا) و (78 طالبة) بمتوسط عمري قدره 18,2 سنة و استخدم مقياس أدوات الحياة الضاغطة الهولمزوراهي، و مقياس إدراك المساندة الاجتماعية لسارسون و أخرين، و أظهرت النتائج أن للمساندة دورا ملطفا وواقيا من وقع أحداث الحياة الضاغطة، كذلك أظهرت التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية على الصحة النفسية .

ـ **دراسة تومسون و هيلر (1990)** : العلاقة بين المساندة الاجتماعية من قبل الأسرة و الأصدقاء و علاقتها بالشعور بالعزلة و الاكتئاب لدى المسنات .

و قد أجريت الدراسة على عينة بلغت (608) مسنة تراوحت أعمارهن ما بين (65 و 93) سنة بمتوسط عمري (82) سنة وقد طبقت عليهن الأدوات التالية : مقياس الاتجاهات نحو الشيخوخة، مقياس رادولف للاكتئاب، مقياس الصحة الجسمية، مقياس إدراك المساندة الاجتماعية، مقياس الشعور بالوحدة النفسية و كان من نتائج الدراسة أن المساندة الاجتماعية بشكل عام ترتبط بانخفاض أعراض الاكتئاب و انخفاض الشعور بالوحدة النفسية، و أن عمق المساندة الاجتماعية لدى المسنات يرتبط بشعورهن بالسعادة النفسية، كما أن المساندة من قبل الأسرة أكثر تأثيرا من المساندة من قبل الأصدقاء .

ـ **دراسة أديسون (1997) بعنوان** : أباء و أمهات المعاقين حركيا و تأثير الضغوط الوالدية و الاداء الوظيفي والمساندة الاجتماعية، و هدفت الدراسة إلى التحقق من تأثير الاعاقة على مستوى ضغط الوالدين و طبيعة العلاقات و التفاعلات الاسرية و الاداء الوظيفي للنسق الاسري و دور الدعم و المساندة الاجتماعية في تخفيف الضغوط و العمل

على مساندة الاسرة و مساعدتها على القيام بوظائفها بصورة طبيعية، و تكونت عينة الدراسة من (30) زوجا و زوجة من أباء و أمهات الأطفال المعاقين حركيا و(32) زوجا و زوجة من أباء و أمهات الاطفال العاديين، و قد اشتملت الدراسة على مقياس الضغوط النفسية و الاجتماعية و التفاعلات الأسرية، هذا و أسفرت الدراسة عن وجود فروق دالة في مستوى الضغوط النفسية بين أباء و أمهات الأطفال المعاقين و أقرانهم العاديين، حيث كان أباء الأطفال المعاقين حركيا أكثر معاناة من كثير من الضغوط النفسية و المادية و أن هناك العديد من الجوانب السلبية في التفاعلات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين نظرا لأن وجود طفل معاق داخل الأسرة يؤدي للاضطراب و القلق .

الدراسات العربية:

ـ **دراسة المدهون (2003):** بعنوان المساندة الاجتماعية كما يدركها المعاقون حركيا وعلاقتها بالصحة النفسية في محافظات غزة.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية و الصحة النفسية للمعاقين حركيا في محافظات غزة و ذلك للتأكد من دور المساندة الاجتماعية كمتغير نفسي اجتماعي في تخفيض درجة التوتر و القلق و الخجل و الانطواء و الانسحاب و العزلة و الاكتئاب مما يحقق التوافق الذاتي و الأسري و الاجتماعي و المهني و تحسين درجة الصحة النفسية عن المعاقين حركيا، و تكونت عينة الدراسة من (140) معاقا منهم (76) ذكور و(64) إناث، تتراوح أعمارهم بين (18 إلى 50) سنة.

و استخدم الباحث مقياسيين و هما مقياس المساندة الاجتماعية، و مقياس الصحة النفسية و بنتائج الدراسة أن هناك فروق لصالح الذكور في بعد التوافق الاجتماعي، و في بعدي التوافق الأسري و التوافق مع الذات لصالح الإناث، كما دلت النتائج أيضا أن هناك فروق لصالح الذكور في كل أبعاد التوافق و الخلو من الاكتئاب.

ـ **دراسة العتيبي (2006):** بعنوان اتخاذ القرار و علاقته بكل من فاعلية الذات و المساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف .

تم تطبيق الدراسة على عينة تكونت من (242) مرشدا من المرشدين الطلابيين الذين يعملون بمدارس التعليم العام الحكومي بمحافظة الطائف، استخدم الباحث المنهج الوصفي لملاءمته لطبيعة الدراسة، كما استخدم الباحث اختبار اتخاذ القرار إعداد عبدون (د، ت)، و مقياس فاعلية الذات إعداد العدل (2001)، و مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد الباحث (2006)، و استخدم الأساليب الإحصائية التالية : معاملات ارتباط بيرسون، تحليل التباين، اختبار (ت)، و الانحدار الخطي المتعدد، و كان من نتائج الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين كل من درجات القدرة على اتخاذ القرار وكل من درجات فاعلية الذات، و المساندة من جانب المدرسة، و المساندة من جانب أولياء الأمور و المساندة من جانب المعلمين رضا المرشد الطلابي عن المساندة، و الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية، في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية وفقا لمكان العمل و لسنوات الخبرة، و للراتب سواء لمتوسطات درجات القدرة على اتخاذ القرار أو متوسطات درجات فاعلية الذات أو متوسطات درجات المساندة الاجتماعية في جميع المحاور لدى المرشدين الطلابيين، كما توجد إمكانية للتنبؤ بالقدرة على اتخاذ القرار لدى المرشدين الطلابيين من خلال كل من فاعلية الذات و المساندة الاجتماعية، حيث بلغت قيمة مربع معامل الارتباط (0,893) و هذا يعني أن (89,3) من القدرة على اتخاذ القرار تعتمد على فاعلية الذات و المساندة الاجتماعية .

2. الدراسات التي تتعلق بجودة الحياة:

- **دراسة شميدت و بور(2006):** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة محددات جودة الحياة و الصحة النفسية في المجتمع الأوروبي من خلال مشروع Enrohis و قد تكونت عينة الدراسة من 8949 من الراشدين في 10 دول من أوروبا الشرقية و الغربية و قد استخدم الباحثان مقياس جودة الحياة و اعتماد المنهج الوصفي التحليلي.

و قد أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الرعاية الصحية و الصحة النفسية و جودة الحياة، كما وجدت فروق في مستوى جودة الحياة بين دول أوروبا الغربية و الشرقية تعود للرعاية الصحية و الفروق الثقافية و أسلوب الحياة، و أن الصحة النفسية عامل قوي للتنبؤ بمستوى جودة الحياة.

ـ دراسة كي بو و أخرون (2008): هدفت هده الدراسة إلى الكشف عن تقييم السعادة الشخصية لدى عينة من الراشدين و المسنين و قد استخدم الباحثون مقياس السعادة الشخصية و كذلك مقياس جودة الحياة كما تم استخدام المقابلات الشخصية معتمدين على المنهج الوصفي التحليلي.

و قد أشارت النتائج المتواصل إليها إلى أنه يمكن استخدام متغير السعادة الشخصية كمبنى لجودة الحياة، كما ان متغير السعادة الشخصية يفسر الاختلافات الكبيرة في مستويات جودة الحياة.

ـ دراسة الكرفي (2011): هدفت هده الدراسة إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة و الذكاء الانفعالي لدى المرشدين التربويين في بغداد، كما تهدف إلى معرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس جودة الحياة و مقياس الذكاء الانفعالي و التي يمكن أن تعزى لمتغير الجنس، الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب) لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة ببناء مقياس جودة الحياة (2011)، و مقياس الذكاء الانفعالي (2011) على عينة مكونة من (450) مرشد و مرشدة تربوية ثم اختيارهم بطريقة عشوائية من المدارس التابعة للمديرية العامة للتربية بالي و المديرية العامة لتربية بغداد و قد اعتمدت الباحثة عدد من الأساليب الإحصائية تمثلت في معامل ارتباط بيرسون، اختيار (T) لعينة واحدة، و لعينتين مستقلتين، الانحراف المعياري،

و أظهرت النتائج ما يلي :

. عدم وجود علاقة ارتباطية بين جودة الذكاء الانفعالي لدى المرشدين التربويين.

. لا توجد فروق في جودة الحياة لدى المرشدين التربويين وفق متغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية).

. لا توجد فروق في الذكاء الانفعالي لدى المرشدين التربويين وفق متغير (الجنس) أما وفق الحالة الاجتماعية فكانت الفروق لصالح المتزوجين.

ـ دراسة الشرافي (2012): تهدف هده الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أساليب مواجهة الخبرة الصادمة وجودة الحياة لدى معلمي وكالة الغوث بغزة، و التعرف على أهم أساليب مواجهة الخبرة الصادمة، و كذلك التعرف إلى الجودة .

كما تهدف إلى معرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس أساليب المواجهة، و مقياس جودة الحياة و التي يمكن أن تعزى إلى المتغيرات التالية (الجنس، المرحلة التعليمية، عدد سنوات الخبرة، القرب من خص التماس، عدد أفراد الاسرة، الدخل) تكونت عينة الدراسة من (401) معها من الجنسين و تمت تصفية العينة للوصول إلى دوي الخبرة الصادمة من المعلمين وقد بلغ عددهم (215) معلما من الجنسين، وقد استخدم مقياس أساليب المواجهة من إعداد لازروس (1986) (**تعريب سمير قوته،1997**) و مقياس الخبرة الصادمة من إعداد الباحث، و مقياس جودة الحياة (من إعداد الباحث) حيث استخدم المنهج الوصفي التحليلي .
وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة جيدة، كما أشارت إلى عدم وجود فروق في جميع أبعاد جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس عدا بعدي جودة الحياة الصحية الجسمية، و جودة الحياة النفسية لصالح الذكور و كدا عدم وجود فروق في جميع أبعاد جودة الحياة تبعا للدخل عدا بعد جودة البيئة المدرسة .

ـ دراسة نفيسة (2012): هدفت هده الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق و تشرين حسب مكان السكن، الجنس و التخصص و تكونت عينة الدراسة من (360) طالب و طالبة و قد استخدم الباحث مقياس جودة الحياة (من إعداد مسي وكاظم) و تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي .

و قد أشارت النتائج إلى وجود مستوى متدني من جودة الحياة لدى طلبة الجامعة وعدم وجود فروق بين طلبة جامعتي دمشق و تشرين في أبعاد جودة الحياة وفقا لمتغير المحافظة (دمشق، الانطبة) و التخصص و الجنس، كما أشارت الدراسة على عدم وجود علاقة بين دخل الأسرة و أبعاد جودة الحياة .

ـ دراسة أحمد إبراهيم العجوري (2013): هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الذكاء الاجتماعي و كذلك مستوى جودة الحياة لدى المعلمين و المعلمات في محافظة شمال غزة، وكذا معرفة العلاقة بينهما و الفروق في الذكاء الاجتماعي و في جودة الحياة وفقا للمتغيرات التصنيفية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية و المستوى الاقتصادي).

وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي على عينة تم اختيارها بالطريقة العشوائية العنقودية بلغت (387) معلما و معلمة من الجنسين منهم (134) ذكو، (253) اناث، وقد قام بتطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس الذكاء الاجتماعي (2001)، Silrera بين (18 إلى50 سنة)و استخدم الباحث مقياسين و هما مقياس المساندة الاجتماعية، و مقياس الصحة النفسية و بينت نتائج الدراسة أن هناك فروق لصالح الذكور في بعد التوافق الاجتماعي، في بعدي التوافق الأسري و التوافق مع الذات لصالح الاناث، كما دلت النتائج أيضا أن هناك فروق لصالح الذكور في كل ابعاد التوافق و الخلو من الاكتئاب .

سابعا: التعقيب على الدراسات السابقة :

بعد استعراض الدراسات السابقة، تم استخلاص أهم المعلومات من تحليل هذه الدراسات من حيث الموضوع، و الهدف و العينة، الأدوات المستخدمة و النتائج و هي كما يلي:

1. من حيث الهدف:

ـ بالنسبة للمحور الأول المساندة الاجتماعية كانت أهم الاهداف :

. التعرف على دور المساندة الاجتماعية للضغوطات الحياتية كما في دراسة كوهين روس (1987).

. العلاقة بين المساندة الاجتماعية من قبل الاسرة و الاصدقاء وعلاقتها بالشعور بالعزلة و الاكتئاب لدى المسنين كما في دراسة تومسون و هيلر(1990).

ـ التحقق من تأثير الاعاقة على مستوى الوالدين و طبيعة العلاقات و التفاعلات الاسرية كما في دراسة أديسون (1997).

ـ علاقة المساندة الاجتماعية في اتخاذ القرارات لدى المرشدين كما في دراسة العتيبي (2006).

ـ بالنسبة للمحور الثاني جودة الحياة كانت أهم الأهداف:

ـ معرفة محددات جودة الحياة و الصحة النفسية في المجتمع الاوروبي كما في دراسة شميدث وبور (2006).

ـ الكشف عن تقييم السعادة الشخصية لدى عينة من الراشدين و المسنين كما في دراسة كيبو و اخرون (2008).

ـ معرفة العلاقة بين جودة الحياة و الذكاء الانفعالي لدى المرشدين التربويين في دراسة الكرفي (2011).

ـ معرفة العلاقة بين أساليب مواجهة الخبرة الصادمة و جودة الحياة كما في دراسة الشرافي (2012).

ـ معرفة مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة كما في دراسة نفيسة (2012).

ـ التعرف على مستوى الذكاء الاجتماعي و مستوى جودة الحياة لدى المعلمين و المعلمات كما في دراسة إبراهيم العجوري (2013) .

ـ الكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة و مصادر استبيان طبيعة العمل عند الاستاد الجامعي كما في دراسة شيخي مريم (2014) .

2. من حيث العينة:

ـ بالنسبة للمحور الأول المساندة الاجتماعية:

. من حيث حجم العينة:

. تتراوح من(109) طالبا في دراسة كوهين روس (1987).

. تتراوح من(608) فرد من المسنين في دراسة تومسون و هيلر(1990).

. تتراوح حجم العينة من (30) إلى (32) فردا في دراسة أديسون (1997) .
. تتراوح من (242) فرد في دراسة العتيبي (2006) .

. من حيث نوع العينة:

تناولت بعض الدراسات عينة من الإناث فقط، أو إناث وذكور معا أو ذكور فقط.

. من حيث عمر العينة:

تناولت بعض الدراسات الكبار مثل دراسة تومسون و هيلر (1990) امتد العمر الزمني من (65 إلى 93) سنة.

و أما الدراسات الأخرى فكانت من (18) سنة فما فوق.

. بالنسبة للمحور الثاني جودة الحياة:

. من حيث حجم العينة:

. تراوح حجم العينة من (8949) فرد في دراسة شميدت و بور (2006) .
. تراوح حجم العينة من (450) فرد في دراسة الكرخي (2011) .
. تراوح حجم العينة من (215) فرد في دراسة الشرافي (2012).
. تراوح حجم العينة من (360) فرد في دراسة نفيسة (2012).
. تراوح حجم العينة من (387) فرد في دراسة إبراهيم العجوري (2013) .

. من حيث نوع العينة:

تناولت بعض الدراسات عينة من الذكور و الاناث.

. من حيث عمر العينة:

تناولت الدراسة مراحل عمرية مختلفة فهناك دراسات تناولت مرحلة الرشد (الراشدين) منها: دراسة شميدت و بور (2006)، الكرخي (2011)، الشرافي (2012)، أحمد إبراهيم العجوري (2013) .

و دراسات تناولت الراشدين و المسنين منها دراسة كي بو و اخرون (2008) .

3. **من حيث الأدوات:**

ـ بالنسبة للمحور الاول المساندة الاجتماعية:

. مقياس أحداث ضاغطة، مقياس إدراك المساندة الاجتماعية لسارسون و أخرون كما في دراسة كوهين روس(1987).

. مقياس الاتجاهات نحو الشيخوخة، مقياس رادولف للاكتئاب، مقياس الصحة الجسمية ،مقياس إدراك المساندة الاجتماعية، ومقياس الشعور بالوحدة النفسية، كما في دراسة تومسون و هيلر(1990).

ـ مقياس الضغوط النفسية و الاجتماعية و التفاعلات الاسرية، كما في دراسة (1997).

ـ اختبار اتخاذ القرار، مقياس فاعلية الذات، مقياس المساندة الاجتماعية و استخدام أساليب إحصائية مثل معامل ارتباط بارسون، تحليل التباين، الانحراف الخطي، كما في دراسة العتيبي (2006).

ـ بالنسبة للمحور الثاني جودة الحياة:

ـ مقياس جودة الحياة كما في دراسة شميدت و بور (2006) .

ـ مقياس السعادة الشخصية، مقياس جودة الحياة، مقابلات الشخصية كما في دراسة بو و اخرون (2008) .

ـ مقياس جودة الحياة، مقياس الذكاء الانفعالي، أساليب إحصائية تمثلت في : معامل بيرسون، اختبار (T)، الانحراف المعياري، كما في دراسة الكرفي (2011) .

ـ مقياس أساليب المواجهة، مقياس جودة الحياة ،مقياس الخبرة الصادمة كما في دراسة الشرافي.

ـ مقياس جودة الحياة كما في دراسة نفيسة (2012).

ـ مقياس الذكاء الاجتماعي (2001)، مقياس جودة الحياة، الأساليب الاحصائية : معامل

الارتباط بيرسون، معادلتي سيبرمان و جثمان، معامل ألفا لكروبناخ، اختبار (T) تحليل التباين الاحادي و الثنائي، الانحراف المعياري، المتوسط الحسابي، اختبار شيفيه كما في دراسة أحمد إبراهيم العجوري (2013) .

4. من حيث النتائج:

ـ بالنسبة للمحور الاول المساندة الاجتماعية :

ـ وجود فروق دالة في مستوى الضغوط النفسية بين الاباء و الامهات الاطفال المعاقين و أقرانهم العاديين، حيث كان أباء الاطفال المعاقين حركيا أكثر معاناة من الضغوط النفسية و المادية ووجود جوانب سلبية في التفاعلات الاسرية داخل أسر الاطفال المعاقين كما في دراسة أديسون (1997) .

ـ ترتبط المساندة الاجتماعية بانخفاض أعراض الاكتئاب و انخفاض الشعور بالوحدة النفسية، كما أن المساندة من قبل الأسرة أكثر تأثيرا من المساندة من قبل الاصدقاء، كما في دراسة تومسون وهيلر (1990) .

ـ توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات القدرة على اتخاذ القرار، و كل من درجات فاعلية الذات، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية وفقا لمكان العمل و سنوات الخبرة، إمكانية التنبؤ بالقدرة على اتخاذ القرار من خلال فاعلية الذات و المساندة الاجتماعية كما في دراسة العتيبي (2006) .

ـ بالنسبة للمحور الثاني جودة الحياة:

يمكن إجمال أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة الخاصة بهذا المحور فيما يلي:

ـ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الرعاية الصحية و الصحة النفسية و جودة الحياة، كما وجدت فروق في مستوى جودة الحياة بين الدول الغربية و الشرقية و هذا راجع إلى الرعاية الصحية و الفروق الثقافية و أسلوب الحياة، و الصحة النفسية عامل قوي للتنبؤ بمستوى جودة الحياة، كما في دراسة شميدت و بور (2006) .

- يمكن استخدام متغير السعادة الشخصية كمبنى لجودة الحياة، كما أن متغيرات السعادة الشخصية يفسر الاختلافات الكبيرة في مستويات جودة الحياة كما في دراسة لكي بو و أخرون (2008) .

- عدم وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة لدى المرشدين النفسانيين وفق متغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية)، لا توجد فروق في الدكاء الانفعالي وفق متغير الجنس أما الحالة الاجتماعية فكانت الفروق لصالح المتزوجين كما في دراسة الكرخي (2011) .

- عدم وجود فروق في جميع أبعاد جودة الحياة لمتغير الجنس عدا بعدي جودة الحياة الجسمية و النفسية لصالح الذكور و كذا عدم وجود فروق في جميع أبعاد جودة الحياة كما في دراسة الشرافي (2012) .

- وجود مستوى متدني من جودة الحياة لدى طلبة الجامعة و عدم وجود فروق بين طلبة جامعتي دمشق و شرين كما في دراسة نفيسة (2012) .

- وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين الذكاء الاجتماعي و جودة الحياة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى عينة من المعلمين و كانت لصالح الذكو، كما في دراسة أحمد إبراهيم العجوري (2013) .

الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية

تمهيد.

أولا: مفهوم المساندة الاجتماعية.

ثانيا: مصطلحات مرتبطة بالمساندة الاجتماعية.

1. **الدعم والتأييد.**
2. **التضامن.**
3. **التعاون.**

ثالثا: النماذج الرئيسية لتفسير دور المساندة الاجتماعية.

1. **النموذج الرئيسي.**
2. **النموذج الأثر الواقي أو المخفف للضغط.**

رابعا: أشكال المساندة الاجتماعية.

1. **المساندة الانفعالية.**
2. **المساندة المعرفية.**
3. **المساندة المالية.**
4. **المساندة التقديرية.**
5. **المساندة الصحية الاجتماعية.**

خامسا: أهمية المساندة الاجتماعية.

سادسا: مصادر المساندة الاجتماعية.

سابعا: آليات المساندة الاجتماعية عند المريض.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر المساندة الاجتماعية من المتغيرات التي يختلف الباحثون تعريفها وفقا لتوجهاتهم النظرية، فقد تناول علماء الاجتماع هذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا مصطلح الشبكة الاجتماعية الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور المساندة الاجتماعية و الذي يطلق عليه البعض مسمى الموارد أو الإمكانات الاجتماعية، بينما يحدده البعض الآخر غلى انه إمدادات اجتماعية فالروابط الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين تعتبر ومنذ الأزل من المظاهر الحياتية التي تبعث على تحقيق الرضا الانفعالي، كما انها يمكن أن تخفف من تأثير الضغط، وتساعد الفرد على التعامل مع الاحداث الضاغطة، وتخفف مما يمكن أن يقود إليه الضغط من سوء الصحة.

أولا: تعريف المساندة الاجتماعية:

يرى تايلور(2008)هي الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب و الاهتمام، والاحترام، والتقدير، ويشكلون جزءا من دائرة علاقاته الاجتماعية، ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل: الوالدين، الزوج، الأولاد، الأقرباء، والأصدقاء. **(تايلور ،2008، ص 445)**

وتعرف كذلك بأنها شبكة من العلاقات التي تقدم مساندة مستمرة للفرد بصرف النظر عن الضغوط النفسية الموجودة في حياته، وهي إما أن تكون موجودة أثناء حدوث الضغوط النفسية أو أن يكون لدى الفرد إدراك بأنها ستنشط في حالة وجود الضغوط. **(الصبان، 2003، ص 23 . 24)**

ويعرفها ساراسون و آخرون بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويقفوا بجانبه عند الحاجة.

(فايد ، 1998،ص161)

ويعرفها عماد مخيمر(1997) بأنها عملية تقويمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية و علاقاته مع الآخرين، كما أن الدعم الاجتماعي يأخذ معناه على حسب المرحلة العمرية التي يكون فيها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تتمثل فيما تقدمه الأسرة من مساندة وخاصة الأم والأب و الأشقاء، وفي مرحلة المراهقة يتمثل الدعم فيما تمثله العلاقة الزوجية و العلاقات مع الأبناء وزملاء العمل. **(بن طاهر، 2005، ص54)**

كما أنها اهتمام المنظمة بتوفير الفرص للعلاقات الاجتماعية وبث روح التعاون و التآلف بين العاملين و التي تعمل في اتجاهين كلاهما لصالح الفرد و المنظمة، فمن جانب تزيد من استجابات الفرد في العمل لأنه يحقق حاجات مهمة مثل الضمان و القبول و الانتماء، ومن جانب آخر فإنها تعمل كمنطقة عازلة أو مخففة للضغوط حيث يتم ذلك من خلال التعاطف و تقديم المساعدة. **(عسكر، 1998، ص 117)**

ترى الباحثتان أن كافة التعاريف اتفقت على ان المساندة الاجتماعية هي تعاون الآخرين مع المريض وتوفير الخدمات و الدعم له .

وتعرف الباحثتان المساندة الاجتماعية على أنها أي عون أو مساعدة يقدمها الآخرون للمريض وتشعره بالراحة و الاستقرار.

ثانيا: بعض المصطلحات القريبة من مصطلح المساندة الاجتماعية:

من بين المرادفات التي تستخدم للتعبير عن مفهوم المساندة الاجتماعية هي : (الدعم و التأييد . التضامن . التعاون)

1. الدعم و التأييد: تأييد الفرد بالمساعدة أو التشجيع أو الانحياز وبنوع خاص في المنافسات، وكذلك تأييد المدعي عليه في الدعوى و تأييد كل ما هو صحيح وحقيقي وعادل في حركة فكرية أو سياسية معينة.

2. التضامن: هو عملية التآزر أو الاعتماد المتبادل كما تظهر في الحياة الاجتماعية و المعنى الأصلي لهذا المفهوم معنى تشريعي فقد كان يستخدم للإشارة إلى تضامن الفرد مع جماعته في المسؤولية.

3. التعاون: أحد مظاهر التفاعل الاجتماعي ونمط من أنماط السلوك الإنساني وعملية التعاون هي التعبير المشترك لشخصين أو أكثر في محاولة لتحقيق هدف مشترك.

ثالثا: النماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية:

1.نموذج الأثر الرئيسي:

ويقرر هذا النموذج وجود أثر عام ومفيد للمساندة الاجتماعية على الصحة البدنية بصرف النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت ضغط ام لا وذلك من خلال تزويد الشبكات الاجتماعية للفرد بخبرات إيجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع .ويعمل هذا النوع من المساندة على تحسن ظروف الحياة و الإحساس بالاستقرار كما تعمل عل تجنب الخبرات السالبة و التي من الممكن أن تزيد من احتمال حدوث

الاضطرابات النفسية و البدنية في حال عدم توفر المساندة الاجتماعية.

(محمد السيد عبد الرحمان، 2001، ص 321)

2. نموذج الأثر الواقي أو المخفف للضغط:

تقدم هذه النظرية مفهوما جديدا هو نموذج الحماية ، ويقصد به أن المساندة الاجتماعية المرتفعة تحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حالته الصحية ويفترض أن المساندة الاجتماعية ترتبط بالصحة فقط بشكل أساسي للأشخاص الذين يقعون تحت ضغط، وانها تستطيع أن تخفض من الضغط النفسي حتى يستعيد الفرد نواحي النقص التي نشأت لديه بسبب الحزن، ويظهر ذلك في محورين:

أ . المحور الأول : يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحدث الضاغط أو(توقعه) وبين رد فعل الضغط حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط، بمعنى أن إدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد و الإمكانات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط.

ب . المحور الثاني: تتدخل المساندة بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية، عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط بالتأثير المباشر غلى العمليات الفيزيولوجية، وقد تزيل المساندة الاثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الفرد للمشكلة. **(الشناوي وعبد الرحمان 1994، ص39)**

رابعا:أشكال المساندة الاجتماعية:

يمكن تحديد أنماط المساندة الاجتماعية كمايلي:

1. المساندة الانفعالية:

كما يعرفها كوهين 1992 بأنها هي مظاهر الرعاية و الاهتمام التي تقدم بشكل لفظي او غير لفظي، و تتضمن الاستمتاع و الطمأنينة و تتيح الفرصة للتعبير عن المشاعر التي ربما تخفض من المشقة، و تؤدي إلى تحسين العلاقات بين الأفراد و التزويد ببعض الاهداف أو المعاني لخبرات الحياة . **(محمد شعبان، 2000، ص400)**

كما يعرفها ملان ونش وزاريت 1995بأنها المساندة المتمثلة في إظهار مشاعر الود و الحب للمسنين وإشعارهم بأنهم هناك من يقف بجانبهم وجانيا عند الحاجة.

(Malone Beacch ;E ;et la; 1995; P92)

و يقصد بها مشاعر المودة، و الصداقة و الرعاية، و الاهتمام و الحب، والثقة في الآخرين و الاحساس بالراحة و الانتماء، فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة، أو يمر بخبرة اكتأب أو حزن، أو قلق أو فقدان تقير الذات أو التقليل من مشاعر عدم الكفاءة

الشخصية عن طريق معرفة الفرد بأنه محبوب و ذو قيمة.

(SARAFINOR ;1998 :97)

2. المساندة المعرفية Cognitive support:

و المساندة Appraisal Support و مساندة التقييم Advice ويطلق عليها احيانا النصح و التوجه المعرفي وهذا النوع من المساندة INformational Supportإعطاء المعلومات ساعد في تحديد التعامل مع الأحداث المشكلة الضاغطة.

(حمدى سعد شعبان، 2000،ص 40)

و يرى ويلز WILLS أن كلا من المساندة بالمعلومات و المساندة التقييمية يميلان إلى الاشتقاق من نفس المصدر، وهو يعرف المساندة المعرفية بأنها إعطاء المعلومات و النصح و الارشاد . **(بشرى إسماعيل ،2004،ص 20)**

و يقصد بها أيضا التزويد بالنصيحة و الارشاد أو المعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد بطرق إدارة مشكاته و التعايش معها .

(عزة عبد الكريم مبروك،2001،ص59)

3. المساندة الماليةMATERAIL SUPPORT:

و يطلق عليها المساندة الاجرائية و العون AID، و المساندة الادائية و المساندة الملموسة .

وتشمل هذا النوع من المساندة على تقديم العون المالي و الامكانيات المادية و الخدمات الازمة، وقد يساعد العون الإجرائي على تخفيف الضغوط عن طريق الحل المباشر للمشكلات الاجرائية أو عن طريق إتاحة بعض الوقت للفرد المتلقي للخدمة أو العون للأنشطة مثل الراحة أو الاسترخاء .

(محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن ،1994،ص41)

وهي مساندة مباشرة و فعالة في الموقف، و يحصل عليها الفرد من مساعدة الناس له بالأموال و الأدوات أو مشاركته في بدل الجهد و تجمل الموقف و تخفيف المسؤولية و تقليل الخسائر، وهي تقدم في صورة هدايا أو منح قروض مسيرة أو أشياء عينية أو تطوع في عمل يزيد الفرح في السراء أو تحقيق التوتر في الضراء.

(كمال ابراهيم موسى، 2000، ص 197)

كما تظهر المساندة المالية في صور عديدة كالدعم المادي أوقات التعرض للأزمات، كما تظهر في الاجراءات المباشرة التي يقدمها الآخرون للفرد عند تعرضه للمواقف الصعبة، كقيامهم بأعماله أثناء تعبه. **(جيهان أحمد حمزة، 2002، ص 35)**

4. المساندة التقديريةESTEEM SUPPORT:

ويشار هذا النوع من المساندة بمسميات مختلفة مثل المساندة النفسية و المساندة التعبيرية، ومساندة تقدير الذات و مساندة التنفيس و المساندة الوثيقة .

وتقدم هذه المساندة على شكل معلومات بأن هذا الشخص مقدر، و مقبول ويتحسن تقدير الذات بأن تنتقل للأشخاص انهم مقدرون لقيمتهم الذاتية و خبراتهم و إنهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات أو اخاء شخصية .

(محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ،1994،ص 40)

و تتضح هذه المساندة عندما يتلقى الفرد من الآخرين التشجيع و التأييد المستمر لأدائه و أفكاره خاصة عند مقارنتها بآراء غيره، و يدرك الفرد هذا التأييد عن طريق تقديم المعلومات مباشرة تفيد في ارتفاع تقدير الفرد لذاته و لفاعليتها عند مواجهة الشدائد .

(جيهان أحمد حمزة، 2002، ص52)

5. مساندة الصحبة الاجتماعية SOCIAL COMPANIONSHIP:

يعرفها كوهين وويلز 1985 بأنها تشمل على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ و الترويح فهي تخفف الضغوط من حيث أنها تشبع الحاجة إلى الإنماء و الاتصال مع الاخرين و كذلك بالمساعدة على أبعاد الفرد عن الانشغال بالمشكلات أو عن طريق تسيير الجوانب الوجدانية الموجبة. **(حمدى سعد محمد شعبان 1994، ص 41)**

كما يشار إليها بأنها مساندة الانتشار و الإنتماء و هي تشمل أيضا على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في النشاطات وقت الفراغ وكذلك تكد الفرد بالمشاعر اللازمة ليشعر بأنه عضو في جماعة شاركت اهتماماته ونشاطاته الاجتماعية.

(Sarafino ;1998 ;P 97 ET Taylor ;1995 ; P 276)

خامسا: أهمية المساندة الاجتماعية:

إن للمساندة الاجتماعية تأثير على طريقة تفكير و أفعال و مشاعر الآخرين من خلال تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض، وبناء على نظرية "ماجوا ير"MAGUIRE 1991 أن شبكة المساندة الاجتماعية تستطيع أن تمد الفرد بالآتي:

- تمد الفرد بإحساسه بذاته، حيث أنه يتم تعزيز الفرد من قبل الأسرة و الآخرين .
- تمد الفرد بالتشجيع و التغذية المرتدة الإيجابية حيث أن نظام المساندة الاجتماعية الايجابية يمد الفرد بالتغذية المرتدة بأن له قيمة و أهمية .
- تمد الفرد بالفرص الاجتماعية .
- يساعد نظام المساندة الاجتماعية الفرد في تحديد المشكلات و البحث عن حل و مساعدة مناسبة له.

يحمى الفرد من الضغط حيث إن الفرد الذي لديه مساندة اجتماعية قوية يستطيع أن يتعامل مع الضغوط اليومية. **(مها جاد الله حسين،2004، ص 38)**

كما يرى دوليار DOLBIER 2000 أن المساندة الاجتماعية تعمل على التخفيف من الاحساس بالمرض و تساعد الفرد على تحسين أدائه الوظيفي، و تؤدي إلى زيادة مشاعر السعادة، وإن تلقى المساندة الاجتماعية و تقديمها للآخرين يربطارتباطا وثيقا بالصحة الجسمية و النفسية . **(أحمد عبد الرحمن عثمان ,2001,ص 148)**

و يقسم ستوماكر و يرويل 1984 وظائف المساندة الاجتماعية إلى :

. وظائف مساندة الصحة: تقوي الصحة الشاملة للجسم و العقل، كما تعزز من سعادة المتلقي و تشبع حاجياته الانمائية و تقدير الذات.

. وظائف تخفيف الضغط: تشمل التقييم المعرفي، النموذج النوعي للمساندة و التكيف المعرفي. **(بشرى اسماعيل ، 2004، ص23)**

سادسا:مصادر المساندة الاجتماعية:

تختلف مصادر المساندة الاجتماعية و تتنوع حسب الظروف المختلفة، ولقد اختلفت الدراسات في تناولها لمصادر المساندة و إن كان هناك إجماع على أن أهم مصادر المساندة هي :الأسرة و الأصدقاء، بينما المساندة المقدمة من قبل المعلمين و الأقارب كانت محدودة، و تكون مصادر المساندة الاجتماعية ما يسمى بالشبكات الاجتماعية و تتمثل في الأسرة و الأصدقاء و الزملاء و المعلمين و الجيران و الزوجات، و الطوائف الدينية وهي الشبكات الواقعية التي ينتمي إليها الأفراد و يعتمدون عليها من أجل المساندة الاجتماعية .

(الشناوي عبد المنعم، 1998،ص12)

وقد يلخص نوربك NORBEEK مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر هي :الزوج و الأقارب و الأصدقاء و الجيران، زملاء العمل، المعالجون، الأطباء و المرشدون النفسانيون و الاجتماعيون، رجال الدين . **(أحمد عثمان،2001 ، ص 149)**

أما فيشر FICHER فقد حدد مصادر المساندة الاجتماعية في الأسرة، الأصدقاء، المؤسسات، زملاء العمل. **(بشرى اسماعيل، 2004، ص17)**

و تختلف المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، فنجد في مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة و جماعات الرفاق، وفي مرحلة الرشد تتمثل المساندة في الزوج وكذلك علاقات العمل والأبناء. **(عماد خيمر،1997،ص 108)**

يتضح مما سبق أن الانسان يحصل على المساندة الاجتماعية بشكل رسمي أو غير رسمي كما يلي :

1. **المساندة الاجتماعية الرسمية:** يكون ذلك عن طريق المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات المتطوعة حيث يقوم بتقديمها الاخصائيون النفسانيون و الاجتماعيون المؤهلون على مساعدة الناس فين الازمات و المشكلات، لتخفيف آلامهم و معاناتهم و مشاكلهم .

2. **المساندة الاجتماعية الغير رسمية:** يحصل عليها الانسان من الأهل و الأصدقاء و الزملاء، الجيران بدافع المحبة و المصالح المشتركة و الالتزامات الأسرية و الاجتماعية و الأخلاقية و الانسانية و الدينية، أي إذا ساعدت الناس عند حاجتهم إليك سوف تجدهم في مساعدتك عند حاجتك إليهم أي كما تدين تدان.

(كمال ابراهيم مرسى،2000،ص198)

سابعا: أليات المساندة الاجتماعية للمريض :

قبل تحديد أليات المساندة الاجتماعية يجب الوقوف على قدرة المريض على التعايش و التكيف مع المريض ، أي يعيد الانسان رسم حياته مع مراعات التغيرات الطارئة على نمط الحياة .

وهناك نوعان من التكيف :

- التكيف الايجابي بمعنى القدرة على المواجهة و التصدي للبحث عن الحلول .
- التكيف السلبي بمعنى الهروب من الواقع وعدم التصديق.

و تعتمد قدرة الانسان على التكيف الايجابي أو السلبي على عدة عوامل :

أ. عوامل داخل الانسان تتعلق بشخصية الفرد و سماته ، والتكوين الجسمي من حيث القدرة على تحمل الآلام، و قدراته الايمانية و الروحانية .

و من سمات الشخصية التي ترتبط بالشعور الذاتي بالهناء سمة الانبساطية و تقدير الذات، فالانبساطيين يعبرون عن مشاعر قوية بالبهجة، و الشعور الذاتي بالهناء يزيد لدى أولئك الذين يتصفون بارتفاع الضبط الداخلي، و يشعر الناس بدرجة أعلى إذا استطاعوا حل صراعاتهم الداخلية و تحقيق درجة من التكامل في شخصياتهم .

(مايكل أرجايل،1993ص47)

ب. عوامل تتعلق بإمكانيته المادية و مسؤولياته فلا يستوي رد فعل المتمكن ماديا و الذي يملك من الموارد المادية ما يساعده على مواجهة الظروف و تحمل تكاليف

العلاج مع من تضطر عائلته للاستدانة أو قيامه بعمل شاق لم تعد قدراته الصحية ملائمة لذلك .

ت. عوامل تتعلق بشبكة العلاقات الاجتماعية، فمن لديه مجموعة من الأصدقاء و الأهل قادرين على مساندة المريض و تقديم يد العون له ليس كمن يضطر على تحمل الأعباء و المسؤوليات وحيدا .

ث. عوامل تتعلق بالمجتمع، فبعض المجتمعات تتوافر فيها التأمينات الاجتماعية و الخدمات الصحية المتقدمة بما يساعد الأفراد على مواجهة مشاكلهم بطريقة أفضل من مجتمعات اخرى يضطر الأفراد بها إلى البحث عن العلاجات بعيدا و على نفقتهم الخاصة مما يزيد من الآثار النفسية للمريض .

مع الاعترافات أن هناك أنواع من الشخصية تتمتع بصحة أفضل، حيث توجد فروق في متغيرات الشخصية بين اللذين يمرضون دائما ومن هم ليسوا كذلك، و بين اللذين يتأثرون بالضغوط و بين من يستطيعون تحملها، و هؤلاء الذين لا يمرضون كنتيجة للضغوط يلقبون بأنهم متاد أي شديدو القدرة على احتمال و الالتزام، و التحكم الداخلي، و التحدي و تفسير أحداث الحياة الشاقة على أنها فرصة للنمو . **(مايكل أرجايل ,1993ص51)**

فتنشئة المصابين بالأمراض المزمنة يتمتعون بسمة سعادة و حياة جيدة أمر يتطلب مجهودات متظافرة في مجالات شيء ليس فقص على الصعيد الصحي أو الجسمي لكن أيضا على الصعيد النفسي و الاجتماعي، ويمكن الوصول الى ذلك عن طريق وضع القاعدة واحدة أساسية وهي "جودة حياتك هدفنا" ولكي نصل لذلك لابد مراعات ما يلي:

- إعطاء هؤلاء المرضى فرصة الاختيار : هؤلاء المرضى مستثنون من المشاركة في أخد القرارات في كل المجالات لأن لديهم عجز في الجانب الصحي، فدائما هناك شعور بالحاجة وعدم القدرة على أخد القرارات الخاصة بهم، و الشعور بالعجز الذي يخلفه هذا الأمر يمكن أن يزيد من الآثار النفسية لهذا المريض .
- نمو علاقات حميمية : تعتبر العلاقات البناءة من مقومات السعادة، فيحتاج المريض إلى علاقات إيجابية مع الأهل و الأصحاب، و يمكن تشجيعهم على لقاء الأفراد الاخرين "مما يعانون من أمراض مشابهة" مع مراعاة فهم وتقدير المشاعر التي تظهر

وتنمو في هذه المرحلة نمو الآخر فيجب تقدير هذه المشاعر و عدم المبالغة في الخوف من المجهول .

- التقليل من الحماية الزائدة و التدليل : ليس معنى المرض هو العجز عن القيام بكل شيء في كل وقت بل يجب التأكيد دائما على الممكن و المتاح للوصول إلى طريقة متوازنة و أقرب بالمثلى في التعامل مع هؤلاء المرضى و البعد تماما عن الحماية الزائدة و التدليل حتى لا يتولد قصور إجماعي بجانب القصور الصحي .

وهذا ما أكده جود GOOD (1994) حين أشار إلى أن المعاقين يشتركون في رغبة شديدة للانخراط في مجتمعاتهم و العيش باستقلالية و الرغبة في أن يتم النظر إليهم و معاملتهم كالراشدين و الحصول على مهنة، و أنهم يريدون أن يكون لهم حرية الاختيار و السفر و المشاركة، كما أن لديهم الرغبة في بناء علاقات مع الآخرين و تكوين أسرة، وكل ذلك يحدد إدراكهم بصورة أو أخرى لجودة الحياة .

- التشجيع على الاهتمامات و النشاطات المتنوعة : فكل ميسر لما خلق له، فيعيش الأفراد السعداء سواء مرضى أو غير مرضى حياة متوازنة لأن سعادتهم نابعة من مصادر مختلفة، لذلك لا يجب الوقوف على نشاط واحد و متى توقفت السعادة على أمر واحد فإنها تشعره بقصور من نوع أخر لذا التشجيع على الاهتمامات المتنوعة أمر مهم خاصة في المراحل المبكرة من المرض أي قبل ظهور المضاعفات أو مع الأفراد الذين لديهم استعداد وراثيا للمريض.

أشارت إحدى الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين كل من النشاطات و الشعور بالهناء و الرفاهية، وهذا ينطبق على كل من نشاطات وقت الفراغ و النشاطات الانتاجية . **(ONG ;ET AL ; 1998HERZ)**

- تعلم مهارة التكيف و التعايش: يمر الأشخاص المرضى و غير المرضى بأوقات كئيبة قد تزيد في حالة المرض أو بعده مباشرة لكن كي تصل لجودة الحياة كهدف سامي تسعى من أجله لابد من التعايش و التكيف مع البيئة المحيطة بكل ما فيها من ضغوط سواء مرض أو قصور نفسي و اجتماعي، و إذا كانا نحاول مساندة المرضى

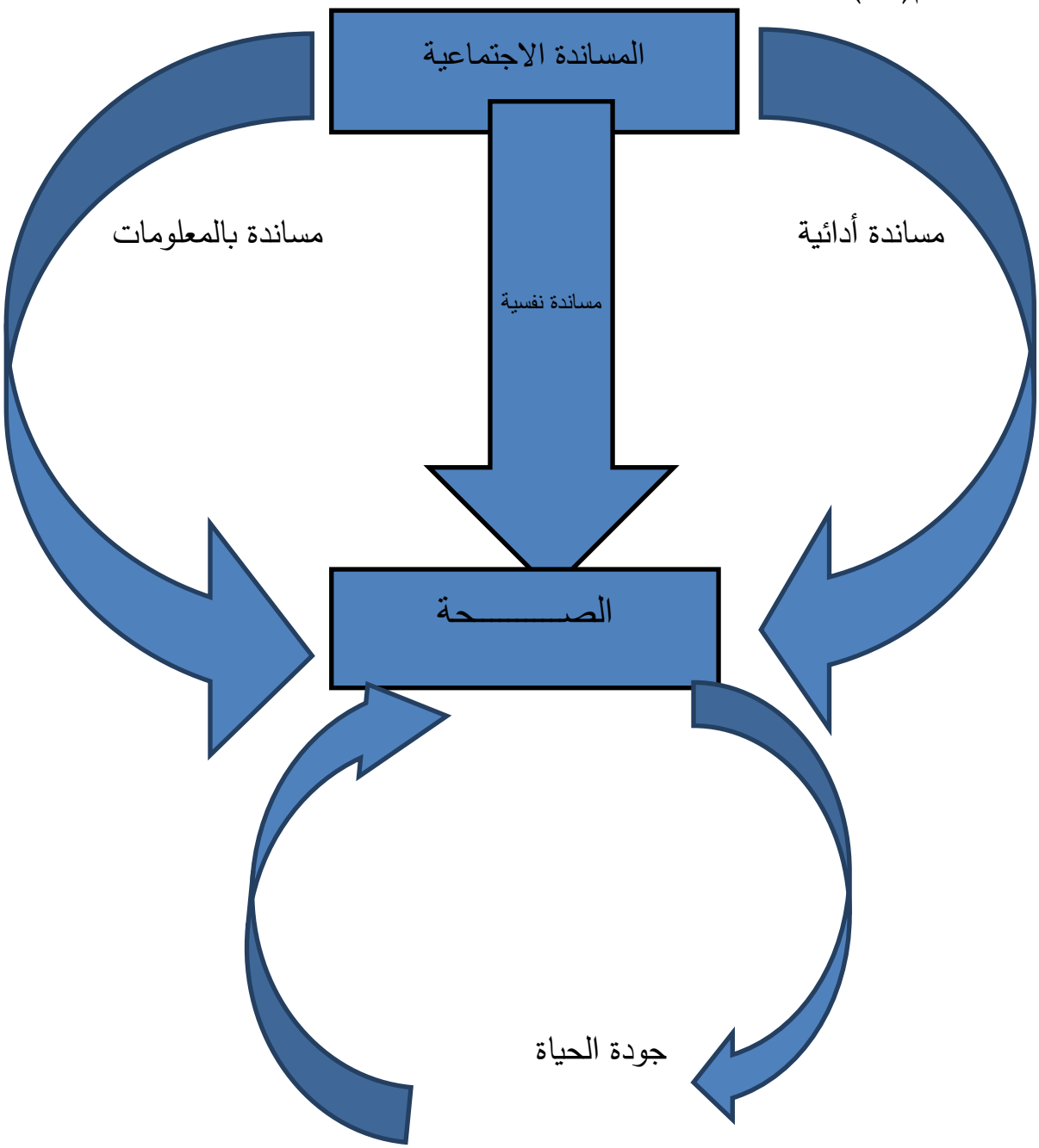
فيجب تعليمهم أنفسهم كيف يمكنهم التعايش مع الضيف الثقيل الذي سيرافقهم طيلة العمر .

و مع العلم بأنه توجد ميكانزمات سيكولوجية عامة يسلك الفرد وفقا لها لزيادة شعوره بالرضا و الرفاهية، فالمريض بالرغم من وجود المرض لديه يحدث ضاغط نجده يحاول في بعض مراحل المرض أن يتكيف معه من خلال التخلص من القلق و الضغط الدي يصاحبها المرض . **(OCONNOR ;1998)**

- البحث عن حياة جيدة للآسرة ككل : من أفضل الوسائل لمساعدة المريض على إيجاد حياة جيدة هي البحث عنها للأسرة ككل، فالمريض الذي يترعرع في بيت سعيد يملك فرصة أكبر ليشعر بالراحة و الاطمئنان رغم مرضه، و ربما يكون الفرد الوحيد المريض في هذا المنزل أو هناك من يعانون من أمراض أخرى لذلك يجب إيجاد السعادة للأسرة ككل، كل حسب حالته الصحية و المزاجية و الانفعالية.

- تقبل العلاقة التسلسلية بين المساندة الاجتماعية و الصحة و جودة الحياة.

شكل رقم(01)يمثل: العلاقة بين المساندة الاجتماعية و جودة الحياة



نلاحظ من الشكل السابق أن المساندة الاجتماعية بأنواعها المختلفة تؤثر على صحة الفرد من حيث قدرته على التكيف و التعايش مع مرضه، وتقليل ظهور المضاعفات، كما أن هناك علاقة تبادلية بين عامل الصحة و مدى شعور الفرد بجودة حياته فكل منهما يؤثر على الآخر.

خلاصة الفصل:

للمساندة الاجتماعية دور و أهمية في بناء شخصية الفرد، حيث أنها تعمل على زيادة ثقته بنفسه و قدرته على مواجهة المشكلات، كما أنها تعمل على زيادة ثقته بنفسه و قدرته على مواجهة المشكلات، كما أنها تعمل على التقليل من حدة الضغوط التي يتعرض لها الفرد .

الفصل الثالث: جودة الحياة

تمهيد.

أولا: مفهوم جودة الحياة.

1. **لغة.**
2. **اصطلاحا.**

ثانيا: النظريات المفسرة لجودة الحياة.

1. **الاتجاه الاجتماعي.**
2. **الاتجاه النفسي.**
3. **الاتجاه الطبي.**
4. **الاتجاه المعرفي.**
5. **الاتجاه الانساني.**
6. **النظرية التكاملية.**

ثالثا: مظاهر جودة الحياة.

رابعا: مستويات جودة الحياة.

خامسا: قياس جودة الحياة.

سادسا: مكونات جودة الحياة.

سابعا: آليات جودة الحياة عند المريض.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

إن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد و نسبي يختلف من شخص لآخر من ناحيتين النظرية والتطبيقية وفق المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومطالبها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدرة على التفكير و اتخاذ القرار، والقدرة على التحكم، وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية و الظروف الاقتصادية و المعتقدات الدينية، والقيم الحضارية والثقافية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق سعادتهم في الحياة، وباعتبار المجال الصحي أحد أهم الميادين التي تهدف للتحسين و الرفع من مستوى جودة الحياة التي يعيشها الفرد، فقد اتجهت معظم الدراسات إلى دراسة صحة الفرد وجودة حياته.

أولا: مفهوم جودة الحياة:

لغة:المنجد في اللغة جاد جودة أي صار جيدا وهو ضد الرديء جود الشيء حسنه جعله جيدا. **(لويس معلوف 1952 ،ص109)**

اصطلاحا: و يعرفها كل من(Taylor et Rogdan) جودة الحياة، هي وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية و النفسية الاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة و الاستمتاع بها والوجود الإيجابي، فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة. **(Taylor et Rogdan ;1990 ,p17)**

وكما يرى مصطفى الشرقاوي (2004)أن:جودة الحياة هي كل ما يفيد الفرد بتنمية طاقاته النفسية و العقلية ذاتيا و التدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة و المبادرة بمساعدة الآخرين و التضحية من أجل رفاهية المجتمع وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية و العلاقات الاجتماعية الإيجابية و الاستقرار الأسري و الرضا عن العمل والاستقرارالاقتصادي و القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية و الاقتصادية،و يؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة.

(مصطفى، 2004، ص15)

أما عبد المعطي فيعرف جودة الحياة بأنه : تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد، وتقييمه للنواحي المادية المتوافرة في حياته، ومدى أهمية كل جانب منها بالنسبة للفرد في وقت محدد، وفي ظل ظروف معينة، ويظهر بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، ويؤثر بدوره على تعاملات الفرد وتفاعلاته اليومية. **(عبدالمعطي،2005، ص17)**

ويرى جسام أن جودة الحياة ك هي درجة الرضا وعدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما أنها تشمل كل عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته و عوامل خارجية كتلك التي تقيس سلوكيات الاتصالالاجتماعي النشاطات، مدى انجاز الفرد للمواقف . **(جاسم ،2009،ص33)**

تعرف منظمة الصحة العالمية (1994) فهي ترى أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد كل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته بالاضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيته.

(أبو حلاوة، محمد السعيد، 2010،ص 05)

كما يرى الكرخي أن جودة الحياة : شعور للفرد بالرضا والسعادة و بالقدرة على إشباع الحاجات في أبعاد الحياة الذاتية و الموضوعية و التي تشمل (النمو الشخصي، والسعادة البدنية والمادية، والاندماج الاجتماعي، والحقوق البشرية). **(مبارك، بدون سنة ، ص24)**

ومن خلال التعاريف السابقة ترى الباحثتان ان كافة التعاريف اتفقت في جوهرها على أن جودة الحياة هي الإحساس الإيجابي للفرد بشعوره بالرضا لتلبية حاجياته.

وتعرف الباحثتان بأن جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا و القناعة اتجاه مايقدم له ومدى تحقيقه الاستقرار النفسي والاجتماعي مع المحيط الذي يعيش فيه .

ثانيا: النظريات المفسرة لجودة الحياة :

نظرا لتعدد تعاريف جودة الحياة من طرف العديد من الباحثين فهذا أدى إلى تعدد وظهور العديد من الاتجاهات المختلفة منها :

1. الاتجاه الاجتماعي:

يرى المير هانكس (1984) أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله و المكانة المهنية للفرد و تأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.

(كريمة، 2014،ص 15)

2. الاتجاه النفسي:

قسم فرويد النفس البشرية إلى ثلاثة اجزاء وهي :

- الهو: ويمثل الغرائز البيولوجية، ويشكل محدد غريزتا الحياة . وهي جنسية في معظمها، وغريزة الموت و العدوان، ويعمل الهو بشكل لاشعوري وفق مبدأ اللذة و تجنب الألم .

. الأنا الأعلى: وهو الجزء المناقض تماما للهو، ويمثل الضمير أو الرقيب الداخلي ومستودع الأخلاقية، و المثل الاجتماعية التي يكسبها الفرد عبر التنشئة الاجتماعية.

. الأنا: وهو يمثل الجانب المنطقي و العقلاني من الشخصية يعمل بطريقة شعورية وفق مبدأ الواقع، ويتشكل الأنا من خلال تفاعل الفرد مع المحيط الخارجي، ويرى فرويد أن الشخصية السوية هي التي يسيطر عليها الأنا المتمكن من تحقيق الاتزان ما بين دوافع الهو الشهوانية الحيوانية ودوافع الأنا الأعلى المثالية الملائكية.

فنظرية التحليل النفسي لفرويد تتناول الجوانب الداخلية المتعلقة بالأفكار و المشاعر داخل النفس البشرية حيث تعتبر المصدر الأول لسعادة الإنسان حيث يرى فرويد أن الشخص السوي هو القادر على الحب الذي يمتد من حب الأشياء و الناس و الموضوعات و الأفكار إلى حب الجنس والتناسل (الغرائز) كمحددات لسلوك الفرد و إعطاء اللاشعور أهمية في حياة البشر وتحديد الشخصية السوية القادرة على الحب والارتباط الزواجي والعاطفي مما يجعل قادر على الاستمتاع بوجوده في الحياة . **(غيث،2006،ص31)**

3. الاتجاه الطبي:

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

عدد أبحاث جودة الحياة التابعة لقسم الصحة بجامعة "نورينتو " بكندا تقول إن الهدف النهائي من دراسة جودة الحياة و تطبيق ذلك على حياة الناس تعيش حياة ذات جودة حياة لها معنى ويتم الاستمتاع بها . **(صالح اسماعيل عبد الله، 2010، ص44)**

4. الاتجاه المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:

. **الأولى:** إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة.

. **الثانية:** وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد،فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أكثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة .

ووفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

أ. نظرية لاوتن(lawton theory1997):

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

. إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما :

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

. **الظرف الزماني:** إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته. **(مريم شيخي، 2014، ص 84)**

ب. نظرية رايف :

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

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

. **البعدالثاني:**التمكن البيئي.

. **البعدالثالث:**النمو الشخصي.

. **البعدالرابع:** العلاقات الإيجابية مع الآخرين.

. **البعد الخامس:** تقبل الذات .

. **البعد السادس:**الهدف من الحياة

ولقد بين "رايف " أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة . **(مريم شيخي، ص85 ، 2014)**

5. الاتجاه الانساني:

يرى الاتجاه الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لاغنى عنهما:

. وجود كائن حي ملائم.

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

ولقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة غلى مفهوم الذات .

6. النظرية التكاملية:

أ. نظرية أندرسون :

قدم شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذا من مفاهيم السعادة و معنى الحياة ونظام

المعلومات البيولوجي و الحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، فظلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة، فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات جودة الحياة إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة .

أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها.

أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا

أن إشباع الحاجات لايؤدي بالضروري إلى رضا الفرد و إلى شعوره بجودة الحياة.

(مريم شيخي ،2014 ،ص 86)

ثالثا: مظاهر جودة الحياة:

. يشير عبد المعطي في اقتراحه لخمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة: تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية، وهي كالتالي:

. الحلقة الأولى: العوامل المادية و التعبير عن حسن الحال:

. العوامل المادية الموضوعية و التي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية و الزوجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة،إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة .

. حسن الحال ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

. **الحلقة الثانية:** إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

. إشباع وتحقيق الحاجات وهو أحد المؤشرات الموضوعية ،لجودة الحياة ،فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فأن جودة حياته ترتفع و تزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام و المسكن والصحة، ومنها مايرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء و الحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد و التي يحقق من خلالها جودة حياته.

. الرضا عن الحياة يعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة ، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته و احتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضا.

. **الحلقة الثالثة:** إدراك الفرد القوى و المتضمنات الحياتية و إحساسه بمعنى الحياة.

. القوى والمتضمنات الحياتية قد يرى البعض أن إدراك القوى و المتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات والطاقات و الأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلالالوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة .

. **الحلقة الرابعة** : الصحة والبناء البيولوجي و إحساس الفرد بالسعادة :

. الصحة والبناء البيولوجي وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، أن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة .

. السعادة وتتمثل بالشعور بالرضا و الإشباع وطمأنينة النفس و تحقيق الذات وهي الشعور بالبهجة والاستمتاع و اللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية .

يعرفها فينهوفن (1994) بأنها الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابا على نوعية حياته بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها و استمتاعه بها وتقديره الذاتي لها، وقد دلت بحوث كثيرة على أن السعادة هي نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته .

. الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمته، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق المعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم و الجوانب الروحية و الدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده .

ويشير عبد المعطي،(2005) أن مظاهر جودة الحياة تتعدد لتشمل العوامل المادية، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة،و إدراك الفرد الإيجابي لمعنى الحياة، ومدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية و الجسمية، فضلا عن جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثيرا، والذي يتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته،وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، وإحساسه بمعنى السعادة، وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع، الصحية المقدمة،

بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض.

(محمد الهنداوي، 2010،ص 41 .43)

رابعا: مستويات جودة الحياة:

من خلال تعريفات نوعية الحياة نلاحظ أنها تعتمد على فكرتين رئيسيتين أولهما تمس شخصية الفرد و كيان المجتمع وكيف يرتب احتياجاته ويدركها، والثانية في قدرة المجتمع على تلبية هذه احتياجاته ومعنى ذلك أن دراسة جودة الحياة تفرض الاهتمامبأربعة مستويات هامة هي:

1. المستوى الأول:

وهو مجموعة المتغيرات الموضوعية التي تشكل مدخلات بناء نوعية الحياة ويشكل المستوى البنائي لنوعية الحياة، حيث يحدد حجم فاعلية المتغيرات بحجم الموارد هائلة لكن لتلبية حاجيات البعض دون الآخر، وبالتالي تدني مستوى نوعية الحياة لهؤلاء دون الآخرين فتتباين الشرائح الاجتماعية.

2. المستوى الثاني:

يتمثل في المتغيرات الذاتية التي تساعد على إدراك نوعية الحياة من خلال مستويات رضا الأفراد عن مستوى الإشباع الذي تحقق لهم في المجتمع في إطار نوعية الحياة التي يعيشونها وتوقعاتهم لما هو مرغوب من نوعية الحياة هذه.

ويعتبر الرضا نوعا من الإدراك الذاتي لفعالية المتغيرات الموضوعية أو القدرة نوعية الحياة في مجملها على إشباع حاجاتهم الأساسية، ويتحدد هذا الإدراك أو مستوى الرضا بعوامل لها علاقة بالفرد كالحالة الصحية، مستوى التعليم، الدخل الفردي .....الخ . وعوامل بيئية كظروف المسكن و المستوى الاجتماعي و الاقتصادي للمنطقة التي يعيش فيها وفرص الترويح و المشاركة مع الآخر.

3. المستوى الثالث:

يدرس هذا المستوى طبيعة نوعية الحياة من خلال إدراك الفرد للحياة العامة في المجتمع، فبرغم أن الفرد قد يحقق مستوى عاليا من الرضا عن الحياة العامة في المجتمع قد تحتوي

على بعض التفاعلات التي يمكن أن تشكل مستويات رضائه عن حياته ككل إضافة إلى النظرية العامة للحياة .

4.المستوى الرابع:

بينما يتمثل المستوى الرابع في طبيعة النظرة إلى الحياة الفردية أو الأسرية بشكل شخصي، وفي هذا الإطار ففي طبيعة النظرة إلى الحياة الفردية أو الأسرية بشكل شخصي، وفي هذا الإطار فن الفرد قد يحقق إشباعا لحاجاته الكائنة و بالتالي قدرا من الرضا عن حياته ككل، ويتعلق ذلك ممارسة الحياة تتم في إطار ما هو كائن بالفعل إضافة إلى ما ينبغي أن يكون، فإذا كان ما هو كائن يتضمن الإشباع الذي تحقق بالفعل والذي يتناسب عادة مع مستوى الرضا عن هذه المجالات فإن ما ينبغي أن يكون يحتوي على مساحة أخرى من إشباع الذي لم يتحقق أو الإشباع المبتغى، وبالتالي فإن الاثنين معا يشكلان نظرة الإنسان الشاملة لحياته الشخصية ككل،وفي هذه الحالة قد تختلف درجة الرضا عن الإشباع العام المبتغي من حياته ككل وفي الاختلاف المتوقع بين الرؤية الجزئية أو الواقعية و بين الرِؤية الكلية الشاملة. **(محمد الجوهري، 1997،ص 131 . 132)**

خامسا: قياس جودة الحياة:

نظرا لعدم وجود معايير واضحة ومحددة لقياس مفهوم جودة الحياة، لذا كان هناك حذر شديد لعمل قياس لجودة الحياة مع ضرورة هذا القياس، ونجد أن العلماء والباحثين استخدموا العديد من المقاييس لقياس جودة الحياة، وعند مناقشة مفهوم جودة الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكن تختلف من حيث المضمون مثل الصحة الجيدة، الحالة الصحية، الرضا عن الحياة و الأمل ومن المهم تقييم العلاقة مابين الثقافة وجودة الحياة لأن الإدراك لجودة الحياة ذو ارتباط وثيق مع الحدود الثقافية والتي تختلف من مجتمع لآخر .

هناك بعض الأمور التي يمكن من خلالها قياس جودة الحياة وهي امور يمكن قياسها مثل : الحالة الصحية، قابلية الحركة، جودة المنزل وغيرها، وهناك أمور أخرى لقياس جودة الحياة عن طريق الحصول على معلومات دقيقة عن حياة الشخص أو مدى كفاءة وفعالية النظام الذي يحيهاالإنسان مثل: التوحيد، توزيع الدخل، توفر الوصول .

أدوات قياس جودة الحياة : قسم ويكلاند أنواع قياس جودة الحياة إلى 3 أنواع :

. عالمي، عام،خاص.

وضع رايف وكيز علماء في علم النفس الإيجابي نموذج لجودة الحياة يعرف باسم نموذج العوامل الستة .

1. نموذج العوامل الستة لجودة الحياة:

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

كإختبار "مانشستر " للتقييم المختصر لنوعية الحياة :

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

وفيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم:

- **مقياس جودة الحياة لفريتش :**

وهو يقيس الرضا عن الحياة، جودة الحياة ويتضمن مقياس الجودة الذاتية 14 مجال للحياة مثل العمل و الصحة النفسية ووقت الفراغ، العلاقات مع الأصدقاء والأبناء، ومستوى المعيشة وفلسفة الحياة والعلاقات مع الأقارب والجيران والعمل .....الخ حيث يطالب من المفحوص وتقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة او أهمية ذلك في المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.

- **القياس العالمي :**

وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالا وحيدا يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس " فلانجان " لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالا من المجالات الحياة .

- **القياس العام:**

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

ويطبق المقياس الخاص على مجموعة كبيرة من السكان و الميزة الكبرى لهاذا القياس هي تغطيته .

. **المقياس الخاص بالمرضى:** تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في حالات خاصة وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة مع المرضى حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة. **(شيخي مريم، 2013، ص92.90)**

وفي الأخير يتضح مما سبق أن مفهوم جودة الحياة من مفاهيم علم النفس الإيجابي الذي يعتبر مجال يدرس ويحلل مكامن القوة والسمات و الفضائل الإنسانية الإيجابية وتعزيز السعادة الشخصية للإنسان في ممارساته و أنشطته وشؤون حياته اليومية، لتحسين صحة الفرد النفسية و الجسمية مما يجعله فردا منتجا فعالا في مجتمعه.

سادسا: مكونات جودة الحياة:

توصل كيث و هيل Keith and heal 1996 في دراستهما لتحديد المفاهيم الاساسية بجودة الحياة عبر الثقافات المختلفة، إلى وجود عشرة مفاهيم أساسية أو مكونات لجودة الحياة هي :

- الحقوق Rights .
- العلاقات Relations.
- الرضا .Satisfaction
- الصحة Health.
- الخصوصية Privacy
- الاحتواء الاجتماعي Social inclusion.
- النضج و النمو Growth and development.
- الضبط الفرد ي In dividual control.
- الامن الاقتصادي Economic security .

و تندرج هده المفاهيم ضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي القيم VALUES و الفعالية POTENCY و النشاط ACTIVITY. **(Keith and heal ;1996)**

كما توصل جود إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها :

1. يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجياته الأساسية، و تكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.
2. تتكون جودة الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل أو العلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة للأشخاص العاديين.
3. ترتبط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.
4. تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة، و برامج التأهيل و العلاج، و المساندة الاجتماعية.

5. جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية و المؤشرات الموضوعية.

و يصنف جود GOOD (1994) أربعة عوامل أساسية في تشكيل جودة الحياة هي:

- حاجات الفرد الحب، التقبل، الجنس، الصداقة، و الصحة، الأمن.
- التوقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.
- المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة اجتماعيا.
- النسج البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات. (**GOOD 1994**)

سابعا: أليات الشعور بجودة الحياة لدى المرضى:

يمكن تحديد أليات الشعور بجودة الحياة لدى المرضى فيما يلي :

- إدراك الجوانب الإيجابية في الموقف .
- الممارسات الدينية.
- استبدال لا ممكن بالممكن، ولا متاح بالمتاح.
- الإيمان بالقيم.
- التفاؤل .
- تغير البيئة المحيضة .
- الشعور بالحب .

1. ادراك الجوانب الايجابية في الموقف:

كما أشار القرآن الكريم "و عسى أن تكرهوا شيئا و هو خير لكم "البقرة 216

إن إدراك الذات يسير عملية التحقيق و يعجل بها، و لعل أكبر المكاسب هو زيادة القدرة على تحمل المصائب اللاحقة ، إذ تعد أهون من أمراض كثيرة أخرى أو فقدان شخص عزيز أو الإصابة بإعاقة حركية أو حسية تكون مسار للشفقة طيلة العمر، فما من منحة إلا يتبعها منحة من الله عز وجل، لذلك يجب النظر إلى الجوانب الايجابية في المواقف الضاغطة الذي يتعرض له الفرد .

2. **الممارسات الدينة:**

قال تعالى " بلى من أسلم وجهه الله وهو محسن فله أجره عند ربه ولا خوف عليهم ولا هم يحزنون" البقرة 112.

فالدين هو الدي يشكل البناء الروحي للفرد و يجعله أكثر قدرة على مواجهة المرض و احتمال الآلام، و الشعور بقوة الله عز وجل و الشعور بضعف المخلوق أمام عظمة الخالق ، بل الأكثر من دلك الشعور برحمة الخالق .

و أثبتت دراسات كل من(Merier ;ET AL1998 ; Neill ;ET AL 1999)ارتباطا جوهريا موجبا بين الوجود الشخصي الأفضل SWB وكل اليقين الديني، وخبرات الصلاة والجوانب المعنوية العالية والسعادة **(عادل هريدي، طريف شوقي،ص 200)**

ومن أهم الممارسات الدينية ما يلي:

- **ذكر الله عز وجل** : قال تعالى: "و الذين أمنو و تطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب " الرعد /28

فذكر الله عز وجل يقوي الصلة بين العبد و ربه ، كما يقوي إحساس الربوبية و الألوهية لدى المريض و يشعر دائما بأن هناك من يسمعه ، يراه و يشعر به هو الله الواحد القادر على شفائه.

- **قراءة القرآن الكريم** : فقد تبين أن القرآن الكريم دورا كبيرا في تقليل الحزن الناتج عن الاصابة بالأمراض سواء العضوية أو النفسية بل التخفيف من المضاعفات النفسية و الاجتماعية الناتجة عن المرض، ويرجع ذلك إلى تضمن القرآن الكريم آيات تحث على:

الإيمان بالقدر و التوكل على الله سبحانه و تعالى :قال تعالى : "و توكل على الحي الذي لا يموت " الفرقان/ 58

وقال أيضا: " ومن يتوكل على الله فهو حسبه" الطلاق/ 03

الرضا بالقضاء و القدر : قال تعالى "و لنبلونكم بشيء من الخوف و الجوع و نقص من الاموال و الأنفس و الثمرات و بشر الصابرين " البقرة/ 155

و قال أيضا: "إنما يوفى الصابرون أجرهم بغير حساب" الزمر/ 10

و قال أيضا : "و لنبلوكم حتى نعلم المجاهدين منكم و الصابرين " محمد/ 31

و الوعد بالإثابة لمن صبر، و الوعد بالعقاب لمن لا يرضى بقضاء الله ، و لهذا الايمان دور كبير ليس في حالة المرض فقط، و إنما بعد وسيلة للاحتفاظ بالصحة النفسية و تحمل المشاق .

الأحاديث النبوية الشريفة: عن أنس رضي الله عنه قال: قال رسول الله عليه الصلاة و السلام " إذا أراد الله بعبده الشر أمسك عنه بذنبه حتى يوافي به يوم القيامة".
فقال الرسول صلى الله عليه و سلم " إن عظم الجزاء من عظم البلاء، و إن الله تعالى إذا أحب قوما ابتلاهم فمن رضي فله الرضا و من سخط فله السخط " رواه الترمذي ،صحيح الألباني .

فيعلمنا رسولنا الكريم من خلال أحاديثه الشريفة أن البلاء على قدر الطاعة فلا يجب على المبتلى الشعور بالأسى و الجزع من قضاء الله عز وجل بل الرضا بقضاء الله و الامتثال لأوامره و هذا الريق الأمثل للشعور بجودة الحياة .

الصلاة : و هي الصلة التي تصل الفرد بربه و تجعله يشعر بالاطمئنان ، كما تقلل من حدة الضغوط التي يتعرض لها الفرد فكان رسول الله عليه الصلاة و السلام يدعو بلال قائلا أرحنا بها يا بلال أي أرحنا بالصلاة

استبدال الا ممكن بالممكن : تتجلى هذه الالية مع الرياضيين فبعد الاصابة بالأمراض المزمنة تظهر بعض الموانع و العوائق التي تقف حائلا أمام الرياضي خاصة مع ظهور المضاعفات الخطيرة، فيجب إقناع المريض تغير نوع الرياضة التي يقوم بها لتكون أكثر أمانا .

كما يمكن استخدام هذه الاستراتيجية مع غير الرياضيين ، فكل فرد له ميوله و رغباته التي ربما تتعطل بسبب الإصابة بالمرض ، لذلك يجب البحث دائما عن

البدائل المتاحة و تشجيع المريض على استخدام كل قدراته سواء الجسمية أو النفسية و الاجتماعية، في الوصول إلى جودة الحياة الملائمة .

الإيمان بالقيم: يعتبر الإيمان بقيم معينة كالحب, الجمال, الخير و العمل من أهم محددات الشعور بجودة الحياة خاصة لدى المرضى فهم بأمس الحاجة للإيمان بقيمة معينة تخفف من مشاعر المعاناة و الآلام المتكررة.

و قد سير روكيش في إخباره المعروف منح القيم Rokeach Value survey بين قيمة نهائية و قيمة أدائية :

قيمة نهائية Terminal: و هي الحالة النهائية للوجود و التي تستحق الكفاح من أجلها شخصيا و اجتماعيا و هي تشمل الحياة المبهجة، الإنجاز، عالم السلم ، عالم الجمال، المساواة، الأمن العائلي، الحرية، السعادة ، التناسق الداخلي، الحب الناضج ، الأمن القومي، لذة الخلاص ، احترام الذات، التقدير الاجتماعي الصداقة الحقيقية و الحكمة .

قيمة أدائية Instrumental : وهي أسلوب السلوك الدي يفضل شخصيا و اجتماعيا في كل المواقف و تشمل الطموح ، سعة الأفق ، القدرة على المرح ، النظافة و الشجاعة ، المسؤولية و الضبط الذاتي . **(عبد اللطيف خليفة، 1992)**

التفاؤل :يستطيع الفرد أن يشعر بنوع من التفاؤل حتى مع وجود المرض، لأنه ليستطيع أن يرى أنه ليس الوحيد الذي يعاني في هذه الحياة المليئة بالتوترات و الإحباطات و الصراعات التي تجوب العالم أجمع .

أسفرت الدراسات عن وجود علاقة بين التفاؤل و الصحة النفسية و التكيف فقد درس تايلور و أخرون 1992، العلاقة بين التفاؤل و طرق التغلب على الضغوط و التوافق و السلوك الصحي ، و تكونت العينة من 312 رجلا مريضا بالإيدز، و 238 مفحوصا خاليا من فيروس الايدز، و بالرغم من أن هذه الدراسة لم تكشف عن ارتباط التفاؤل مصدر مهم للتغلب على الأمراض النفسية و الجسمية إذ أنه يساعد المرضى على التحكم النفسي في الانفعالات عندما يصابون بالأمراض. **(Taylor ET ; AL .1992)**

تغير البيئة المحيضة : يؤكد رو جرسون 1999 إلى أن جودة الحياة ترتبط بيئة الفرد، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة الحياة، و تعتبر جودة الحياة دورا محوريا في مجالات متعددة التي تقوم لأبناء المجتمع، كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد و بيئته، هذه العلاقة التي تسوطها مشاعر و أحاسيس الفرد و مدركاته، كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة. **(Rogerson :1999)**

و يتضح مما سبق أن شعور المريض بجودة الحياة تختلف باختلاف طبيعة الرعاية المقدمة، و مدى الاهتمام بهذا المريض و بظروفه النفسية و العصبية، من قبل البيئة المحيطة به، فكلما زاد الاهتمام بالمريض و تقديم أفضل سبل الرعاية، كلما انعكس ذلك على طبيعة إدراكه لمرضه و تعايشه معه ، بل يزيد شعوره بالتقبل و الرضا .

الشعور بالحب: لا يمكن للمريض أن يعيق شعور الإنسان بالحب، بل على عكس ذلك فالشعور بالحب يجعل الإنسان ينضر للعالم بنظرة مغايرة تحقق له الأمن النفسي و الاجتماعي.

و كما يرى ماسلو أن الطبيعة الإنسانية خيرة و بناءة و أن الجنس البشري قادر على أداء أشياء من خلال الحب و السلام واتفوق كثيرما يحققه من خلال الكراهية والدمار.

(محمد عبد الرحمان، 1998)

و يشيرمايكل أرجايل إلى أن الوقوع في الحب هو أوضح الأمثلة على علاقة سعيدة، إذ أن الحب هو أشد العلاقات و أكثرها عمقا و هو الذي يشير أشد المشاعر الإيجابية، و على وجه العموم المتزوجين أقل سعادة من النساء، حيث أن الرجال يحصلون على الدعم أكثر من الزواج إذا مقرون بالنساء، و الرضا عن الزواج يرتبط ارتباطا قويا بالشعور بالرضا العام أو السعادة. **(مايكل أرجابل،1993)**

خلاصة الفصل:

من خلال ما عرضناه نستخلص ان اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الايجابي، و الذي جاء استجابة الى أهمية النظرة الايجابية الى حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الاطار، وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا و السعادة و قدرته على اشباع حاجياته من خلال ثراء البيئة و رقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية و الاجتماعية و التعليمية و النفسية مع حسن ادارته للوقت و الاستفادة من ادراك الاشخاص الى مواقعهم في الحياة، و تشمل العديد من المكونات منها الثقافية و القيم و النظام الذي من خلاله يعيشون وله علاقة مع أهدافهم و تطلعاتهم و معاييرهم و كذلك اعتباراتهم و الاحساس بجودة الحياة هو حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على اشباع حاجاته المختلفة (الفطرية و المكتسبة) و الاستمتاع بالظروف المحيطة به.

الفصل الرابع: الأمراض المزمنة.

تمهيد.

أولا: الامراض المزمنة.

1. تعريف الامراض المزمنة.
2. انتشار الامراض المزمنة.
3. التكيف مع المرض المزمن.

ثانيا: مرض السكري.

1. تعريف مرض السكري.
2. أنواع مرض السكري.
3. أعراض مرض السكري.
4. علاج مرض السكري.

ثالثا: مرض الربو.

1. تعريف الربو.
2. عوامل الاصابة بالربو.
3. أعراض الربو.
4. الوقاية من الربو.

رابعا: مرض ضغط الدم.

1. تعريف ارتفاع ضغط الدم.
2. أنواع مرض ضغط الدم.
3. أعراض مرض ضغط الدم.
4. علاج مرض ضغط الدم.

خامسا: القصور الكلوي.

1. **تعريف القصور الكلوي.**
2. **أنواع القصور الكلوي.**
3. **أعراض القصور الكلوي.**
4. **علاج مرض القصور الكلوي.**

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تمثل الأمراض المزمنة مجموعة أو بعض الأمراض الغير معدية، و لكن عندما يصاب بها الشخص فإنها تتطور على مدى فترة زمنية طويلة، حيث أنها تتطور بشكل بطئ نسبيا، لذلك سميت بالأمراض المزمنة و كذلك تسمى بالأمراض الغير المعدية، تعتبر تلك الأمراض مشكلة عالمية حيث أن نسبة الإصابة بها زادت في العقود الأخيرة بشكل واضح جدا و كذلك في عالمنا العربي ارتفعت نسبة الإصابة بها بشكل كبير مع التغيرات الجدرية التي تطرأ على السلوك الغذائي و مستوى النشاط و الحركة، عادة يمكن تقييم الأمراض المزمنة في شكل مجموعات رئيسية هي : أمراض القلب، الجهاز التنفسي المزمنة و السرطانات .

أولا: المرض المزمن:

1. **تعريفه :** يعتبر انقطاعا مفاجئا في التوازن الدينامي الدي نطلق عليه اصطلاحا اسم الصحة، حيث تؤدي العوامل الممرضة أو العمليات المميتة و التي تأخذ مكانها بداخلنا إلى تدمير عمليات حفظ الحياة باتجاه نحو الموت أو تأخير الشفاء وازدياد المعاناة . **(fisher ;1997p68)**

و يتميز الأطباء بين المرض المزمن، و المرض الحاد الدي يظهر فجأة و يشفى منه الإنسان و مضاعفات على المدى الطويل، أما المرض المزمن فيشمل عددا كبيرا من الأمراض تختلف فيما بينها في المنشأ والسبب والأعراض والعلاج والمآل وتمنو ببطء كما تستمر لمدة طويلة. **(رضوان، 1999ص50)**

DIMATTEO المرض المزمن بأنه يشمل واحدا أو أكثر من الإعاقات أو الانحراف على البنية أو الوظيفة واسعة كانت أو محدودة فإنها تكون دائمة مزمنة و غير قابلة للرجوع إلى الحالة الطبيعية. **(CHRISTENSEN ;2002p55)**

تشكل هذه الأمراض أكبر سبب للوفيات في العالم العربي و كذا النامي (2005, WHO) و قد أخدت تنتشر بشكل وبائي نتيجة التغير الاجتماعي و التحديث الصناعي و عولمة أنماط السلوك و طرائق المعينة الأقرب إلى نمط الثقافة الغربية، لذلك فهي ترتبط بنوعية الحياة و نمط المعيشة و بالسلوك الصحي، حيث لاحظت الصحة العالمية أن 75% من أسباب أمراض القلب و الأوعية يعود إلى أسباب سلوكية منها طريقة الغذاء و نقص النشاط الرياضي .

2. انتشار الامراض المزمنة :

و يتوقع ارتفاع نسبة هذه الأمراض بسبب شيخوخة السكان ونسبة السمنة و تغير نمط الحياة اليومية، و لا يختلف الوضع كثيرا في الجزائر و العالم العربي حيث تزداد نسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم من 3% في الجمهور العام إلى 20%في الفئة العمرية 60 إلى 69 سنة ، و يصيب السكري 150 مليون شخص في العالم و من المتوقع أن يكون غالبية المصابين به سنة 2025 في الدول النامية في الفئة العمرية 45 إلى 64 سنة .

وصل عدا الوفيات سنة 2000 إلى 57 مليون حالة على مستوى العالم، شكلت الأمراض المزمنة منهم 63%، حيث تسببت في وفات 36 مليون شخص و احتلت أربع أمراض رأس القائمة و هي القلب و الأوعية و السكري و السرطانات و أمراض جهاز التنفس المزمنة كالربو.

و خلاف المعتقدات الشائعة فإن 80% من حالات الوفيات حدثت في البلدان النامية أو ذات الدخل الضعيف و تتوقع منظمة الصحة العالمية زيادة الإصابة بتلك الأمراض سنة 2030 و ستصيب الدول النامية 82%.

و بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط 70%، مقارنة ببلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط 58% و البلدان داتا الدخل المرتفع .

(تقرير الوضع العالمي WHO، 2010)

تشكل عوامل الاختصار في هذه الأمراض عاملا مهما مثل تناول التبغ و الكحول و الكسل البدني وزيادة الوزن والنظام الغذائي الغير الصحي وتصاحبها بارتفاع ضغط الدم و زيادة الكوليسترول، و كذا ارتباط الأمراض المعدية بالسرطان متل فيروس الورم الحليمي البشري و فيروس الالتهاب الكبد B و C و جرثوم الملوبة البوالية HELICOBACTE PYLCRI .

و تشكل هذه الأمراض عبئا كبيرا على الفرد و الأسرة و المجتمع بسبب تكاليف العلاج و الرعاية إضافة إلى الوفاة المبكرة، لذلك تشكل دراسة نوعية الحياة هؤلاء المرضى مدخلا جديدا لفهم معايشة الفرد للمرض المزمن اعتمادا على زاوية إدراك و تقييم مخالفة لذلك التي ينظر من خلالها الطبيب أو المعالج، حيث تحول التركيز إلى المريض نفسه، و على العوامل النفسية و الاجتماعية الذاتية في مقابل العوامل المادية و الموضوعية. تشير الأرقام إلى أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية، و 83% من الوصفات الطبية و 80% من أيام الاستشفاء، و 66% من الزيارات للأطباء، و 85% من الزيارات لأقسام الطوارئ يتسبب فيها المرض المزمن بطريقة أو بأخرى. **(تايلور، 2007، ص71)**

إن المتغيرات الفعالة في الأمراض المزمنة هي الوضع الاقتصادي و الاجتماعي و البناء الأسري و الدور الجنسي و النمص الغذائي و السكن والمهنة والسلوك الجنسي والدين، اضافة إلى الضغوط الاجتماعية والصحة النفسية. **(الكندري، 2003ص89)**

لذلك يمكننا تجنب 80% من حالات مرضى شرايين القلب، و 90% من حالات النوع الثاني من السكري، و 33% من حالات السرطان، اعتمادا على ثلاث عوامل هي:

. التغذية الصحية.

. النشاط الرياضي.

-الامتناع عن السلوك الممرض مثل التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات.

(who ; 2005)

ويشكل السكري و ضغط الدم المرتفع أكثر الأمراض المزمنة من حيث نسبة الإصابة في الجزائر كما نسبته دراسات وزارة الصحة أو المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، سواء من حيث النسبة أو التكاليف، حيث بلغت نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم 3% (1,8 لدى الرجال و 4,2 لدى النساء)، و نسبة انتشار السكري 1,5% (1,5 لدى الرجال و 1,7% لدى النساء).

أما السرطان فقد تجاوز 28000 حالة مكتشفة سنويا و تسبب في وفاة 21000 شخصا عام 2008. و يتسبب السرطان في 12% من أسباب الوفيات من بين الأمراض غير السارية في الجزائر. و غالبا ما تكون التوقعات سلبية في ضوء ارتفاع نسبة عوامل الاختصار مثل السمنة (39% لدى الرجال و 52% لدى النساء)، و التدخين (24% لدى الرجال) و الخمول البدني (31% من الرجال و 47% من النساء)، مما يزيد احتمال الإصابة . **(WHO;2013)**

وكانت أهم عوامل الخطر هي التدخين والتعرض للشمس، ونوعية التغذية والكسل، وعدم النشاط الرياضي. **(زعطوط ، 2005،ص141)**

3. التكيف مع المرض المزمن :

يشكل المرض المزمن صدمة للمريض و محيطه، خاصة إذا كان من النوع المهدد للحياة مثل: السرطان، مما يؤدي إلى تغير جذري في حياة المريض إضافة إلى التكلفة الاقتصادية المرتفعة .

يعتبر المرض تهديدا جديا يدركه المريض و يحاول التكيف معه أو مواجهته اعتمادا على مصادر الدعم الداخلية مثل كفاءة جهاز المناعة، و القدرات المعرفية التي تمكن الفرد من إدارة الذات و التعامل مع الأنظمة الصحية و على مصادر الدعم الخارجي مثل الأطباء و الممرضين و الأسرة و الاصدقاء .

و يمتاز المرضى فيما بينهم في استعمال تلك المصادر للنجاح في عملية التوافق، حيث يرى SANTON و COLLINS (2001) خمس مؤشرات على ذلك النجاح هي :

- نجاح في علامات التكيف الإيجابي مع المرض المزمن.
- غياب الكرب النفسي خاصة القلق و الاكتئاب .
- إيجابية الوجدان في أغلب الأحيان .
- احترام الدور في مجلات متعددة كالالتزام بالعلاج أو استئناف العمل.
- الاشباع والرضا في مجالات الحياة المختلفة. **(spitz ;2002 p82)**

ترجع الخلفيات النظرية و النماذج المنبثقة عنها التي حاولت تفسير التوافق مع المرض المزمن في أصولها إلى دراسات الكرب و الضغط النفسي و أهم تلك المحاولات:

- نموذج LAZARUSو FOLKMAN 1984 التفاعلي للتعامل مع الكرب .
- نموذج MOONو SCHAEFER 1993 .
- نموذج MAESو LEVENTHAL و DE RIDER 1996 .

ثانيا: مرض السكري :

إن داء السكري من الأمراض المزمنة التي عرفها الإنسان مند القدم، حيث كان المرضى أنذاك يعانون الكثير من جراء الإصابة به، و لذلك أعتبر هذا المرض من أبرز أعداء البشرية و أخصرها، إذا أنه يصيب أعداد كبيرة من البشر من جميع أنحاء العالم و بين مختلف الأجناس و الأعمار، بحيث شكل بذلك معضلة عويصة بالنسبة للإنسان.

1. تعريف مرض السكري:

كلمة DIABETE كلمة مشتقة من فعل يوناني يعني الانتقال عبر PASSER A'TRAVERS و هذا يعني أن الكلية لا تقوم بتصفية المواد التي تمر بها .

(pasand G ;1995 p;11)

ويعرف داء السكري بأنه: وصف لأمراض تتميز بأعراض مشتركة، أهمها التبول الشديد المرتبط عادة بارتفاع نسبة السكر في الدم و ليس انخفاضها، و تندرج ضمن : Insulionse nsiilsateurs

Diabainen: الكلمة اليونانية المشتقة منها كلمة Diabete هذه الأعراض المختلفة، المسميات المتعددة لأنواع داء السكري.

(Larousse . p/ 1980 p290)

و تعرفه المنظمة العالمية للصحة WHO من خلال أول تعريف لها لهذا الداء بأنه: حالات الإفراط السكري، ويعني ذلك زيادة معدل الغلوكوز في الدم . وأنه من الأمراض المزمنة التي تتوقف على عوامل وراثية ويعتبر أكثر شيوعا.

(Pacand G .1995.P12)

كما يعرف هذا الداء بأنه ذلك المرض الذي يجعل جسم الإنسان المصاب به غير قادر على هضم الطعام، و الاستفادة منه كما ينبغي، فتتراكم بذلك كميات السكر في الدم بدلا من أن تحترق للحصول على الطاقة، و يبدأ بعضهما في الخروج من الجسم من البول، كذلك تزداد في الدم كمية الدهون التي يحصل عليها الجسم من الطعام كالزبدة و الجبن ....إلخ دون الاستفادة منها، كما تتحول كما من المواد الروتينية من اللحوم و الاسماك إلى

سكريات بدلا من أن تستخدم بواسطة الجسم في بناء العضلات و تجديد الأنسجة التالفة، و مع مرور الوقت تبدأ هده الكميات المتراكمة من السكر في الدم في إتلاف بعض أعضاء الجسم المختلفة كالعين و الكليتين و الأعصاب و غيرها من الأعراض، و يرجع السبب في كل هذه المشاكل إلى شيء واحد و هو عدم قدرة جسم المريض على إفراز كمية كافية من الأنسولين لهدم المواد السكرية الذي يرجع أساسا إلى إتلاف أو عجز البنكرياس على أداء و وظيفتها . **(أيمن الحسني , 1988,ص 7)**

2. أنواع داء السكري:

تعددت تقسيمات هذا الداء و تعددت تسمياتها تبعا للجداول الإكلينيكية المختلفة، و لكنه يتميز بنوعين رئيسيين هما :

1. داء السكري الخاضع الأنسولين : (IDDM)

تم تسمية هذا النوع النمص الأول، و هذا التصنيف أو التسمية الحديثة، ظهرت تبعا لمصدر العلة و ليس لنمط العلاج المختلف السكري .

هذا النوع من السكري يصاب تهدم في الخلايا بيتا للبنكرياس الذي يصاحبه مباشرة و عادة نقص في إفراز الأنسولين. **(Muter & al ;2003 ;p79)**

و يصيب هذا النوع من المرض الأطفال و المراهقين و الشباب الأقل من أربعين سنة، يمثل بذلك من 15%إلأى 20% من انتشار الداء ككل، و قد تصاحبه سوابق مرضية عائلية بنسبة 15%. **(Khalfa B ; & Rbouch;Z ;1999 ;P13)**

إن المريض بهذا النمط لديه، كل من ارتفاع نسبة السكر في دمه و ظهور كمية من السكر أيضا في بوله مع ظهور سم يسمى الأسيتون.

(ليونارد جاكوت، 1993، ص 25)

كما يعتمد علاج مرضى هذا النمط بالحقن اليومي للأنسولين .

2. نداء السكري الخاضع للأنسولين (NIDDM) :

هذا النوع من السكري يتميز أيضا بارتفاع نسبة السكر في الدم لكن علاجه لا يستوجب الحقن الدائم بالأنسولين و قد سمي بالنمط الثاني، لكن بقي هذا النوع من السكري صعب الدراسة، من ناحية طبيعة مقارنة بالنمط الأول و ذلك لأسباب غير معروفة لحد الأن .

(Parlemuter;L ;Sélan J;L&CollindeE L'hortlT ;2003 ; P 145)

و لكن يبق هذا النمط من أخف أنواع هذا المرض و هو بسيط و عادة ما يصيب الإنسان في سن متأخرة أي ما بعد الأربعين، و غالبا ما يسمى سكري الكبار وهو يتواجد بنسبة 85% إلى 90 %من المصابين بداء السكري.(**ليونارد جاكوت، 1993، ص 250)**

و يتمثل السبب الرئيسي في إصابة الفرد بهذا النوع من المرض هو عجز البنكرياس على إنتاج القدر الطبيعي للأنسولين، يعني أن نسبة إفراز الأنسولين تكون قليلة، و لهذا فالشخص المصاب لا يحتاج إلى الحقن بالأنسولين و إنما يتطلب علاجه تناول أقراص تكون وظيفتها الرئيسية تحفيز البنكرياس على إفراز القدر الكافي من الأنسولين من أجل تخفيض نسبة السكر في الدم، و كذا ممارسة الرياضة و إتباع حمية غذائية صحية. وعلى هذا فإن بول المريض لا يحتوي على الأستون، و هذا أهم فروق بين نوعي المرض.
(Garnier & Delamare ; 2003 ; P 226)

3. أعراض داء السكري :

إن أعراض و علامات داء السكري كثيرة جدا و لكن أهمها و أكثرها ملاحظه من قبل الإنسان هي العطش الزائد و التبول الكثير و خاصة بالليل، و كثير من الأحيان لا يظهر على المريض أعراض محددة تدل على المرض، و قد يكشف المرض فقط عند إجراء فحص طبي .

و يمكن تحديد الأعراض و فهمها كالآتي:

- كثرة التبول : و ذلك بسبب وجود كمية كبيرة من السكر في البول و التي تؤدي إلى صرح كميات كبيرة من الماء معه .
- كثرة العطش: و هذا بسبب صرح كميات كبيرة من الماء في البول.

- جفاف في اللسان، الفم و الجلد مع الإعياء و الخمول : هذا إذا لم يتم شرب كمية كافية من الماء لتعويض الكميات المصروحة في البول .
- فقدان أو هبوط الوزن: إن فقدان الوزن يعتبر من الأعراض المبكرة لداء السكري، فكثرة صرح البول تجعل جسم المصاب يبدأ وزنه بالانخفاض.
- فهم زائد أو الإحساس المفرص بالجوع بسبب اختلال التمثيل الغذائي في الجسم . ثم تأتي الأعراض التالية التي يجب أن تثير الاهتمام للتقصي عن احتمال وجود داء السكري:

. مشاكل الرؤية (زغللة في العين) و ضعف قوة الإبصار .

. الحكة و خاصة في منطقة الأعضاء التناسلية: السكر مادة تساعد على نمو الجراثيم لذلك تكثر الالتهابات في المناطق الرطبة من الجسم مثل الأعضاء التناسلية (خاصة لدى السيدات) و الجلد، كما تساعد على تقليل مقاومة الجسم ضد الجراثيم في مواقع أخرى من الجسم.

- التأخر في إلتآم الجروح و الرضوض عند حدوثها (تقرحات في القدم أكثرها).
- أحيانا يشعر المريض بالحاجة للتنفس بسرعة.
- مشاكل لها علاقة بالجهاز العصبي (الاعصاب الطرفية) مثل الإحساس في باطن القدم.
- الضعف الجنسي واضح عند الذكور.
- مولود كبير الحجم لحد غير طبيعي عند السيدات، أو اسقاطات متكررة عند الحمل دون سبب واضح. **(فاروق الزربا، 2002)**

أما الاعراض النفسية فنجد القلق والاضطراب النفسي والارق واحباط الذاكرة، حيث يصبح المصاب بداء السكري قلقا جدا وخائفا. **(أمين رويحة، 1993، ص13)**

4. علاج داء السكري :

إن السكري مرض مزمن يصيب الفرد و يستمر معه طوال حياته و معنى هذا أنه يحتاج إلى استمرارية العلاج و المتابعة الطبية، فداء السكري ليس كغيره من

الأمراض المعتادة فإنه لا يصيب عضوا أو جزءا فقط من أعضاء الجسم بداية من الجلد و نهاية بالعظم، مرورا على كل الأنسجة و الأجهزة من قلب و أوعية دموية و أعصاب و عضلات و كلى . فمريض السكري هو زائر لكل الأطباء حتى الطبيب النفسي.

إن قواعد العلاج في حالة داء السكري ثابتة و متفق عليها بين جميع أطباء العالم عند علاج المصابين مع اختلاف بسيط حسب كل حالة مرضية.

و يمكن تلخيص القواعد الأساسية التي يرتكز عليها العلاج فيما يلي:

1. العلاج بالأنسولين:

يعتبر فقر الأنسولين سببا مباشرا في ظهور داء السكري، لان وظيفته الأساسية إدخال السكر بالخلايا و الأنسجة و العضلات و المخ و الأعصاب. و يستهلك عادة السكر الزائد بالدم عن المعدل الطبيعي خلال ساعتين، و الأنسولين لا يؤخذ بالفم (حاليا يوجد استنشاق) و لكنه يؤخذ كحقن، و يوجد منه الأنسولين

2. الحقن في البطن، لأن حقنه بالذراع أو الفخذين مع الحركة يمتص بسرعة.

(Rother ;2007)

إن كمية الأنسولين التي تحقن لمعاجلة داء السكري يحددها الطبيب وفقا لكل حالة، لذلك يجب على المرضى إتباع أوامر الأطباء فيما يخص أوقات الحقن و كذا كميات العلاجية المقدمة لهم. و التي يجب أن تتماشى مع نسبة السكر في الدم التي تتأثر بكمية الطعام الذي يتناوله و بمقدار السكر في الدم متساويين، و هذا يتطلب العلاج الدقيق للمريض في وقته. **(الأيمن الحسيني، 1988، ص 24)**

3. العلاج بالأقراص :

إن علاج داء السكري عن طريق التعاطي الأقراص الطبية التي تأخذ عن طريق الفم، يختص بالسكري من النمط الثاني، أي السكري غير الخاضع للأنسولين، إذ أن عمل هذه الأقراص الأساسي هو إثارة هرمون الأنسولين الكامن في غدة البنكرياس، حيث أن الأنسولين لا يكمن في البنكرياس إلا عند المصابين السمان أو الدين هم في سن الشيخوخة. **(أمين رويحة، 1973، ص 30)**

و يمكننا ذكر بعض الأقراص المنخفضة للسكر و فعاليتها كالتالي:

سلوفونيل يوريا : (كالدا يميكرون و الدوانيل) تزيد معدل الأنسولين بالدم و تعطي للمرضى الذين ليس لديهم أجسام كيتونية بالبول، و قد يصاحبها زيادة في الوزن، ولا تفيد مع مرضى السكر من النوع الأول، ولا تستعمل مع الأطفال أو في حالة الارتفاع الشديد في السكر أو في حالة غيبوبة السكر .

أقراص ميتوفورمين : (سيد وفاج) و يفضل استعمالها لدى مرضى السكر البدنين بعد فشل رجيم الغذاء و الرياضة في التخسيس . و تعمل على إقلال مقاومة الخلايا للأنسولين و لا تقلل انطلاق الجلوكوز من الكبد أو امتصاصه من الأمعاء.

ألفا جلوكوز يداز: كأقراص (أكاربوز) و هي تقلل تأثير عمل الإنزيم المسؤول عن تكسير السكر و النشويات أثناء الهضم و تحويلها إلى جلوكوز يمتص بالأمعاء، لهذا يؤخذ مباشرة ليقلل امتصاص السكر من الأمعاء، و لهذا تقلل جرعات أدوية السكر .

(خالد عبد الله صيب، 2007)

3.الحمية الغذائية :

نعني بها وضع خطة لنوعية و كمية الأغدية المختارة و زمن تناولها، و الغاية من هذه الخطة هي إنقاص الوزن الذي يشكل علاجا مثاليا للسكر في بعض الأحيان .

و من مميزات النظام الغذائي، المحافظة على الحالة الطبيعية لنسبة السكر في الدم و الدهون، و بذلك تمنع ظهور مضاعفات المرض، كما أن دور النظام الغذائي يتمثل في السيطرة على الحالة المرضية للمريض، فإذا كان هذا الأخير يستعمل الانسولين في الدم بعد تناول الوجبات بالإضافة إلى ذلك يجب أن تتضمن هذه الحمية الغذائية عدم التعرض للغيبوبة السكرية مهما كان نوعها، بالإضافة على ذلك يجب أن يتمتع المريض بالطاقة اللازمة لأداء عمله اليومي بفضل الأغذية .

(أيمن الحسني، 1988، ص43-44)

4 . الرياضة :

لا تكف الحمية الغذائية وحدها لعلاج داء السكري بدون رياضة، لأنها الأحيان تؤدي إلى أثار ضارة، و لهذا فإن الرياضية دور كبير في الخطة العلاجية لمرضى السكري فهي تساهم بدرجة كبيرة في تنظيم نسبة السكر بالدم و تنشيط الدورة الدموية و المحافظة على الوصول إلى الوزن المثالي للمريض مما يساهم في خفض نسبة المضاعفات المزمنة لداء السكري و الأمراض المصاحبة له، مثل ارتفاع الضغط و اختلال الدهون .

عند ممارسة الرياضة يتحسن تأثير الأنسولين على النسيج العضلي و بالتالي زيادة استهلاك الجلوكوز الموجود بالدم كذلك يزيد تأثير الأنسولين على الكبد فينخفض معدل اطلاق السكر منها .

و لكي يتمكن مريض السكري منا لاستفادة من التمارين الرياضية دون حدوث مضاعفات فلابد أن يكون ذلك جزءا من برنامجه العلاجي و تحت إشراف الفريق الصبي المعالج. **(أمين رويحة، 1973، ص 12)**

و أكدت الدراسات الحديثة أن التقيد بحمية غذائية و ممارسة بعض التمارين الرياضية أكثر فعالية من الأدوية طلب الباحثون من 3234 شخصا تتراوح أعمارهم بين 25 و 85 سنة يعانون من فرط ارتفاع نسبة السكر في الدم يتغير نمط حياتهم عن طريق أتباع حمية و ممارسة بعض التمارين الرياضية، أو بإعطائهم دواء (لميتفورمين). و تبين أن الذين اتبعوا الحمية الغذائية و مارسوا الرياضة شهد و انخفاض معدل السكر في الدم بنسبة 58%، والمتطوعين الذين تناولوا الدواء بنسبة 31%. **(عايدة الدغيثر،2003)**

ثالثا: مرض الربو :

يعد الربو من الأمراض المزمنة في الجزائر و التي تشكل خطورة على حياة المرضى، و يتخيل إلى عدد منا أن الربو مشكلة بسيطة تطرأ من حين إلى أخر، و تحتاج إلى علاج متقطع، فيما يرى أخرون أنها مشكلة خطرة و مستدامة تحتاج إلى علاج مستمر، و

بالطبع لا يمكن أن يكون الجميع على حق. و من هنا نجد أن عوامل عديدة تساهم في الإصابة بمرض الربو، لذا يصعب التوصل إلى تعريف محدد له.

1. **مفهوم الربو:**

تستخدم كلمة الربو كمصطلح عام يشمل حالة من الانقطاع في النفس تنتج عن ضيق متقطع في الأنابيب القصبية أو المسالك الهوائية، داخل الرئتين .

تساهم عوامل عديدة في الإصابة بالربو هو أنه حالة تنتج عن التهاب المسالك الهوائية، ما يحد من تدفق الهواء عبرها. و يستخدم الأطباء في ما بينهم مصطلح قصيبات مرتعشة . **(جون أبرس ،2015 ، ص 72)**

2. عوامل الإصابة با لربو :

– **الوراثة (عوامل جينية)** : يدرك كثيرون أن الربو قد يجري في العائلة، لذا لابد من وجود عامل وراثي يساهم في الإصابة بالمرض، خصوصا الربو المرتبط بالحساسية، مع العلم أن العامل الوراثي يكون أقل تأثيرا في المرضى الذين لا يعانون من الحساسية . وردة الفعل الحساسية هي ردة فعل مفرطة لجهاز المناعة في الجسم، يستجيب فيها بطريقة غير ملائمة إلى مادة طبيعية غير مؤدية، ما يؤدي إلى مشاكل صحية قد تكون خطرة و تهدد الحياة .

إن الإصابة بالربو وراثيا ليست حتمية، إذ أن الإنسان لا يرثها بالطريقة عينها التي يرث فيها لون عينيه و فئة دمه، إذ يمكن لشخص ما يعاني من مرض ربو حاد أن ينجب أطفال لا يعانون من المرض.

- **عوامل بيئية:** تمارس العوامل البيئية (مثل مسببات الحساسية و النظام الغذائي و التعرض للتدخين السلبي) دورا رئيسيا في الإصابة بالربو و تفاقمه. و من الواضح أنه حتى تكبر بذرة الربو لابد من (زرعها في تربة ملائمة)

الظروف المهيئة للإصابة بالربو تبدأ في الظهور فيما يكون الجنين في رحم أمه، و يرتبط ذلك بعوامل عديدة، مثل تدخين الأم في فترة الحمل، و النظام الغذائي الذي تتبعه إذ يؤدي الفيتامين (ه) دورا مهما في هذا المجال .

. تعرض للتدخين السلبي في الطفولة .

. مسببات الحساسية (على الأخص عث الغبار).

. العدوى .

. التعرض لمواد في مكان العمل، مثل المواد الكيميائية.

3. أعراض الربو :

يمكن أن يظهر الربو في شكل واحد أو أكثر من الأعراض التالية:

. الصفير أثناء التنفس: مع انقطاع بالنفس أو من دونه، و يكون نتيجة التعرض لمهيج أو من دون سبب.

. انقطاع التنفس: غالبا ما يرتبط بالصفير و السعال، و لكن يمكن أن يحدث وحده أيضا.

. السعال: قد يكون السعال الجاف أو المرفق بالبلغم دليلا على الإصابة بالربو.

. الضيق في الصدر: غالبا ما يخطئ المرضى و يظنون أن الضيق في الصدر مرتبط بأزمة ربو، ناتج عن الإصابة بأزمة قلبية .

4.الوقاية من الربو :

و تكون عن طريق :

. السيطرة على عث الغبار في المنزل مهم لبعض المرضى.

. أزمات الربو الحادة قد تجبر المريض على التخلي عن الحيوان الأليف.

. قل ما يستطيع الأشخاص الذين يعانون من حساسية من الطعام من التحكم بأعراض الربو باعتماد الحمية وحدها.

. على المدخنين الذين يعانون من الربو الإقلاع عنه.

. التدخين في فترة الحمل يزيد خطر إصابة الجنين بالربو.

(جون أيرس ،2015، ص48.8)

رابعا: مرض ضغط الدم:

يعتبر مرض ضغط الدم الأساسي من الأمراض المزمنة الأكثر شيوعا و انتشارا في العالم، و مسببا رئيسيا للإصابة بالأمراض الوعائية القلبية التي تصل درجة خطورتها إلى الموت.

1. تعريف ارتفاع ضغط الدم:

يعرف ارتفاع ضغط الدم على أنه : ارتفاع غير عادي لضغط الدم في الشرايين ، الذي يؤدي غالبا لأمراض متعددة كالجلطة الدماغية. **(Larousse ;2004 ;P673)**

تعريف أخر ل MARCHINA 1995: أرقام مرتفعة حسب السن للضغط الدموي داخل الشرايين، محسوبة بالسنتيمتر أو الميلليمتر الزئبقي. **(Larousse ; P19)**

في هذا التعريف أضيف عامل السن أي أن شدة الضغط الدموي تحدد حسب السن، فمثلا الضغط الدموي التالي (80، 120) هو ضغط مثالي بالنسبة لشخص راشد، لكنه في القابل يعتبر ضغطا عاليا بالنسبة لرضيع أو طفل صغير.

نتكلم عن مرض ارتفاع ضغط الدم لما في وضعية الراحة و لعدة قياسات يكون ضغط الدم الانقباضي 140 مليمتر زئبقي أو أكثر، وضغط الدم الاستنباطي 90 مليمتر زئبقي أو أكثر. **(Larousse. 2004.P673)**

2. أنواع مرض ضغط الدم:

هناك نوعان من مرض ارتفاع ضغط الدم يصنفها قاموس Larousse 2004 في :

أ. ارتفاع ضغط الدم الأساسي Hypertension Artérielle essentielle:

يشكل مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي 90 إلى 95% من مرض ارتفاع ضغط الدم، و يعرف على أنه: ارتفاع غير عادي لضغط الدم في الشرايين لأسباب مجهولة مرتبطة

مباشرة بالمقاومة الشريانية (La résistance Artérielle) أو بالتدفق القلبي (Le Débit Cariaque). **(Larousse ; 2004 ; P 673)**

عند الشخص الشاب مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي مرتبط مباشرة بالتدفيق القلبي، أي بكيمة الدم التي يخضها القلب أثناء كل انقباضه، أما عند الشخص المسن فهو مرتبط بالمقاومة الشريانية . **(Larousse ;2004 ; P 673)**

ب. ارتفاع ضغط الدم الثانوي L'hypertenion Artérielle secondaire

و هو عبارة عن ارتفاع غير عادي لضغط الدم في الشرايين أسبابه معروفة مثل:

. أمراض الكلى Maladies des reins .

. أمراض الغدد فوق الكظرية Maladies des glandes surrénales .

. تضخم الغدة الدرقية L'hyperthyroide.

. التدخين و السمنة Le fumer et l'obésité.

. فترة الحمل و يدعى مرض ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل ب L'hypertension gravidique.

. بعض الأدوية خاصة الكورتيكويدات les corticoides و ما نعي الحمل.

(Lrousse ; P 674)

3- أعراض مرض ارتفاع ضغط الدم:

ليست هناك أعراض محددة و خاصة لهذا المرض، و في معظم الحالات لا يحس المريض بأعراض مرض ارتفاع ضغط الدم، لذا فإنه يدعى بالمرض الصامت، و يكشف عادة عنه من خلال الفحوصات الروتينية التي يجريها المريض في العادة، و الأعراض التي ستعرض هي أعراض لمن ارتفاع ضغط الدم الأساسي و الثانوي، بمعنى أنه لا توجد

أعراض خاصة بمرض ارتفاع ضغط الدم الثانوي، و أعراض خاصة بمرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي، بل هي نفس الأعراض تتفاوت شدتها حسب قراءات القياس .

و على العموم فإن أعراض مرض HTA تتخلص فيما يلي:

(Larousse ;2004 ;P 674)

. صداع خفيف Légersmaux de téte.

. طنين في الأذنين Acouphénes Bourdonnent d'oreilles.

. نزيف الأنف Saignement du nez.

. إرهاق و تعب Fatigue.

. اضطرابات في الرؤية Eblouissements.

4 – علاج مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي:

يرتكز علاج مرض ارتفاع ضغط الدم على نمطين من العلاج هما:

أ. إتباع السلوكيات الصحية: تتمثل السلوكيات الصحية التي يتبعها المريض ب HTA في:

. إتباع حمية غذائية مناسبة خاصة عند الأشخاص البدنين بغية إنقاص الوزن.

. التقليل من استهلاك المواد التي تحتوي على الدهون و الملح.

. القيام بممارسة تمارين رياضية خفيفة كالمشي أو ركوب الدراجة.

. الامتناع عن التدخين .

. الامتناع عن شرب الكحول.

. ضمان تغدية متوازنة .

. إتباع نمط حياة ملائم.

ب .العلاج الدوائي: يتضمن العلاج الدوائي مجموعة من الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم، يصفها الطبيب للمريض حسب كل حالة، من شأنها أن تخفض من درجة ضغط الدم، و تحافظ على استقراره، إضافة إلى أنها تعتبر وقاية من الدرجة الثانية، تجنبا لمضاعفات المرض (HTA).

و تتمثل هذه الأدوية في: **(Azizi ; 2004)**

Les diurétiques : تساهم هذه المجموعة في إنقاص الملح و ذلك بطرده من الجسم عن طريق البول .

Les bétabloquants : تنقص انقباضات و ضربات القلب المتزايدة .

Les Alpha-bloquants : توسع الشرايين .

Les anthihy pertenseurs centraux : تعمل على الدماغ الدي يراقب ضغط الدم .

Les Inhibiteurs calciques : توسع من قصر الشرايين .

خامسا: القصور الكلوي:

يعد مرض الفشل الكلوي من الأمراض المزمنة في الجزائر و التي تشكل خطورة على حياة المرضى و تسبب في غالب الأحيان إلى وفات المريض، و إذا لم يتم التعامل معها بعناية و إتباع توصيات الأطباء المختصين في هذا المجال، حيث ينتج القصور الكلوي في ترشيح الدم و التخلص من المواد الضارة و بالتالي يتراكم في الدم المواد و الأملاح الزائدة، التي تؤدي في نهاية المطاف إلى إتلاف الأنسجة و أعضاء الجسم المختلفة .

1- تعريف القصور الكلوي:

أ. التعريف اللغوي: قصر، يقصر، قصورا عن الأمر، عجز وكف عنه.

(إبراهيم، بدون سنة، ص44)

ب.اصطلاحا: هو التدهور التدريجي في وظيفة الكلى أي التحطيم الكلي و غير قابل إلى الرجوع.

و يقاس بقيمة الكرياتين، إذ يتصور القصور الكلوي المزمن خلال فترة شهر أو أعوام و عندما يصل إلى المرحلة النهائية يصبح مهلكا مالم يلجأ إلى غسيل الكلى بانتظام و تمثل في غسيل دموي . (Médécal . Arousse 2002 , p360.)تجري للمريض عملية زرع الكلى .

2 – أنواع القصور الكلوي:

أ. القصور الكلوي الحاد : ينتج عن تثبيت حاد لوظائف البراتشيم الكلوي نتيجة لإصابة الجهاز البولي بأمراض متنوعة يصيب بعضها الكبد أو الأنابيب مثل : التهاب الكلية، و يصيب الكلية و الأوعية الدموية الكلوية أو المجاري البولية و من المهم جدا تشخيص القصور الكلوي الحاد مبكرا، و لكن يصبح ممكن إنقاذ أعلى نسبة من المصابين بهذا التناذر .

. أسباب القصور الكلوي الحاد هو : تلف في الغشاء الحشوي للكلية مما يؤدي لعدم قدرة الكلية على تجميع و تركيز البول و التخلص من المخلفات النيتروجينية، و في هذه الحالة يكون تلف النيفرون نتيجة :

. خلل أو نقص في تروية أنسجة الكلية، نخر في الأنابيب الكلوية الحادة، التهاب حاد في الكبيبات، تعرض الكلية لبعض الأدوية أو بعض المضادات الحيوية، التصوير بالأشعة أو الصبغات المستخدمة في الفحوصات، الصدمات، الأورام، ارتفاع ضغط الدم، تسمم الدم أثناء الحمل، ارتفاع مستوى الكالسيوم في الدم .

ب.القصور الكلوي المزمن:

يعرف الفشل الكلوي المزمن بأنه تدهور تدريجي لا رجعة فيه في وظيفة الكلية، حيث لا يستطيع الجسم التخلص من مخلفات عملية الأيض، وغير قادر على المحافظة على توازن الماء و الأحماض و المواد الكيميائية في المعدل الطبيعي و بالتالي تزيد من مستوى اليوريا

و النيتروجين و الكيرياتين في الدم و بالتالي فإن الأسباب المؤدية للقصور الكلوي المزمن هي :

. مرض السكري .

. ارتفاع ضغط الدم.

. التهاب كبيبات الكلى المزمن .

. انسداد في مجرى الجهاز البولي.

. تشوهات خلقية.

. الالتهابات .

. اضطرابات في الأوعية (أمراض القلب و الأوعية الدموية).

. عوامل بيئية ووظيفية : الرصاص، الكادميوم، الزئبق، الكروم.

(M.A.Boubchir ; 2004 ; P 22)

3- أعراض القصور الكلوي:

قد لا يشعر المريض بأي أعراض طويلة ولكن من أهم الأعراض المصاحبة للمرض هي:

- الشعور بالتعب و الإرهاق الجسدي و الذهني.
- قلة الشهية للطعام.
- صعوبة التنفس.
- الضعف الجنسي.
- الحكة و كثرة التبول خاصة ليلا.

كما أن المريض قد يصاب بفقر في الدم أو ارتفاع في ضغط الدم و التهاب في الأعصاب الطرفية (التنميل) و نتيجة لنقص فيتامين (د) بصورته النشطة يصاب المريض بلين في العظام.

قد تصدر رائحة فم كريهة بسبب ارتفاع تركيز البول و الكرياتينين في الدم فتفرز من اللعاب مع الغدد اللعابية.

ارتفاع ضغط الدم مع أعراض تصلب شرايين القلب و التهاب الغشاء المبطن، العطش المستمر و جفاف اللسان و الجلد مع تورم القدمين و الوجه.

الإصابة بالأنيميا و فقر الدم، رائحة كريهة للنفس مع عمق التنفس و سرعته و قد تصاب الرئة بالارتشاح، شحوب الجلد و ظهور السحجات نتيجة النسق تحت الجلد.

(ماهر أبو المعاصي علي، 2012، ص 247)

4- علاج القصور الكلوي:

1. العلاج بالحمية الخاصة بالتغذية :

. المساهمة البروتينية : تفرض على المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن حمية منقوصة من البروتينات بمقدار 0,8غ% في اليوم .

. المساهمة الملحية : تحدد المساهمات الملحية في المتوسط ب 40غ / اليوم، قد تكون نسبة هذه الكمية أحيانا أقل و هذا في حالة معاناة المريض المصاب بالقصور الكلوي من أوسمات (oedémesà) و ارتفاع ضغط الدم شديد، كما قد يحدد هذه النسبة بكميات أكبر و ذلك في حالة الإصابة ببعض الأمراض كمرض تعدد الأكياس الكلوي(polykystose) و أمراض الكلى المزمنة .

. المساهمات المائية: يجب أن تكون المساهمات المائية كافية في بداية القصور الكلوي المزمن و ذلك لتعويض كثرة التبول، لكن حينما يصل المريض إلى المرحلة النهائية من المرض فإنه يفرض عليه تقليص الماء و ذلك بسبب انخفاض الصوديوم في الدم (hyponatrémie).

. مساهمات البوتاسيوم : تقلص كمية البوتاسيوم في المرحلة الأخيرة للمرض و ذلك بتجنب تناول بعض المواد (الفواكه الجافة، الموز، الكرز، الخضر و الشوكولاتة .....إلخ) بالإضافة إلى تجنب الأدوية كمضادات الالدولسترين.

2. العلاج عن طريق الأدوية :

يتناول المريض بالقصور الكلوي المزمن مجموعة من الأدوية لتصحيح بعض الاضطرابات و الانعكاسات الناتجة عن المرض و كدعم للعلاج الأساسي (تصفية الدم) و التي من بينها :

. في المراحل الأولي من المرض إضافة إلى الفيتامين D بأخذ أدوية لتعويض نقص الكالسيوم و زيادة الفوسفات .

. أدوية حافظة للضغط الدموي مثل مضادات إنزيم التحول (IEC).

. علاج فقر الدم بواسطة تزويدهم بمادة الإيريتروبوتين المخلق (Erythropoiétine recombinante) .

. لا يستعمل هذا العلاج قبل التصفية إلا في حالة الأنيميا الحادة.

(سامية ياحي، 2008 ،33ص . 34)

3. عن طريق الزرع الكلوي:

هو عبارة عن عملية جراحية يتم فيها نقل كلية سليمة من شخص متبرع حي أو من شخص ميت إلى جسم مصاب بالقصور الكلوي المزمن و هذا عند توفر شروط التلاؤم العضوي و المناعي، فزرع الكلية ليس في متناول جميع المرضى، و إنما لفئة نسبية منهم فقط و هذا بسبب موانع عضوية مختلفة منها السن، عدم التلاؤم المناعي، اضطرابات القلب الوعائية و أمراض أخرى .

و يعد الزرع الكلوي علاجا فعالا فهو الأمل الوحيد من أجل وهب هؤلاء المرضى حياة عادية نسبيا. **(بالطيب عبد الله و علال فؤاد، 2013،ص 44 . 45)**

خلاصة الفصل:

تساهم الإصابة بالأمراض المزمنة في خفض فرص الشخص المصاب في العيش بشكل سليم و أمن، و شكل خاص عند الإصابة بأمراض السرطان سيؤدي هذا إلى إصابته باليأس و عدم الرغبة في الحياة . و قد تسبب هذه الأمراض الإعاقة للمصابين بها، بالإضافة إلى الوفاة، و تكلف الدولة تكاليف كبيرة لعلاجها و متابعتها لأنها تحتاج هذه الأمراض إلى متابعة قد تمتد مدى الحياة للعلاج و المحافظة على حياة الشخص.

لذلك يجب على جميع الأشخاص الاهتمام بصحتهم و تجنب كافة مسببات الأمراض المزمنة و التوجه إلى الطبيب بشكل روتيني لتجنب أي مرض.

الفصل الخامس: إجراءات البحث الميداني

تمهيد.

أولا: منهج البحث

ثانيا: الدراسة الاستطلاعية.

1. **كيفية اختيار العينة.**
2. **خصائص عينة البحث.**
3. **حدود البحث.**

ثالثا: أدوات البحث.

1. **مقياس المساندة الاجتماعية.**
2. **مقياس جودة الحياة.**

رابعا: الأساليب الاحصائية المستخدمة في البحث.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

نقوم في هذا الفصل باستعراض اجراءات الدراسة الميدانية التي اتبعناها للتحقق من فروض الدراسة و هدفها الأساسي المتمثل في معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية و جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة لدى الراشدين ولقد اخترنا الأمراض التالية : مرض السكري، مرض الربو، مرض ضغط الدم و مرض القصور الكلوي .

حيث تناولنا في هذا الفصل وصفا لمنهج الدراسة، و عينة الدراسة و أدواتها، و اجراءات التطبيق، بالإضافة للأساليب الاحصائية التي استخدمت في تحليل و معالجة البيانات .

أولا: منهج الدراسة:

إن أساس البحث العلمي الدقيق هو العمل المنهجي أي العمل الخاضع لنهج قائم بذاته ذو بعد واضحة وذو طابع علمي و موضوعي، و المنهج هو مجموعة القواعد العلمية التي تطمح الى كشف أسباب الأكاديمية لأجل تشخيصها و اقتراح علاج لها، و يتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراستهوالهدف منه.**(فيصل عباس، 1983، ص14)**

و بما أن موضوع دراستنا هو المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة عند المصابين بالأمراض المزمنة فان المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي الارتباطي الذي يعرف على أنه دراسة الوضع الراهن للبشر و الأحداث دون تغير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة.

اذن فهو المنهج الذي يهدف الى استكشاف حجم و نوع العلاقات بين البيانات، بمعنى إلى أي مدى ترتبط المتغيرات، أو الى أي حد تتطابق متغيرات في عامل واحد مع متغيرات في عامل أخر، و قد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما، ارتباطا جزئيا موجبا أو سالب، وهكذا تفيد الطرق الاحصائية لحساب معاملات الارتباط.

كما تخدم الدراسات الارتباطية الاغراض و خاصة في الدراسات التنبؤية.

(عبد الفتاح و يدار،2000،ص179)

ثانيا:الدراسة الاستطلاعية:

1. كيفية اختيار العينة:

قد تم تحديد مواصفات العينة، التي تتكون من المصابين بالأمراض المزمنة للراشدين، وقد تم اختيار هذه العينة لوعيهم بحالتهم الصحية. بحيث يكون المريض مكون علاقات اجتماعية متطورة مع المحيط الذي يعيش فيه و الذي يبعث فيه الشعور و الاحساس و القيمة الذاتية، فالعينة التي نحن بصدد دراستها، لم نحدد الجنس فيها، و انما ركزنا على المرضى الراشدين التي تتراوح اعمارهم من 20 سنة فما فوق و الذين يعانون من

الأمراض المزمنة، و العلاقة التي تربطهم بحالتهم الصحية و النفسية و تأثيرها على المحيط الخارجي و على نفسيته .

2. **خصائص عينة البحث:**

. توزيع عينة البحث حسب متغير الجنس:

الجدول رقم(01): يوضح خصائص العينة حسب متغير الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	24	40
اناث	36	60
المجموع	60	100

. توزيع عينة البحث حسب متغير العمر:

الجدول رقم(02): يوضح خصائص العينة حسب متغير العمر.

العمر	التكرار	النسبة المئوية
20 الى 40	31	51,6
40 الى 60	19	31,6
60 الى 80	10	16,6
المجموع	60	100

. توزيع عينة البحث حسب الحالة المدنية (العائلة):

الجدول رقم(03): يوضح خصائص العينة وفق الحالة المدنية(العائلية).

الحالة المدنية	التكرار	النسبة المئوية
متزوج (متزوجة)	38	63,3

أعزب (عزباء)	7	11,6
أرمل (أرملة)	15	25
المجموع	60	100

. توزيع عينة البحث حسب نوع المرض:

الجدول رقم(04): يمثل خصائص العينة حسب نوع المرض.

نوع المرض	التكرار	النسبة المئوية
القصور الكلوي	15	25
مرض السكري	15	25
مرض الربو	15	25
ضغط الدم	15	25
المجموع	60	100

3. حدود الدراسة الاستطلاعية:

أ. الحدودالمكانية:

تحديد اجراء الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية ب : محمد بوضياف ولاية المدية، قسم تصفية الدم للقصور الكلوي و الامراض المزمنة.

ب. الحدود الزمانية:

لقد امتدت دراسة بحثنا رسميا في 2019/02/24 الى 2019/04/16 حيث أول شيء قمنا به التوجه الى الميدان و القيام بالدراسة الاستطلاعية و التي من خلالها حددنا موضع بحثنا بالضبط، ووضعنا فرضيات البحث بحسب ما لاحظناه في الواقع وكذلك ضبطنا خصائص العينة و ذلك من خلال جمع البيانات و المعلومات الطبية و النفسية حول

الموضوع، و تطبيق المقاييس للتأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

ت. الحدود البشرية:

عينة البحث: تم اختيار العينة من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في المرضى المزمنين وهم : مرضى السكري، مرضى الربو، مرضى ضغط الدم و مرضى القصور الكلوي .

ثالثا: أدوات الدراسة الاستطلاعية:

قد يستخدم الباحث أكثر من طريقة أو أداة لجمع المعلومات حول مشكلة الدراسة أو الاجابة عن اسئلتها أو لفحص فرضياتها، و يجب على الباحث أن يقرر مسبقا الطريقة المناسبة لبحثه أو دراسته، و أن يكون ملما بالأدوات و الأساليب المختلفة لجمع المعلومات لأغراض البحث العلمي، وفي دراستنا هذه اعتمدنا على:

أدوات سيكومترية: وتشمل المقاييس التالية :

. مقياس المساندة الاجتماعية للمصابين بالأمراض المزمنة (الراشد).

. مقياس جودة الحياة للمصابين بالأمراض المزمنة (الراشد).

1. مقياس المساندة الاجتماعيةللمصابين بالأمراض المزمنة:

. تعريف المقياس:

لقد تم بناء هذا المقياس من أجل تقييم درجة توفر السند الاجتماعي

لدى عينة من الغدة الدرقية، يتكون هذا المقياس من (46) بند يقدم لنا درجة واحدة كلية لتوفر السند الاجتماعي لدى مرضى الغدة الدرقية، و هو يتضمن ثلاثة أبعاد مختلفة و متكاملة و هي كمايلي:

. شبكة السند الاجتماعي : يحتوي على (16) بند و الذي يتمحور على المنابع التالية: العائلة، الأصدقاء، الاخوة، الزملاء و الطبيب .

. السند المدرك: يحتوي على (15) بند.

. السند المتلقي: يحتوي على (15) بند.

و نوضح ذلك من خلال الجدول التالي :

الجدول رقم(05): يمثل الابعاد وترقيم بنودها.

البعد	ترقيم البنود
الشبكة الاجتماعية	1، 2، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 28، 31، 34، 37، 40، 43، 46.
السند المدرك	3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 27، 30، 33، 36، 39، 42، 45.
السند المتلقي	2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26، 29، 32، 35، 38، 41، 44.

وتجدر الاشارة إلى أن هذا التفريغهدفه الوحيد هو توضيح أبعاد السند الاجتماعي لا غي، (يعني أنه لم يتم التطرق الى وضع مقاييس فرعية)، و في هذا الصدد يشير ستويزر (بدون سنة) Schweizer أن البحوث التي درست أثر السند الاجتماعي في الصحة النفسية قدمت نتائج غامضة بسبب عدم التفريق بين المظاهر الحقيقية و المدركة للسند و في نفس السياق يشير الى أنه في الوقت الحالي لا نملك أداة تحوي في نفس الوقت نوع السند (الحقيقي، المدرك)، طبيعته (انفعالي، مادي، معلوماتي)، منبعه (الشريك، العائلة، صديق، زميل، مختص)، وملائمته مع تطلعات الفرد. **(Schweizer.M .B ;2001 ;P17)**

و من أجل بناء بنود الاستبيان ارتأينا الى السند لبعض المؤشرات التي تم استخلاصها من خلال الاطلاع على مجموعة كتب و مقالات علمية تخص دراسة وقياس السند الاجتماعي .

و الجدول الآتي يوضح ذلك المؤشرات:

الجدول رقم(06): يوضح مؤشرات كل بعد للسند الاجتماعي.

شبكة السند الاجتماعي	السند المدرك	السند المتلقي
1. الزواج. 2. اخوة بالغين. 3. الكثافة (العدد). 4. التعقد. 5. المشاركة في تنظيمات. 6. تكرار التفاعلات. 7. القابلية للتوصل. 8. اتصالات دائمة.	1. ادراك الفرد. 2. الاحساس بكفاية السند. 3الرضى على السند المتلقي. 4. الاحساس بالقبول. 5. الاشباع المدرك للحاجات. 6. الاعتراف بالقيمة الحقيقية.	1. الرعاية الانفعالية: (الرعاية، الثقة، القبول، التعاطف، المعاضدة). 2. الحاق بالعمل(يتناسب و الامكانيات). 3. الاصغاء. 4. التعبير عن القلق. 5. مساعدة من أجل انجاز مهمة ما . 6. قرض مال. 7. المعلومات (النصائح، معلومات جديدة و مفيدة). 8. خدمات ملموسة، حل المشكلة. 9. المصاحبة (الترفيه، الاسترخاء). 10. التقدير أو الترويح.

وبعد صياغة بنود الاستبيان تم عرض النسخة الأولية لاستبيان السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) التي تتكون من (47) بند على مجموعة أساتذة محكمين (أنظر الملحق رقم 5)، لتأكد من صدق المحتوى ووضوح صيغة بنوده.

و بعد التحكيم أصبحت النسخة النهائية تحتوي على (46) بند و الجدول الاتي يوضح ذلك:

الجدول رقم(07): التعديلات التي أدت بها مجموعة من الاساتذة المحكمين.

عدد المعلمين	عدد البنود	الحكم على البنود				
		الملائمة	المتكررة	يعاد صياغتها	الحذف	محك الحذف
5	46	%93,90	رقم البند: 8 و 28	رقم البند: 8، 12، 16، 35	بند 47	تكرار

ولقد تم اعادة صياغة البند 08، 28، 12، 16، 35 وحذف البند 47، بالإضافة الى بعض التعديلات (في الصياغة) التي عرفتها بنود الاستبيان استنادا لبعض ملاحظات الأساتذة.

. التعليمة:

تتضمن تعليمة استبيان السند الاجتماعي على الصيغة التالية: (اليك بعض العبارات التي تمثل جملة من المواقف الاجتماعية، حاول أن تضع علامة X في الخانة التي توافق درجة شعورك).

. كيفية التطبيق:

يمكن تطبيق هذا الاستبيان بطريقة فردية أو جماعية، و يكون التقييم ذاتي، أو من طرف الباحث اذا اقتص ذلك .

. كيفية التنقيط:

أما بالنسبة للتنقيط فهو على النحو التالي:

. البنود المباشرة وعددها (33) تنقط من (2 . 0).

. أما البنود غير مباشرة وعددها(13) تنقط من (0 . 2).

و الجدول الاتي يوضح نوع البنود و ترقيمها :

الجدول رقم(08): يوضح نوع البنود وترقيمها.

البنود	رقم البنود
المباشرة	1، 2، 3، 4، 5، 6، 8، 10، 11، 12، 14، 16، 17، 19، 20، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 26، 31، 32، 33، 35، 37، 38، 40، 41، 45، 46.
غير مباشرة	7، 9، 13، 15، 18، 21، 22، 30، 34، 36، 39، 42، 43، 44.

و يتم تفسير النتائج المتحصل عليها على النحو الاتي: تمثل درجة(0) أدنى درجة لتوفر السند الاجتماعي، و الدرجة(1) أعلى درجة لتوفر السند الاجتماعي.

. الخصائص السيكو مترية لمقياس السند الاجتماعي:

1. الصدق:

لقد أظهر مقياس السند الاجتماعي (بأبعاده المختلفة) درجة صدق مرتفعة، حيث قدرت ب: (93,90%) اعتمادا على صدق المحتوى، هذا ما يعني أن مقياس السند الاجتماعي يقيس ما وضع لقياسه.

2. الثبات:

من أجل التحقق من صلاحية (الثبات) مقياس السند الاجتماعي، تم تطبيقه على عينة من أفراد يعانون من اضطراب الغدة الدرقية و التي تتكون من (ن: 30).

حيث تم حساب معامل الثبات باستعمال طريقة التجزئة النصفية، وقد أظهر المقياس درجة ثبات متوسطة تقدر ب: (0,57) و ذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون و معادلة سيبرمان براون .

2. مقياس جودة الحياة للمصابين بالأمراض المزمنة :

. وصف المقياس :

يتكون مقياس جودة الحياة من (100) بند في شكلة الأصلي و أخر مختصر، تم اعداده و تكيفه في (15) دولة تحت اشراف منظمة الصحة العالمية WHO، حيث يسمح في صورته المطولة بتقدير (06) ميادين لجودة الحياة هي:

. الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية و المحيط، والجانب الروحي.

أما النسخة المختصرة تتكون من (26)بند أو سؤال تقيس أربعة ميادين و هي:

. الصحة الجسمية، الصحة النفسية، و العلاقات الاجتماعية، و المحيط، و تتراوح درجات المقياس من (26) الى (130) و تشير الدرجات المرتفعة الى جودة الحياة المرتفعة، و تتم

الاجابة على بنود هذا المقياس باستخدام طريقة ليكرت، و ذلك على تدرج من خمس نقاط لتقدير الشدة و التكرار أو لتقييم الصفات المختارة لجودة الحياة.

(مريم، 2014، ص 119)

أما النسخة العربية فكانت من تعريب بشرى اسماعيل أحمد (2008)، حيث قامت بترجمته تم عرضه على المختصين في علم النفس لتحكيمه بجامعة أم القرى السعودية، ووصلت الصورة النهائية للمقياس الى (26) عبارة و كان صدقه و ثباته عاليا حيث بلغ (85%).
(عذبة، 2015، ص72)

. التعليمة:

تتضمن تعليمة استبيان جودة الحياة على الصيغة التالية: (يهدف هذا المقياس الى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد اجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي على البنود التالية، و أمام كل منها خمسة اختيارات و عليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع دائرة حول حرف هذا الاختيار، ولاحظ جيدا أن لا تختار سوى اجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون اجابة عنه، و اعلم ان اجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد و تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

. كيفية التنقيط:

يكون التنقيط على النحو التالي:

. (أ) تنقط 1.

. (ب) تنقط 2.

. (ج) تنقط 3.

. (د) تنقط 4.

. (ه) تنقط 5 .

. الخصائص السيكو مترية للمقياس:

1. الثبات:

. حساب ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق التجزئة النصفية كما هو موضح في الجدول:

الجدول رقم(09): يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق التجزئة النصفية.

المتغير	العينة	معامل ألفا كرونباخ
جودة الحياة	30	0,94

من خلال الجدول (09)نلاحظ أن: قيمة بيرسون الجزئي لمقياس جودة الحياة يقدر ب (0,92) و هي قيمة عالية لكن هذه القيمة تعتبر قيمة ثبات نصف الاختبار فقط لذا كان لازما تصحيح طوله بمعامل سيبرمان براون فكانت قيمة ثبات الاستبانة ككل : (0,96) وهي قيمة عالية جدا.

. حساب ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق ألفا كرونباخ:

جدول رقم(10): يوضح معامل ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق كرنباخ.

المتغير	العينة	معامل ألفا كرونباخ
جودة الحياة	30	0,94

يتضح لنا الجدول(10)نلاحظ أن : قيمة ألفا كرونباخ هي (0,94) و هي قيمة عالية، من كل مما سبق، و بعد حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية و معامل ألفا كرونباخ يمكن القول أن مقياس جودة الحياة يتميز بثبات عالي جدا.

. الصدق:

تم حساب صدق مقياس جودة الحياة بنوعين من الصدق، الصدق التمييزي و الصدق الذاتي كالتالي:

. حساب الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة:

تم حساب الصدق التمييزي عن طريق حساب الفروق بين قيمة (27%) من العينة الأدنى التي تتكون من (30) فرد و (المتحصلين على أقل درجات)، و (27%) من العينة العليا من العينة السابقة (المتحصلين على أعلى درجات)، و كانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم(11): يمثل الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة.

العيـــنة		المتوسط الحسابي	T المحسوبة	T المجدولة	درجة الحرية	الدلالة
العليا	8	96.88.37	8,72	2,15	14	دالة عند 0,05
الدنيا	8	56.63				

من خلال الجدول (11) نلاحظ أن: قيمة (T) المحسوبة قد بلغت (8,72) عند درجة حرية (14) و مستوى الدلالة (0,05)، و هي أكبر من قيمة (T) المجدولة ذات القيمة (2,15)، وبالتالي فان لمقياس جودة الحياة القدرة على التمييز بين قدرات الأفراد الأقوياء و الضعفاء.

. الصدق الذاتي:

وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات و بعد حسابه تحصلنا على القيمة التالية (0,97)، ومنه يمكن القول أن القيمة المتحصل عليها من الصدق عالية جدا، و بالتالي فان مقياس جودة الحياة صادق و يقيس ما وضع لقياسه.

رابعا: الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة:

أما فيما يتعلق بالأساليب الاحصائية المستخدمة في هذه الدراسة فقد قمنا بتفريغ معطيات الاستبيانين باستخدام برنامج ثم قمنا بتفريغ وتحميل نتائج الاستبيانين باستخدام برنامج التحليل الاحصائي (SPSS)، و للوصول الى النتائج التي نريد الحصول عليها استخدمنا الأساليب الاحصائية التالية:

1الاحصاء الوصفي:

1. 1. المتوسط الحسابي: و هو من مقاييس النزعة المركزية.

1-2الانحراف المعياري: وهو من أهم مقاييس التشتت، يقوم على حساب إنحراف الدرجات عن متوسطها.

2. الاحصاء الاستدلالي:يستلزم موضوع الدراسة استخدام الاحصاء الاستدلالي و ذلك بغرض جعل الفروض الملاحظة ذات الدلالة الاحصائية.

2-1. معامل الارتباط كرامر.

2.2- اختبار كريسكال وليس.

2-3. قيمة وينتي للفروق.

خلاصة الفصل:

تناولنا من خلال هذا الفصل اجراءات الدراسية الميدانية من خلال تبني المنهج المناسب و كذلك تحديد المجتمع الاحصائي و كيفية اختيار العينة، فضلا عن أدوات جمع المعلومات والتي تمثلت في كل من مقياس المساندة الاجتماعية و مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، حيث تم حساب الخصائص السيكو مترية لكلا الأداتين، وذلك للتأكد من صدقها وثباتها، و لمعالجة المعلومات المجمعة استخدم التقنيات الاحصائية المناسبة لها.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث.

تمهيد.

أولا: عرض نتائج البحث.

ثانيا: إختبار الفرضيات.

1. **عرض نتائج الفرضية الأولى.**
2. **عرض نتائج الفرضية الثانية.**
3. **عرض نتائج الفرضية الثالثة.**

ثالثا: مناقشة نتائج البحث.

1. **مناقشة نتائج الفرضية الأولى.**
2. **مناقشة نتائج الفرضية الثانية.**
3. **مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.**

الاستنتاج العام.

الاقتراحات.

تمهيد:

تسعى الدراسة الحالية للكشف عن طبيعة العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية و جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، و كذا محاولة التعرف على الفروق الموجودة في المساندة الاجتماعية و جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، لذا بعد تفريغ البيانات و المعالجة الاحصائية لها سيتم عرض نتائج الدراسة و مناقشتها في هذا الفصل و كذا التعرف على مدى تحقق الفروض عن عدمها.

أولا: عرض و تحليل نتائج البحث:

نتائج أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية :

الجدول رقم(12): نتائج أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية.

	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المرتفعون	43	54,7442	6,53596
المنخفضون	17	39,5882	5,43207
العينة الكلية	60	50,4500	9,26525

يبين الجدول رقم(12): نتائج أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية وفق المستويات (المرتفعون – المنخفضون)، وقد كان عددهم 60 فردا وتحصلوا على متوسط حسابي قدره 50,4 ، وقدر الانحراف المعياري بـ 9,2 .

وتحصل المرتفعون وعددهم 43 فردا (أي أعلى أو تساوي 46 درجة) على متوسط حسابي قدره 54,7 ، وقدر الانحراف المعياري بـ 6,5.

وتحصل المنخفضون وعددهم 17 فردا (أقل من 46 درجة)على متوسط حسابي قدره 39,5 ، وقدر الانحراف المعياري بـ 5,4 ، وانحصرت القيم العليا والدنيا مابين 37 و42 .

نتائج أفراد العينة على مقياس جودة الحياة حسب المستويات:

الجدول رقم(13): نتائج أفراد العينة على مقياس جودة الحياة حسب المستويات.

العينة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المرتفعون	38	87,5526	8,74781
المنخفضون	22	69,7273	6,68461
العينة الكلية	60	81,0167	11,78694

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13): أن المتوسط الحسابي لدرجات العينة الكلية لمقياس جودة الحياة بلغ 81,01 ،و قدر الانحراف المعياري بـ 11,7.

وتحصل المرتفعون 38 فردا (درجات تساوي أو أعلى من78 درجة) على متوسط الحسابي قدره 87,55 ، و قدر الانحراف المعياري بـ 8,7 .

وتحصل المنخفضون 22 فردا (أقل من 78 درجة)على متوسط حسابي قدره 69,7،و قدر الانحراف المعياري بـ 6,6 .

ثانيا: إختبار الفرضيات:

1. عرض نتائج الفرضية الأولى:

ينص الفرض الأول على أنه" توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين درجات المساندة الاجتماعية و درجات جودة الحياة لدى المرضى المزمنين"

الجدول رقم (14): العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية حسب المستويات ودرجات جودة الحياة.

المتغيرات	لمستويات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الترابط	الدلالة المعنوية	الدلالة الاحصائية
المساندة الاجتماعية	المرتفعون	43	54,7442	6,53596	0,76	0,033	دال عند 0,05
	المنخفضون	17	39,5882	5,43207			
جودة الحياة		60	81,0167	11,78694			

يبين الجدول (14):العلاقة الارتباطية بين متغير المساندة الاجتماعية حسب المستويات وبين درجات جودة الحياة، وذلك باستخدام معامل الارتباط كرامر، فقد كانت قيمة الارتباط 0,72 وهي تشير لعلاقة ترابطية موجبة وقوية وهي دالة احصائيا، عند 0,05 لأن الدلالة المعنوية أقل من هذه القيمة، ومنه كلما ارتفع مستوى المساندة الاجتماعية ارتفعت بالمقابل درجات جودة الحياة، وكلما انخفض مستوى المساندة الاجتماعية انخفض بالمقابل درجات جودة الحياة وهذه النتيجة لا تعود للصدفة بل هي نتيجة اجراءات البحث وهي خاصة بالعينة المدروسة ورفض الفرضية الصفرية .

2. عرض نتائج الفرضية الثانية:

ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية تعزى لعامل الجنس لدى المصابين بالأمراض المزمنة"

الجدول رقم(15):يمثل الفروق بين الجنسين لمتغيري المساندة الاجتماعية وجودة الحياة.

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ويتني	الدلالة المعنوية	الدلالة الاحصائية
المساندة الاجتماعية	الذكور	24	50,1667	9,76536	39	0,6	غ دال
	الإناث	36	50,6389	9,05271			
جودة الحياة	الذكور	24	80,5000	10,16815	42	0.7	غ دال
	الإناث	36	81,3611	12,88222			

يبين الجدول رقم(15): الفروق بين الجنسين على متغيري المساندة الاجتماعية وعلى متغير جودة الحياة باستخدام اختبار ويتني للفروق ، وكانت الفروق المشاهدة غير دالة احصائيا ونفصلها فيما يلي:

متغير المساندة الاجتماعية : كانت قيمة ويتني المحسوبة 39 ودلالة القيمة المعنوية تساوي 0,6 وهي أكبر من 0,05 الدرجة الحرجة ومنه قبول الفرضية الصفرية التي مفادها أن الفروق المشاهدة غير دالة احصائيا ولا يمكن اعتمادها ، وأن هذه النتائج تعود للصدفة وليس لإجراءات البحث ورفض الفرضية البديلة .

متغير جودة الحياة: كانت قيمة ويتني المحسوبة 42 ودلالة القيمة المعنوية تساوي 0,7 وهي أكبر من 0,05 الدرجة الحرجة.

ومنه قبول الفرضية الصفرية التي مفادها أن الفروق المشاهدة غير دالة احصائيا ولا يمكن اعتمادها، وأن هذه النتائج تعود للصدفة وليس لإجراءات البحث ورفض الفرضية البديلة.

3. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

ينص الفرض الثالث على أنه" توجد فروق في جودة الحياة تعزى لمستوى المساندة الاجتماعية لدى المصابين بالأمراض المزمنة"

الفروق على المساندة الاجتماعية وعلى جودة الحياة تعزى لنوع المرض باستخدام

الجدول رقم(16): الفروق في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية حسب نوع المرض.

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدلالة المعنوية	الدلالة الاحصائية
المساندة الاجتماعية	قصور كلوي	15	50,6667	8,32952	0,04	دال عند 0,05
	سكري	15	51,5333	11,35069		
	ربو	15	51,4000	6,32230		
	ضغط دموي	15	48,2000	10,76502		
جودة الحياة	قصور كلوي	15	80,1333	9,13288	0.04	دال عند 0,05
	سكري	15	80,8667	8,82259		
	ربو	15	83,4667	15,07063		
	ضغط	15	79,6000	13,69984		

يبين الجدول رقم (16): الفروق بين نوع المرض المزمن على متغيري المساندة الاجتماعية وعلى متغير جودة الحياة باستخدام اختبار كرسكال وليس للفروق، وكانت الفروق المشاهدة دالة احصائيا ونفصلها فيما يلي:

متغير المساندة الاجتماعية : كانت الدلالة المعنوية تساوي 0,04 وهي أقل من الدرجة الحرجة 0,05 ومنه قبول الفرضية البديلة التي مفادها أن الفروق المشاهدة دالة احصائيا و يمكن اعتمادها، وتعني أن المساندة الاجتماعية بالترتيب لدى مرضى السكري ثم الربو ثم القصور الكلوي واخيرا لدى المصابين بالضغط الدموي وأن هذه النتائج تعود لإجراءات البحث وليس للصدفة ورفض الفرضية الصفرية ولا يمكن تعميمها بل هي خاصة بالعينة المدروسة .

متغير جودة الحياة: كانت الدلالة المعنوية تساوي 0,04 وهي أقل من الدرجة الحرجة 0,05 ومنه قبول الفرضية البديلة التي مفادها أن الفروق المشاهدة دالة احصائيا و يمكن اعتمادها، وتعني أن جودة الحياة بالترتيب لدى مرضى الربو ثم السكري ثم القصور الكلوي واخيرا لدى المصابين بالضغط الدموي وأن هذه النتائج تعود لإجراءات البحث وليس للصدفة ورفض الفرضية الصفرية ولا يمكن تعميمها بل هي خاصة بالعينة المدروسة.

ثالثا: مناقشة نتائج فرضيات البحث:

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين درجات المساندة الاجتماعية وبين درجات جودة الحياة لدى المرضى المزمنين، وذلك باستخدام معامل الارتباط كرامر، فقد كانت قيمة الارتباط قوية وهي دالة احصائيا، ومنه كلما ارتفع مستوى المساندة الاجتماعية ارتفعت بالمقابل درجات جودة الحياة، وكلما انخفض مستوى المساندة الاجتماعية انخفض بالمقابل درجات جودة الحياة وهي نفس دراسات: **العتبي(2006)**، توجد علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى الرعاية الصحية و الصحة النفسية و جودة الحياة. و دراسة **شميدث و بور(2006)**، وجود علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات القدرة على

اتخاذ القرار، و درجات فاعلية الذات. و دراسة **أحمد العجوري(2013)**، وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين مستوى الرعاية الصحية و الصحة النفسية وجودة الحياة.

ويرجع الباحثتان هذه النتيجة لأن المساندة الاجتماعية تساعد الفرد على تجاوز مشاكله ألامه والمعاناة من المرض المزمن، وحسب النظرية المعرفية فإنها تجعله يتقاسم معاناته ومنه يستطيع التفكير خلال الآخرين في طريقة التعايش مع مرضه.

2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية على وجود فروق بين الجنسين على المتغيرين المساندة الاجتماعية وعلى جودة الحياة وبعد اختبارها باستخدام اختبار ويتني للفروق تحصلنا على فروق غير دالة احصائيا، وهي نفس دراسات: **الكرخي(2011)**، عدم وجود علاقة إرتباطية بين جودة الحياة لدى المرشدين النفسانيين وفق متغيرات(الجنس . الحالة الاجتماعية) ، و دراسة **الشرافي(2012)**، عدم وجود فروق في جميع أبعاد جودة الحياة لمتغير الجنس.

ويرجح الباحثتان هذه النتيجة بان المرض يجعل الفرد يمر بنفس الحالة النفسية، وقد يكون الجنس ليس له دخل في الاضطراب الجسمي والمعاناة، وان المساندة أو جودة الحياة هي نتيجة تعامل وتفكير و أسلوب حياة ومنها لم تظهر الفروق بين الجنسين

3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على وجود فروق على المتغيرين المساندة الاجتماعية وعلى جودة الحياة وفق نوع المرض، وبعد اختبارها باستخدام اختبار كرسكال، وتحصلنا على فروق دالة احصائيا، حيث ان في المساندة الاجتماعية كان الترتيب لمرضى السكري ثم الربو ثم القصور الكلوي واخيرا لدى المصابة بالضغط الدموي،

وبالنسبة لجودة الحياة كان الترتيب مرضى الربو ثم السكري ثم القصور الكلوي واخيرا لدى المصابين بالضغط الدموي

وهي نفس دراسات: **أديسون(1997)**، وجود فروق دالة في مستوى الضغوط النفسية بين الاباء و أمهات الاطفال المعاقين و أقرانهم العاديين. و دراسة **تومسون و هيلر(1990)**، ترتبط المساندة الاجتماعية بانخفاض أعراض الاكتئاب و انخفاض الشعور بالوحدة النفسية.

ويفسرها الباحثان ان الامراض السكري والربو لا تحتاج لمساندة اجتماعية كبيرة لان الفرد يستطيع التعامل مع المرض بنفسه خاصة عندما يكون بالغا، أما امراض القصور الكلوي والضغط الدموي يجب ان يسانده الأخرون وبذلك فهي تظهر في الرتب الاخيرة، وتحتاج لتعاون المحيطين به لان كل تفاعل معهم قد يزيد من حدة المرض ...

الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة الحالية على التعرف على المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، لذا قامت الباحثتان بدراسة سيكو مترية في محاولة للتحقق من هذا الهدف .

توصلت نتائج السيكو مترية إلى ما يلي:

1. قبول الفرضية و التي تنص على: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية و درجات جودة الحياة لدى المرضى المزمنين.

2. رفض الفرضية والتي تنص: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية تعزى لعامل الجنس لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

3. قبول الفرضية و التي تنص على: توجد فروق ذات دلالة إحصائيا في جودة الحياة و المساندة الاجتماعية تعزى لنوع المرض.

البحوث المقترحة:

1. دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية و تنمية الذات لدى مرضي الأمراض المزمنة.

2. دراسة العلاقة بين أساليب المعاملة وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين.

3. دراسة العلاقة بين أساليب مواجهة الضغوط و السعادة لدى الراشدين المصابين بالأمراض المزمنة.

4. دراسة العلاقة بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

5. إعداد برنامج إرشادي ديني لتنمية جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

خـــاتـــــمـــة

خاتمة:

يعتبر موضوع المساندة وجودة الحياة من أهم المواضيع التي أخذت مكانا في علم النفس عموما، وفي علم النفس الاجتماعي خاصة، ونالت حيزا كبيرا في الصحة النفسية، وهذه الأخيرة لقيت اهتمام كبير من طرف الباحثين والمختصين، وخاصة العاملين الأساسيين ألا وهما" المساندة الاجتماعية وجودة الحياة "المتمثل في الصحة النفسية،

وتزداد أهمية دراسة هذا الموضوع من خلال العينة التي تناولناها وهي المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، وتعتبر المساندة الاجتماعية سلسلة مرتبطة بجودة الحياة لدى المرضىوالتي توفر لهم صحتهم النفسية.

فموضوع المساندة الاجتماعية وعلاقته بجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة موضوع واسع ويتطلب البحث فيه كما تبقى دراستنا مجرد محاولة للكشف عن العلاقة الموجودة بينهما.

وفي الأخير نرجو أن تساهم هذه الدراسة ولو بالقليل في إثراء معلومات الطالب المتمدرس في علم النفس وما يتعلق بموضوع المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة والذي يمكن على أساسه التطرق إلى دراسات أخرى مكملة وهذا بالوصول إلى دراسات عملية تثري البحث العلمي.

قـــــائـــــمـــة
المـــــراجـــع

قائمة المراجع:

1- القرأن الكريم.

2- الاحاديث النبوية.

3- الكتب:

1.أحمد عبد الرحمن، إبراهيم عثمان، (2001)، **المساندة الاجتماعية**.

2- البروفيسور جون أيرس، ترجمة: هنادي مزبودي،(2015)، نوميديا للطباعة و النشر و التوزيع قسنطينة، ط1، الجزائر.

3- الحسني أيمن،(1988)، **عزيزي مريض السكري، كيف تنتصر على مرضك و تحيا حياةطبيعية؟**، دار الهدى، الجزائر.

4.الدغيثر عايدة،(2007)، 300 **مريض بالسكري حول العالم**، عمان.

5- الشناوي محمد محروس، محمد السيد عبد الرحمن،(1994) **استبيان المساندة الاجتماعية**، مكتبة الأنجلو، القاهرة.

6- الشنتاوي عبد المنعم،(1998) ، **دراسات في علم النفس التربوي**، دار النهضة العربية، ط1، القاهرة.

7- الكندري، يوسف يعقوب،(2003)، **الثقافة، الصحة، المرض: رؤية جديدة في الانثروبولوجيا المعاصرة**، جامعة الكويت، الكويت.

8- بشرى إسماعيل،(2004)، **المساندة الاجتماعية و التوافق المهني**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

9.تقرير الوضع العالمي، (ملخص بالعربية) من 2010.

10- جاكوت ليونارد،(1993)، **علم الأدوية**، ترجمة: فاضل الشيخ حيدر، دار المعرفة ، ط1، دمشق.

11- رويحة أمين،(1973)، **داء السكري: أسبابه، أعراضه وطرق مكافحته**، دار القلم، ط1، لبنان.

12.عبد الله طيب خالد،(2007)، **ملف كامل عن داء السكري**، مجلة الصحة العامة.

13- كمال إبراهيم موسى،(2000)، **السعادة والتنمية الصحية النفسية**، الجزء الأول (مسؤولية الفرد في الاسلام و علم النفس)، دار النشر للجامعات، القاهرة.

14ـ ماهر أبو المعاطي علي، صلاح الدين شبل دياب،(2012)، **صحة المجتمع،معالجة عملية من المنظور الطبي و الاجتماعي**، نشر و توزيع نور الايمان، مكتبة الزهراء بالرياض.

فهمه و أساليب العلاج، القاهرة.15ـ عبد الستار،(2005)، **الاكتئاب اضطراب العصر الحديث**

17.رضوان، سامر جميل، (2002)، **الصحة النفسية**، الدار المسيرة، عمان.

18ـ فؤاد أبو حطب، سيد عثمان(1976)، **التقويم النفسي**، مكتبة الأنجلو المصرية، ط2، القاهرة.

4. المذكرات:

1. الهمص صالح اسماعيل عبد الله (2010) ، **قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات لقطاع غزة و علاقته بجودة الحياة** ، رسالة ماجستير ، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان .

2ـ بالطيب عبد الله و علا فوائد،(2013)، **التوظيف النفسي لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي الخاضع للتصفية الدموية و دراسة ميدانية إسقاطيه لخمس حالات من خلال اختبار تفهم الموضوع تياتي**، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

3. بن الطاهر بشير (2005)،**إستراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقته بالصحة العامة على ضوء متغيري نمط الشخصية و الدعم الإجتماعي** ، رسالة دكتوراه ، جامعة وهران . الجزائر .

4. جسام سناء أحمد ، (2009)،**فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتحسين جودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين** ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، مصر .

5. جيهان أحمد، حمزة محمد،(2002)، **دور الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية و تقدير الذات في إدراك المشقة و التعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل**، رسالة ماجستير كلية الأدب، جامعة القاهرة.

6ـ حمدى سعد محمد شعبان، (2002)، **برنامج إرشادي قائم على المساندة الاجتماعية لتقدير الذات لدى الأطفال المكفوفين، رسالة ماجستير**، معهد الدراسات و البحوث التربوية، جامعة القاهرة.

7ـ زعطوط رمضان،(2005)، **علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين**، رسالة ماجستير، جامعة ورقلة.

8. سارة أشواق بهلول، (2009)،**سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة(التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات و قلة النشاط البدني) و علاقتها بكل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية**، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، الجزائر.

9. شريفة بن عذفة، (2007)، **السلوك الصحي و علاقته بنوعية الحياة، دراسة مقارنة بين سكان الريف و المدينة**، رسالة ماجستير، جامعة سطيف.

10ـ شيخي مريم، (2014)، **طبيعة العمل و علاقتها بجودة الحياة**، رسالة ماجيستر، الجزائر.

11. عبير بنت محمد حسن الصبان (2003)،**المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية و . . الإظطرباتالسيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة** ، رسالة مقدمة إلى قسم التربية وعلم النفس للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس تخصص صحة نفسية ،إشراف محمد بن حمزة محمد السليماني ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .

12ـ عذبة ملاح خضر،(2015)، **جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الاعاقة الذهنية**، رسالة ماجستير، الخرطوم، السودان.

13 ـ عزة عبد الكريم مبروك،(2001)، **استخدام المساندة الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي و الاجتماعي و الصحي لدى المسنين دراسة تجريبية**، رسالة دكتوراه، كلية الأدب، جامعة القاهرة.

14ـ مخيمر عماد، (1997)، **الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية، متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة و أعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي**، المجلة المصرية للدراسات النفسية(17) 103- 138.

15. مصطفى، حسن حسين،(2004)، **بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة و علاقاتها بسمات الشخصية لمدمني الهروين**، رسالة ماجستير جامعة مصر.

16ـ مها جاد الله الحسن،(2004)، **المساندة الاجتماعية كما يدركها تلاميذ المرحلة الابتدائية و تأثيرها على التوافق المدرسي و التحصيل الدراسي في الحساب**، رسالة ماجستير كلية التربية، جامعة الاسكندرية، دار المعرفة، ط1، دمشق.

17. نويبات قدور (2013)،**علاقة الكدر الزواجي بكل من الصحة النفسية و الرضا عن الحياة لدى عينة من المتزوجين**، رسالة دكتوراه ، جامعة قاصدي مرباح ، الجزائر .

5. المواقع الالكترونية:

الزريا فاروق،(2002)، **التعريف بداء السكري** 1. http:// www.sokkari.com

2. WHO (2005), Facts related to chronic diseases , at : www.who.int Le 30/ 06/ 2005 .
3. WHO (2013)Cancer , Aide , mèmoire N 297. at :AHTTP://WWW .WHO.INT

المراجع بالغة اجنبية:

1. Malon Beach ,E, et zarit ,S,(1995), **Dimonsions of soccial support and social conflict as psychogeriatris** , P 35 -38
2. Aziz, M(10 mars 2004) , 2B ène jaurnèes de l'hypertension artèrielle. Cardiologie pratique : l'hebdoman dauire du cardiologue
3. Fisch,G,F ,(1997), la psychologie sociale , Paris : Editons du seiut
4. Garnier and delam are, (2003) , DICTIONMAIRE DES TERMES DE M2DECINES, 27 éme éd .Paris :maloine.
5. Khalfa, S, Daoud. A,Bouyahia,A .S. et arboucch , Z .(1999) ,le diabéte sucré , Alger : office des publications universitaires.
6. L'arousse. Médécal,(2002).
7. Larousse , (2004) , larousse de la santè. Paris :Editions larouse.
8. Larousse, P,(1980). Petit larousse , dicctionmaire encyccho pédique pour tous .Paris : librairie larousse.

9. M .A.Boubchir, (2004),Monographie.sur l’insuffinsance, pénale chronique, édition.3 office des publication , unuversitaire, Alger.
10. Pacand ,G,(1995), le dibété et maladies métaboliques , 4éme et paris massion.
11. Perlemuter ,L ,Sélan ,J et collin , A .S et Arbouch,z,(1999) , le dibété et ses complications, prévention , parise en charge et traitement , Alger : édition dahlab .

3. المذكرات:

1. الهمص صالح اسماعيل عبد الله (2010) ، **قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات لقطاع غزة و علاقته بجودة الحياة** ، رسالة ماجستير ، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان .

2- بالطيب عبد الله و علا فوائد،(2013)، **التوظيف النفسي لدى الراشد المصاب بالقصور الكلوي الخاضع للتصفية الدموية و دراسة ميدانية إسقاطيه لخمس حالات من خلال اختبار تفهم الموضوع تياتي**، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

3. بن الطاهر بشير (2005)، **إستراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقته بالصحة العامة على ضوء متغيري نمط الشخصية و الدعم الإجتماعي** ، رسالة دكتوراه ، جامعة وهران . الجزائر .

4. جسام سناء أحمد ، (2009)، **فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتحسين جودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين** ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، مصر .

5. جيهان أحمد، حمزة محمد،(2002)، **دور الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية و تقدير الذات في إدراك المشقة و التعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل**، رسالة ماجستير كلية الأدب، جامعة القاهرة.

6- حمدى سعد محمد شعبان، (2002)، **برنامج إرشادي قائم على المساندة الاجتماعية لتقدير الذات لدى الأطفال المكفوفين، رسالة ماجستير**، معهد الدراسات و البحوث التربوية، جامعة القاهرة.

7- زعطوط رمضان،(2005)، **علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين**، رسالة ماجستير، جامعة ورقلة.

8. سارة أشواق بهلول، (2009)، **سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة(التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات و قلة النشاط البدني) و علاقتها بكل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية**، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، الجزائر.

9. شريفة بن عذفة، (2007)، **السلوك الصحي و علاقته بنوعية الحياة، دراسة مقارنة بين سكان الريف و المدينة**، رسالة ماجستير، جامعة سطيف.

10- شيخي مريم، (2014)، **طبيعة العمل و علاقتها بجودة الحياة**، رسالة ماجيستر، الجزائر.

11. عبير بنت محمد حسن الصبان (2003)، **المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية و . . الإظطربات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة** ، رسالة مقدمة إلى قسم التربية وعلم النفس للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس تخصص صحة نفسية ،إشراف محمد بن حمزة محمد السليماني ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .

12- عذبة ملاح خضر،(2015)، **جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الاعاقة الذهنية**، رسالة ماجستير، الخرطوم، السودان.

13 - عزة عبد الكريم مبروك،(2001)، **استخدام المساندة الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي و الاجتماعي و الصحي لدى المسنين دراسة تجريبية**، رسالة دكتوراه، كلية الأدب، جامعة القاهرة.

14- مخيمر عماد، (1997)، **الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية، متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة و أعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي**، المجلة المصرية للدراسات النفسية(17) 103- 138.

15. مصطفى، حسن حسين،(2004)، **بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة و علاقاتها بسمات الشخصية لمدمني الهروين**، رسالة ماجستير جامعة مصر.

16- مها جاد الله الحسن،(2004)، **المساندة الاجتماعية كما يدركها تلاميذ المرحلة الابتدائية و تأثيرها على التوافق المدرسي و التحصيل الدراسي في الحساب**، رسالة ماجستير كلية التربية، جامعة الاسكندرية، دار المعرفة، ط1، دمشق.

17. نويبات قدور (2013)، **علاقة الكدر الزواجي بكل من الصحة النفسية و الرضا عن الحياة لدى عينة من المتزوجين**، رسالة دكتوراه ، جامعة قاصدي مرباح ، الجزائر .

4.المواقع الالكترونية:

الزريا فاروق،(2002)، **التعريف بداء السكري** http:// www.sokkari.com 1.

2. WHO (2005), Facts related to chronic diseases , at : www.who.int Le 30/ 06/ 2005 .
3. WHO (2013)Cancer , Aide , mèmoire N 297. at :AHTTP://WWW .WHO.INT

المراجع بالغة اجنبية:

1. Malon Beach ,E, et zarit ,S,(1995), **Dimonsions of soccial support and social conflict as psychogeriatris** , P 35 -38
2. Aziz, M(10 mars 2004) , 2B ène jaurnèes de l'hypertension artèrielle. Cardiologie pratique : l'hebdoman dauire du cardiologue
3. Fisch,G,F ,(1997), la psychologie sociale , Paris : Editons du seiut
4. Garnier and delam are, (2003) , DICTIONMAIRE DES TERMES DE M2DECINES, 27 éme éd .Paris :maloine.
5. Khalfa, S, Daoud. A,Bouyahia,A .S. et arboucch , Z .(1999) ,le diabéte sucré , Alger : office des publications universitaires.
6. L'arousse. Médécal,(2002).
7. Larousse , (2004) , larousse de la santè. Paris :Editions larouse.
8. Larousse, P,(1980). Petit larousse , dicctionmaire encyccho pédique pour tous .Paris : librairie larousse.
9. M .A.Boubchir, (2004),Monographie.sur l'insuffinsance, pénale chronique, édition.3 office des publication , unuversitaire, Alger.
10. Pacand ,G,(1995), le dibété et maladies métaboliques , 4éme et paris massion.
11. Perlemuter ,L ,Sélan ,J et collin , A .S et Arbouch,z,(1999) , le dibété et ses complications, prévention , parise en charge et traitement , Alger : édition dahlab .

الملاحق

ملحق رقم: (1)

مقياس المساندة الاجتماعية

الاسم: ..... الجنس: .....

السن:.....

الحالة المدنية: ..... نوع المرض: .....

التعليمة :

إليك بعض العبارات التي تمثل جملة من المواقف الاجتماعية، حاول أن تضع علامة (//) في الخانة التي توافق درجة شعورك.

البنود	دائما	أحيانا	أبدا
1 . لدي أصدقاء كثيرون يمكنهم مساعدتي عند الحاجة.			
2 . أجد مساعدة مادية من العائلة كلما احتجت لها.			
3 . أفراد عائلتي يوفرون لي جوا من الراحة.			
4 . أفراد عائلتي يوفرون لي جوا من الراحة.			
5 . عموما ، أتحصل على المعلومات من الطبيب عندما أكون مريضا.			
6 . أنا راض على كل المساعدات التي أتلقاها من الزملاء.			

7 . لا أفضل الإكثار من الصداقات .			
8 . أجد المساعدة الفعلية من عائلتي.			
9 . أشعر بالحياء عندما أتلقى مساعدة مالية.			
10 . أحتفظ بعلاقات كثيرة مع الاصدقاء .			
11 . أجد من يوجهني في اختياراتي .			
12 . أتلقى المساعدة في الوقت المناسب .			
13 . أتجنب الاتصال مع الآخرين .			
14 . أتلقى دائما الاهتمام الآخرين عندما أكون في موقف ضاغط.			
15 . أشعر بالضيق عندما لا يهتم بي أفراد عائلتي.			
16 . لدي زملاء كثيرون في العمل.			
17 . أتحصل على معلومات كافية من الآخرين.			
18 . أنا لست راض عن تفهم زملائي لي.			
19 . لدي علاقات كثيرة مع أفراد العائلة.			
20 . يشاركني أصدقائي في النشاطات الترفيهية.			
21 . أعتقد أن أفراد عائلتي لا تهمهم انشغالاتي.			
22 . في حالة ضغط، تنقص اتصالاتي مع الآخرين.			
23 . أجد مساعدة فيزيقية كلما احتجت لها.			
24 . أحتاج إلى مساعدة كلما أواجه حدث غير سار.			

25 . عندما أكون في حالة ضغط أفضل جماعة أصدقاء.			
26 . في حالة ضغط، أجد تعاطف الآخرين معي.			
27 . أصدقائي يفهمونني بشكل جيد.			
28 . أفضل تلقي المساعدة من أفراد عائلتي.			
29 . أجد دائما من يصغي إلي عندما أكون في حالة ضغط			
30 . لا أتوقع أن يساعدني أحد عندما أكون في أزمة.			
31 . لدي إخوة كثيرون يمكن أن أجدهم عند الحاجة.			
32 . أتلقى مساعدة كلما أردت إنجاز مهمة معينة.			
33 . السند الذي تقدمه عائلتي جيد.			
34 . الأشخاص الذين أتوقع منهم المساعدة قليلون.			
35 . كلما أود تعلم مهارة معينة، أتلقى دائما المساعدة.			
36 . أشعر بالوحدة بالرغم من حضور الآخرين.			
37 . أحتفظ بعلاقات جيدة مع الآخرين.			
38 . عندما أتلقى مشكلة معينة، أجد دائما مساعدة.			
39 . نادرا ما أتلقى تفهما مع الآخرين.			
40 . أحب الانخراط في جمعيات مختلفة.			
41 . أحظى بقبول كافة أفراد عائلتي.			
42 . في حالة ضيق لا أجد مساعدة كافية.			

43 . أجد صعوبة في الاتصال مع الآخرين .			
44 . أجد احترام الآخرين لإمكانيتي.			
45 . أشعر بالرضا عن كل ما توفره.			
46 . أجد دائما مصاحبة لإتمام عملي.			

ملحق رقم: (2)

مقياس جودة الحياة

التعليمة:

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهات نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، و لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي على البنود التالية، و أمام كل منها خمسة اختيارات و عليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع دائرة حول حرف هذا الاختبار، ولاحظ جيدا أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند دون الاجابة عنه، واعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد و تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

البيانات العامة:

- الاسم: ....

- السن: ....

الرقم	العبـــارة
01	ما هو تقديرك لنوعية الحياة؟ (أ)سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (ه) جيدة جدا
02	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟ (أ)راضي جدا (ب) راضي نوعا ما (ج) غير راضي نوعا ما (د) لا راضي و لا غير راضي (ه) غير راضي أبدا
03	من رأيك إلى أي مدى يمكن أن يؤدي مرضك إلى عجزك عن القيام بالعمل؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
04	حتى تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
05	ما مدى استمتاعك بالحياة؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
06	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
07	إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
08	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة؟

	(أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
09	ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
10	هل لديك الكفاية و الفعالية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
11	هل أنت متقبل لبنائك الجسدي؟ (أ)سيء جدا (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء ولا جيد (ه) جيد جدا
12	هل أنت كفئ لإشباع احتياجاتك؟ (أ)سيئ جدا(ب) سيئ نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء ولا جيد (ه) جيد جدا
13	ما مدى توافر المعلومات الازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
14	إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
15	كم أنت قادر على التنقل هنا و هناك؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة
16	إلى أي مدى أنت راضي عن نومك؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
17	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
18	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
19	ما مدى رضاك عن نفسك؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
20	ما مدى رضاك عن علاقتك الشخصية؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
21	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
22	كم أنت راضيا عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
23	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
24	ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا

25	ما هو مدى رضاك عن مزاجك و رحلاتك؟ (أ)غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعا ما (ه) راضي جدا
26	كم مرة شعرت فيها بالحزن، الاكتئاب، و القلق؟ (أ)ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (ه) بدرجة بالغة

جداول Spss:

Corrélations

Corrélations

		مساندة	جودة
مساندة	Corrélation de Pearson	1	,139
	Sig. (bilatérale)		,288
	N	60	60
جودة	Corrélation de Pearson	,139	1
	Sig. (bilatérale)	,288	
	N	60	60

Corrélations non paramétriques

Corrélations

			مساندة	جودة
Rho de Spearman	مساندة	Coefficient de corrélation	1,000	,642
		Sig. (bilatérale)	.	,046
		N	60	60
	جودة	Coefficient de corrélation	,642	1,000
		Sig. (bilatérale)	,046	.
		N	60	60

ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
مساندة	Inter-groupes	107,783	3	35,928	,406	,749
	Intra-groupes	4957,067	56	88,519		
	Total	5064,850	59			
جودة	Inter-groupes	132,183	3	44,061	,306	,821
	Intra-groupes	8064,800	56	144,014		
	Total	8196,983	59			

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	امراض مزمنة	N	Rang moyen
مساندة	قصور كلوي	15	29,37
	سكري	15	32,33
	ربو	15	32,93
	ضغط	15	27,37
	Total	60	
جودة	قصور كلوي	15	29,03
	سكري	15	31,33
	ربو	15	33,93
	ضغط	15	27,70
	Total	60	

Test[a,b]

	مساندة	جودة
Khi-deux	1,005	1,107
Ddl	3	3
Signification asymptotique	,800	,775

a. Test de Kruskal Wallis

b. Critère de regroupement : امراض مزمنة

Remarques

Test du Khi-deux

Fréquences

مساندة

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
22,00	1	1,9	-,9
35,00	1	1,9	-,9
37,00	2	1,9	,1
38,00	1	1,9	-,9
39,00	2	1,9	,1
40,00	2	1,9	,1
41,00	1	1,9	-,9
42,00	2	1,9	,1

43,00	2	1,9	,1
45,00	3	1,9	1,1
46,00	6	1,9	4,1
47,00	2	1,9	,1
48,00	2	1,9	,1
49,00	1	1,9	-,9
50,00	1	1,9	-,9
52,00	4	1,9	2,1
53,00	3	1,9	1,1
54,00	6	1,9	4,1
55,00	2	1,9	,1
56,00	2	1,9	,1
57,00	1	1,9	-,9
58,00	1	1,9	-,9
59,00	1	1,9	-,9
60,00	2	1,9	,1
61,00	1	1,9	-,9
62,00	1	1,9	-,9
63,00	1	1,9	-,9
64,00	2	1,9	,1
66,00	1	1,9	-,9
67,00	2	1,9	,1
68,00	1	1,9	-,9
Total	60		

جودة

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
50,00	1	1,8	-,8
54,00	1	1,8	-,8
64,00	1	1,8	-,8
66,00	2	1,8	,2
68,00	2	1,8	,2
70,00	1	1,8	-,8
71,00	3	1,8	1,2
72,00	1	1,8	-,8
73,00	3	1,8	1,2
74,00	4	1,8	2,2
75,00	1	1,8	-,8
76,00	1	1,8	-,8
77,00	1	1,8	-,8
78,00	3	1,8	1,2

79,00	3	1,8	1,2
80,00	4	1,8	2,2
81,00	3	1,8	1,2
82,00	4	1,8	2,2
83,00	1	1,8	-,8
84,00	1	1,8	-,8
85,00	1	1,8	-,8
88,00	4	1,8	2,2
91,00	1	1,8	-,8
92,00	3	1,8	1,2
93,00	1	1,8	-,8
94,00	1	1,8	-,8
95,00	1	1,8	-,8
96,00	2	1,8	,2
97,00	1	1,8	-,8
99,00	1	1,8	-,8
107,00	1	1,8	-,8
108,00	1	1,8	-,8
109,00	1	1,8	-,8
Total	60		

الأمراض المزمنة

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
قصور كلوي	15	15,0	,0
سكري	15	15,0	,0
ربو	15	15,0	,0
ضغط	15	15,0	,0
Total	60		

Test

	مساندة	جودة	امراض مزمنة
Khi-deux	26,800[a]	22,500[b]	,000[c]
ddl	30	32	3
Signification asymptotique	,634	,893	1,000

Corrélations

Variables de contrôle			مساندة	جودة
امراض مزمنة	مساندة	Corrélation	1,000	,141
		Signification (bilatérale)	.	,287

	ddl	0	57
	Corrélation	,141	1,000
جودة	Signification (bilatérale)	,287	.
	ddl	57	0

Test-t

Statistiques de groupe

	VAR00001	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
مساندة	1,00	24	50,1667	9,76536	1,99335
	2,00	36	50,6389	9,05271	1,50879
جودة	1,00	24	80,5000	10,16815	2,07557
	2,00	36	81,3611	12,88222	2,14704

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	T	ddl
مساندة	Hypothèse de variances égales	1,257	,267	-,192	58
	Hypothèse de variances inégales			-,189	46,807
جودة	Hypothèse de variances égales	1,049	,310	-,275	58
	Hypothèse de variances inégales			-,288	56,240

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
مساندة	Hypothèse de variances égales	,849	-,47222	2,46179
	Hypothèse de variances inégales	,851	-,47222	2,49997
جودة	Hypothèse de variances égales	,784	-,86111	3,13075
	Hypothèse de variances inégales	,774	-,86111	2,98626

Test d'échantillons indépendants

		Test-t pour égalité des moyennes	
		Intervalle de confiance 95% de la différence	
		Inférieure	Supérieure
مساندة	Hypothèse de variances égales	-5,40002	4,45558
	Hypothèse de variances inégales	-5,50207	4,55762

جودة	Hypothèse de variances égales	-7,12799	5,40577
	Hypothèse de variances inégales	-6,84274	5,12052

Test de Mann-Whitney

Rangs

	VAR00001	N	Rang moyen	Somme des rangs
مساندة	1,00	24	29,10	698,50
	2,00	36	31,43	1131,50
	Total	60		
جودة	1,00	24	30,29	727,00
	2,00	36	30,64	1103,00
	Total	60		

Test[a]

	مساندة	جودة
U de Mann-Whitney	398,500	427,000
W de Wilcoxon	698,500	727,000
Z	-,506	-,076
Signification asymptotique (bilatérale)	,613	,940

a. Critère de regroupement : الجنس

Test de Mann-Whitney

Rangs

	مستوى	N	Rang moyen	Somme des rangs
مساندة	1,00	38	30,25	1149,50
	2,00	22	30,93	680,50
	Total	60		
جودة	1,00	38	41,50	1577,00
	2,00	22	11,50	253,00
	Total	60		

	مساندة	جودة
U de Mann-Whitney	408,500	,000
W de Wilcoxon	1149,500	253,000
Z	-,146	-6,418
Signification asymptotique (bilatérale)	,884	,000

a. Critère de regroupement : مستوى

Test de Mann-Whitney

Rangs

	مستوجودة	N	Rang moyen	Somme des rangs
جودة	1,00	43	30,41	1307,50
	2,00	17	30,74	522,50
	Total	60		

Test[a]

	جودة
U de Mann-Whitney	361,500
W de Wilcoxon	1307,500
Z	-,066
Signification asymptotique (bilatérale)	,948

a. Critère de regroupement : مستوى جودة

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
مساندة * مستومساند	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Récapitulatif des observations

مساندة

مستومساند	N	Moyenne	Ecart-type
1,00	43	54,7442	6,53596
2,00	17	39,5882	5,43207
Total	60	50,4500	9,26525

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
جودة * مستوى	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Récapitulatif des observations

جودة

مستوى	N	Moyenne	Ecart-type
1,00	38	87,5526	8,74781
2,00	22	69,7273	6,68461
Total	60	81,0167	11,78694

Tableaux croisés

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
جودة * مستومساند	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Tableau croisé جودة * مستومساند

Effectif

		مستومساند		Total
		1,00	2,00	
جودة	50,00	0	1	1
	54,00	1	0	1
	64,00	1	0	1
	66,00	2	0	2
	68,00	2	0	2

	70,00	1	0	1
	71,00	3	0	3
	72,00	1	0	1
	73,00	1	2	3
	74,00	3	1	4
	75,00	1	0	1
	76,00	1	0	1
	77,00	0	1	1
	78,00	1	2	3
	79,00	1	2	3
	80,00	2	2	4
	81,00	2	1	3
	82,00	4	0	4
	83,00	0	1	1
	84,00	1	0	1
	85,00	1	0	1
	88,00	4	0	4
	91,00	1	0	1
	92,00	2	1	3
	93,00	1	0	1
	94,00	1	0	1
	95,00	0	1	1
	96,00	2	0	2
	97,00	1	0	1
	99,00	0	1	1
	107,00	0	1	1
	108,00	1	0	1
	109,00	1	0	1
Total		43	17	60

Mesures symétriques

		Valeur	Erreur standard asymptotique[a]	T approximé[b]
Nominal par Nominal	Phi	,763		
	V de Cramer	,763		
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,002	,132	,017
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,009	,125	,065
Nombre d'observations valides		60		

Mesures symétriques

		Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	,033
	V de Cramer	,033
Intervalle par Intervalle	R de Pearson	,986
Ordinal par Ordinal	Corrélation de Spearman	,948
Nombre d'observations valides		

Remarques

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
جودة * VAR00001	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Récapitulatif des observations

جودة

VAR00001	N	Moyenne	Ecart-type
1,00	24	80,5000	10,16815
2,00	36	81,3611	12,88222
Total	60	81,0167	11,78694

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
مساندة * VAR00001	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Récapitulatif des observations

مساندة

VAR00001	N	Moyenne	Ecart-type
1,00	24	50,1667	9,76536
2,00	36	50,6389	9,05271
Total	60	50,4500	9,26525

Test du Khi-deux
Fréquences

مساندة

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
22,00	1	1,9	-,9
35,00	1	1,9	-,9
37,00	2	1,9	,1
38,00	1	1,9	-,9
39,00	2	1,9	,1
40,00	2	1,9	,1
41,00	1	1,9	-,9
42,00	2	1,9	,1
43,00	2	1,9	,1
45,00	3	1,9	1,1
46,00	6	1,9	4,1
47,00	2	1,9	,1
48,00	2	1,9	,1
49,00	1	1,9	-,9
50,00	1	1,9	-,9
52,00	4	1,9	2,1
53,00	3	1,9	1,1
54,00	6	1,9	4,1
55,00	2	1,9	,1
56,00	2	1,9	,1
57,00	1	1,9	-,9
58,00	1	1,9	-,9
59,00	1	1,9	-,9
60,00	2	1,9	,1
61,00	1	1,9	-,9
62,00	1	1,9	-,9
63,00	1	1,9	-,9
64,00	2	1,9	,1
66,00	1	1,9	-,9
67,00	2	1,9	,1
68,00	1	1,9	-,9
Total	60		

جودة

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
50,00	1	1,8	-,8
54,00	1	1,8	-,8
64,00	1	1,8	-,8
66,00	2	1,8	,2
68,00	2	1,8	,2
70,00	1	1,8	-,8
71,00	3	1,8	1,2
72,00	1	1,8	-,8
73,00	3	1,8	1,2
74,00	4	1,8	2,2
75,00	1	1,8	-,8
76,00	1	1,8	-,8
77,00	1	1,8	-,8
78,00	3	1,8	1,2
79,00	3	1,8	1,2
80,00	4	1,8	2,2
81,00	3	1,8	1,2
82,00	4	1,8	2,2
83,00	1	1,8	-,8
84,00	1	1,8	-,8
85,00	1	1,8	-,8
88,00	4	1,8	2,2
91,00	1	1,8	-,8
92,00	3	1,8	1,2
93,00	1	1,8	-,8
94,00	1	1,8	-,8
95,00	1	1,8	-,8
96,00	2	1,8	,2
97,00	1	1,8	-,8
99,00	1	1,8	-,8
107,00	1	1,8	-,8
108,00	1	1,8	-,8
109,00	1	1,8	-,8
Total	60		

امراض مزمنة

	Effectif observé	Effectif théorique	Résidu
قصور كلوي	15	15,0	,0
سكري	15	15,0	,0
ربو	15	15,0	,0
ضغط	15	15,0	,0
Total	60		

Test

	مساندة	جودة	امراضمزمنة
Khi-deux	26,800[a]	22,500[b]	,000[c]
ddl	30	32	3
Signification asymptotique	,634	,893	1,000

Test de Kruskal-Wallis

Rangs

	امراض مزمنة	N	Rang moyen
مساندة	قصور كلوي	15	29,37
	سكري	15	32,33
	ربو	15	32,93
	ضغط	15	27,37
	Total	60	
جودة	قصور كلوي	15	29,03
	سكري	15	31,33
	ربو	15	33,93
	ضغط	15	27,70
	Total	60	

Test[a,b]

	مساندة	جودة
Khi-deux	1,005	1,107
Ddl	3	3
Signification asymptotique	,048	,048

a. Test de Kruskal Wallis

b. Critère de regroupement : امراض مزمنة

Récapituler

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
مساندة * امراض مزمنة	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Récapitulatif des observations

مساندة

امراض مزمنة	N	Moyenne	Ecart-type
قصور كلوي	15	50,6667	8,32952
سكري	15	51,5333	11,35069
ربو	15	51,4000	6,32230
ضغط	15	48,2000	10,76502
Total	60	50,4500	9,26525

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
جودة * امراض مزمنة	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Récapitulatif des observations

جودة

امراض مزمنة	N	Moyenne	Ecart-type
قصور كلوي	15	80,1333	9,13288
سكري	15	80,8667	8,82259
ربو	15	83,4667	15,07063
ضغط	15	79,6000	13,69984
Total	60	81,0167	11,78694