جامعة يحيى فارس –المدية–
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: العلوم الإنسانية والاجتماعية

الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبتين:
بيشة رانية
دين فايزة

تحت إشراف الأستاذ::
د. شويعل يزيد

السنة الجامعية: 2024/2023

شكر وعرفان

نحمد الله ونشكره أنه وفقنا لأداء هذا العمل وما كنا لنبلغه لولا فضله

إلى خير الوجود عملا بقوله. خير خلق الله

سيدنا محمد صلى الله عليـــه وسلم:

"من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

ولا يسعنا أن نقدم هذا العمل إلا أن نتقدم بالشكر والتقدير

إلى الأستاذ "شويعل يزيـد"

على إشرافه وحسن توجيهه لنا أثناء إنجاز مذكرتنا.

إهداء

بسم الله الرحمان الرحيم

(قل اعملوا فيسرى الله عملكم ورسوله والمؤمنين)

صدق الله العظيم

إله لا يطيب الليل إلا بشكره ولا يطيب النهار إلا بطاعته.. ولا تطيب اللحظات إلا بذكره.. الله جل جلاله

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة.. نبي الرحمة ونور العالمين

"سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم"

انتهت الرحلة. لم تكن سهلة وليس من المفترض أن تكون كذلك.. ومهما طالت فستمضي بحلوها ومرها وها أنا الآن وبعون الله تعالى أتمم هذا العمل المتواضع.

وفي اللحظة الأكثر فخرا اهدي عملي هذا احمل اسمه بكل افتخار.. الذي حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم.. طاب بك العمر يا سيد الرجال وطبت لي عمرا يا **أبي الغالي**.. أرجو من الله أن يمد عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار، وستبقى كلماتك نجوم اهتدي بها اليوم وغدا وإلى الأبد..

إلى قدوتي الأولى ومعنى الحب والتفاني.. إلى بسمة الحياة وسر الوجود إلى من كان دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي.. إلى من أرشدتني ورافقتني في كل مشاوير حياتي ولا تزال تفعل إلى الآن.. اللهم احفظها وارزقها العفو والعافية.. **أمي الحبيبة**

إلى ضلعي الثابت الذي لا يميل.. إلى من رزقت بهم سندا وملاذي الأول والأخير.. **أخي وأخواتي** ولكل من كان عونا وسندا في هذا الطريق.

ها أنا اليوم أتممت أول ثمراته راجية من الله تعالى أن ينفعني بما علمني وأن يعلمني ما أجهل ويجعله حجة لي لا علي.

بيشة رانية

إهداء

(وآخر دعواهم أن الحمد لله رب العالمين)

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

الحمد لله ما تم جهد ولا ختم سعي إلا بفضله وما تخطى العبد من عقبات وصعوبات إلا بتوفيقه ومعونته.. الحمد لله الذي بلغني هذا اليوم العظيم يوم التتويج والحصاد عد رحلة طويلة من الجد والاجتهاد وسهر الليالي وبعد خيبات ومحاولات لا تنتهي...

اليوم حصدت تعب السنين الخمس

بفضـــل الله أتمــمــت مسيرتـــي الجامعيـــــــة

إلى ملاكي الطاهر.. وقوتي بعد الله.. داعمتي الأولى والأبدية "**أمي**" أهديك هذا الإنجاز الذي لولا تضحياتك لما كان له وجود

إلى من دعمني بلا حدود وأعطاني بلا مقابل "**أبي**"

إلى من قيل فيهم (سنشد عضدك بأخيك)

إلى من يمدوا يدهم دون كلل ولا ملل وقت ضعفي "**إخوتي**"

دين فايزة

ملخص الدراسة بالعربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، حيث أخذت بعين الاعتبار معرفة درجة جودة الحياة ومستوى الكفاءة الذاتية والفروق فيهما في المستوى التعليمي والجنس، طبقت الدراسة على عينة عشوائية تكونت من (67) فرد من مختلف الأعمار التي تراوحت بين (18) إلى (65) سنة ومن كلا الجنسين (ذكر/ أنثى). اعتمد خلالها الطالبتين على مقياس جودة الحياة ل (حنان مجدي صالح سليمان) ومقياس الكفاءة الذاتية ل (عليوة سمية).

وبعد معالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج التالية:

_توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

_توجد فروق في مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الجنس والمستوى التعليمي.

_توجد فروق في درجة جودة الحياة لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الجنس أما بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي فلا توجد فروق.

Abstract

The aim of the current study was to investigate the relationship between self-efficacy and quality of life among diabetic patients, taking into consideration the assessment of life quality degree and the level of self-efficacy, as well as the differences between them regarding educational level and gender. The study was conducted on a random sample consisting of 67 individuals of various ages ranging from 18 to 65 years old, representing both genders (male, female).

During which it relied on the Quality-of-Life scale and the Self-Efficacy scale. After statistical analysis, the following results were obtained:

_There is a correlation between self-efficacy and quality of life among diabetic patients.

_ There are differences in the level of self-efficacy among diabetic patients according to gender and educational level.

_ There are differences in the degree of quality of life among diabetic patients according to gender, but there are no differences according to educational level.

فهرس المحتويات

إهداء .....

شكر وعرفان .....

ملخص الدراسة بالعربية: .....

مقدمة: .....أ- ب

الفصل الأول : الإطار العام للبحث

1_إشكالية: 1

2_فرضيات البحث:.....2

3_ أهداف البحث: 3

4_أهمية البحث: 3

5-التعاريف الإجرائية:.....4

6_ الدراسات السابقة: 5

7_التعقيب على الدراسات السابقة:.....**Erreur ! Signet non défini.**

الفصل الثاني الكفاءة الذاتيـــــــة

تمهيد:.....9

1_مفهوم الكفاءة الذاتية: 9

2_النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية: 10

3_أنواع الكفاءة الذاتية: 11

4_أبعاد الكفاءة الذاتية: 13

5_خصائص الكفاءة الذاتية: 13

خلاصة: 16

الفصل الثالث جودة الحياة

تمهيد: 18

1_مفهوم جودة الحياة: 18

2_الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة: 20

3_أنواع جودة الحياة: 21

4_أبعاد جودة الحياة: 22

5_مكونات جودة الحياة: 23

6_مجالات جودة الحياة: 24

7_مقومات جودة الحياة: 26

8_قياس جودة الحياة: 26

خلاصة: 27

الفصل الرابع مرض السكري

تمهيد: 29

1_تاريخ مرض السكري: 29

2_مفهوم مرض السكري: 29

3_أنواع مرض السكري: 30

4_المراحل التي يمر بها مريض السكري: 31

5_أسباب مرض السكري: 32

6_الخصائص النفسية لمريض السكري: 33
خلاصة: 34

الفصل الخامس التطبيق الميداني الميدانية

تمهيد: 37
1_منهج الدراسة: 37
2_حدود الدراسة: 37
3_مجتمع البحث: 37
4_عينة الدراسة: 37
5_أدوات البحث: 38
6_الأساليب الإحصائية: 43
خلاصة: 44

الفصل السادس عرض وتحليل النتائج

تمهيد: 46
1_عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة: 46
2_استنتاج عام: 56
3_اقتراحات: 56
خاتمة: 59
المصادر والمراجع: 61
الملاحق 69

قائمة الجــداول

العنوان	الصفحة
الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
جدول رقم (01): النسب المئوية لمتغير "الجنس".	38
جدول رقم (02): النسب المئوية لمتغير "المستوى التعليمي".	38
الجدول رقم (04) : معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.	39
الجدول رقم (05) ثبات مقياس الكفاءة الذاتية عن طريق معامل آلفا كرونباخ	41
جدول (03): معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة للراشدين مرضى السكر	43
الفصل السادس عرض وتحليل النتائج	
جدول رقم (06): دلالة الارتباطية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى عينة الدراسة.	47
الجدول رقم (07) ينتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.	48
الجدول رقم (08) نتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس نوعية الحياة لدى عينة الدراسة من مرضى السكري.	49
جدول (09): يبين دلالة وجود فروق في متغير الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.	52
جدول رقم (10): يبين الفروقات بين الفئات التعليمية في مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.	52
جدول (11): يبين دلالة وجود فروق في متغير الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	54

مقدمـــــــة

مقدمة:

لقد اهتم المختصون النفسيون اهتماما كبيرا ببناء الفرد، حيث حصل موضوع جودة الحياة والكفاءة الذاتية على اهتمامهم البالغ، فهذه المفاهيم الحديثة متعددة الأبعاد وتختلف نسبيا من شخص لآخر، سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية، وذلك وفقا للمعايير التي يعتمدها الأفراد لتقييم الحياة ومتطلباتها، وغالبا ما تتأثر هذه المعايير بعوامل عديدة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدرة على التفكير واتخاذ القرار، والقدرة على التحكم، وإدارة الظروف المحيطة والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والقيم الثقافية والحضارية التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق سعادتهم في الحياة. فتتمثل جودة الحياة في حالة من المعافاة شبه الكاملة بدنيا ونفسيا واجتماعيا. أما بالنسبة للكفاءة الذاتية فهي من بين المرتكزات الأساسية لتكوين الفرد مهما كان بغض النظر عن طبيعته، فإن الشعور بالكفاءة الذاتية له تأثير إيجابي على الصحة، فهو ينظم السلوك الصحي ويعتبر عاملا هاما في نجاح أو فشل الشخص في مختلف المهام التي يقوم بها.

جودة الحياة هي حالة من المعافاة النفسية والجسدية والاجتماعية ولا تقتصر على عدم وجود المرض أو الإعاقة، حسب تعريف منظمة الصحة العالمية فهي تشتمل الإدراك الذاتي للفرد لمكانته في الحياة، وذلك في سياق ثقافته ونظامه المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه. فجودة الحياة تتأثر بالعديد من العوامل التي تؤدي إلى عدم شعور الفرد بالسعادة والرضا والحالة الجيدة، مثل الضغوط النفسية وممارسة سلوكيات غير صحية والتي ترتبط بانتشار العديد من الأمراض المزمنة مثل مرض السكري وهو داء يستهدف كافة الفئات، بالرغم أن الكثير منهم ليسو بدراية بالمرض ولا تظهر عليهم الأعراض المرضية، لكن جراء تعرض الفرد لمجموعة من الضغوطات وتغير نمط حياته هذا يؤثر سلبا على صحته البدنية والنفسية وعلى جودة الحياة وكفاءتهم الذاتية.

تهدف الدراسة الحالية إلى البحث عن العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، كون هذه الدراسة تكتسب أهمية كبيرة فهي بذلك تشكل مساهمة مهمة في جمع المعلومات حول جودة الحياة الكفاءة الذاتية، والكشف عن العلاقة بينهما لدى مرضى السكري ومن هذا المنطلق قدمنا تصور نظري لمتغيرات البحث حيث ضم الفصل

الأول إشكالية البحث، والفصل الثاني تطرقنا لمفهوم جودة الحياة، الاتجاهات النظرية المفسرة لها، أنواعها، أبعادها، مكوناتها، مجالاتها وقياس جودة الحياة. أما الفصل الثالث فتطرقنا فيه إلى الكفاءة الذاتية من ناحية المفهوم، النظريات، أنواعها، أبعادها، خصائصها ومصادرها. في حين الفصل الرابع تناولنا فيه مرض السكري، تاريخه، مفهومه، أنواعه، المراحل، والخصائص النفسية لمريض السكري.

أما الجانب التطبيقي فقد ضم فصلين، احتوى الأول على إجراءات الدراسة الميدانية من خلال اتباع المنهج الوصفي الارتباطي، نظرا لكونه الأنسب لدراسة العلاقة الارتباطية كما لم ننسى التطرق للأدوات المستعملة وخصائصا السيكومترية. في حين احتوى الفصل الأخير على عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها. لنختم بحثنا بمجموعة من الاقتراحات

الـــجانب النـــظري

الفصل الأول الإطار العام للبحث

- إشكالية
- فرضيات البحث
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- التعاريف الإجرائية
- الدراسات السابقة
- التعقيب على الدراسات السابقة

1_إشكالية:

يعد داء السكري من أخطر الأمراض التي تعرف بمرض العصر نظرا لانتشاره الكبير وخطورة مضاعفاته، وتهديده لمسار الفرد، باعتباره مرض مزمن يهدد صحة الإنسان.

فالصحة هي أحد المفاهيم الرئيسية التي هي محور اهتمام العلماء والأطباء وأبحاثهم، وفي السنوات الأخيرة أصبح الناس أكثر وعيا بأهمية الصحة كأداة مهمة للتنمية والتقدم الاجتماعي، لأن العلم يركز على تحديد العلاقة بين سلوك الفرد وعاداته، وممارساته الصحية وصحته الجسدية والنفسية وتعرضه للمرض والمعاناة التي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة بأنواعها وحتى الوفاة. **(تايلور، 2008 ص31)**.

يعد مرض السكري أحد أكثر الأمراض المزمنة شيوعا بين الناس، وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد المصابين بمرض السكري في جميع أنحاء العالم يقدر ب 347 مليون شخص، ومن المتوقع أن يتضاعف بحلول سنة 2030 بسبب السمنة المفرطة، التي تسبب خللا في إنتاج هرمون الأنسولين. **(سايح، 2008 ص7)**.

يعرف "علي" داء السكري بأنه اضطراب مزمن يتميز بارتفاع مستويات الجلوكوز في الدم الناجم عن نقص الأنسولين المطلق أو النسبي. **(شريقي، 2014 ص81)**. مما يسببه من أضرار جسيمة للعديد من أجهزة الجسم وغالبا ما يغير المرض نمط حياتهم بعد الإصابة بالمرض.

على الرغم من أن مرض السكري يشكل عبئا كبيرا على الخدمات الصحية وله عواقب محددة على الأفراد المصابين، إلا أنه من المعترف به أن شخصية الفرد وخصائصه هي أحد العوامل الرئيسية التي تساهم في الإصابة بالمرض وتساعده على تبني أنماط السلوك الصحي الملائمة، ويؤدي ذلك إلى التساؤل عن وجود متغيرات نفسية واجتماعية تدعم قدرة الفرد على مواجهة المرض بطريقة إيجابية، حيث أن بقاء الفرد سليم أو ظهور المرض يرتبط ببنية شخصية للفرد واستعداده للإصابة بمرض السكري. **(شهرزاد، نرجس، ص46)**.

من بين العوامل المؤثرة على الصحة الجسمية التي يركز عليها العديد من الباحثين هو الكفاءة الذاتية، فهي تشير إلى معتقدات الفرد وتصوراته حول مستوى قدرته وإمكاناته وكفاءته الذاتية بما في ذلك العوامل المعرفية والتحفيزية والحسية والفيزيولوجية للتعامل مع

المواقف والصعوبات والمشكلات وتعتبر من الخصائص النفسية التي تؤثر أفكار الأشخاص وتفسيراتهم للأحداث التي يوجهونها، ويمكن أن يكون تقييم الكفاءة الذاتية للفرد عند مواجهة المواقف الضاغطة محددا كافيا لدرجة الصمود أمام تجارب الفشل، ودرجة المثابرة والنجاح ودرجات الاكتئاب. **(عبد الرحمان محمد، 1998 ص58)**.

مفهوم جودة الحياة هو مفهوم متعدد الأوجه يشمل المكون المعرفي للرضا والمكون الوجداني للسعادة، ويتضمن أحكاما حول مدى رضا المرض عن حالتهم الصحية وتوافقها مع التغذية والصحة النفسية والرفاهية واحتياجات الحياة الأخرى. ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

-هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري؟

وتتفرع منه التساؤلات التالية:

_هل توجد فروق ذات إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية ومستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري؟

_هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية ومستوى جودة الحياة باختلاف المستوى التعليمي لدى مرضى السكري؟

2_فرضيات الدراسة:

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.
3. توجد فروق ذات إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.
4. توجد فروق في مستوى الكفاءة الذاتية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى السكري.

5. توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى لتعليمي لدى مرضى السكري.

3_ أهداف الدراسة:

_معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

_معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري.

_الكشف عن الفروق في درجة الكفاءة الذاتية ومستوى جودة الحياة وفقا لمتغير الجنس والمستوى التعليمي.

_معرفة درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

4_أهمية الدراسة:

4_1_ الأهمية العلمية:

-المساهمة في فهم العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة.

_تحديد طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

_إثراء المعرفة العلمية حول مرض السكري.

_تحديد العوامل المؤثرة على درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

4_2_الأهمية الميدانية:

_تحسين فهم تأثير مرض السكري مع جودة الحياة.

_تحديد الفئات الأكثر عرضة للتأثيرات السلبية على جودة الحياة.

_تتجلى الأهمية الميدانية لهذه الدراسة في تمكين الباحث من معرفة درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

5_التعاريف الإجرائية:

5_1_الكفاءة الذاتية:

ونقصد بها القدرة على إدارة الوقت بفعالية وبشكل مستقل لتحقيق الأهداف الشخصية والمهنية، وتشمل مجموعة من القدرات والمهارات مثل التنظيم والتحفيز الذاتي والتواصل الفعال.

5_2_جودة الحياة:

نقصد بها في هذه الدراسة الشعور بالراحة والسكينة والرضا، وتحقيق الصحة النفسية والجسدية والتوازن العاطفي والاجتماعي، وفهم الذات وقدرت الفرد على تحقيق احتياجاته الاجتماعية والتعليمية والصحة بشكل كامل.

6-الدراسات السابقة:

6_1_دراسات تناولت متغير الكفاءة الذاتية:

-**دراسة "محمد بني خالد" (2010),** هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التكيف الأكاديمي والكفاءة الذاتية العامة لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت. بالنسبة لعينة الدراسة فقد تكونت من (200) طالب من كلا الجنسين، ولقد أوضحت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التكيف الأكاديمي تبعا لمتغير الجنس أو المستوى الدراسي أو التفاعل بينهما. في حين كشفت عن وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين التكيف الأكاديمي والكفاءة الذاتية العامة. (محمد بني خالد 2010ص 413_432)

_**دراسة "غاردنو" (GARDUNO 2001)**هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية والاتجاهات نحو التحصيل، بالنسبة لعينة الدراسة فقد تكونت من (48) طالب من الموهوبين، وقد أوضحت النتائج إلى عدم وجود فروق في التحصيل بين مجموعات التعلم التعاوني ذات الجنس المختلط وبين مجموعات ذات جنس واحد، في حين كشفت أن الفروق في الكفاءة الذاتية بين الجنسين ظهرت في الاتجاهات نحو المواقف التعليمية التنافسية لصالح الذكور.

(سلامة عقيل سلامة المحسن 2006 ص34).

6_2_دراسات تناولت متغير جودة الحياة:

-دراسة "مازن الشرافي" (2012) بعنوان "أساليب مواجهة الخبرة الصادمة لدى معلمي وكالة الغوث بغزة و علاقتها بجودة الحياة "، هدفت للتعرف على العلاقة بين أساليب مواجهة الخبرة الصادمة وجودة الحياة وكذلك لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس أساليب المواجهة. بالنسبة لعينة الدراسة فقد اختيرت عشوائيا حيث بلغت العينة (401) معلما من كلا الجنسين وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي. أوضحت النتائج أن معلمي وكالة الغوث بغزة يستخدمون أساليب متعددة في مواجهة الخبرات الصادمة، وهي بالترتيب: أسلوب إعادة التقييم، أسلوب التخطيط حلل المشكلات، أسلوب انتماء، كذلك معدل جودة الحياة لدى عينة أفراد الدراسة بعيد نسيب (77) ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد أساليب مواجهة الخبرة الصادمة تبعا لمتغيري المرحلة التعليمية، وسنوات الخبرة، والدخل لدى الأفراد.

(مازن، 2012 ص 10).

-دراسة "صابر بن عيسى" (2019) أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه بعنوان "الرضا الوظيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية"، هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على العلاقة الارتباطية بني الرضا الوظيفي وجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوبه الارتباطي أما بالنسبة لمجتمع الدراسة فقد تمثل في أساتذة التربية البدنية والرياضية للطور الثانوي بولاية بسكرة واستخدم الباحث طريقة الحصر أي أنه أخذ مجيع مفردات المتجمع والبالغ عددهم 124 أستاذ. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود عالقة ارتباطية بني الرضا الوظيفي وجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية.

(صابر، 2019 ص9).

7_التعقيب على الدراسات السابقة:

7_1_من حيث الموضوع:

تباينت الدراسات السابقة في مواضيعها المتعلقة بجودة الحياة ومن بين هذه الدراسات يمكننا ذكر دراسة مازن مصطفى الشرافي (2012)، بعنوان أساليب الخبرة الصادمة لدى معلمي الغوث بغزة وعلاقتها بجودة الحياة، وكذلك دراسة صابر بن عيسى (2019) بعنوان الرضا الوظيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية.

أما بالنسبة لموضوع الكفاءة الذاتية فكانت دراسة العلاقة بين التكيف الأكاديمي والكفاءة الذاتية لدلى عينة من طلبة العلوم التربوية في جامعة آل البيت في ضوء بعض المتغيرات عند محمد بني خالد (2010) ودراسة غاردنو (2001)، الكشف عن الفروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية والاتجاهات نحو التحصيل لدى عينة من الطلبة الموهوبين.

أما بالنسبة لدراستنا فقد شملت متغيري جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

7_2_من حيث الهدف:

تعددت الدراسات السابقة من حيث أهدافها، فالدراسات المتعلقة بجودة الحياة كدراسة مازن الشرافي (2012) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أساليب مواجهة الخبرة الصادمة وجودة الحياة لدى معلمي وكالة الغوث والتعرف على أهم الأساليب مواجهة الخبرة الصادمة، ودراسة صابر بن عيسى التي هدفت إلى محاولة التعرف على العلاقة الارتباطية بين الرضى الوظيفي وجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية.

والدراسات المتعلقة بالكفاءة الذاتية فكانت دراسة محمد بني خالد (2010) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التكيف الأكاديمي والكفاءة الذاتية العامة لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت، في ضوء بعض المتغيرات (الجنس، المستوى الدراسي)، وهدفت دراسة غاردنو (2001) إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية والاتجاهات نحو التحصيل.

أما دراستنا فتهدف إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، مع الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة والكفاءة الذاتية وفق متغير الجنس والمستوى التعليمي.

7_3_من حيث المنهج وأدوات الدراسة:

اختلفت الدراسات السابقة في اتباع المنهج فمنها من اتبعت المنهج الوصفي بأسلوبه الارتباطي وأخرى اتبعت المقاييس وأخرى اعتمدت على برنامج (Spss) لتحليل البيانات الإحصائية.

في دراستنا استخدمنا المنهج الوصفي الارتباطي واعتدنا كذلك على برنامج (Spss) لتحليل البيانات.

7_4_من حيث العينة:

اختلفت العينة بين الدراسات من حيث حجمها إذ تراوحت ما بين 48 إلى 401.

من حيث نوع العينة: طبقت لكلا الجنسين وعلى أعمار مختلفة.

أما عينة دراستنا من حيث الحجم كانت (67) فرد، طبقت على كلا الجنسين، تراوحت أعمارهم من 18 إلى 65سنة.

7_5_من حيث النتائج:

توصلت نتائج الدراسات السابقة بأنه توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية وبعض المتغيرات مثل التفوق الدراسي، الرضا الوظيفي ... الخ.

أما بالنسبة لمستوى جودة الحياة والكفاءة الذاتية فقد تباينت بين مستوى متوسط ومرتفع، أما بالنسبة للفروق فهناك على حسب المستوى الدراسي، الجنس ...الخ.

أما بالنسبة لنتائج دراستنا توصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية وفقا لمتغير الجنس والمستوى التعليمي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية

في درجة كل من جودة الحياة والكفاءة الذاتية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي لدى مرضى السكري.

الفصل الثاني

الكفاءة الذاتيـــــــة

- تمهيد
- مفهوم الكفاءة الذاتية
- النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية
- أنواع الكفاءة الذاتية
- أبعاد الكفاءة الذاتية
- خصائص الكفاءة الذاتية
- مصادر الكفاءة الذاتية
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الكفاءة الذاتية أحد المفاهيم العلمية والنظرية المهمة في علم النفس، والتي تركز على الإيمان بالقدرة، لأن من يمتلك ذاتا فعالة لديه القدرة على تحقيق ما يرغب الفرد في تحقيقه، الكفاءة الذاتية ليست قيمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي، بالإضافة إلى كونها مجموعة من الأحكام لا تتعلق فقط بما أنجزه الفرد، بل ترتبط أيضا بالحكم على ما يستطيع إنجازه فهو نتاج القدرات الشخصية أي أن فعالية الذات تتعلق بمعتقدات الفرد المتمثلة في الدوافع والموارد المعرفية والسلوكيات اللازمة للاستعداد لتلبية متطلبات موقف معين.

(الطيرة، 2012 ،ص 28).

بحيث سنتطرق في فصلنا هذا إلى كل من مفهوم وأنواع الفعالية الذاتية، بالإضافة إلى مصادرها وأبعادها وكذلك خصائصها وأخيرا النظريات المفسرة لها.

1_مفهوم الكفاءة الذاتية:

اقترح باندورا لأول مرة كفاءة الذات وأطلق عليها المعتقدات الشخصية والتي عرفها بأنها قدرة الفرد على أداء السلوكيات تحقق النتائج الموجودة في مواقف محددة والسيطرة على الأحداث التي تؤثر على حياته، وأن يكون لديه إيمان قوي بكيفية تحقيق النتائج المرجوة، وتحقيق الأهداف والقدرة على التوقع الذاتي، والتنبؤ بالنشاط الذي سيقوم به ودرجة الجهد والمثابرة التي سيحتاجها لأدائه.

(محمود والجمالي، 2010، ص61).

كما عرفها "**باندورا** " **(1994)** بأنها اعتقاد الفرد المتعلق بقدرته على أداء مستويات معينة من الأداء تؤثر على الأحداث المهمة في حياته ويرتبط إدراك الفرد بكفاءته الذاتية بتقييمه لقدرته على تحقيق مستوى معين من الإنجاز وبتقييمه لكفاءته الذاتية يتحكم في الأحداث ويؤثر على مقدار الجهد الذي يبذله ودرجة المثابرة التي يواجهها، وما يعيقه وطريق تفكيره يعتمد بشكل أساسي على توقعات الفرد للمستقبل. **(محمود والجمالي، 2010، ص 68).**

وذكر "**فتحي زيات**" **(2001)** أن الفعالية الذاتية تشير إلى إدراك الفرد وفهمه لإمكانيته وقدراته وفعاليته في معالجة المواقف أو المهام أو المشكلات أو الأهداف المختلفة، ويشمل مختلف الجوانب العقلية والمعرفية والعاطفية والتحفيزية والحسية والفيزيولوجية العصبية التي تساهم في تحقيق النجاح مع مراعاة تأثير البيئة المحيطة، وهو إيمان الفرد بقدرته على السيطرة وعلى قدراته وأفكاره ومشاعره وأفعاله ضمن معايير السلوك الراسخة وكيفية تفاعل هذه العوامل مع المحددات المادية والاجتماعية لبيئته.

(بوسعيد، 2021، ص33).

يعرفها "**العدل عادل**" (2001)، بأنها ثقة الفرد الكامنة في قدراته خلال المواقف الجديدة أو المواقف ذات المطالب وغير المألوفة.

(رامي اليوسف, 2013، ص333)

كما يرى "**باندورا**" بأنها أحكام الأفراد على قدرتهم لتنظيم وإنجاز بعض الأعمال والأنشطة التي تتطلب تحقيق أنواع واضحة من الأداء.

(الجاسر،2007، ص 28)

يشير مصطلح الكفاءة الذاتية إلى المعتقدات الشخصية للفرد حول قدرته على تنظيم وتنفيذ المهام العملية المطلوبة لتحقيق الهدف المرجو، وبمعنى آخر أنه إذا اعتقد الفرد بأنه يمتلك القوة لإنجاز الأهداف المطلوبة فإنه سيسعى جاهدا لتحقيقها فعلا وبالتالي تشير الكفاءة الذاتية إلى الاعتقادات الافتراضية التي يمتلكها الفرد بشأن قدراته.

(فداء موفق (2012)، ص12)

2_النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية:

هناك العديد من النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية اخترنا منها ما يلي:

_النظرية المعرفية الاجتماعية "**لباندورا** "**(قرتوب، 2020 ص16)**: يشير باندورا في كتابه "أسس التفكير والأداء" إلى أن نظرية الكفاءة الذاتية مستمدة من النظرية المعرفية الاجتماعية

والتي يرى فيها أن الأداء الإنساني يمكن تفسيره بالتطابق بين السلوك والعوامل المعرفية والشخصية والبيئية المختلفة.

إن الفرد لديه القدرة على خلق نماذج داخلية لاختيار صحتها قبل إجراء التجارب وتطوير تسلسل مبتكر للسلوك، واختيار الفرضيات حول هذا التسلسل السلوكي عن طريق التنبؤ بالنتائج، وخلق رموز تمكن من إقامة روابط بين الأفكار والخبرات الذاتية.

التعلم بالملاحظة إلى حد كبير يقلل من الاعتماد على التعلم بالتجربة والخطأ وتيح الاكتساب السريع للمعرفة المعقدة التي لا يمكن اكتسابها من خلال الممارسة وحدها.

يتمتع الأفراد بالقدرة على التنظيم الذاتي من خلال التحكم المباشر في سلوكهم واختيار أو تغيير الظروف البيئية التي تؤثر على سلوكهم، كما يمكن للأفراد أيضا خلق دوافع ذاتية وتوجيه سلوكهم من خلال وضع معايير شخصية لسلوكهم وتقييم سلوكهم في ضوء هذه المعايير.

تؤثر كل من الأحداث البيئية والعوامل الذاتية الداخلية والسلوك على بعضها البعض، ويتفاعل الأفراد معرفيا وعاطفيا وسلوكيا مع الأحداث البيئية، ويعد مبدأ الحتمية المتبادلة أحد أهم افتراضات النظرية المعرفية الاجتماعية.

تتفاعل هذه المؤثرات، ولكن ليس بالضرورة في نفس الوقت أو بنفس الشدة.

(قرنوب، 2020، ص16).

3_أنواع الكفاءة الذاتية:

يمكن تصنيف فعالية الذات إلى عدة أنواع منها:

3_1_الكفاءة الذاتية الجماعية Collective-self efficacy: الكفاءة الجماعية هي عندما تؤمن مجموعة من الناس بقدراتهم وتعمل بجد لتحقيق المستوى المطلوب في النظام الجماعي، وأشار باندورا إلى أن الأفراد ليسوا معزولين عن المجتمع، وأن الكثير من المشاكل والصعوبات التي يوجهونها تتطلب جهودا ودعما جماعيا، من أجل أي تغيير فعال، فإن تصورات الأفراد للفعالية الجماعية سوف تؤثر على ما يقبلون القيام به، مثل المجموعة ومقدار الجهد الذي يبذلونه والقوة المتبقية لهم، إذ لم يتم تحقيق النتائج ومن الأمثلة على

جذور الفعالية الجماعية فريق كرة القدم فإذا آمن بقدرته على التغلب على فريق آخر فإنه سيكون لديه كفاءة جماعية عالية والعكس صحيح.

(ضياء يوسف حامد أبو عون، 2014، ص74).

3_2_الكفاءة الذاتية القومية Population-self efficacy:

أشار "**جابر**" **(1990)** أن كفاءة الذات القومية يمكن أن ترتبط بأحداث خارجة عن سيطرة المواطنين، مثل انتشار التكنولوجيا الحديثة والتغيرات الاجتماعية السريعة في المجتمع وأحداث في أجزاء أخرى من العالم تؤثر على الناس في الداخل كما تسعى جاهدة إلى غرس فيهم فكرة أو معتقد عن أنفسهم أن المرء لديه جنسية واحدة أو بلد واحد.

(ضياء، يوسف، حامد أبو عون، 2014، ص74).

3_3_الكفائة الذاتية العامة Generali zed-self efficacy:

تشير الكفاءة الذاتية العامة إلى قدرة الفرد على أداء سلوكيات تحقق نتائج إيجابية مرغوبة في مواقف محددة، والسيطرة على ضغوطات الحياة التي تؤثر على سلوك الفرد، ووضع توقعات ذاتية حول كيفية أداء المهام والأنشطة التي يقوم بها، وللتنبؤ بأنه سيمتلك القدرة على أداء هذه المهام والمثابرة المطلوبة لإنجاز الأنشطة.

(مصطفى، رضوان، عطية، 2017، ص67).

3_4_الكفاءة الذاتية الخاصة Specific-self efficay:

يقصد بها أحكام الفرد الخاصة والمرتبطة بقدرته على أداء مهمة محددة في نشاط محدد مثل الرياضيات، الأشكال الهندسية أو في اللغة العربية، الإعراب، التعبير.

(نيفين المصري (2011)، ص 65)

3_5_الكفاءة الذاتية الأكاديمية Academic-self efficacy:

تشير الكفاءة الذاتية الأكاديمية إلى إدراك الفرد لقدرته على أداء المهام التعليمية بالمستوى المطلوب، أي قدرته الفعلية في المواد الدراسية المختلفة في الفصل الدراسي، وتتأثر بالعديد من المتغيرات من حجم الفصل وعمر الطالب ومستوى استعداده للتحصيل الأكاديمي. **(أبو القمصان، 2014، ص39).**

4_أبعاد الكفاءة الذاتية:

يحدد "**باندورا**" (**bandura**) ثلاث أبعاد مرتبطة بالأداء وهي:

4_1_العمومية: وفي هذا السياق يذكر باندورا أن العمومية تتحد من خلال مجالات النشاط الواسعة والمحددة وتختلف من خلال عدة أبعاد من خلال درجة تشابه الأنشطة والطرق التي تعبر بها عن القدرات السلوكية والمعرفية والعاطفية ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف وخصائص الأشخاص المتعلقة بالسلوك الذي يتم توجيهه.

4_2_قدر الفاعلية: يتجنب الأشخاص ذو الكفاءة الذاتية المنخفضة المهام الصعبة ويرون فيها تهديدا، بينما يرى الأشخاص ذو الكفاءة الذاتية عالية المهام الصعبة.

(مرام محمد شكري نوفل، 2019، ص17).

4_3_القوة: ويعني بها باندورا الفروق الفردية التي تحدث عند مواجهة موقف غير ناجح ومشاعر خيبة الأمل التي تتبع ذلك ويرجع هذا الاختلاف إلى الاختلافات الفردية في الكفاءة الذاتية حيث يتمتع بعض الأشخاص بكفاءة ذاتية عالية ويمكنهم تحمل الأداء الضعيف بينما لا يستطيع آخرون ذلك.

(منذر يوسف سلمان أبو العطا، 2017، ص18).

5_خصائص الكفاءة الذاتية:

5_1_الخصائص العامة للكفاءة الذاتية:

-تتطور الكفاءة الذاتية من خلال التفاعل مع البيئة والآخرين ومن خلال التدريب والخبرة الشخصية.

-ترتبط بالتوقع والتنبؤ.

-الكفاءة الذاتية ليست مجرد تصورات، بل يجب ترجمة ذلك إلى جهود ونتائج مرغوبة وإمكانيات ومشاعر.

-هي مجموعة من القرارات والمعتقدات والمعلومات حول مستوى الفرد.

-يعتمد ذلك على عدة عوامل منها صعوبة المواقف ومقدار الجهد المبذول ومثابرة الفرد.

5_2_الخصائص العامة لمرتفعي الكفاءة الذاتية: يشير "**باندورا**" **(1977)** إلى أن الأشخاص الأكفاء الذين يؤمنون بقدراتهم بقوة يتمتعون بالخصائص العامة التالية:

-مستويات عالية من الثقة في النفس.

-تحمل المسؤولية بجهد عال.

-مهارات اجتماعية ممتازة ومهارات تواصل جيدة مع الآخرين.

-التفاعل في كل شيء.

-طاقة عالية.

-إلقاء اللوم على الفشل في عدم بذل الجهد.

-طموح عال، ووضع أهداف صعبة.

(عقيل، 2006، ص34).

5_3_الخصائص العامة لمنخفضي الكفاءة الذاتية: يتميز الأشخاص ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة الذين يثقون بقدراتهم بما يلي:

-يتجنبون المهام الصعبة.

-ينشغلون بنقادهم ويهملون المهمة التي بين أيديهم.

-يستسلمون بسرعة.

-ينشغلون بعواقب الفشل.

-لديهم طموح منخفض.

-يصابون بالاكتئاب بسهولة.

-يجدون صعوبة في التعافي من الانتكاسات.

(فيصل، 2011، ص64).

6_مصادر الكفاءة الذاتية:

أشار "**باندورا**" **(bamdura 1994)** إلى أربعة مصادر يمكن من خلالها تنمية الأشخاص بفعاليتهم الذاتية وهي:

6_1_الخبرة "خبرة الإتقان": ببساطة، يزيد النجاح من الكفاءة الذاتية ويقلل الفشل منها فالأشخاص الذين لديهم شعور ضعيف بالكفاءة الذاتية يتجنبون المهام الصعبة وينظرون إليها على أنها تهديد، ولديهم قدرة منخفضة على تحقيق أهدافهم وعلى النقيض من ذلك، ينظر الأشخاص الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية قوية إلى المهام الصعبة على أنها تحد ويزيدون من مستوى جهدهم في المواقف الصعبة.

(عبد الله إبراهيم حجات، 2009، ص80).

6_2_التفاعلات الاجتماعية: ترتبط المعتقدات الاجتماعية بالتشجيع والإحباط ويمكن أن يكون لها تأثير قوي، إن معظم الناس يتذكرون أنه ثم اختيارهم بشيء لم يمنحهم الثقة، تزيد المعتقدات الإيجابية من الفعالية الذاتية بينما تقلل المعتقدات السلبية منها.

(عبد الله إبراهيم حجات، 2009، ص80).

6_3_النمذجة "الخبرة البديلة": هذه العملية هي عملية مقارنة بين شخص وشخص آخر، فتزداد الكفاءة الذاتية لدى الأشخاص عندما يرون شخص حقق شيئا ما وتقل عندما يرون شخص ما فشل ونكون هذه العملية أكثر فعالية عندما يرى الشخص نفسه مشابها للنموذج فإذا نجح الأقران الذين ينظر إليهم على أنهم يتمتعون بقدرات مماثلة ومن المرجح أنه تزداد الكفاءة الذاتية للمشاهد فإذا لم يكن التأثير قويا مثل التجارب السابقة فإن النموذج يكن له تأثير قوي على الأشخاص الأقل ثقة في فعاليتهم.

(عبد الله إبراهيم حجات، 2009، ص81).

6_4_العوامل الفيسيولوجية: في المواقف غير الاعتيادية والمجهدة تظهر على الأشخاص بشكل عام علامات الضيق والارتجاف والألم والتعب والغثيان، يمكن أي يؤدي إدراك الشخص لردود الفعل لهذه إلى تغير كبير في كفاءته الذاتية فإذا شعر الشخص بالغثيان قبل إلقاء خطاب أمام الجمهور فإن الشخص الذي يعاني من انخفاض الكفاءة الذاتية قد

يعتبر ذلك علامة العجز مما قد يقلل من الكفاءة من ناحية أخرى من المرجع أن يفسر أصحاب الكفاءة الذاتية العالية مثل هذه الإشارات الفيزيولوجية على أنها طبيعية ولا علاقة لها بالكفاءة الفعلية وسيثمرون في إدراكها على أنها عالية على الرغم من ارتعاش اليدين على سبيل المثال. وبالتالي فإن معتقدات الشخص حول الأثار المترتبة على الاستجابات الفيسيولوجية وليس فقط شدة الاستجابة هي التي يمكن أن تغير الكفاءة.

(عبد الله إبراهيم حجات، 2009، ص83).

خلاصة الفصل:

في ضوء ما تم ذكره وعرضه في هذا الفصل، يمكن استنتاج أن الكفاءة الذاتية ترتبط بمعتقدات الفرد حول قدراته وثقته في أداء سلوكيات معينة، عندما يكون الأفراد واثقين من أنهم سينجحون عندما يؤدون السلوك المناسب بتحقيق النتيجة الموجودة وأن هذا السلوك سيحقق لهم فوائد كبيرة.

الفصل الثالث

جودة الحياة

- تمهيد
- مفهوم جودة الحياة
- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة
- أنواع جودة الحياة
- أبعاد جودة الحياة
- مكونات جودة الحياة
- مجالات جودة الحياة
- مقومات جودة الحياة
- قياس جودة الحياة
- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي حظيت باهتمام كبير في العلوم الاجتماعية والإنسانية ويستخدم على نطاق واسع على المستوى العلمي، فهي صفة تجعل الناس يشعرون بمشاعر إيجابية كالرضا والتفاؤل والحب والاستمتاع بالحياة والعيش فالحاضر بشغف والتطور والنمو في تطورهم الشخصي، وهي تلعب دورا هاما في برنامج الخدمات المقدمة للأفراد وهي هدف أرقى، فهي التي تجعلهم يضعون كل إمكاناتهم وقدراتهم لتحقيق ومواجهة صعوبات الحياة.

حيث سنتطرق في هذا الفصل إلى كل من مفهوم، أنواع، مكونات، مجالات، أبعاد، ومقومات جودة الحياة وكذلك اتجاهاتها.

1_مفهوم جودة الحياة:

1_1_لغة: جودة الحياة هي مصطلح مركب من كلمتين:

-جودة: تعني مستوى الرفاهية والرضا الذي يحظى به الفرد في مختلف جوانب حياته.

-الحياة: هي الفترة التي يعيشها الإنسان على الأرض وتشمل جميع تجاربه وعلاقاته.

1_2_اصطلاحا: هي حالة من الرفاهية والرضا التي يعيشها الفرد في مختلف جوانب حياته بما في ذلك الصحة الجسدية والنفسية، والعلاقات الاجتماعية وقدرته على القيام بمختلف أدواره الاجتماعية.

وعرفتها موسوعة علم النفس على أنها مفهوم ذو أبعاد عديدة، ولغرض تسهيل البحث والقياس، تم تلخيصها في سبعة محاور تمثل مجتمع جودة الحياة وهي: التوازن الانفعالي الإيجابي كالحزن والاكتئاب والقلق والضغط النفسي المتمثلة في السيطرة على المشاعر الإيجابية والسلبية، مثل الحزن والاكتئاب والقلق والضغط النفسي، الاستقرار المهني: الرضا عن العمل والدراسة وهو بعد مهم من أبعاد جودة الحياة، الاستقرار الاقتصادي: يتعلق بدخل

الفرد اللازم لكسب العيش، الانسجام الجنسي يتعلق بصورة الجسم والرضا عن المظهر والشكل. **(عدودة، 2015 ص121)**.

تعرف **منظمة الصحة العالمية WHO (1995)** جودة الحياة بأنها إدراك الفرد وضعه في الحياة بالنسبة للثقافة والقيم التي يعيش بها، ومدى توافقه مع أهدافه وتوقعاته، بالإضافة إلى اهتماماته بصحته البدنية وحالته النفسية واستقلاليته وعلاقاته الاجتماعية ومعتقداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بشكل عام. وبالتالي يمكن اعتبار جودة الحياة في هذا السياق كتقييم شخصي لظروف الحياة التي يعيشها الفرد.

أما "**عبد المعطي**" فقد عرف جودة الحياة على أنها تعبير عن الإدراك الذاتي للأفراد وتقييمهم للجوانب المادية للحياة المتاحة لهم، ومدى أهمية كل جانب من جوانب الحياة بالنسبة لهم في وقت معين وفي ظل ظروف معينة.

(غنية، 2021، ص 121).

وعرف "**ريف**" على أن جودة الحياة هي الشعور الإيجابي بالرفاهية كما ترصدها المؤشرات السلوكية المتمثلة في الرضا العالي عن الذات وعن حياة الفرد بشكل عام، والسعي المستمر لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة ومغزى من حيث تحقيق الاستقلالية في تحديد اتجاه حياة الفرد واستمرار العلاقات الاجتماعية والتفاعلية الإيجابية مع الآخرين، والشعور العام بالرفاهية والاستمتاع بالحياة والسلام والطمأنينة النفسية.

(شهرزاد، يوسف، 2020، ص30).

أما منسي وكاظم فعرفوها بأنها قدرة الأفراد على الشعور بالرضا والسعادة وتلبية احتياجاتهم وإدارة وقتهم واستغلاله بشكل جيد من خلال بيئات غنية وخدمات متطورة في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية.

(أمال، 2014، ص71).

2_الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

2_1_الاتجاه الفلسفي: ينظر المنظور الفلسفي لجودة الحياة على أنها السعادة المأمولة، فجودة الحياة لا يمكن أن تتحقق إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع وخلق لنفسه خيال واسع، وتجاهل الآلام ومصاعب الحياة، والذوبان في الصفاء الروحي مفارقا لكل قيمة مادية.

(السعيد، 2010، ص 07).

2_2_الاتجاه الاجتماعي: الاهتمام بدراسات جوده الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعيه السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤثرات تختلف من مجتمع لآخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما جينيه من عائد مادي من وراء عمله ومكانته المهنية وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين.

(السعيد، 2010، ص 08).

2_3_الاتجاه الطبي: يهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة أو نفسيه أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفق تطوير الصحة. **(امحمد، 2015، ص 206).**

2_4_الاتجاه النفسي: ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتيه .وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا في حالة الإشباع أو عدم الرضا في حالة عدم الإشباع نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة.

(امحمد، 2010، ص 206).

3_أنواع جودة الحياة:

تتمثل فيما يلي:

3_1_جودة الحياة النفسية:

تعد جودة الحياة النفسية مفهوما معقدا نسبيا، حيث تساهم مجموعة متنوعة من العناصر والعوامل النفسية والعاطفية والمعرفية في ذلك وتتباين تعريفات الباحثين المهتمين بهذا المجال تباينا كبيرا، حيث يعرف ستيوارت جودة الحياة النفسية بأنها عندما يكون الشخص متوازنا في مجموعة من المشاعر، بما في ذلك الحيوية والاهتمام والثقة في الحياة، والانفتاح والصدق تجاه نفسه والآخرين، والفرح والاستمتاع والهدوء والسعادة والإتمام بالآخرين، ويتضح أنها حالة ذاتية وشاملة للوجود: نهج ذاتي ونفسي يركز على نضج الشخصية وتطور القدرات الكلية للفرد.

(عكاشة، سليم، 2010، ص 04).

3_2_جودة الحياة الأسرية:

تعتبر جودة الحياة الأسرية عنصرا مهما في فهم جودة حياة الأفراد، ويؤكد الباحثون على أن جودة حياة الفرد المرتبطة بجودة حياة المحطين به، ويشرون إلى أن من يدرس جودة الحياة الأسرية يجب أن يدرس جودة حياة الفرد، والتي يجب أن تشمل أيضا جودة حياة المحطين به، وتنبثق جودة الحياة الأسرية من دراسة جودة حياة الأفراد، وتعرف بأنها تلبية احتياجات الأسرة واستمتاع أفرادها بالحياة معا كأسرة واحدة، وتوفر فرص الحياة الأسرية الجيدة، أي التفاعل الأسري، والروتين، والظروف المادية المتاحة للوالدين، والتوازن العاطفي، والبيئة المادية والصحة الاجتماعية والتماسك الاجتماعي.

(عبد الفتاح. أحمد. حسين. 2006، ص17).

3_3_جودة الحياة الوظيفية:

ويرجع ذلك إلى أن زيادة الرضا الوظيفي للعاملين والحفاظ على مستوى عال من جودة الحياة العملية والحياة المهنية يساهم في تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة ويستجيب أيضا لمطالب العملة والمطالب الاجتماعية، فهو خاصية أو جانب إجابي وغير إجابي من جوانب البيئة التي يراها العاملون يشعرون بها.

(ماضي، 2014، ص61).

4_أبعاد جودة الحياة:

اختلفت وتعددت أبعاد جودت الحياة من شخص لآخر:

-فأبعاد جودة الحياة **عند** "**فرانكن**" فهي تتمثل في: السعادة، العلاقات الاجتماعية، الطمأنينة، الاستقرار والتقدير الاجتماعي.

- أما أبعاد جودة الحياة في نظر "**مجدي محمد الدسوقي**" فهي متمثلة في:

_السعادة: وهي مقدار ما يشعر به الفرد من سعادة وشعور بالرضا وارتياح لظروف حياته.

_الاستقرار النفسي: يتمثل بالرضا عن النفس والشعور بالتفاؤل اتجاه المستقبل.

_القناعة: وتتمثل في قناعة الفرد لما وصل إليه واقتناعه بمستوى حياته التي يعيشها.

_الرضا عن الظروف الاجتماعية: هي وصف لسوك الفرد بالتسامح والمرح وميله إلى الضحك وتقبل الآخرين.

_الطمأنينة: تتمثل في استقرار الفرد الانفعالي والرضا عن الظروف الحياتية.

_التفاعل الاجتماعي: وهي قدرة الفرد على التفاعل والاندماج والاتصال مع الآخرين.

_التفاؤل: توقعات الفرد الإيجابية نحو مستقبل حياته.

_الثبات الانفعالي: القدرة على ضبط النفس واستقرار الحالة المزاجية، والاعتدال في إشباع الحاجات النفسية والبيولوجية.

_الحماية: إدراك الفرد لحجم الرعاية التي تقدم له والإحساس بالأمان وعدم النبذ والهجر وتلبية احتياجاته ومتطلباته، وتخفيف حدة القلق التي قد يتعرض لها.

(علي، 2018، ص257).

-أما بالنسبة "**لحسن مصطفى**" فيشير إلى ثلاث أبعاد لجودة الحياة وهي:

1_جودة الحياة الموضوعية: ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية وكذلك الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

2_جودة الحياة الذاتية: كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا عن الحياة.

3-جودة الحياة الوجودية: هي مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن له أن يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

(عبد الله هشام، 2008، ص148).

5_مكونات جودة الحياة:

لا ترتبط جودة حياة الفرد بالمحددات الشخصية فحسب بل ترتبط أيضا بمجالات وموضوعات الحياة المختلفة، كما تتعلق أيضا بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد في مجال إدراك الفرد، مثل الوالدين والأشقاء والأقارب وهي:

5_1_مكونات موضوعية: تشمل المكونات الموضوعية الصحة البدنية ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية والعلاقات الأسرية والأنشطة المجتمعية والصحة النفسية والعمل وفلسفة الحياة والحقوق وأوقات الفراغ.

5_2_مكونات ذاتية: المكون الذاتي هو التصور الذاتي للفرد وخصائص الشخصية ويرى شاروك أن هناك ثلاث مكونات لجودة الحياة وهي:

5_2_1_المكونات الذاتية: والذي ينعكس من خلال التقييمات الشخصية مثل الرضا والسعادة.

5_2_2_المكونات الموضوعية: بما ذلك التقييم الوظيفي ومراقبة المشاركين والظروف والأحداث البيئية، والتفاعلات في الأنشطة اليومية وتقرير المصير، والتحكم الشخصي والتعليم والمهنة والسكن.

5_3_3_المكونات الخارجية: وهو المكون الذي يتمثل في مستويات المعيشية وتوقعات العمل والحياة.

(محمد، 2013، ص 72).

6_مجالات جودة الحياة:

أكد الكثير من الباحثين والدارسين أن جودة الحياة هي نظام معقد يضم عدة مجالات:

6_1_المجال النفسي: يعتقد العديد من الباحثين أن المجال النفسي لجودة الحياة يشمل جميع المشاعر الإيجابية والحالات العاطفية، بينما يرى البعض الآخر أن هذا المجال يعتمد على وجود تأثيرات سلبية مثل القلق والاكتئاب وغيرها، أي أنه يتم تقييمه من خلال تقييم ذاتي المقاييس تعتبر الحالات العاطفية السلبية المخصصة لقياس جودة الحياة من العوامل المهمة في تحديد بعض الجوانب النفسية، ذات صلة بنوعية حياة الجميع.

6_2_المجال الاجتماعي: كان "**قلاناجون**" **(1982)** أكثر اهتماما بعدد العلاقات الاجتماعية باعتقاده أن هذا المجال ينتمي إلى الطريقة التي يقيم بها الأفراد الوظائف الاجتماعية أي تقدير الذات الاجتماعي وتحقيق الذات والنجاح والفشل وما إلى ذلك، كما تتناول أهمية فعالية الشبكة الاجتماعية للفرد أي تكوينها وكثافتها وانتشارها الجغرافي وتكرار وكثافة الاتصال بين الأفراد والعلاقات.... الخ

ويرى "**جريفن**" **(1988)**، أنه ينبغي إيلاء المزيد من الاهتمام لنوعية العلاقات الاجتماعية للفرد بدلا من كمية تلك العلاقات التي تحدد النطاق الاجتماعي لنوعية حياته.

6_3_المجال البدني: يجمع الباحثون في هذا المجال بين الصحة البدنية وقدرات الأداء لأن الصحة البدنية تشمل الطاقة والتعب والنوم والراحة والألم والمؤشرات البيولوجية المختلفة بالإضافة اتخاذ القرارات المتعلقة بالأداء وحالة العمل والتنقل الشخصي والأنشطة اليومية .... الخ، تمكن الأفراد من الأداء والاستقلال النسبي.

(بهلول، 2010، ص 53).

6_4_الرضا عن العيش: يرى "**دينيز**" **(1994)** أن مفهوم الرضا يشير عن الحياة إلى الحكم العاطفي والشامل للفرد على حياته، والذي يظهر في مجالات محددة مثل الحياة المهنية والأسرة والصحة الشخصية وما إلى ذلك، ويعبر عن تجربة الفرد الشاملة من ردود الفعل الإيجابية تجاه الحياة، ويضم جميع المكونات مثل الرضا عن الحياة، ومستوى الاستمتاع، وما إلى ذلك، يبدو أن الرضا عن الحياة والسعادة هما المكونان الرئيسيان لمفهوم الصحة، ويجب أن يتواجد كلا المكونين ولوكانا أقل عدد ممكن، حتى يتحقق المفهوم.

ويذهب "**بافو**" **(1991)** إلى أن الرضا عن العيش هو عبارة عن بيان معرفي يهدف إلى مقارنة حياة الفرد بمعيار مرجعي أي مجموعة من القيم أو المثل العليا.

6_5_السعادة: إن مفهوم السعادة متعدد الوظائف فهو يشتمل على ثلاث مكونات مستقلة أحدهما هو المكون الإيجابي الفعلي وهو السعادة، والآخر هو مكون التقييم المعرفي وهو الرضا والثلث هو المكون الأساسي أي التفوق.

ويعتمد الباحثون حاليا أن مفهوم السعادة يعبر عن السمة وليس الحالة لأنه يهدف إلى تحقيق حالة مستقرة ومستدامة نسبيا.

6_6_الرفاهية الذاتية: يمكن تفسير مفهوم الرفاهية الذاتية من خلال ثلاث نقاط رئيسية:

-أولا هو مفهوم ذاتي أي أنه لا يعتد على التقييم الذاتي لمتطلبات الحياة الموضوعية.

-ثانيا يعتمد على التقييم الإيجابي الشامل للحياة.

-ثالثا يتعلق الأمر بضرورة توفير مؤشرات إيجابية شاملة لحياة الفرد بغض النظر عن وجود العواطف أو غيابها.

(بهلول، 2010، ص54).

7_مقومات جودة الحياة:

وفق منظمة الصحة العالمية تتمثل مقومات جودة الحياة فيما يلي:

7_1_الصحة الجسدية: القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية.

7_2_الصحة النفسية: قدرة التعرف على المشاعر والتعبير عنها، مع الشعور بالراحة النفسية دون اضطراب.

7_3_الصحة الروحية: فهي تتعلق بالمعتقدات الدينية للحصول على السلام النفسي.

7_4_الصحة العقلية: تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح مع الشعور بالمسؤولية والقدرة على اتخاذ القرارات.

7_5_الصحة الاجتماعية: القدرة على إقامة علاقات والاستمرار بها، والتواصل مع الآخرين واحترامهم.

7_6_الصحة المجتمعية: القدرة على إقامة علاقات مع كل ما يحيط بالفرد من أشخاص وقوانين وأنظمة.

(أمال، 2014، ص 96).

8_قياس جودة الحياة:

8_1_قياس "بيرنس" (Bernes 1995) لجودة الحياة:

يشتمل على أربعة مقاييس فرعية مرتبطة بالشخصية، والحالة الاجتماعية، والحالة الأسرية، والعمل، ويساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي، والإحساس بالإنجاز.

8_2_مقياس بروفيل لانكشير لجودة الحياة Lancashire Quality:

وصممه "**أوليفر وزملائه**" **(1997)** ويتضمن مجموعة من البيانات الشخصية، ومعلومات شخصية، 4 من هذه البنود تقيس الجوانب الموضوعية (لقاء الأصدقاء، الاتهام في الجرائم، التعرض لعدوان جسدي) و12 بندا تقيس الجوانب الذاتية مثل الرضا عن التدريب، وعدد الأشخاص وجودتهم، وأنشطة وقت الفراغ والسكن والإقامة، والأمن الشخصي، والحياة الجنسية، والعالقات الأسرية، أو الصحة الجسمية والنفسية، وتتمتع هذه الأداة بصدق وثبات مرتفعين.

8_3_مقياس "مكينا" (Mekenna 2001) المطور لجودة الحياة عند المسنين:

وقد قسم "**ويكلاند**" أنواع قياس جودة الحياة إلى ثالثة أنواع وهي :عالمي، عام خاص. **(أبو الشاملة، 2016 ص 29)**

خلاصة الفصل:

وفي الأخير يمكننا القول إن جودة الحياة هي الإحساس الإيجابي والرضا عن النفس، والشعور بالراحة النفسية، كما أن جودة الحياة تعتبر أمر نسبي لدى الأفراد لأنها لا ترتبط بجانب واحد من جوانب الحياة. وكذلك تعتبر هي أساس ما يتوفر لدى الفرد لإشباع حاجاته الأساسية.

الفصل الرابع

مرض السكري

- تمهيد
- تاريخ مرض السكري
- مفهوم مرض السكري
- أنواع مرض السكري
- المراحل التي يمر بها مريض السكري
- أسباب مرض السكري
- الخصائص النفسية لمريض السكري
- خلاصة الفصل

تمهيد:

موضوع مرض السكري من المواضيع الهامة التي تجدر بالبحث خاصة مع تزايد عدد المصابين بهذا المرض، فلا نكاد نرى أو نسمع عن عائلة لم يصب أحد أفرادها مرض السكري، الذي انشر في الآونة الأخيرة بين مختلف الفئات العمرية وكذلك يمكن أن يعتبر خطيرا إن لم يتم التحكم به بشكل جيد، بالإضافة لهذا فهو مرهق ماديا ومعنويا.

حيث سنتطرق في هذا الفصل لكل من تاريخ ومفهوم مرض السكري، وكذلك يتوجب علينا تحديد أنواع، مراحل وأسباب مرض السكري، وفي الأخير نوضح الخصائص النفسية لمريض السكري.

1_تاريخ مرض السكري:

عرف مرض السكري منذ نحو ألفي عام وأطلق عليه في القرن الثاني الميلادي كلمة (Mellitus Diabetes)، وهو تعبير لاتيني وتعني كلمة (Diabetes) تمرير الشيء وكلمة(Mellitus) بمعنى العسل، وهذا إشارة على إدرار كميات كبيرة من البول الحلو، إذ أن مرض السكري حالة يزيد فيها معدل السكر في الدم "الجلوكوز" عن حد معين وذلك لقصور في مقدرة الجسم عن الاستفادة من الكربوهيدرات نتيجة لأي سبب.

(المخللاتي، 1984، ص 174).

2_مفهوم مرض السكري:

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

ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين، ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين". **(سعد، 2008 ،ص 19)**.

عرف **منظمة الصحة العالمية** مرض السكري بأنه "عبارة عن حالة مزمنة نتيجة زيادة مستوى السكر (الغلوكوز) في الدم".

(مدحت أبو نصر، 2005، ص136).

وعرفه "**محمود**" **(2002، ص 13)**، السكر هو الوقود الذي تستخدمه الخلايا لإنتاج الطاقة اللازمة للعمل، وعندما يتراكم السكر في الدم بدلا من دخوله إلى الخلايا، بسبب نقص الأنسولين أو عجزه عن القيام بوظيفته، تجوع خاليا الجسم وتحرم من الطاقة، وبمرور الأيام يتراكم السكر في الدم، وهذا يؤدي إلى آثار ضارة على بعض أعضاء الجسم كالعينين والكليتين والقلب والجهاز العصبي حيث أن حوالي نصف المصابين بداء السكري لا يتم تشخيصهم مبكرا، وذلك لأن هذا المرض يكون في البداية دون أعراض واضحة أو يأتي بأعراض مشاهبة لأعراض بعض الأمراض الأخرى، وتجدر الإشارة هنا إلى أن مرض السكري ليس معديا وإنما يحصل بسبب عوامل مختلفة، تؤدي إلى حدوث المرض عند اجتماعها.

3_أنواع مرض السكري:

3_1_مرض السكري من النوع الأول: كان هذا النوع يسمى قديما بمرض السكري المعتمد على الأنسولين إلا أن التسمية الحالية هي السكري من النوع الأول والاعتقاد السائد حول كيفية الإصابة بهذا النوع أن هناك عوامل بيئية(فيروسات) تحفز عمليات المناعة الذاتية في الجسم على تحطيم خاليا بيتا في البنكرياس وهي الخلايا المسئولة عن إفراز هرمون الأنسولين وهو ضروري لكي تتمكن الخلايا العضلية والدهنية من امتصاص جلوكوز الدم.

(هزاع بن محمدالهزاع، 2005، ص2).

3_2_مرض السكري من النوع الثاني: في هذه الحالة لا يوجد نقص في كمية الأنسولين و لكن هناك عاملين مقاومة الجسم لعمل الأنسولين، فكي يعمل الأنسولين من اللازم أن

تكون خاليا الجسم حساسة لهذا العمل غير انه في هذا النمط تصبح الخلايا اقل حساسية فالأنسولين يفرز بصورة طبيعية، و أحيانا أكثر من الطبيعي و بنوعية جيدة، ولكن تأثيره على الجسم اقل و حتى هذا التأثير برغم قلته يبقى كافيا لتفادي الاضطرابات الخاصة بالدهنيات والبروتينات، و بالتالي لا يوجد احتمال كبير لتكون (غيبوبة السكر والأسيتون وفقدان الوزن)، و لكنه في هذه الحالة لا يكون كافيا بالنسبة للسكريات و استعمالها بطريقة طبيعية مما ينتج عنه ارتفاع نسبة السكر في الدم.

(مفتاح عبد العزيز، 2010، ص 331).

4_المراحل التي يمر بها مريض السكري:

4_1_مرحلة الحزن الشديد: يتولد بمجرد الإعلان عن نتيجة تشخيص المرض وعن اختلال التكامل الصحي للجسم ويمكن أن يرافق هذا الحزن أعراضا أخرى، وهذا في الحالة التي يدوم فيها لعدة أسابيع وهي متمثلة في:

-فقدان الأمل في الحياة.

-فقدان الرغبة في العمل و إهمال الأشغال اليومية.

-انخفاض الطاقة النفسية.

-الصعوبة في التركيز.

-تغيرات واضحة في فقدان الشهية وشدة الأرق الراجعين إلى حدة القلق.

-وجود ميول و أفكار انتحارية لتهديم الذات و التخلص منها.

-الإحساس الشديد بالعجز والكسل.

-تشخص حالة اكتئابيه بوجود هذه الأعراض.

4_2_مرحلة التشاؤم: هي مرحلة الحزن، الذي يمكنه أن يكون لمدة طويلة مرفوقا بمواقف مختلفة اتجاه المرض كالرفض المطلق لتعايش معه كحقيقة واقعية.

4_3_مرحلة المساومة: في هذه المرحلة لا يعترف المصاب بمرضه، لذلك يلجأ إلى زيادة أطباء مختصين بهدف تغيير نتيجة التشخيص.

4_4_مرحلة التكيف: أما هذه المرحلة فهي تتمثل في تعلم المصاب كيفية التعامل مع مرضه وكذلك التغيرات التي طرأت على حياته. **(نور الدين جبالي، 1997، ص100_101).**

5_أسباب مرض السكري:

تعددت عوامل توليد الإصابة بهذا المرض ومن أهمها:

5_1_الوراثة: رغم أن معظم الدراسات تجهل طريقة توارث هذا المرض ولا تزال غير مفهومة تماما كما أن لا أحد يستطيع أن يؤكد بشكل قاطع توارث هذا المرض إلى أبناء المصاب، إلا أنها تؤكد على وراثة هذا المرض، ويرى كذلك بعض العلماء أن القابلية والاستعداد لهذا المرض هو ما يتم توارثه.

(حربوش سمية، 2009، ص87).

5_2_البدانة: إن البدانة عند الكهول تسهل الانتقال من مرحلة الاستعداد للداء إلى مرحلة الداء، كما أن هذا الانتقال نادر الحدوث عند الكهول النحفاء أو ذوي الوزن المعتدل، واستهلاك كميات كبيرة من السكر لا يعتبرها سببا من أسباب حدوث داء السكري.

(محمد ظافر وفائي، ب س ص19_20).

5_3_عوامل بيولوجية:

وجود أجسام مضادة للأنسولين في الدم، ومن ثم تزيد نسبة السكر في الدم.

وجود اضطرابات أو تلف عصبي يمس منطقة الهيبوتلاموس "Hypothalamus" في الدماغ.

وجود اضطراب في وظائف بعض الغدد الصماء يؤدي إلى إفراز هرمونات مضادة الأنسولين مثل زيادة إفراز هرمون الغدة الدرقية (T.S.H) وهرمون قشرة الغدة الاطنوية وزيادة إفراز هرمون النمو من الفص الأمامي للغدة النخامية.

(مفتاح عبد العزيز، 2010، ص332).

5_4_السن: كلما زاد عمر الشخص تزداد احتمالية إصابته بمرض السكري من النوع الثاني خاصة بعد سن 45 سنة، وهذا راجع إلى غياب أو تقليل ممارسة الرياضة مع زيادة وزن الجسم، كما أن مرض السكري يصيب الأشخاص ما بين (30_40) سنة لقلة النشاط وزيادة الوزن.

6_الخصائص النفسية لمريض السكري:

لكل مريض سكري بعض الخصائص النفسية نذكر منها:

6_1_الإنكار: هو حالة من المنع اللاشعوري لإدراك واقع المرض وأبعاده، كما أنه رد فعل شائع للأمراض المزمنة، فقد يتصرف وكأن المريض ليس بالشدة التي هو عليها أو أنه سيزول، وفي حالات أخرى فهو ينكر تماما أنه لديه مرض بالرغم من كل المعطيات الواضحة حول التشخيص.

_عدم تقبل المرض ورفض العلاج في البداية.

_مزاج متقلب

_عدوانية في بعض الأحيان.

6_2_عرضة الإصابة بالاكتئاب: يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض المزمنة وخاصة مرض السكري، ووجود الاكتئاب مصاحب لمرض السكري يجعل مضاعفات المرض أكثر، كما أن علاجه يتوجب أن يكون بأساليب نفسية وهذا راجع لأن مضادات الاكتئاب تزيل وتعيق مفعول الأنسولين.

(مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010، ص50).

6_3_الشعور بالخوف والقلق من مضاعفات المرض: ففي دراسة "**بورجيسون وآخرون**" **(1993)** حول التعايش مع مرض السكر وعلاقته بالجنس وفترة دوام المرض ومضاعفات الناتجة عنه، وجد أن الرجال يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من السيدات،

ولهذا فان درجة القلق عندهم بسيطة عن احتمال وجود مضاعفات طويلة المدى في المستقبل بالرغم من وجود قلق أعلى عند السيدات إلا أنهم كانوا أكثر قدرة على اكتشاف الجوانب الإيجابية في التعامل مع المرض.

(شيلي تايلور ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر داود، ،2008، ص623).

خلاصة الفصل:

يمكننا استخلاص أن مرض السكري هو أحد الأمراض المزمنة التي تؤثر على طريقة استخدام الجسم لسكر الدم "الجلوكوز"، كما أنه يعتبر مرضا مغيرا لنمط حياة المصاب به حسب مسبباته ودرجة تقبل المصاب به، لذلك لا بد للمصاب أن يتلقى علاج نفسي لتحسين التعايش والتكيف مع المرض وجذا طبعا بعد تلقيه للعلاج الطبي والحمية الغذائية وكذا النشاطات الرياضية.

الـــجانب التطبيقي

الفصل الخامس

التطبيق الميداني للدراسة

- تمهيد
- منهج الدراسة
- حدود الدراسة
- مجتمع البحث
- عينة الدراسة
- أدوات البحث
- الأساليب الإحصائية
- خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد عرض الجانب النظري، يعتبر الجانب الميداني من أهم خطوات البحث العلمي، الذي بدوره يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات والتحقق من صحة الفرضيات. إذ أننا سنتطرق في هذا الفصل إلى توضيح منهج ومجالات وأدوات البحث.

1_منهج الدراسة:

جاءت دراستنا للكشف عن العلاقة بين كل من الفعالية الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، ولقد اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره الأنسب لأغراض الدراسة كما أنه يتلاءم مع موضوع دراستنا، ويمكن إعطاء مفهوم للمنهج كما يلي:

المنهج الوصفي الارتباطي هو أحد أنواع المناهج الوصفية، ويستخدم في قياس العلاقة بين متغيرين أو أكثر وكذلك معرفة اتجاه العلاقة هل هي إيجابية أم سلبية.

2_حدود الدراسة:

2_1_الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة بمستشفى "صيد محمد" وكذلك في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية "ساعل محمد" في ولاية المدية.

2_2_الحدود الزمنية: تم إجراء هذه الدراسة من الفترة الممتدة من 24 مارس إلى 22 أفريل من الموسم الجامعي 2024-2025.

2_3_الحدود البشرية: هم مرضى السكري.

3_مجتمع البحث:

طبقت هذه الدراسة على فئة من الأفراد تتراوح أعمارهم من 18 إلى 65 سنة.

4_عينة الدراسة:

تم استخراج العينة بطريقة قصدية، أي أننا قمنا بالبحث عن مرضى السكري وطلب قبول مشاركتهم في البحث، ومثلت عينة الدراسة ب (67) مريض بالسكري.

جدول رقم (01): يوضح النسب المئوية لمتغير "الجنس".

	العدد	النسبة
ذكور	28	41.79%
إناث	39	58.20%
المجموع	67	100%

جدول رقم (02): يوضح النسب المئوية لمتغير "المستوى التعليمي".

	العدد	النسبة
متوسط	16	23.88%
ثانوي	23	34.32%
جامعي	28	41.79%
المجموع	67	100%

5_أدوات البحث:

5_1_مقياس الكفاءة الذاتية:

5_1_1_وصف المقياس:

اعتمدنا على مقياس الكفاءة الذاتية لمرض السكري DIABETES SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE الذي تم تأسيسه من طرف نانسي روبن ومارغريث ليتل وهيلين (2004) والذي أجريت عليه الباحثة عليوة سمية بعض التغيرات وبنوده المترجمة من اللغة الإنجليزية إلى العربية.

يتكون هذا المقياس من 38 بند وضع لقياس مدى إمكانية مريض السكري القيام بمختلف الأنشطة الصحية في مختلف نواحي حياته الاجتماعية، المعرفية، الفيزيولوجية ...

5_1_2_الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق الاتساق الداخلي:

الجدول رقم (04) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من الفقرات مع الرجة الكلية.

رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون
الفقرة 01	0.906	الفقرة 14	0.695	الفقرة 27	0.772
الفقرة 02	0.695	الفقرة 15	0.941	الفقرة 28	0.906
الفقرة 03	0.820	الفقرة 16	0.973	الفقرة 29	0.873
الفقرة 04	0.772	الفقرة 17	0.820	الفقرة 30	0.688
الفقرة 05	0.812	الفقرة 18	0.820	الفقرة 31	0.906
الفقرة 06	0.772	الفقرة 19	0.898	الفقرة 32	0.973
الفقرة 07	0.784	الفقرة 20	0.906	الفقرة 33	0.734
الفقرة 08	0.925	الفقرة 21	0.973	الفقرة 34	8200.820
الفقرة 09	0.906	الفقرة 22	0.906	الفقرة 35	0.772
الفقرة 10	0.788	الفقرة 23	0.772	الفقرة 36	0.772
الفقرة 11	0.851	الفقرة 24	0.973	الفقرة 37	0.820
الفقرة 12	0.941	الفقرة 25	0.688	الفقرة 38	0.906
الفقرة 13	0.837	الفقرة 26	0.772	الفقرة 39	0.973

من خلال الجدول أعلاه نجد معاملات الارتباط Pearson Corrélationكل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه دالة إحصائيا، حيث أن قيمة SIG (مستوى معنوية) أقل من بمستوى دلالة 0.05، ومنه يعتبر المقياس المستخدم في الدراسة صادقا لما وضع لقياسه.

الثبات:

يعد الثبات من العوامل الهامة أو الخصائص الواجب توافرها لصلاحية استخدام الاختبار أو جهاز قياس ويتعلق الثبات بدقة القياس بصرف النظر عما يقاس وتتضمن جميع القياسات العملية بعض الخطأ العشوائي الذي يؤدي لعدم ثبات النتائج. والثبات معناه:

_إن الاختبار موثوق به ويعتمد عليه، كما يعني الاستقرار أنه لو أعيد تطبيق الاختبار نفسه على الفرد الواحد فإنه يعطي شيئا من الاستقرار في النتائج.

_وهو اتساق الدرجات التي يحصل عليها نفس الأفراد في مرات الأجزاء المختلفة.

_وهو الاختبار الذي لو أعيد تطبيقه على نفس الأفراد فإنه يعطي نفس النتائج أو نتائج متقاربة.

(محمد، 2012، ص125)

انطلاقا من هذا قمنا بالتحقق من صدق الاتساق داخلي، ومن بعدها قمنا بالتحقق من ثبات المقياس بالأساليب اللازمة لذلك، وهذ بالاعتماد على الرزمة الإحصائية

.(SPSS. VERSION25)

يشير الثبات إلى الاتساق والدقة وإمكان استخراج نفس النتائج بعد إجراءات التطبيق لأكثر من مرة، أو هو ببساطة: "مدى اتساق الدرجات عند تكرار التجربة".

(معمرية، 2012، ص265).

انطلاقا من هذا قمنا بالتحقق من ثبات المقياس المستخدم في الدراسة عن طريق معامل آلفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (05) يوضح ثبات مقياس الكفاءة الذاتية عن طريق معامل آلفا كرونباخ

عدد الفقرات	معامل آلفا كرونباخ
39	0.886

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الثبات عن طريق ألفا كرونباخ بالنسبة للمجموع الكلي لمقياس الكفاءة الذاتية قد بلغ (0.886)، وهو يتصف بدرجة عالية من الثبات تجعله صالح للاستعمال في الدراسة الأساسية.

5_2_ مقياس جودة الحياة:

5_2_1_وصف المقياس:

يتكون مقياس جودة الحياة من (82) عبارة، موزعة على ستة أبعاد تمثل أبعاد جودة الحياة وهي البعد الصحي، البعد المعرفي، البعد النفسي، البعد الاجتماعي، البعد المادي والبعد الديني، وتقع الإجابة على العبارات على أربع مستويات تنطبق دائما، تنطبق أحيانا، تنطبق نادرا، لا تنطبق إطلاقا، ويتم تطبيق المقياس على الأفراد من (18_65) من الراشدين مرضى السكر، وتم التطبيق بطريقة فردية، وليس هناك زمن محدد للإجابة.

5_2_2_الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق الاتساق الداخلي:

اعتمدت معدة المقياس على صدق الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة وتراوحت ما بين (06_93) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

بخصوص الأبعاد، فتوصلت معدة المقياس في "البعد الصحي" إلى اتساق تراوح بين (35_79) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

_في "البعد الصحي" فتراوح الاتساق بين (0.30_0.79) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

_ في "البعد المعرفي" فتراوح الاتساق بين (0.6_0.76) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

_في "البعد النفسي" فتراوح الاتساق بين (0.30_0.77) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

_في "البعد الاجتماعي" فتراوح الاتساق بين (0.24_0.89) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

_في "البعد المادي" فتراوح الاتساق بين (0.6_0.93) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

_في "البعد الديني" فتراوح الاتساق بين (0.21_0.78) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

الثبات:

جدول (03): يوضح معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة للراشدين مرضى السكر

م	الأبعاد	معامل الثبات بطريقة كرونباخ	التجزئة النصفية	
			سبيرمان بروان	جتمان
1	البعد الصحي	0.87	0.87	0.86
2	البعد المعرفي	0.86	0.90	0.90
3	البعد النفسي	0.89	0.87	0.87
4	البعد الاجتماعي	0.91	0.91	0.90
5	البعد المادي	0.95	0.94	0.93
6	البعد الديني	0.82	0.73	0.73

يتضح من الجدول رقم (03) أن معاملات الثبات بطريقة آلفا كرونباخ تراوحت ما بين (82_95)، كما نلاحظ أيضا تقارب متجه معاملات الثبات الخاصة بأبعاد المقياس في كل من طريقة سبيرمان براون، وطريقة جتمان، وكلها مرتفعة، مما يدل على تمتع المقياس بقدر كبير من الثبات.

6_الأساليب الإحصائية:

تم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss22 لقياس نتائج الفرضيات الخاصة للمشكلة البحثية ل "جودة الحياة وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري" تم استخدام المعدلات التالية:

1_المتوسطات الحسابية للانحرافات المعيارية.

2_معامل بارسون.

3_ T_test لحساب الفروق بين مجموعتين مستقلتين.

4_ معامل Anova لتحليل التباين.

خلاصة الفصل:

من خلال تم عرضه في هذا الفصل يكون قد تم توضيح أهم الإجراءات المنهجية التي يتبعها الباحث في دراسته الميدانية، وهي بدورها تسهل عملية جمع البيانات ومعالجتها بطرق علمية، ومما سبق سنقوم في الفصل الموالي بعرض ومناقشة وتحليل فرضيات الدراسة بغية الوصول لاستنتاجات عامة حول الدراسة ككل.

الفصل السادس

عرض وتحليل النتائج

- تمهيد
- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة
- مناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة
- استنتاج عام
- اقتراحات

تمهيد:

قبل عرض النتائج نشير إلى أننا حرصنا أن تتم الإجابة على المقاييس في أحسن الظروف الممكنة، كما تأكدنا من فهم أفراد العينة لتعليمة المقاييس، خصوصاً ما تعلق بالهدف من عملية القياس بمعنى ضرورة أن تعكس إجابة المبحوث المطلوب في كل بند من بنود المقياس ما هي عليه الأمور في الواقع لا كما يتمنى أن تكون عليه، ولا كما يتوقع أننا ننتظره. وبعد الانتهاء من عملية التطبيق والتأكد من احترام أفراد العينة للتعليمة في شطرها المتعلق بالإجابة على كل بند من بنود المقياس، وضرورة تفادي الإجابة النمطية كاختيار الخيار الأوسط في الإجابة عن كل البنود مثلاً، أو الإجابات الناقصة غير المكتملة، قمنا بعملية التصحيح، ثم شرعنا في المعالجة الإحصائية لكافة البيانات المجمعة للتحقق من صحة فرضيات الدراسة. وعليه سنتناول في مايلي تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بكل فرضية من فرضيات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري الذي يُفسر متغيرات الدراسة.

1_عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

لقد تم تخصيص هذا الفصل لعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها، وهذا بعد قيام بتطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة على عينة من المرضى المصابين بمرض السكري، بغية التوصل الى نتائج تثبت الفرضيات المقترحة أو تدحضها، وعليه فقد توصلنا الى النتائج، التي سوف نوردها تباعا.

1_1_عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

لفحص ودراسة الفرضية الأولى التي تنص على أنه" **توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.**"، حيث تم الاعتماد على معامل الارتباط بيرسون، لمعرفة طبيعة العلاقة بين النتائج المتحصل عليها في مقياس الكفاءة الذاتية، ومقياس جودة الحياة في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية، والتي يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

جدول رقم (06): دلالة الارتباطية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى عينة الدراسة.

جودة الحياة			
المتغير	**الارتباط**	**مستوى الدلالة**	**القرار**
الكفاءة الذاتية	**0.549**	0,01	دالة

نلاحظ من الجدول رقم (06) بأنه توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، حيث أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بلغت (0,549)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وجاء العلاقة موجبة طردية بمعنى انه كلما ارتفعت مستويات الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري ارتفعت لديهم مستويات جودة الحياة، والعكس بمعنى أنه كلما انخفضت مستويات الكفاءة الذاتية ينخفض مستوى الشعور بجودة الحياة لدى مرضى السكري.

بحيث نجد أنها اتفقت مع نتائج دراسة "شويحات مريم والرمة فاطمة الزهراء (2021)" التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة، وقد يعود ذلك بأن جودة الحياة لا تتحقق إلا بتحقق كفاءته الذاتية. أي عندما يتحسن مستوى كفاءته يكون له تأثير إيجابي على جودة حياتهم. الكفاءة الذاتية تعني قدرة الشخص على إدارة مرضه بفعالية، وذلك من خلال مراقبة مستويات السكر في الدم واتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني عندما يتمكن المريض من تحقيق هذه الكفاءة الذاتية، يشعر بالسيطرة على حالته الصحية ويقلق أقل. مما ينعكس إيجابيا على جودة حياتهم بشكل عام، يمكن أن يؤدي ذلك إلى تحسين الحالة النفسية والجسدية والاجتماعية للمريض.

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص بأنه: **توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري**، ونرفض فرضية البحث الصفرية التي تنص على أنه: **لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.**

1_2_عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

لفحص ودراسة الفرضية الثانية التي مفادها " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.**"، ولتحقيق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين، قمنا بحساب الفروق في مقياس الكفاءة الذاتية المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (07) يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.

	الذكور ن=28		الإناث ن=39		درجة الحرية	ت المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
الكفاءة الذاتية	92,96	30,03	107,05	38,86	**65**	-3,584	01,0	**دال**

نلاحظ من الجدول رقم (07) بأنه توجد فروق بين الجنسين في مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، وهذا لأن قيمة (ت المحسوبة =3,584-)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، وجاءت الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (107,05)، وهو أكبر منه لدى الذكور الذي بلغ متوسطهم الحسابي (92,96).

حيث تتمثل الكفاءة الذاتية في القدرة على التعامل مع الحياة اليومية والتحديات بشكل فعال وصحي، قد تكون للنساء بعض العوامل التي تساعدهن على زيادة الكفاءة الذاتية، على سبيل المثال، النساء غالبا ما يتمتعن بمهارات اجتماعية قوية وقدرة على التعبير عن مشاعرهن بشكل أفضل. قد يساهم ذلك في بناء العلاقات الاجتماعية

والحصول على الدعم الذين يحتاجونه. كما أن النساء قد يكونن أكثر تواصلا وتعاونا مع الآخرين. مما يعزز الشعور بالكفاءة الذاتية لكل فرد بغض النظر عن الجنس.

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص بأنه: **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري لصالح الإناث**، ونرفض فرضية البحث الصفرية التي تنص على أنه: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.**

1_3_عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة:

لفحص ودراسة الفرضية الثالثة التي مفادها " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.**" ولتحقيق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين، قمنا بحساب الفروق في مقياس جودة الحياة والأبعاد المكونة له المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول رقم (08) يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق في مقياس نوعية الحياة لدى عينة الدراسة من مرضى السكري.

	ذكور ن=22		إناث ن=25		درجة الحرية	ت المحسوبة	مستوى الدلالة	القرار
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
جودة الحياة	173,00	19,48	186,33	24,08	**65**	-2,501	0,01	دال
البعد الصحي	34,46	11,99	28,82	8,43		2,139	0,01	دال
البعد المعرفي	22,21	7,47	31,33	11,19		-3,995	0,01	دال
البعد النفسي	27,92	7,89	32,87	11,89		-2,043	0,01	دال
البعد الاجتماعي	28,60	12,68	29,02	8,90		,1500-	,8810	غ دال
البعد المادي	30,25	10,31	24,67	8,53		-2,417	0,01	دال
البعد الديني	35,10	7,51	34,02	8,27		,5570	,5800	غ دال

نلاحظ من الجدول رقم (08) بأنه توجد فروق بين الجنسين في مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري، وهذا لأن قيمة (ت المحسوبة =2,501-)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وجاءت الفروق لصالح الإناث في إحساسهن بجودة الحياة، وهذا لأن قيمة متوسطهن الحسابي بلغ (186,33)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لذى الذكور (173)، وتبين بخصوص بعد جودة الحياة الصحية بأنه توجد فروق بين الجنسين من مرضى السكري، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=2,139)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وجاءت الفروق لصالح الذكور بمتوسط حسابي بلغ (34,46)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي لديهن والذي قدر بـ (28,82)، وهذه النتيجة تعبر على أن الذكور لأكثر إحساسا واعتقادا بجودة الحياة الصحية من الإناث، كما تبين بأنه توجد فروق بين الجنسين في بعد جودة الحياة المعرفية، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=3,995-)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وجاءت الفروق في دودة الحياة المعرفية للإناث بمتوسط حسابي بلغ (31,33)، وهو أكبر منه لدى الذكور الذي قدر بـ (22,21)، وهذا ما اتجهت إليه النتيجة الموالية في أنه توجد فروق بين الجنسين من مرضى السكري في الإحساس بمستوى جودة الحياة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة=2,043-)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وجاءت الفروق لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (32,87)، وهو متوسط أكبر من المتوسط الحسابي للذكور الذي بلغ (27,92) وتبين بخصوص بعد جودة الحياة الاجتماعية بأنه لا توجد فروق بين الجنسين من مرضى السكري، وهذا لأن قيمة (ت المحسوبة = 0,150-)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، في حين تبين بأنه توجد فروق بين الجنسين من مرضى السكري في بعد جودة الحياة المادية، وهذا لأن قيمة (ت المحسوبة= 2,417-)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وأظهرت أن الفوارق لصالح الذكور بمتوسط حسابي بلغ (30,25)، وهو أكبر منه لدى الإناث الذي قدر بـ (24,67)، وهذا يعني أن الذكور أكثر إحساسا بجودة الحياة المادية من الإناث، وبخصوص بعد جودة الحياة المادية فقد تبين أنه لا توجد فروق بين

مرضى السكري من الجنسين، وهذا لأن قيم (ت المحسوبة=0,557)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01).

يمكننا توضيح الفروق في مستوى جودة الحياة لدى الجنسين في كل من البعد الصحي، المعرفي، النفسي والمادي إلى عوامل متعددة، فمنا الناحية الصحية قد يواجه النساء والرجال تحديات مختلفة في إدارة السكري على سبيل المثال، النساء قد يتعرضن لتغيرات هرمونية خلال فترات الحمل والدورة الشهرية التي يمكن أن تؤثر في مستويات السكر في الدم. أما الرجال فقد تكون لهم مسؤوليات إضافية في العمل أو العناية بالأسرة، مما يزيد من التحديات الصحية المرتبطة بالسكري. أما من الناحية المعرفية والنفسية قد يواجه الرجال والنساء تحديات في التعامل مع التغيرات في نمط الحياة والتغذية والممارسات الذاتية المطلوبة لإدارة السكري. قد يكون هناك ضغوط اجتماعية ونفسية على النساء والرجال للتكيف مع تلك التغيرات والاحتفاظ بمستويات السكر المستهدفة. في الناحية المادية قد يواجه البعض صعوبة في تحمل تكاليف العلاج وشراء الأدوية والمستلزمات الطبية، هذا بإمكانه التأثير على قدرتهم في إدارة السكري بشكل فعال. أما بالنسبة للبعد الاجتماعي والديني فلا توجد فروق وذلك راجع لدور الدعم الاجتماعي المتاح في المجتمع المسلم، وهذا له دور هام في تحسين جودة الحياة لمرضى السكري بغض النظر عن جنسهم.

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث جزئيا التي تنص بأنه: "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة (البعد الصحي، البعد المعرفي، البعد النفسي، البعد المادي) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.**"، ونرفض فضية البحث في جزئها المتعلق بأنه: " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة (البعد الاجتماعي، البعد الديني) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.**" ونقبل فرضية البحث الصفرية التي تنص على أنه: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة (البعد الاجتماعي، البعد الديني) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري**"، ونرفضها جزئيا على أنه: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة**

(البعد الصـحي، البعد المعرفي، البعد النفسـي، البعد المادي) تعزى لمتغير الجنس لدى مرضى السكري

4.1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: **توجد فروق في مستوى الكفاءة الذاتية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى السكري.**" وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الإحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، في المتغير الوسيطة (المستوى التعليمي)، حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (09): يبين دلالة وجود فروق في متغير الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	ما بين المجموعات	6704,738	2	3352,369	,8493	50,00 دال
	داخل المجموعات	75308,366	64	1176,693		
	المجموع	82013,104	66			

نلاحظ من الجدول رقم (09) بأنه توجد فروق في مستويات الكفاءة الذاتية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة من مرضى السكري، وهذا لأن قيمة (F=3.849)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، والجدول الموالي يوضح ذلك بخصوص الفروق لصالح أي فئة عمرية:

جدول رقم (10): يبين الفروقات بين الفئات التعليمية في مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	الترتيب
متوسط	ثانوي	0,690228-	11,16709	**0,01**	**3**
	جامعي	-17,91071	10,75026	**0,01**	
ثانوي	متوسط	0,690228	11,16709	**0,01**	**2**
	جامعي	-21,60093	9,65326	**0,01**	
جامعي	متوسط	17,91071	10,75026	**0,01**	**1**
	ثانوي	21,60093	9,65326	**0,01**	

نلاحظ من الجدول رقم (10) بأن من لهم مستوى جامعي من مرضى السكري لديهم كفاءة ذاتية أعلى من المستويات التعليمية الأخرى، وهذا لأن من لهم مستوى جامعي أعلى متوسطهم الحسابي أكبر ب(17,91) عن من هم في مستوى تعليمي متوسط، وكذلك أكبر بفارق (21,60) مع من لديهم مستوى تعليمي متوقف في المرحلة الثانوية، والذين هم جاؤوا في المرتبة الثانية في مستوى الكفاءة، لأن متوسطهم الحسابي كما ذكر من قبل أقل ممن لهم مستوى جامعي، وأكبر عن من لهم مستوى تعليمي متوقف في المرحلة المتوسط بفارق بلغ (8,69)، وجاءت في المرتبة الثالثة والأخيرة من لهم مستوى تعليمي متوقف في المرحلة المتوسطة كأقل فئة من حيث الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

نجد أن الوعي والمعرفة بالمرض يكون لدى الأشخاص ذوي المستوى التعليمي الأعلى معرفة أكبر بالسكري وطرق إداراته وكذا القدرة على فهم المعلومات الطبية والتعليمات المقدمة من قبل الأطباء والمتخصصين بشكل أفضل كما أن لديهم القدرة في تطبيق المعرفة والمهارات التي اكتسبوها. كل هذا بإمكانه أن يؤدي إلى مستوى أعلى من الكفاءة الذاتية في إدارة الحالة.

وعليه فإننا نقبل بفرضـــية البحث التي تنص على أنه: **توجد فروق في مســـتوى الكفاءة الذاتية تبعا لمتغير المســتوى التعليمي لدى مرضـــى الســكري.** ونرفض فرضـية

البحث الصـــفرية التي تنص على أنه: **لا توجد فروق في مســـتوى الكفاءة الذاتية تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى السكري.**

5.1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: **توجد فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى السكري.**" وللتحقق من صحة الفرضية اعتمدنا على المعالجة الإحصائية تحليل التباين الأحادي ANOVA One Way لدلالة الفروق، في المتغير الوسيطة (المستوى التعليمي)، حيث تحصل على النتائج التالية:

جدول (11): يبين دلالة وجود فروق في متغير الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
جودة الحياة	ما بين المجموعات	312,658	2	156,329	,2870	,7520 غير دالة
	داخل المجموعات	34875,521	64	544,930		
	المجموع	35188,179	66			
جودة الحياة الصحية	ما بين المجموعات	373,223	2	186,612	1,774	,1780 غير دالة
	داخل المجموعات	6732,627	64	105,197		
	المجموع	7105,851	66			
جودة الحياة المعرفية	ما بين المجموعات	91,465	2	45,733	,3880	,6800 غير دالة
	داخل المجموعات	7537,251	64	117,770		
	المجموع	7628,716	66			
جودة الحياة النفسية	ما بين المجموعات	201,647	2	100,823	,8890	,4160 غير دالة
	داخل المجموعات	7258,831	64	113,419		
	المجموع	7460,478	66			
جودة الحياة الاجتماعية	ما بين المجموعات	678,775	2	339,387	,2532	451,0 غير دالة
	داخل المجموعات	6677,733	64	104,340		
	المجموع	7356,507	66			
جودة الحياة المادية	ما بين المجموعات	147,836	2	73,918	,7430	,4800 غير دالة
	داخل المجموعات	6364,790	64	99,450		
	المجموع	6512,627	66			
جودة الحياة الدينية	ما بين المجموعات	34,288	2	17,144	,2670	,7660 غير دالة
	داخل المجموعات	4108,429	64	64,194		
	المجموع	4142,716	66			

نلاحظ من الجدول رقم (11) بأنه لا توجد فروق في مستويات جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة من مرضى السكري، وهذا لأن قيمة (F=0.287)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وبخصوص الأبعاد المكونة لمقياس جودة الحياة فقد أظهرت البيانات المجمعة بأنه لا توجد فروق حسب المستوى التعليمي في بعد جودة الحياة الصحية، وهذا لأن قيمة (F=1.774)، وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0,01)، كما تبين كذلك على أنه لا توجد فروق حسب المستوى التعليمي في بعد جودة الحياة المعرفية، وهذا لأن قيمة (F=0.388)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01)، وتم التوصل إلى تفس النتيجة السابقة في أنه لا توجد فروق في بعد جودة الحياة النفسية، وهطا لأن قيمة (F=0.889)، وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0,01)، وتم حساب الفروق حسب المستوى التعليمي في بعد جودة الحياة الاجتماعية، وتبين بأنه لا توجد فروق لأن قيمة (F=2.253)وهو غير دال عند مستوى الدلالة (0,01)، وهذا ما أظهرته النتائج كذلك فيما يخص بحث الفروق حسب المستوى التعليمي في بعد جودة الحياة المادية لدى مرضى السكري وتبين بأنه لا توجد فروق وهذا لأن قيمة (F=0.743)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05)، كما تبين كذلك على أنه لا توجد فروق حسب المستوى التعليمي في بعد جودة الحياة الدينية، وهذا لأن قيمة (F=0.267)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,01).

وعليه فإننا نرض فرضـــية البحث التي تنص على أنه: **توجد فروق في مســـتوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى السكري**. ونقبل بفرضية البحث الصـــفرية التي تنص على أنه: **لا توجد فروق في مســـتوى جودة الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى السكري**.

2_استنتاج عام:

من خلال ما تم التوصـــل إليه من نتائج الدراســـة الحالية والتي حاولت التأكيد عن وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضـــى الســـكري، وقد كشـــفت هذه الدراسة على أنه:

_توجد علاقة ذات دلالة إحصـــائية في الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضـــى السكري.

_وجود فروق ذات دلالة إحصـــائية في الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس والمســـتوى التعليمي لدى مرضى السكري.

_وجود فروق ذات دلالة إحصـائية في مسـتوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس فالبعد الصحي، المعرفي، النفسي والمادي، وغياب هذه الفروق في البعد الديني والاجتماعي.

_عدم وجود فروق ذات دلالة إحصـائية في مسـتوى جودة الحياة تبعا لمتغير المسـتوى التعليمي لدى مرضى السكري.

_يظهر أفراد العينة مستوى مرتفع لجودة الحياة.

نتائج هذه الدراسة كانت متفقة مع بعض الدراسات وغير متفقة مع أخرى. لك نتائجها ساهمت ولو بالقليل في هذا المجال.

3_اقتراحات:

تم التحصـــل من خلال دراســـتنا على نتائج، بناءا على هذه النتائج قمنا بوضـــع مجموعة من الاقتراحات والتي تمثلت في:

_التدخل المبكر لمسـاعدة مرضـى السـكري على تقبل مرضـهم من أجل تحقيق جودة حياة جيدة.

_تشـجيع مرضـى السـكري على تقبل العلاج والتعايش مع المرض والخروج من العزلة النفسية.

_العمل على رفع مســـتوى الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصـــابين بالأمراض المزمنة عامة ومرضى السكري خاصة.

خاتـــــــمة

خاتمة:

من خلال ما تم عرضه في هذه الدراسة التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، والتي أظهرت نتائجها بوجود علاقة ارتباطية بين متغيرات الدراسة.

وبناءا على هذه النتائج، تبين لنا أن هناك علاقة وثيقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، فالكفاءة الذاتية تعكس القدرة على التعامل مع متطلبات الحياة اليومية وإدارة المرض بفعالية، مما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة. وتشير دراستنا إلى أن الأشخاص الذين يمتلكون مستويات أعلى من الكفاءة الذاتية غالبا ما يظهرون مستويات أفضل من الرضا عن الحياة والصحة العامة.

من الجوانب الهامة التي تؤثر في هذه العلاقة هي التثقيف والتوعية بالمرض، وتعزيز مهارات إدارة الذات وتنمية القدرات الشخصية. كما أن الدعم الاجتماعي والدعم النفسي يلعبان دورا حاسما في تعزيز الكفاءة الذاتية وبالتالي رفع مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري.

من المهم أيضا أن نفهم أن السكري يمكن أن يكون تحديا نفسيا وعاطفيا، لذا فإن تقديم الدعم النفسي والعلاج النفسي يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على الكفاءة الذاتية وبالتالي جودة الحياة.

في النهاية، يجب أن نتذكر أن تعزيز الكفاءة الذاتية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري يتطلب جهودا متعددة الأوجه، تتضمن التوعية والتثقيف وتقديم الدعم الاجتماعي والنفسي، بالإضافة إلى تقديم الرعاية الطبية الشاملة.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع:

1. أبو العطاء منذر يوسف سلمان (2017)، فاعلية الذات والتفكير الإيجابي وعلاقتها بالدعم النفسي الاجتماعي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية في محافظة غزة، رسالة ماجستير بكلية التربية بالجامعة.

2. أبو القمصان، آلاء أحمد حسين (2014)، نمو ما بعد الصدمة وعلاقته بفعالية الذات لدى مبتوري الأطراف في الحرب الأخيرة على غزة، مذكرة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

3. أبو عون، ضياء يوسف حامد (2014)، الضغوط النفسية وعلاقتها بالفعالية الذاتية للإنجاز وفعالية الذات لدى عينة من الصحفيين بعد حرب غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.

4. أمال بوعيشة (2014/2013)، جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر، مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه، علوم في علم النفس المعرفي الاجتماعي.

5. احمد مسعودي (سبتمبر 2015)، بحوث جودة الحياة في العالم العربي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، وهران، الجزائر.

6. الجاسر البندري عبد الرحمان (2017)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فعالية الذات وإدراك القبول، رسالة ماجستير جامعة القرى السعودية.

7. الطيرة فاطمة، عبد الله ميلاد (2012)، المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالفعالية الذاتية لدى طلاب جامعة بنغازي، مذكرة ماجستير، جامعة بنغازي.

8. المخللاتي (1984)، "التغذية وصحة الإنسان" الجامعة الإسلامية، غزة.

9. الموفق ثلجة (2015/2014)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بمصدر الضبط الصحي لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، لعلم النفس العيادي، ورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

10. السعيد، أبو حلاوة، محمد (2010)، جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر، مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس المرضي الاجتماعي، الجزائر.

11. اليوسف رامي محمود (2010)، علم النفس التربوي بين النظرية والتطبيقات، الصفية، حائل، دار الأندلس للنشر والتوزيع.

12. بهلول. س (2010)، سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحو وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية، رسالة ماجستير في علم النفس الصحة، باتنة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

13. بوسعيد مليكة (2021/2020)، الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها باستراتيجيات القراءة لدى طلبة الدكتوراه (ل.م.د) بجامعة ورقلة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل.م.د).

14. بوتي شهرزاد، برقيقة يوسف، (05/04_فيفيري_2020)، رؤية نظرية في جودة الحياة للمفهوم والاتجاهات، الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر، الأبعاد والتحديات، الجزائر.

15. تايلور، شيلي (2008). علم النفس الصحي، داود، الأردن، دار حامد للنشر.

16. جابلي نور الدين (2007)، "علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي" أطروحة دكتورة كلية الأدب والعلوم الإنسانية جامعة باتنة، الجزائر.

17. رجاء، محمد عبد الهادي، أبو شاملة (2016)، جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والمهارات الحياتية لدى زوجات الشهداء في قطاع غزة، رسالة ماجستير في الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

18. رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي (جوان 2011)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض التغيرات، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ورقلة، الجزائر.

19. رولا رضا شريقي (2014)، فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، دراسة تجريبية في المراكز الصحية في المحافظة اللا ذقية، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، دمشق.

20. سايح ناريمان (2013)، الكفاءة النفسية لمرض السكري باستعمال العلاج المعرفي، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.

21. سلامة عقيل سلامة المحسن (2006)، الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بدافعية الإنجاز والتوافق والتحصيل لدى طلبة كلية التربية.

22. سمية حربوش (2009)، "المهارات الاجتماعية وغلاقتها بتقبل داء السكري" رسالة ماجستير جامعة الحاج لخضر باتنة.

23. شهرزاد توار، نرجس زكري (2016)، الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرض السكري، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ورقلة الجزائر.

24. شيلي تايلور (2008)، ترجمة وسام دووش برك وفوزي شاكر داود، علم النفس الصحي، دار حامد ط1, عمان.

25. صابر بن عيسى (2018/2019)، الرضى الوظيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية، دراسة ميدانية على مستوى ثانويات بولاية بسكرة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.

26. عبد الرحمان محمد السيد، (1998)، دراسات في الصحة النفسية، القاهرة، دار هياء للطابعة.

27. عبد الفتاح، أحمد السيد، وحسين محمد سعيد (2006)، العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى أطفال صعوبة التعلم، المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية، مصر.

28. عبد الله، هشام إبراهيم (2008)، جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، مصر.

29. على ج.أ (أكتوبر 2018)، الرضا عن الحياة لدى الأبناء، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال (2)، مصر.

30. عكاشة محمود فتحي، سليم عبد العزيز إبراهيم (14 أفريل 2010). العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية، المؤتمر العلمي ساب لكلية التربية، مصر.

31. عدودة صليحة (2015/2014)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرض قصور الشريان التاجي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، باتنة، قسم علم النفس وعلوم التربية.

32. عقيل سلامة (2006)، الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بدافعية الإنجاز والتوافق والتحصيل لدى طلبة كلية التربية، رسالة دكتوراه، جامعة اليوموك، الأردن.

33. غنية عرعار (2021)، السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين، دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس الصحة، المسيلة.

34. فداء موفق سعيب (2012)، "العلاقة بين الكفاءة الذاتية المدركة والتفكير فوق المعرفي والتحصيل الأكاديمي", ماجستير في التربية تخصص علم النفس التربوي (نمو وتعلم)، جامعة عمان العربية.

35. فصيل قيشي (2011)، التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، جامعة بابل.

36. قرنوب أشواق (2020/2019)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالتكيف المدرسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، جيجل، علم النفس، الأرطوفونيا، الجزائر، قطب تاسوست.

37. مازن إبراهيم، مصطفى الشرافي (2012)، " أساليب مواجهة الخبرة الصادمة لدى معلمي وكالة الغوث بغزو وعلاقته بجودة الحياة", مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير، كلية التربية بجامعة الأزهر غزة فلسطين.

38. ماضي خليل إسماعيل إبراهيم (2014)، جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين، دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية، رسالة دكتوراه، فلسطين.

39. محمد أ.ي (2013). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الناقد وجودة الحياة لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي، مذكرة مكملة للحصول على درجة الماجستير، غزة.

40. محمد بن سعد، الحميد (2008)، داء السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، الرياض، السعودية.

41. محمد بن سعيد الحميد (2008)، داء السكري، القلب، الضغط، التدخين، السرطان، الإيدز، المخدرات الكحولية، دار الكتب العلمية.

42. محمد بني خالد (2010)، التكيف الأكاديمي وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة لدى طلبة كلية العلوم التربوية، جامعة آل البيت، مجلة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، مجلد (74)، العدد2.

43. محمد جندل (2012)، أمراض العصر السكري، لقلب، الضغط، التدخين، السرطان، الإيدز. المخدرات الكحولية، دار الكتب العلمية.

44. محمود بابلي، ضحى (2002)، حقائق عن داء السكري، الرياض، مكتبة العبيكان.

45. محمود هويدة خنفي والجمالي، فوزية عبد الباقي (2010)، فعالية الذات المدركة ومدى تأثيرها على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة من المتفوقين والمتعثرين دراسيا، المجلة العلمية الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الأول، العدد الأول.

46. مدحت أبو نصر (2005)، "الإعاقة الجسمية" ط1 مجموعة النيل العربية للنشر، القاهرة، مصر.

47. مصطفى رضوان عطية (2017)، فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المرونة النفسية وأثره في تحسين فاعلية الذات لدى الأطفال ضعاف السمع، دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة العريش، جمهورية مصر العربية.

48. معمرية بشيرة (2012)، أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته، الجزائر، دار الخلدونية لنشر والتوزيع.

49. مرام محمد شكري نوفل (2019)، التعاطف الذاتي وعلاقته بفعالية الذات لدى عينة من كبار السن في محافظة الخليل، رسالة ماجستير، جامعة الخليل، فلسطين.

50. مرفت عبد ربه عايش مقبل (2010)، التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرض السكري في قطاع غزة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

51. نيفين عبد الرحمان المصري (2011)، "قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي لدى عينة من طلبة جامعة الأزهر بغزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، غزة جامعة الأزهر.

52. هزاع بن محمد هزاع (2005)، "النشاط البدني الرياضي والسكري" مجلة عالم الغذاء، السعودية.

53. ولاء سهيل يوسف (2016)، فاعلية الذات وعلاقتها بالمسؤولية الاجتماعية، رسالة ماجستير قسم علم النفس، جامعة دمشق.

الملاحق

ملحق رقم (01):

استبيان لقياس الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري DIABEETES SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE DSEQ

الاسم: .....

السن: .....

الجنس: (ذكر) (أنثى)

المستوى التعليمي: (أمي) (ابتدائي) (متوسط) (ثانوي) (جامعي)

المهنة: .....

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن بعض النشاطات أو السلوكيات التي يقوم بها مرضى السكري عادة.

اقرأ كل عبارة على حدي جيدا، والمطلوب منك أن تختار الرقم الذي يتوافق مع إمكانياتك لفعل هذه النشاطات أو السلوكيات بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تتناسب مع سلوكك.

أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة، أجب بصراحة وصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، تأكد أن إجابتك تبقى موض سرية.

م	البند	غير قادر تمام	غير قادر	غير قادر	قادر	قادر إلى حد ما	قادر تماما

			إلى حد ما				
1	أتجنب أثار (ردود فعل) انخفاض نسبة السكر في الدم خلال تمرين الرياضة						
2	أتصور ما يمكن أن أعمله عندما ترتفع نسبة السكر في الدم						
3	أتصور ما يمكن أن أعمله عندما تنخفض نسبة السكر في الدم						
4	ألائم برنامج السكري مع نمط حياتي المعتاد						
5	أتابع برنامج السكري عندما يطرأ تغيير على الروتين اليومي						
6	أقاوم الإفراط في الأكل عندما أكون قلق						
7	أطلب الدعم من أسرتي أصدقائي لتطبيق الروتين السكري						
8	أفص قدمي كل يوم						
9	أقوم بالنشاطات التي أستمتع بها في نفس الوقت الذي أعتني فيه بمرضي (السكري)						

10	أدير برنامجي للسكري عندما أشعر بالحزن						
11	أتمرن عدة مرات في الأسبوع						
12	أقاوم الإفراط في الأكل عنما أكون مكتئب						
13	أتحدث عل أثر السكري على حياتي مع الأسرة والأصدقاء						
14	أعرف عن الأدوية التي أستعملها لمرضى السكري						
15	أتناول وجباتي في نفس الوقت كل يوم						
16	أبقى على برنامجي للأكل عندما أكون مع الأسرة والأصدقاء						
17	أثق في قدرتي على إدارة مرضي (السكري)						
18	أقص أضافر قدمي بالطريقة الصحيحة						
19	أقوم بفحص (بتحليل) دمي عندما أكون بعيد عن منزلي						
20	أتعرف على المستوى المرتفع للسكر في دمي						
21	أبقى على برنامجي للوجبات عندما لا يعلم الناس حولي أنني مصاب بالسكري						

22	أبدل طعام بأخر داخل نفس مجموعة الأطعمة						
23	أكون نشيط عندما تكون العديد من الطلبات في المنزل أو العمل						
24	أوقف رد الفعل الناتج عن انخفاض السكر في الدم عندما أتعرض له						
25	أعرف متى أتصل بأخصائي الصحة حول مشاكل القدمين						
26	أبرمج كيف أتعامل مع الوجبات المؤجلة						
27	أعرف عن الفحوصات المخبرية عندما يتعلق الأمر بالسكري						
28	أتفهم أثر السكري على الأسرة والأصدقاء						
29	أتجنب الإفراط في الأكل عندما أكون سعيدا						
30	أستطيع مراقبة السكري حتى أتمكن من قضاء وقت مع العائلة والأصدقاء						
31	أستطيع حل المشاكل الناتجة عن داء السكري						
32	أتجنب الإفراط في الأكل أثناء مشاهدة التليفزيون						

33	أتحدث للعائلة عن إمكانيتهم (حضهم) في الإصابة بالسكري						
34	أسأل أخصائي الصحة حول إدارة رقابة السكري						
35	أتوافق مع أحاسيسي للتعايش مع السكري						
36	أفهم شعور الأخرين نحو إصابتي بالسكري						
37	أتناقش مع أخصائيين صحيين فيما يتعلق بمضاعفات السكري						
38	آخذ برنامج (مخطط) حول ما يجب فعله في حالة ما أصبحت مريض						
39	أقوم بأعمال مفيدة ومنتجة						

ملحق رقم (02):

مقياس جودة الحياة للراشدين المصابين بداء السكري

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن نوعية حياتك وصحتك ومجالات متعددة من حياتك، وأمام كل عبارة عدة اختيارات، يرجى منك قراءة كل عبارة على حدة ووضع علامة في الاختيار الذي يلائمك. تأكد أن هذه المعلومات محاطة بسرية، ولن تستعمل إلا لغرض البحث العلمي.

العبارة	دائما	أحيانا	نادرا	إطلاقا
1_حالتي الصحية على ما يرام				
2-أعاني من قلة المعلومات المتاحة				
3-أجد من يستهزأ بي				
4-أعاني من تكاليف العلاج				
5-أشعر بالتقصير في واجباتي الدينية				
6-حالتي الصحية تتعارض مع حياتي الشخصية				
7-أحرص على أن يكون طعامي متوازن				
8-أشعر بالرضا عن حياتي				
9-أستطيع المشاركة في الرحلات والحفلات				
10-أجد من يساندني ماديا				
11-أتمتع بمستوى مرتفع من الإيمان				
12-أشعر أن جسمي نشيط				
13-غير راضي عن ثقافتي الصحية				
14-أشعر بأنني عبء على أسرتي				
15-أحتاج إلى أجهزة تحاليل منزلية				

16-لا أستطيع الصبر على حالتي				
17-أشعر بالتوتر قبل إجراء الكشف الدوري				
18-أشعر بالسعادة عند ملاقاة الآخرين				
19-لدي أصدقاء كثيرون				
20-أكثر من الدعاء بالشفاء				
21-أشعر بالإجهاد عند القيام بأي مجهود				
22-لا أجد نشرات طبية ملائمة				
23-أشعر بالقلق حول مستقبلي				
24-أفقد الاهتمام بالأنشطة المختلفة				
25-أتعرض باستمرار لضائقة مالية				
26-أشعر بعدم الرضا				
27-أحرص على تناول الطعام الملائم				
28-أحرص على معرفة الوجبات الملائمة				
29-أشعر بمعنى إيجابي لحياتي				
30-أجد من يساعدني في حل مشكلاتي				
31-أستطيع ادخار بعض المال				
33-حالتي الصحية تتعارض مع ذهابي للعمل				
34-غير مهتم بمعرفة الجديد حول حالتي				
35-أشعر بالغضب ممن يحاول مساعدتي				
36-أتجنب حضور المنسابات العامة				
37-غير قادر على إجراء التحاليل اللازمة				
38-أبتعد عن المواقف التي تمثل خطورة على صحتي				
39-أحرص على اقتناء المجلات الطبية				
40-أشعر بالاهتمام ممن حولي				
41-أشعر بالاطمئنان بين الناس				

42-يكفي دخلي متطلبات حياتي				
43-أشعر بالإرهاق معظم الوقت				
44-لا أعرف كيفية إجراء التحاليل المنزلية				
45-لست راضيا على أسلوبي في الحياة				
46-أمثل عبء على أسرتي				
47-أتمنى الموت قبل حدوث مضاعفات				
48-حالتي الصحية في اتزان مستمر				
49-أقرأ جيدا حول طبيعة حياتي				
50-لدي أمل في المستقبل				
51-حالتي المالية مستقرة				
52_أؤمن بالقدر خيره وشره				
53-لا أهتم بشاهدة البرامج الطبية المتخصصة				
54-أشعر بالإحباط نتيجة حالتي				
55-لا أجد من يتفهم حالتي				
56-غير قادر على إجراء الكشف الدوري				
57-أشعر بأن الله يعاقبني				
58-لدي القدرة على القيام بالنشطات المختلفة				
59-أكثر من الاستشارة الأطباء				
60-أشعر بالرضا عن علاقتي بالآخرين				
61-علاقتي الأسرية على ما يرام				
62-أستطيع شراء المجلات الطبية				
63-أقبل على الحياة بتشاؤم				
64-أشعر بالوحدة بين أصدقائي				
65-أحتاج للمساعدات المادية				
66-أشعر بعدم رضا الله عليا				
67-أبتعد عن الوجبات الغير ملائمة				

68-أحرص على قراءة الأعراض الجانبية لكل دواء أتناوله				
69-أبحث عن مواطن الجمال في حياتي				
70-أتواصل بسهولة مع الآخرين				
71-أخطط لزيادة دخلي في المستقبل				
72-أشعر بقلق عند حدوث أي جرح				
73-غير مهتم بإجراء الكشف الدوري				
74-لا أستطيع حل مشكلاتي بمفردي				
75-لا أجد من يساندني وقت الحاجة				
76-غير راضي عن تكاليف العلاج				
77-أشعر بأن الله لا يجيب دعائي				
78-أستطيع التعايش مع حالتي				
79-أطلب أبحاث خاصة بحالتي				
80-حالتي النفسية مستقرة				
81-أتفاعل بإيجابية مع أسرتي				
82-أستطيع شراء الوجبات الملائمة				
83-أقرأ في ابتلاءات الأنبياء				

ملحق رقم (3):

مخرجات برنامج SPSS 2025

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

Correlations'

Correlations'

		الكفاءة الذاتية	جودة الحياة
الكفاءة الذاتية	Correlation de Pearson	1	,549
	Sig. (bilateral)		,000
	N	67	67
جودة الحياة	Correlation de Pearson	,549	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	67	67

```
T-TEST GROUPS=الجنس(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=الكفاءة الذاتية
  /CRITERIA=CI (.95).
```

Test T

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الكفاءة_الذاتية	1,00	28	92,9643	30,03021	5,67518
	2,00	39	107,0513	38,86275	6,22302

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes				
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur stan
الكفاءة_الذاتية	Hypothèse de variances égales	3,173	,080	-3,465	65	,000	-4,08700	
	Hypothèse de variances inégales			-3,485	64,602	,000	-4,08700	

T-TEST GROUPS=1 2)(الجنس

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=جودة_الحياة البعد_الصحي البعد_المعرفي البعد_النفسي البعد_الإجتماعي البعد_المادي البعد_الديني

/CRITERIA=CI(.95).

Test T

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جودة_الحياة	1,00	28	173,0000	19,48219	3,68179
	2,00	39	186,3333	24,08465	3,85663
البعد_الصحي	1,00	28	34,4643	11,99223	2,26632
	2,00	39	28,8205	8,43511	1,35070
البعد_المعرفي	1,00	28	22,2143	7,47518	1,41268
	2,00	39	31,3333	11,19759	1,79305
البعد_النفسي	1,00	28	27,9286	7,89247	1,49154
	2,00	39	32,8718	11,89909	1,90538
البعد_الإجتماعي	1,00	28	28,6071	12,68227	2,39672
	2,00	39	29,0256	8,90147	1,42538
البعد_المادي	1,00	28	30,2564	10,31023	1,65096
	2,00	39	24,6786	8,53339	1,61266
البعد_الديني	1,00	28	35,1071	7,51462	1,42013
	2,00	39	34,0256	8,27007	1,32427

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Tes		
		F	Sig.	t	Ddl	Sig. (bilatéral)
جودة_الحياة	Hypothèse de variances égales	,968	,329	-2,415	65	,019
	Hypothèse de variances inégales			-2,501	64,005	,015

البعد_الصحي	Hypothèse de variances égales	3,256	,076	2,263	65	,027
	Hypothèse de variances inégales			2,139	45,508	,038
البعد_المعرفي	Hypothèse de variances égales	6,356	,014	-3,747	65	,000
	Hypothèse de variances inégales			-3,995	64,720	,000
البعد_النفسي	Hypothèse de variances égales	4,512	,037	-1,915	65	,060
	Hypothèse de variances inégales			-2,043	64,666	,045
البعد_الإجتماعي	Hypothèse de variances égales	6,841	,011	-,159	65	,874
	Hypothèse de variances inégales			-,150	45,438	,881
البعد_المادي	Hypothèse de variances égales	,419	,520	-2,343	65	,022
	Hypothèse de variances inégales			-2,417	63,609	,019
البعد_الديني	Hypothèse de variances égales	,191	,664	,548	65	,585
	Hypothèse de variances inégales			,557	61,390	,580

ONEWAY المستوى_التعليمي BY الكفاءة_الذاتية

/MISSING ANALYSIS

/POSTHOC=LSD ALPHA(0.05).

Unidirectionnel

ANOVA

الكفاءة_الذاتية

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	6704,738	2	3352,369	3,849	,005
Intragroupes	75308,366	64	1176,693		
Total	82013,104	66			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: الكفاءة_الذاتية

LSD

(I) المستوى_التعليمي	(J) المستوى_التعليمي	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle
					Borne inférieu
2,00	3,00	-8,69022	11,16709	,000	-18,
	4,00	-17,91071	10,75026	,000	-39,
3,00	2,00	8,69022	11,16709	,000	-25,
	4,00	-21,60093	9,65326	,000	-40,
4,00	2,00	17,91071	10,75026	,000	-3,
	3,00	21,60093	9,65326	,000	2,

ONEWAY جودة_الحياة البعد_الصحي البعد_المعرفي البعد_النفسي البعد_الإجتماعي البعد_المادي البعد_الديني
BY المستوى_التعليمي

/MISSING ANALYSIS

/POSTHOC=LSD ALPHA(0.05).

Unidirectionnel

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
جودة_الحياة	Intergroupes	312,658	2	156,329	,287	
	Intragroupes	34875,521	64	544,930		
	Total	35188,179	66			
البعد_الصحي	Intergroupes	373,223	2	186,612	1,774	
	Intragroupes	6732,627	64	105,197		
	Total	7105,851	66			
البعد_المعرفي	Intergroupes	91,465	2	45,733	,388	
	Intragroupes	7537,251	64	117,770		
	Total	7628,716	66			
البعد_النفسي	Intergroupes	201,647	2	100,823	,889	
	Intragroupes	7258,831	64	113,419		
	Total	7460,478	66			
البعد_الإجتماعي	Intergroupes	678,775	2	339,387	2,253	
	Intragroupes	6677,733	64	104,340		
	Total	7356,507	66			
البعد_المادي	Intergroupes	147,836	2	73,918	,743	
	Intragroupes	6364,790	64	99,450		
	Total	6512,627	66			
البعد_الديني	Intergroupes	34,288	2	17,144	,267	

Intragroupes	4108,429	64	64,194		
Total	4142,716	66			

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

LSD

Variable dépendante	(I) المستوى_التعليمي	(J) المستوى_التعليمي	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard
جودة_الحياة	2,00	3,00	-5,63315	7,59939
		4,00	-4,22321	7,31573
	3,00	2,00	5,63315	7,59939
		4,00	1,40994	6,56920
	4,00	2,00	4,22321	7,31573
		3,00	-1,40994	6,56920
البعد_الصحي	2,00	3,00	-3,21739	3,33896
		4,00	2,21429	3,21432
	3,00	2,00	3,21739	3,33896
		4,00	5,43168	2,88632
	4,00	2,00	-2,21429	3,21432
		3,00	-5,43168	2,88632
البعد_المعرفي	2,00	3,00	2,85598	3,53285
		4,00	,74107	3,40098
	3,00	2,00	-2,85598	3,53285
		4,00	-2,11491	3,05393

	4,00	2,00	-,74107	3,40098
		3,00	2,11491	3,05393
البعد_النفسي	2,00	3,00	-4,55978	3,46698
		4,00	-3,26786	3,33757
	3,00	2,00	4,55978	3,46698
		4,00	1,29193	2,99699
	4,00	2,00	3,26786	3,33757
		3,00	-1,29193	2,99699
البعد_الإجتماعي	2,00	3,00	-,04891	3,32532
		4,00	-6,48214	3,20119
	3,00	2,00	,04891	3,32532
		4,00	-6,43323	2,87453
	4,00	2,00	6,48214	3,20119
		3,00	6,43323	2,87453
البعد_المادي	2,00	3,00	-2,41304	3,24646
		4,00	,96429	3,12528
	3,00	2,00	2,41304	3,24646
		4,00	3,37733	2,80637
	4,00	2,00	-,96429	3,12528
		3,00	-3,37733	2,80637
البعد_الديني	2,00	3,00	1,75000	2,60829
		4,00	1,60714	2,51093
	3,00	2,00	-1,75000	2,60829
		4,00	-,14286	2,25471
	4,00	2,00	-1,60714	2,51093
		3,00	,14286	2,25471