



تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الذكور والإناث من المراهقين والراشدين

إعداد

أ/ راضي ناصر عرابي احمد

المدرس المساعد بقسم الصحة النفسية

كلية التربية بنين بالقاهرة جامعة الأزهر

أ.د/ أحمد علي محمد الكبير

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية بالقاهرة –

جامعة الأزهر

أ.د/ بسيوني بسيوني السيد سليم

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية بالقاهرة –

جامعة الأزهر

تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الذكور والإناث من المراهقين والراشدين

راضي ناصر عرابي أحمد¹، بسيوني بسيوني السيد سليم، أحمد علي محمد الكبير
قسم الصحة النفسية، كلية التربية بنين بالقاهرة. جامعة الأزهر، مصر
¹البريد الإلكتروني للباحث الرئيس: Radyoraby2022@gmail.com
مستخلص البحث:

هدف البحث إلي التعرف على العلاقة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الذكور والإناث من المراهقين والراشدين، وكذا معرفة الفروق بين الذكور والإناث والمراهقين والراشدين في تقبل المرض المزمن، ومعرفة الفروق بين الذكور والإناث والمراهقين والراشدين في جودة الحياة، وقد بلغت عينة الدراسة (108) من مرضى السكري، بواقع (52) مراهقا، (56) راشدا، ممن يتلقون العلاج من مستشفيات محافظة كفرالشيخ، وقد استخدمت الدراسة مقياس تقبل المرض المزمن (ترجمة الباحث الأول)، ومقياس جودة الحياة (إعداد الباحث الأول)، وقد استخدمت الدراسة معامل الارتباط بيرسون واختبارت، وحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للحصول على النتائج، وقد توصلت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة دالة موجبة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، وكشفت الدراسة عن وجود فروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة بين المراهقين والراشدين لصالح الراشدين، عدا بعدى الخلو من الشكاوى البدنية والخلو من المشكلات الانفعالية على مقياس جودة الحياة، وبعد تحمل الألم على مقياس تقبل المرض المزمن. كما كشفت الدراسة عن عدم وجود فروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة بين الذكور والإناث.

الكلمات المفتاحية: المرض المزمن، تقبل المرض المزمن، جودة الحياة.



Acceptance of chronic disease and quality of life in adolescent and adult males and females

Rady Nasser Orabi Ahmed¹, Bassiouni Bassiouni Selim², Ahmed Ali Mohamed Al Kabeer³.

Mental Health Department, Faculty of education of boys, Alazhar university, Egypt.

¹Corresponding author E-mail: Radyoraby2022@gmail.com

Abstract:

The current research aimed to identify the relationship between the acceptance of chronic disease and quality of life for males and females with chronic disease from adolescents and adults, as well as to know the differences between males and females, adolescents and adults in accepting chronic disease, and to know the differences between males and females, adolescents and adults in quality of life. The study included (108) diabetic patients, (52) adolescents, (56) adults, who receive treatment from hospitals in Kafr El-Sheikh Governorate. The study used a measure of acceptance of chronic disease (translated by the first researcher), and a measure of quality of life (prepared by the first researcher), The study used the Pearson correlation coefficient and t-test, and calculating the averages and standard deviations to get the results. The results of the study concluded that there is a positive significant relationship between the acceptance of chronic disease and quality of life. The study revealed that there are differences in the acceptance of chronic disease and quality of life between adolescents and adults in favor of adults. Except for the dimensions of freedom from physical complaints and freedom from emotional problems on the quality of life scale, and after pain tolerance on the chronic disease acceptance scale, the study also revealed that there are no differences in acceptance of chronic disease. of the quality of life between males and females.

Keywords: chronic disease, acceptance of chronic disease, quality of life.

مقدمة البحث:

يعد الألم بصفة عامة خبرة غير سارة تلحق الضرر بالفرد، والتي تتمثل في المخاوف والقلق والتجنب وبالتالي محاولات السيطرة عليه. مما يجعل الفرد يسعى إلى التخفيف من حدة الألم، بل ويبدو ذلك ضرورياً للحد من الآثار غير المرغوبة. خاصة إذا كان المأ زمناً.

ويعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة التي يعاني منها بعض أفراد المجتمع من مختلف الفئات العمرية. والذي لم يجد له العلماء علاجاً نهائياً حتى الآن، وتسعى الدول جاهدة لتوفير وسائل علاجية طبية أو نفسية للتخفيف من حدته والتعامل معه.

ويصنف السكري من الأمراض المزمنة واسعة الانتشار على مستوى دول العالم، وهو في تزايد مستمر، حيث بلغ عدد المصابين به حسب احصاءات منظمة الصحة العالمية عام 2006م لكل الفئات العمرية من الجنسين 171 مليون شخص أي ما يقارب 2,8% من سكان العالم. ومن المتوقع زيادة هذا العدد ليصل إلى 366 مليون شخص؛ أي 4,4% في عام 2030م وخاصة في دول الشرق الأوسط، أفريقيا والهند. ويزيد السكري بمعدل سنوي يصل إلى (6) مليون شخص كل عام، ويعني هذا أن المرض ينتشر بشكل كبير في الدول النامية، وخاصة الدول التي تشهد تغيرات كثيرة في نمط الحياة مثل دول الخليج العربي، ويكون ذلك مرتبطاً بعوامل متعددة مثل السمنة، الاستهلاك المفرط للسعرات الحرارية العالية وقلة التمرينات الرياضية (هدى حسن، 2006: 48).

وتعد مصر من الدول الثمانين الأكثر إصابة بمرض السكري على مستوى العالم، وعلى حسب التقديرات بلغ عدد المصابين في عام 2010م نحو 10,4 مليون شخص، ليصل هذا العدد إلى 12,8 مليون في عام 2030م (Shaw, et al, 2010: 5).

ويمثل الألم المزمن مشكلة لأولئك الذين يعانون منه ويكون علاجه معقداً ومكلفاً وغالباً ما يؤدي إلى الإعاقة وسوء جودة الحياة، وهو ظاهرة اجتماعية مكلفة، والهدف الرئيسي في علاج الألم المزمن من منظور طبي هو تقليل الأعراض، بينما أدت التطورات اللاحقة في مجال إدارة الألم المزمن إلى ظهور نماذج بيولوجية ونفسية اجتماعية للألم. ومن هذه النماذج تقبل المرض وهو "الاستعداد لتجربة الألم أو الأحداث المؤلمة دون محاولة السيطرة عليها" مع تعزيز الجوانب الإيجابية في حياة الفرد، بدلاً من الرفض غير المجدي للألم، حيث يتم استخدام التقبل والالتزام بالقيم لتحسين جودة الحياة (Johnston, et al. 2010).

ففي التقبل يتم مساعدة الفرد على الاستعداد التام لمعايشة التجارب واختبار كم غير محدد منها، وكذا الانفتاح على إمكان تجربة واختيار البدائل، وبالتالي يحدث تطوير للتقبل والرغبة، وهذا يؤكد فشل الآلية التقليدية التي يتم التعامل بها مع المشكلات النفسية أو الخبرات المؤلمة، والتي تتضمن محاولات التخلص، السيطرة، والمقاومة، وعليه لا بد من تحديد المحتوى النفسي المتجنب؛ مثل الانفعالات والخبرات المؤلمة، والأفكار السلبية، وكذلك الأنماط السلوكية التي تساعد الفرد على التجنب (Hayes, S., et al., 2011: 114).

وعندما يتعرض الفرد لأحد الأمراض المزمنة فقد يؤثر ذلك على حياته بصفة عامة، بما في ذلك جودة حياته. وجودة الحياة من المصطلحات الحديثة في مجال علم النفس، والتي تمثل بؤرة اهتمام علم النفس الإيجابي، حيث أنه هو علم الدراسة العلمية للسعادة الإنسانية،

وبالتالي يركز على الخبرات الذاتية الإيجابية للبشر مثل السعادة، وقوى الشخصية، والفضائل، والأخلاق، ونجاح الإنسان في الحياة، وتغيير نمط التفكير السلبي (محمد أبو حلاوة، 2014: 22).

وتظهر الفروق الفردية بصورة واضحة بين الأفراد العاديين وذوي المرض المزمن في جودة الحياة، فالصحة البدنية السيئة تؤثر تأثيراً سلبياً على جودة الحياة، حيث يتعرض المريض المزمن لأعراض اكتئابيه ومشكلات نفسية كثيرة، والتي تكدر عليه طيب المعيشة، وتعرضه للحياة النفسية الجيدة (MOMTAZ, et al. 2012).

وتعد الصحة السيئة من أهم المعوقات التي تؤثر في جودة الحياة، حيث تنعكس المشكلات الصحية والاجتماعية على مدى شعور الفرد بجودة حياته، فالصحة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسعادة، حيث تعد من الأسباب الرئيسية للسعادة ومكون من المكونات الهامة للشعور الذاتي بالهناء وحسن الحال، فالناس قد يصفون السعادة على أنها شعور الفرد بالرضا أو طمأنينة النفس وصولاً بمرحلة الرضا الشامل (Diener, & Pavot, 2009: 216).

ومن خلال ما سبق، يتصدى هذا البحث لمعرفة العلاقة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الذكور والإناث ذوي المرض المزمن من المراهقين والشباب، وكذا معرفة الفروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، تبعاً للنوع والعمر، وذلك تمهيداً للوصول لبعض النتائج للاستفادة منها في إطار المرحلة العمرية لهذه الفئة، وكذا في إطار البيئة والأسرية.

مشكلة البحث:

نبعت مشكلة البحث الحالي فيما لوحظ من زيادة أعداد المصابين بمرض السكري في المجتمع المصري، علاوة على وجود أفراد مقربين للباحث؛ من الذكور والإناث ومن المراهقين وفي مرحلة الرشد؛ يعانون من هذا المرض، والذي قد يؤثر على جودة الحياة لديهم، كما يلاحظ اختلاف الأفراد في مستوى جودة الحياة ورضاهم عنها، فهل لتقبل المرض أو رفضه علاقة بذلك، وهو ما دعا لبحث العلاقة بينهما.

وبالإطلاع على بعض الدراسات السابقة - في هذا الصدد- وُجد أن هناك تناقضاً بين هذه الدراسات، فقد توصلت بعض الدراسات إلى أن هناك فروقاً بين الذكور والإناث في جودة الحياة، كما في دراسة (Shahpurwala 2015) التي توصلت لفروق ذات دلالة احصائية لصالح الذكور. بينما كشفت دراسات أخرى عن عدم وجود فروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير النوع أو العمر، كما في دراسة (Winter, 2011)، (Griffith, 2014).

وبناء على ما سبق دعت الحاجة للتعرف على الفروق بين الذكور والإناث وكذا الفروق تبعاً للعمر (مراهقة ورشد)، في جودة الحياة تقبل المرض المزمن، وكذا معرفة العلاقة بينهما، تمهيداً للأخذ في الحسبان مجموعة من الاعتبارات الخاصة بهذه الفروق من أدوات قياس أو مراعاة ظروف معينة ترتبط بالنوع ذكورا وإناثا، أو بالعمر مراهقين وراشدين، وذلك تمهيداً لعمل بحوث مستقبلية سواء بحوث علاقات أو بحوث تداخلية.

وينبع عن مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

- 1- ما الفروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة للنوع (ذكور وإناث).
- 2- ما الفروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة للعمر (مراهقين وراشدين).

3- وما هي العلاقة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الأفراد ذوي المرض المزمن؟

هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على الفروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة (الرضا العلاجي/ الخلو من الشكاوى البدنية/ الخلو من المشكلات الانفعالية والمخاوف/ التواصل الاجتماعي/ الفاعلية في الأداء الوظيفي والأنشطة اليومية) تبعاً للنوع والعمر، وكذا معرفة العلاقة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الأفراد ذوي المرض المزمن.

أهمية البحث:

من الناحية النظرية: تتضح أهمية هذا البحث من خلال تسليط الضوء على متغير تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الأفراد ذوي المرض المزمن، وإثراء المكتبة العربية لأهمية ذلك والدور المحوري في أن يعيش الفرد حياة طيبة كريمة.

من الناحية التطبيقية: وذلك من خلال تقدمه نتائج البحث الحالي للوقوف على الفروق بين الذكور والإناث والمراهقين والراشدين في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، والعلاقة بينهما من أجل تقديم البرامج التدخلية المناسبة لهذه العينة، كما يستفيد الأخصائيين والمرشدين النفسيين عند تناول هذه العينة بالبحث والدراسة.

مصطلحات البحث:

- 1- **المرض المزمن:** هو الذي يستمر لفترة من ثلاثة أشهر إلى ستة أشهر ويستمر مع الفرد طويلاً حتى مع تناول العلاج أو زوال الألم.
- 2- **مرض السكري:** هو خلل مزمن يؤثر في طريقة استقبال خلايا الجسم للجلوكوز أو كمية الأنسولين التي يفرزها البنكرياس، مما يؤدي إلى حدوث ارتفاع أو انخفاض غير طبيعي في مستوى السكر بالدم.
- 3- **المراهقون:** هم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (14:18) عاماً مرضى السكري.
- 4- **الراشدون:** أفراد العينة والذين تتراوح أعمارهم بين (25:40) عاماً مرضى السكري.
- 5- **تقبل المرض المزمن:** وهو أن يقبل الفرد على الحياة بقيامه بالأنشطة المختلفة، مع الغياب النسبي لمحاولات تجنب الألم أو السيطرة عليه.
- 6- **جودة الحياة:** وهي أن يكون الفرد راضياً عن نظامه العلاجي، مع قلة الشكاوى البدنية، وكذا الابتعاد عن المشكلات الانفعالية والمخاوف، ويكون لديه قدرة على التواصل الاجتماعي، مع امتلاكه الفاعلية في الأداء الوظيفي والأنشطة اليومية.

حدود البحث:

الحدود البشرية: تم إجراء البحث على مجموعة من المراهقين (14-18) عاماً، والشباب (25-40) عاماً، ذوي المرض المزمن (مرض السكري).
الحدود المكانية: تم تطبيق البحث على مجموعة من المراهقين والراشدين الذين يتناولون علاج من مستشفيات محافظة كفرالشيخ.

الحدود الزمنية: تم تطبيق الدراسة في شهر اغسطس لعام 2021م.

الإطار النظري للبحث:

أولاً: المراهقون والراشدون ذوو المرض المزمن.

تعد مرحلة المراهقة والرشد من المراحل المهمة التي يمر بها الإنسان في حياته من الناحية النفسية والاجتماعية والتربوية، فهم سواعد الأمة ودعامة الإنتاج فهم الطاقة التي يتحرك بها الحاضر إلى المستقبل، هم قادة وحكماء وقضاة ومعلمي الأجيال القادمة، وبالتالي لابد من إعدادهم الإعداد الجيد ومراعاة مشاكلهم النفسية والعضوية، خاصة وإن كانوا يتعرضون لبعض الأمراض المزمنة.

ويذكر (Harrison, M., 2012: 16) اختلاف المرض المزمن عن المرض الحاد، حيث يعتبر المرض الحاد عرضاً من الاعراض التي تدل على المرض أو الاصابة، وينتهي بتناول العلاج، أما المرض المزمن فهو يستمر مع الفرد طويلاً حتى مع تناول العلاج أو زوال الألم.

وتنقسم الأمراض المزمنة إلى نوعين:

- حالات العدوى المستمرة: مثل الالتهاب الكبدي ومرض الإيدز.
- الحالات المرتبطة بأجهزة الجسم المختلفة: مثل ارتفاع ضغط الدم، والسكري، والقلولون العصبي المزمن، وهذه الحالات منتشرة بصورة كبيرة.

ويعد مرض السكري من الأمراض المزمنة التي يعاني منها بعض أفراد المجتمع من مختلف الفئات العمرية، والذي لم يجد له العلماء علاجاً محدداً غير المسكنات، وتسعى الدول جاهدة لتوفير وسائل علاجية طبية أو نفسية للتخفيف من حدته والتعامل معه.

ثانياً: تقبل المرض المزمن:

يُقال: يتقبَّل، تقبُّلاً، فهو مُتقبَّلٌ، والمفعول مُتقبَّلٌ، تقبَّلَ الهديةَ : قبَّلها، أخذها عن طيب خاطر تقبَّل النَّصيحةَ من معلِّمه .، تقبَّلَ دراستَه: أي رضي عنها، وطَنَّ نفسه على قبولها "تقبَّل المصيبةَ بإيمان، تقبَّل اللهُ الأعمالَ: رضِيَها وأثابَ عليها .، تقبَّل اللهُ الدُّعاءَ: استجاب له " رَبَّنَا تَقَبَّلْ مِنَّا إِنَّكَ أَنْتَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ(سورة البقرة، 127)" ، اللّهُمَّ تَقَبَّلْ : دعاء الله بالقبول، تقبَّل اللهُ : دعاءً بالقبول، أي: تقبَّلَ عملَكَ أو طاعتَكَ. (احمد مختار عمر، 2008: 1769).

ولقد تم ذكر التقبل في آيات القرآن الكريم ومنها قول الله تعالي " اولئك الذين نتقبل عنهم أحسن ما عملوا (الاحقاف، 16)، ليدل على رضى الله عن العبد وقبول اعماله، ومنها تقبل الفرد لذاته، والقبول بقضاء الله وقدره من علامات الايمان، بينما التقبل في مجال علم النفس يصف علاقة الفرد بأفكاره ومشاعره، وقبولها دون أن يصدر احكام.

فالتقبل المطلق يمنح الفرد نقطة انطلاق يبدأ منها، فقبول الفرد المطلق للواقع الذي يعيش فيه، وبكل ما فيه، يمنحه القدرة علي التخلص من مشاعر الاحباط والغضب والقلق والاكتئاب التي قد يتعرض لها في المواقف المختلفة (Linehan, et al. 2006: 759).

ويرى روبرت أل. ليهي (2010، 76) أن التقبل يعني التعامل مع الأشياء كما هي بالضبط، لا كما يراها الفرد من منظوره الخاص، فالتقبل يعني تلقي ما هو موجود في الحاضر، والوعي بما هو كائن الآن، لا بما يمكن أن يحدث في المستقبل، فقبول الشيء لا يعني حبه أو استحسانه أو الرضا عنه، بل ادراكه على حالته التي هو عليها، وهذه هي نقطة بداية التغيير.

وأوضح (Fish, et al (2010) أن تقبل الألم المزمن يتكون من بعدين هما:

- 1- الإقبال على الحياة: وهو يعكس القيام بأنشطة الحياة المختلفة، والعيش فيها بصورة طبيعية، مع تحمل المسؤولية كاملة، بالرغم من الإصابة بالألم المزمن.
- 2- تقبل الألم: وهو يعكس الغياب النسبي لمحاولات تجنب الألم أو السيطرة عليه، وبالتالي يركز الفرد على أهدافه في الحياة، أكثر من تركيزه على ألمه، كما لا يشعر بالقلق بالرغم من وجود الألم.

ثالثاً: جودة الحياة

يعد مصطلح جودة الحياة من المصطلحات الحديثة في مجال علم النفس، والتي تمثل بؤرة اهتمام علم النفس الإيجابي، حيث أنه هو علم الدراسة العلمية للسعادة الإنسانية، وبالتالي يركز على الخبرات الذاتية الإيجابية للبشر مثل السعادة، والحياة الطيبة، ومكامن القوة، والفضائل، والأخلاق، ونجاح الإنسان في الحياة.

وكلمة جودة في أصل اللغة العربية من الفعل "جود" أي شيء "جيد" والجمع "جياد" و"جياند" بالهمزة ومنها "أجاد الشيء" أي أحسنه وجوده تجويداً أي قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن (محمد الرازي، 1986: 49). ومنه علم التجويد في القرآن الكريم، وهو اتقان تلاوته، وتحسين نطق حروفه.

وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها انطباق الفرد تجاه حياته ضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه، ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه، وتتضمن عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية، ومستوى عدم الاعتمادية والعلاقات الاجتماعية، وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية (WHO, 1993: 156).

وقد أوضح (Goode, 1990: 46) إلى أن جودة الحياة تعتمد على مجموعة من المبادئ منها:- أن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياطات الرئيسية للإنسان، ويمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة. وتختلف معاني جودة الحياة باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص لآخر، ومن عائلة لأخرى، ومن برنامج تأهيلي لآخر. وأن مفهوم جودة الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة بالبيئة التي يعيش فيها الإنسان. ومفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان والأشخاص المحيطين به.

وقد أوضح (Katschnig, 1997: 340) أن مفهوم جودة الحياة يتكون من عدة مكونات رئيسة تتمثل فيما يلي:

1- الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها الفرد إذ يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، كما يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية أو المعرفية الداعمة لهذا الإحساس: وكلاهما من المفاهيم النفسية الذاتية، أي ذات علاقة برؤية وإدراك وتقييم المرء لذاته.

2- القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية ويتأثر ذلك بالحالة الصحية إذ يعوق المرض تلك القدرة وتشعره بالعجز عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية.

3- القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية سواء كانت من قبيل المساندة الاجتماعية أو من قبيل توظيف معايير جيدة بشكل إيجابي.

وقدمت زينب شقير (2009: 8) ثلاثة معايير لجودة الحياة موزعة هي:

1- معيار الصحة ويشمل محكات: (الصحة البدنية/ المعرفية/ النفسية).

2- معيار خصائص الشخصية السوية ويشمل محكات: (الصلابة النفسية/ الثقة بالنفس/ التوكيدية/ الرضا عن الحياة/ الشعور بالسعادة/ التفاؤل/ الاستقلال/ الكفاءة الذاتية).

3- المعيار الخارجي ويشمل محكات: (الانتماء للعمل/ المهارات الاجتماعية/ المساندة الاجتماعية/ المكانة الاجتماعية/ القيم الخلقية والدينية والاجتماعية).

أشارت آمال باظة (2012: 13) إلى أن جودة الحياة تتضمن مكونات داخلية وخارجية، وتتضمن بعدين رئيسيين وهما:

• **البعد الذاتي:** وهو ما يدركه الشخص ويخبره ويعيه وقيمه. ويحتوي علي مجموعة أبعاد فرعية منها الرفاهية الشخصية، والإحساس بحسن الحال، والرضا عن الحياة، والسعادة، والحياة ذات المعنى، كل هذه الانفعالات تعتبر الوجه الايجابي لجودة الحياة، ومن ثم تحقيق التوافق النفسي، ويتطلب كل هذا فهم الفرد لذاته وقدراته وسماته واستخدامها في إدراك جوانب الحياة المختلفة، وبالتالي لابد أن تتوفر لدى مجموعة من الخصائص الشخصية، والتي تتمثل في الطموح، والتوقع، والرضا، والقيم، والاتجاهات التي يحملها الفرد وتشكل شخصيته.

• **البعد الموضوعي:** فيتضمن عوامل موضوعية تتضح في الصحة البدنية، والتي تتمثل في الرفاهية الجسمية وليس غياب المرض أو العجز فقط، مستوى المعيشة ويشير إلى مستوى الدخل والأشياء التي يمتلكها الفرد، وما يتوقع امتلاكه في المستقبل، العلاقات الأسرية السوية، فهو على العموم يشمل أوضاع العمل ومستوى الدخل والمكانة الاجتماعية والاقتصادية.

ونظرا لتعدد أبعاد جودة الحياة فقد اقتصر البحث الحالي على بعض الأبعاد والتي ترتبط بالأفراد ذوي المرض المزمن، وذلك من خلال تناول بعض الدراسات السابقة، حيث تم الاقتصار على المكونات التالية:

الرضا العلاجي: وهو شعور الفرد المصاب بالسكري بالاطمئنان عن نظامه العلاجي، بحيث يتحلى بالمرونة عند التخطيط لوقت فراغه ونظام غذائه، مع تمتعه بالياقة

البدنية، ورضاه عن وزنه وجسمه، وبالتالي يخبر الآخرين عن إصابته بالمرض، بل ويشعر لهم بعض اعراضه ومضاعفاته.

الخلو من الشكاوى البدنية: وهو تمتع الفرد المصاب بالسكري بالصحة البدنية، من قلة شعوره بالألم والتعب والانهك، والعجز البدني، مع قلة المعاناة من العطش وجفاف الحلق، وعدم شعوره بالصداع النصفي، وقلة التعرض للعدوى التبول، مع عدم التنميل في بعض أجزاء الجسم، وبالتالي يشعر وكأنه شخص طبيعي.

الخلو من المشكلات الانفعالية: وتعني قلة تعرض الفرد المصاب بالسكري للقلق والاكتئاب والحزن بسبب إصابته بالمرض، وبالتالي لا يؤثر على أسلوب حياته وطريقة تفكيره، فلا يصاب بالقلق حول حياته المستقبلية، ولا في صحته ومخططاته وتطلعاته، ومسيرته التعليمية، ووظيفته التي يرغب فيها، بل يشعر بالطمأنينة حول حياته المستقبلية.

التواصل الاجتماعي: وتعني تمتع الفرد المصاب بالسكري بشبكة علاقات اجتماعية قوية، داخل نطاق الأسرة وخارجها، فيحصل الترابط بينه وبين أفراد أسرته، كما تحسن العلاقات بينه وبين الأصدقاء والمعارف، نتيجة ردود أفعالهم الطيبة حول المرض، وتفهمهم لما يعانيه من مشكلات صحية، فتحسنت العلاقات وزادت الصداقات.

الفاعلية في الأنشطة: ويعني قيام الفرد بمتطلبات الحياة والأنشطة اليومية بفاعلية، من استغلال الوقت، والقدرة على السفر، ومتطلبات العمل والمدرسة والمنزل، فيشعر بالنشاط والحيوية، فيستطيع قضاء وقت فراغه، والاستمتاع بالأنشطة المحببة لديه.

هذا، وقد تختلف جودة الحياة باختلاف طبيعة المرض نفسه، حيث تختلف جودة الحياة لمرضى السكري عن جودة الحياة لمرضى السرطان، والايذز، أو التهاب الكبدى البوائى، حيث تشير العديد من الدراسات، ومنها دراسة (Davidson, et, al 1999: 357)، (Langeveld, et. Al,1999: 3)، إلى أن الصحة ترتبط عكسياً بالعناء أو الضيق النفسى، وترتبط إيجابياً بالشعور بالهناء الذاتى والإحساس بالكفاءة.

ويتأثر الوضع الصحى للأفراد بالإضافة إلى العوامل البيولوجية والفسولوجية بالعديد من العوامل التي تتعلق بالشخصية وجودة الحياة، بمعنى أن التوجه السلوكى للفرد من خلال ممارساته اليومية، وكيفية استجابته للضغط، ومعالجته للانفعال، ونظرتة للحياة تكون عاملا من عوامل الخطورة على الفرد، لذا فقد زاد الاهتمام بدراسة جودة الحياة في مجال الصحة العامة (يزيد شويل، 2016: 217).

هذا، ويهتم البحث الحالي بتحديد الفروق في جودة الحياة لدى الأفراد ذوي المرض المزمن (مرض السكري) تبعاً للنوع (ذكور وإناث) وللعمر (المراهقين والشباب)؛ وذلك من منطلق تحديد العديد من الاختلافات التي ترجع تبعاً للنوع أو العمر؛ من أجل أخذها في عين الاعتبار في الدراسات المستقبلية سواء دراسات نظرية أو دراسات تدخلية.

دراسات وبحوث سابقة

المحور الأول: دراسات تناولت جودة الحياة مع ذوي المرض المزمن.

سعت دراسة Dick, B., et al., (2007) إلى التحقيق من العوامل المرتبطة بانخفاض جودة الحياة لدى عينة من المرضى المتكردين على العيادة العامة لمركز الألم المزمنة متعدد التخصصات. وتكونت العينة من 100 مريض يعانون من آلام مزمنة. وتم جمع المعلومات الديموغرافية والمعلومات الصحية العامة وتقييمات الأعراض الذاتية، وطلب منهم تقديم معلومات عبر مقياس معتمد لجودة الحياة، وأوضحت النتائج: كانت غالبية هذه العينة من الإناث (65٪). كما تفاوتت حدة الألم لدرجة أن ما يقرب من نصف المرضى أبلغوا عن آلام مزمنة لأكثر من 5 سنوات. وأبلغ (54٪) منهم عن أكثر من حالة مرضية مشتركة. كما وجد العاملان الأساسيان اللذان ينبئان بشكل كبير بجودة الحياة في هذه العينة هما ما إذا كان المرضى يعالجون بأدوية "قوية" أم لا وما إذا كانوا يعانون من مشاكل طبية مرضية مشتركة أم لا. وكانت المؤشرات الدالة على لجودة الحياة هي النوع (أبلغت الإناث عن جودة الحياة أعلى)، والعمر (جودة الحياة أقل لدى المرضى الأكبر سناً)، والقلق، والاكتئاب، وعدد مواقع الألم.

تناولت دراسة Rothschild, (2010) التعب والضغط والاكنتاب الناتجة عن مرض السكري وعلاقتها بإدارة مرض السكري وجودة الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من مرض السكري، حيث سعت هذه الدراسة إلى شرح الارتباطات بين هذه المتغيرات وتأثيرها على جودة الحياة والإدارة الذاتية لمرض السكري، وبلغت العينة (151) مراهقا، وقد تم جمع البيانات من خلال استبيانات ومراجعة البيانات في بعض العيادات الخارجية التي يترددون عليها لمتابعة حالتهم، حيث تم التوصل إلى أن أعراض الاكنتاب والضغط الناتج من مرض السكري والتعب مرتبطة معاً، وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاكنتاب والضغط، التعب وبين وجودة الحياة خاصة جودة الحياة الصحية والنفسية، كما أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود فروق في جودة الحياة بين الذكور والإناث.

وتناولت دراسة Kent, (2011) العلاقة بين جودة الحياة والخوف من نقص السكر في الدم، الخوف من المضاعفات، وإدارة الذات، والمعرفة بمرض السكري، وشملت عينة الدراسة (180) من المراهقين والرادين، ممن تتراوح أعمارهم من سن 18:30 عاما تم تشخيص مرض السكر لديهم لأكثر من سنة، وطبق عليهم استبيان الصحة العامة، ومقياس السكر، وإدارة الذات والخوف من نقص السكر في الدم والخوف من مضاعفات مرض السكري ومقياس جودة الحياة الخاصة بداء السكري، وعلى الرغم من أن المشاركين أظهروا المعرفة الكافية بمرض السكري ولديهم سلوكيات إدارة الذات المناسبة إلا أن نتائج الدراسة أظهرت خوفهم من نقص السكر في الدم والمضاعفات، مما أدى إلي مستويات منخفضة من جودة الحياة، بالإضافة إلى عدم وجود فروق في جودة الحياة بين الذكور والإناث.

وعمدت دراسة Golobich & Dudzik, (2011) إلى مراجعة بعض الأدبيات النفسية لمعرفة كيف يمكن لممارسي العلاج المهني تصميم وتنفيذ بعض التدخلات النفسية مع الأطفال والمراهقين الذين يعانون من مرض السكري وتحديد مدى تأثير هذه التدخلات على جودة الحياة وأعراض الاكنتاب، حيث تم تحليل ثماني دراسات لتقييم تأثير التدخلات النفسية على

جودة الحياة والاكتئاب، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه يصعب الوصول إلى التدخل النفسي الأكثر فاعلية لممارسي العلاج المبني لاستخدامه مع المراهقين المصابين بمرض السكري، ومع ذلك فقد أوضحت النتائج أن المراهقين الذين تراوحت أعمارهم بين 12:20 عاما حققوا نتائج أفضل تؤثر بشكل إيجابي على جودة الحياة لديهم.

وقام (Tripp, D., et al., (2013) بدراسة تهدف إلى فحص جودة الحياة والمزاج بين مرضى التهاب البروستاتا المزمن/ متلازمة آلام الحوض المزمنة على مدى عامين؛ وتقييم تبعية الألم المريض، والإعاقة، على مدى فترة العامين. وقد شارك في الدراسة (44) من الرجال الذين تم تشخيصهم بهذا المرض. حيث طبق عليهم مقياس جودة الحياة. والاكتئاب، والقلق، والألم، والإعاقة، وأظهرت النتائج انخفاض مستوى جودة الحياة، كما أظهرت ارتفاعا على مقياسي الاكتئاب والقلق، كما أن شدة الألم والعجز لم تقل خلال فترة التقييم التي تبلغ عامين.

بينما هدفت دراسة أمل أبو بكر (2015) إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لمرضى السكري وعلاقتها بجودة الحياة، وبلغ حجم العينة (66) من المراهقين مرضى بالسكري، حيث تم اختيارهم من مراكز السكري التابعة لوزارة الصحة بمحلية أم درمان بالسودان، وطبق عليهم مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، ومقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى الضغوط لدى مرضى السكري، كما تنسم جودة الحياة لدى مرضى السكري بالارتفاع، كما توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

وقد تناولت دراسة (pedras, et, al, (2016) جودة الحياة لدى مرضى قرحة القدم السكرية البرتغاليين قبل وبعد جراحة البتر، واستهدفت الدراسة الكشف عن المنبئات بجودة الحياة الصحية لدى المصابين بقرح القدم السكرية بعد جراحة البتر، وكذلك التعرف على الفروق في مستوى جودة الحياة الصحية قبل وبعد تلك الجراحة، بالإضافة إلى تقصي الدور الوسيط لمعيشة خبرة البتر لأول مرة في مقابل تكرار تلك الخبرة للعلاقة بين جودة الحياة البدنية والنفسية قبل وبعد الجراحة لدى مرضى قرح القدم السكرية، وتكونت العينة من (108) من مرضى القدم السكرية البرتغاليين، وأشارت النتائج إلى إمكانية التنبؤ بجودة الحياة الصحية بعد جراحة البتر من خلال مستوى جودة الحياة البدنية والنفسية السابق، بالإضافة إلى عدد مضاعفات السكري وجراحات البتر السابقة، كما أشارت النتائج إلى انخفاض جودة الحياة البدنية بعد الجراحة، بينما لم توجد فروق ذات دلالة فيما يتعلق بجودة الحياة النفسية تعزى لمتغير النوع، ولعبت معيشة خبرة البتر السابقة دور الوسيط بين جودة الحياة البدنية والنفسية قبل وبعد الجراحة.

وتصدت دراسة (Bergman, S., et al., (2019) لمعرفة مدى انتشار الألم المزمن، والألم الموضعي المزمن، وارتباطهما بجودة الحياة والألم والوظيفة البدنية في متابعة لمدة 20 عامًا مع وجود ألم بالركبة المزمنة، وبلغ عدد أفراد العينة (121) فردًا يعانون من آلام الركبة المزمنة، أجابوا على استبيان وخضعوا لفحص الركبة بالأشعة في متابعة لمدة 20 عامًا. وتم تقسيم المستجيبين إلى ثلاث مجموعات وفقًا للألم المبلغ عنه؛ الأفراد الذين لا يعانون من آلام مزمنة، وآلام المزمنة وآلام الموضعي المزمن، وتم تقييم الألم والوظيفة الجسدية باستخدام إصابة

الركبة ودرجة نتائج هشاشة العظام. تم استخدام مقياس جودة الحياة، وقد أشارت النتائج إلى الارتباط السليبي بين جودة الحياة والألم المزمن، والألم الموضوعي المزمن.

المحور الثاني : دراسات تناولت الفروق في جودة الحياة لدى مرضى السكري.

هدفت دراسة حنان مجدي (2009) الي بحث العلاقة بين أنواع المساعدة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكري، وبلغت عينة الدراسة (101) من مرضى السكري الذين تتراوح أعمارهم ما بين 13-21 سنة (40 ذكور، 61 إناث)، وطبق عليهم مقياس المساعدة الاجتماعية، ومقياس جودة الحياة إعداد الباحثة، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين جميع أنواع المساعدة (الأُسرة، الأصدقاء، المجتمع) وجودة الحياة، كما تبين عدم وجود فروق تبعاً لمتغير النوع في الشعور بجودة الحياة بشكل عام، كما أوضحت النتائج أن المساعدة الأسرية تعمل على التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها، وكشفت الدراسة الإكلينيكية عن وجود بعض العوامل المؤثرة في شعور المراهق مريض السكري بجودة الحياة.

بينما تصدت دراسة (Winter, 2011) إلى الكشف عن العلاقة بين فاعلية الذات وجودة الحياة الصحية لدى (59) من الأطفال والمراهقين المصابين بالسكري، تراوحت أعمارهم ما بين (8 – 16) سنة، وطبق عليهم مقياسي فاعلية الذات وجودة الحياة الصحية، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين فاعلية الذات المتعلقة بمرض السكري وجودة الحياة الصحية، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع.

في حين سعت دراسة (Griffith, 2014) إلى الكشف عن العوامل المؤثرة في إدارة مرض السكري للمراهقين المصابين بمرض السكري وتأثير ذلك على صحتهم، وكذا معرفة العلاقة بين أنماط معاملة الأبوين ومراقبة مرض السكري، الالتزام بالعلاج، جودة الحياة، والصحة النفسية للأطفال والمراهقين المصابين بمرض السكري، وأوضحت نتائج الدراسة أن الأنماط الوالدية التي تتسم بالاستجابة والقبول والمشاركة ارتبطت بجودة حياة وصحة نفسية أفضل، في حين أن الأنماط الوالدية التي تتميز بالتسلط والسيطرة النفسية وانخفاض الدفاء ارتبطت بجودة حياة وصحة نفسية أسوأ، كما أشارت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية موجبة بين أنماط المعاملة الوالدية وجودة الحياة، الالتزام بالعلاج وكذلك التحكم في مستوى سكر الجلوكوز في الدم، كما أوضحت النتائج عدم وجود فروق في جودة الحياة تعزى لمتغير النوع والعمر.

وهدفت دراسة (Shahpurwala, 2015) إلي معرفة تأثير الضغوط المدركة، البيئة الأسرية الخاصة بمرض السكري، فاعلية الذات، الدعم المدرك من قبل الأقران على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المراهقين المصابين بمرض السكري، ومعرفة العلاقة بين هذه العوامل وجودة الحياة، وشملت العينة مجموعة مرضى من المخيمات الصيفية للسكري، ومن العيادات الخاصة داخل الجامعة وخارجها، بلغ عددهم 227 من المراهقين المصابين بمرض السكري تتراوح أعمارهم ما بين 13 إلى 21 سنة، وطبق عليهم مقاييس متغيرات الدراسة، وتشير النتائج إلى وجود مستويات مرتفعة من نسبة الجلوكوز في الدم ارتبطت بالمستويات المرتفعة من البيئة الأسرية غير السوية الخاصة بمرض السكري (الفوضوي، التسلطي) والمستويات

المنخفضة من جودة الحياة، وارتبطت المستويات المرتفعة من فاعلية الذات، والبيئة الأسرية السوية (الديمقراطية) الخاصة بمرض السكري، والدعم المدرك من قبل الأقران، والمستويات المنخفضة من الضغوط المدركة بالمستويات المرتفعة من جودة الحياة، وقد وجدت فروق دالة إحصائية طبقاً لمتغير النوع في كل من جودة الحياة وفاعلية الذات لصالح المراهقين مقيمي المخيمات الصيفية للسكري، والمراهقين من العيادات الخارجية.

هدفت دراسة (Dong, et al. (2020) إلى بحث العلاقة بين تفاعل نوعية النوم والقلق على جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بمرض السكري، بلغت عينة الدراسة من (49) من ذوي مرض السكري، تم تسجيل الخصائص الديموغرافية والفسولوجية. وأكمل كل مشارك مقياس جودة النوم، واستبيان صحة المريض واستبيان اضطراب القلق العام، ومقياس جودة الحياة لمرض السكري. وظهرت النتائج ارتباط جودة النوم السيئة وأعراض القلق بانخفاض جودة الحياة. وكان هناك تفاعل كبير بين سوء نوعية النوم وأعراض القلق. أدى هذا التأثير إلى تقليل درجات جودة الحياة بشكل، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في جودة الحياة تبعاً لمتغير النوع.

المحور الثالث : دراسات تناولت جودة الحياة مع تقبل المرض.

هدفت دراسة (Johnston, et al. (2010) للتعرف على مدى فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام لتحسين جودة الحياة وخفض القلق لدى الأفراد المصابين بالمرض المزمن، وقسمت العينة إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. حيث طبق مقياس جودة الحياة والرضا عن الحياة، ومقياس قلق المرض، وبعد تطبيق البرنامج على العينة التجريبية البالغ عددهم (8) مريضاً، أظهرت النتائج تحسناً في جودة الحياة، مع خفض القلق لديهم.

قامت دراسة (Juarascio, et al. (2015) لبحث العلاقة بين التقبل وجودة الحياة بين المرضى الذين يعانون من اضطراب الأكل، وكشف فعالية العلاج القائم على التقبل لتحسين جودة الحياة، وقد بلغت عينة الدراسة (105) فرداً يترددون على أحد المراكز العلاجية، وقد طبق البرنامج العلاجي على العينة بواقع جلستين أسبوعياً، ولمدة (8) أسابيع، وقد كشفت الدراسة عن وجود علاقة إيجابية بين التقبل وجودة الحياة، كما ثبت فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين جودة الحياة.

تعليق على البحوث والدراسات السابقة:

هدفت الدراسات التي تناولت جودة الحياة إلى الكشف عن المتغيرات النفسية المتعلقة بمرض السكري التي أثرت على جودة الحياة ومنها الضغوط المتعلقة بالمرض (Rothschild, 2010)، أمل أبو بكر (2015)، والخوف من نقص السكر في الدم والخوف من المضاعفات (Kent, 2011)، (pedras, et, al, 2016)، وتصميم برامج تدخلية تمثلت في التدريب على مهارات التكيف والمقابلات التحفيزية وتدخلات جودة الحياة المتعلقة بالصحة (Golobich & Dudzik, 2011)، وعلاقة الجودة بالإدارة الذاتية لمرض السكري ومدى التحكم فيه.

من حيث حجم العينة تراوح حجم العينة من 66 فرداً إلى 180 فرداً مصاباً بالسكري، ومن حيث نوع العينة تناولت بعض الدراسات مجموعة من الذكور فقط، أو من الإناث فقط، أو

من الذكور والإناث معاً، ومن حيث عمر العينة تناولت الدراسات مرحلة المراهقة، حيث امتد العمر الزمني لأفراد العينة من 12-18 سنة، ماعدا دراسة (Kent, 2011) امتد العمر الزمني من 18-30 سنة.

- استخدمت الدراسات التي تناولت جودة الحياة مع المراهقين المصابين بمرض السكري العديد من المقاييس ومنها مقياس جودة الحياة المرتبطة بمرض السكري واستبيان الصحة العامة (Kent, 2011)، ومقياس جودة الحياة إعداد منظمة الصحة العالمية أمل أبو بكر (2015)، واستبيان الضغوط المتعلقة بمرض السكري واستبيان الاكتئاب (Rothschild, 2010).

- وبالنسبة لنتائج الدراسات التي تناولت جودة الحياة مع المراهقين المصابين بمرض السكري، فأشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين المتغيرات النفسية (الضغوط، التعب، الاكتئاب) وجودة الحياة في مجالات عدة منها الصحية والنفسية (Rothschild, 2010)، وارتبط الخوف من المرض بالمستويات المنخفضة من جودة الحياة، والمستويات المرتفعة من السيطرة على نسبة السكر في الدم (Kent, 2011)، وتوضح دراسة أمل أبو بكر (2015)، كما أن هناك علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الضغوط وجودة الحياة، وأمكن التنبؤ بجودة الحياة من خلال الخبرات المرضية عن طريق المقارنة بين مستوى جودة الحياة الصحية والنفسية قبل وبعد حدوث المرض، وعدد المضاعفات، ولم توجد فروق ذات دلالة احصائية بين جودة الحياة الصحية والنفسية تعزى لمتغير النوع (pedras, et, al, 2016)، (Rothschild, 2010).

-سعت أغلب بحوث ودراسات هذا المحور الثاني إلى تحديد وجود فروق في جودة الحياة بين الجنسين من الذكور والإناث من ذوي مرض السكري كما في دراسة (Shahpurwala, 2015) ودراسة (pedras, et, al, 2016) وكذا تبعاً للنوع وللعمر كما في دراسة (Griffith, 2014).

-بالنسبة لعينة المحور الثاني فقد جاءت مطابقة لعينة البحث الحالي وهم الأفراد المصابين بمرض السكري سواء من المراهقين أو من الشباب.

-كشفت دراسات أنه لا توجد فروق في جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بمرض السكري كما في دراسة (Winter, 2011)، (pedras, et, al, 2016)، (Dong, et al. 2020) في حين كشفت دراسات أخرى عن وجود فروق بينهم كما في دراسة (Dick, B., et al., 2007)، (Shahpurwala, 2015).

- كشفت دراسات المحور الثالث عن وجود علاقة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الأفراد ذوي المرض المزمن، ويمكن الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في صياغة فروض الدراسة.

فرض البحث:

- لا توجد فروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة بين المراهقين والراشدين ذوي المرض المزمن.
- لا توجد فروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة بين الذكور والإناث ذوي المرض المزمن.

■ لا توجد علاقة دالة احصائيا بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الذكور والإناث ذوي المرض المزمن من المراهقين والراشدين.

إجراءات البحث:

منهج البحث:

يُعد المنهج الوصفي والطريقة المقارنة هو المناسب في وصف البحث الحالي: نظرا لأنه يتمشى مع طبيعة أهداف هذا البحث، والتي تتمثل في الكشف عن الفروق في جودة الحياة تبعاً للنوع (ذكور وإناث) والعمر (مراهقين وشباب) لدى الأفراد ذوي المرض المزمن (مرض السكري).

المشاركون في البحث:

مجموعة التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات: قام الباحثون بتطبيق أدوات البحث على مجموعة التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات والتي بلغت (50) فردا مصابا بمرض السكري من المراهقين والشباب الذين يتلقون العلاج من مستشفيات محافظة كفرالشيخ.

المجموعة الأساسية: قام الباحثون بتطبيق أدوات البحث على العينة الأساسية والتي بلغت (108) فردا مصابا بمرض السكري من المراهقين والشباب الذين يتلقون العلاج من مستشفيات محافظة كفرالشيخ، ومن خارج مجموعة التحقق من فعالية الأدوات.

أدوات البحث:

تضمن البحث الحالي مقياس تقبل الألم المزمن (ترجمة الباحث الأول) وجودة الحياة (إعداد الباحث الأول) وذلك بعد الاطلاع على مجموعة من المقاييس التي تناولت جودة الحياة بصفة عامة، ولدى الأفراد المصابين بمرض السكري بصفة خاصة.

1- مقياس تقبل الألم المزمن.

للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، تم حساب الصدق والثبات، وقد تم تناولها كالتالي:

الصدق: قام الباحث بترجمة المقياس، ثم عرضه على مجموعة من المتخصصين في اللغة الانجليزية والصحة النفسية للتأكد من صحة الترجمة، ومدى مطابقتها للنص الأصلي للمقياس ومناسبتها لعينة الدراسة، بحيث لا تخل الترجمة بمضمون فقرات المقياس ليصبح في أفضل صورة ممكنة.

الثبات: قام الباحثون بحساب ثبات المقياس وذلك من خلال إعادة تطبيق المقياس بفواصل زمني مقداره أسبوعين على العينة الاستطلاعية وعددهم (50) فردا من مرضى السكري، وتم استخراج معامل الارتباط بين التطبيقين، ويوضح جدول (3) معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني لأبعاد مقياس تقبل الألم المزمن.

جدول (3)

معاملات الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني لأبعاد مقياس تقبل الألم المزمن (ن=50)

معامل الارتباط	المقياس الفرعي
**0,56	الإقبال على الحياة
**0,59	تحمل الألم
**0,64	الدرجة الكلية للمقياس

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والثاني كانت (0,56)، (0,59)، وهي دالة عند مستوى 0,01، مما يشير إلى وجود علاقة داله إحصائياً بين التطبيق الأول والثاني لأبعاد المقياس، وهذا يدل على ثباته وإمكانية استخدامه في الدراسة الحالية.

2- مقياس جودة الحياة

للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، تم حساب الصدق والثبات للمقياس، كما يلي:
الصدق: تم اختبار صدق هذه الأداة بصدق المحك، حيث استخدم الباحثون مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، تعريب بشرى إسماعيل (2008)
وتم حساب معامل الارتباط بين المقياسين، ويوضح جدول (4) معاملات الارتباط بين المقياس الأول والمقياس الثاني من إعداد منظمة الصحة العالمية تعريب بشرى إسماعيل (2008).

جدول (1)

صدق المحك لمقياس جودة الحياة

معامل الارتباط بين المقياسين	الأبعاد
**0,62	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (1) أن معاملات الارتباط بين المقياس الأول والمقياس الثاني إعداد منظمة الصحة العالمية تعريب بشرى إسماعيل (2008)، وقد بلغت 0,62، وهي دالة عند مستوى 0,01.

الثبات: قام الباحثون بحساب ثبات المقياس كالتالي:

وذلك من خلال إعادة تطبيق مقياس جودة الحياة بفواصل زمني مقداره أسبوعين على العينة الاستطلاعية وعددهم (50) فرداً من مرضى السكري، وتم استخراج معامل الارتباط بين التطبيقين، ويوضح جدول (3) معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني لأبعاد مقياس جودة الحياة.

جدول (3)

معاملات الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني لأبعاد مقياس جودة الحياة (ن=50)

معامل الارتباط	المقياس الفرعي
**0,53	الرضا العلاجي
**0,55	الخلو من الشكاوى البدنية
**0,58	الخلو من المشكلات الانفعالية
**0,51	التواصل الاجتماعي
**0,54	الفاعلية في الأنشطة
**0,61	الدرجة الكلية للمقياس

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والثاني لمقياس جودة الحياة تراوحت ما بين (0,51) إلى (0,58)، وهي دالة عند مستوى 0,01، مما يشير إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين التطبيق الأول والثاني لأبعاد مقياس جودة الحياة، وهذا يدل على ثبات المقياس وإمكانية استخدامه في الدراسة الحالية.

نتائج فروض البحث ومناقشتها:

قام الباحثون بمناقشة وتفسير نتائج ما تم التوصل إليه في هذا البحث في ضوء الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة التي تم التوصل إليها، وتبع ذلك مجموعة من التوصيات والدراسات المقترحة، وفيما يلي عرض لتلك النتائج.

ينص الفرض الأول للبحث على أنه "لا توجد فروق في تقبل المرض المزمن جودة الحياة بين المراهقين والراشدين ذوي المرض المزمن".

ولمعرفة اتجاه الفروق التي ترجع للعمر (مراهقين/ وراشدين) قام الباحثون بحساب قيمة "ت" لعينتين مستقلتين ودلالاتها الإحصائية بين المجموعتين في جودة الحياة لدى الأفراد ذوي المرض المزمن، ويوضح جدول (4) قيمة اختبار "ت" $t - test$ ودلالاتها الإحصائية بين المراهقين والراشدين في جودة الحياة، وهي على النحو التالي:

جدول (4)

قيمة "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق في جودة الحياة بين المراهقين والراشدين ذوي المرض المزمن" ن=108

المتغير	المقاييس الفرعية والدرجة الكلية	المجموعة	العدد المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
جودة الحياة	الرضا العلاجي	مراهقون	52	17.98	3.77	0.01
		راشدون	56	19.68		
	الخلو من الشكاوى البدنية	مراهقون	52	17.88	1.20	غير دالة
		راشدون	56	18.39		
	الخلو من المشكلات الانفعالية	مراهقون	52	16.47	1.28	غير دالة
		راشدون	56	17.07		
	التواصل الاجتماعي	مراهقون	52	17.03	2.37	0.01
		راشدون	56	18.28		
	الفاعلية في الأنشطة	مراهقون	52	16.03	2.35	0.01
		راشدون	56	17.14		
	الدرجة الكلية	مراهقون	52	85.13	3.25	0.01
		راشدون	56	90.33		
تقبل الألم المزمن	الإقبال على الحياة	مراهقون	52	13.07	2.38	0.01
		راشدون	56	13.96		
	تحمل الألم	مراهقون	52	13.03	1.58	غير دالة
		راشدون	56	13.69		
	الدرجة الكلية	مراهقون	52	26.11	2.26	0.01
		راشدون	56	27.66		

■ وأشارت النتائج التي تضمنها جدول (4) إلى ما يلي:

بالنسبة للرضا العلاجي: يتضح من جدول (4) أن قيمة "ت" للفروق بين المراهقين والراشدين في الرضا العلاجي بلغت (3.77)، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى (0,01)؛ وبالتالي يتضح

عدم تحقق هذا الفرض، حيث إن اتجاه الفروق في الرضا العلاجي التي ترجع للعمر هي لصالح الراشدين، فقد بلغ المتوسط الحسابي الراشدين (19.68) وانحراف معياري (2.39)، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن الرضا العلاجي يتطلب اجراء الفحوصات الطبية المطلوبة والتأكد من نسبة السكر باستمرار ونظرا لأن الراشدين قد اعتادوا على هذا المرض وعلى التأقلم معه لفترة زمنية أكثر من المراهقين، وبالتالي فهم أكثر رضا عن النظام العلاجي.

بالنسبة للخلو من للشكاوي البدنية: يتضح من جدول (4) أن قيمة "ت" للفروق بين المراهقين والراشدين في الخلو من الشكاوي البدنية بلغت (1.20)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا؛ وبالتالي يتضح تحقق هذا الفرض، حيث إنه لا توجد فروق في بعد الخلو من الشكاوي البدنية ترجع للعمر، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن قلة الشكاوي البدنية تعكس شعور الفرد المصاب بالسكري بأنه شخص عادي، وهذا يتحقق بالنسبة للمراهقين نظرا لطبيعة المرحلة التي تتميز بالقوة واللياقة والحركة والنشاط، كما أن الراشدين يحافظون على النظام العلاجي وبالتالي تقل لديهم الشكاوي البدنية.

بالنسبة للخلو من المشكلات الانفعالية: يتضح من جدول (4) أن قيمة "ت" للفروق بين المراهقين والراشدين في الخلو من المشكلات الانفعالية بلغت (1.28)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا؛ وبالتالي يتضح تحقق هذا الفرض، حيث إنه لا توجد فروق في بعد الخلو من المشكلات الانفعالية ترجع للعمر، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن عدم الفروق في بعد الشكاوي البدنية يعكس كذلك عدم الفروق في بعد الخلو من المشكلات الانفعالية والمخاوف الخاصة بالمرض المزمن

بالنسبة للتواصل الاجتماعي: يتضح من جدول (4) أن قيمة "ت" للفروق بين المراهقين والراشدين في التواصل الاجتماعي بلغت (2.37)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند (0,01)؛ وبالتالي يتضح عدم تحقق هذا الفرض، حيث إن اتجاه الفروق في التواصل الاجتماعي التي ترجع للعمر هي لصالح الراشدين، فقد بلغ المتوسط الحسابي للشباب (18.28) وانحراف معياري (2.83)، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن الزيادة في العمر الزمني للفرد تتيح له فرصة أكثر في التواصل الاجتماعي وتكوين العلاقات والصدقات، نظرا لتفهم طبيعة المرض للمحيطين بالفرد.

بالنسبة للفعالية في الأنشطة: يتضح من جدول (4) أن قيمة "ت" للفروق بين المراهقين والراشدين في الفعالية في الأنشطة بلغت (2.35)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى (0,01)؛ وبالتالي يتضح عدم تحقق هذا الفرض، حيث إن اتجاه الفروق في الفعالية في الأنشطة التي ترجع للعمر هي لصالح الراشدين، فقد بلغ المتوسط الحسابي للشباب (17.14) وانحراف معياري (2.76)، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن الفرد مع تقدمه في العمر يكون أكثر تواصلًا مع الآخرين وبالتالي يزداد مشاركته في الأنشطة المختلفة، وخاصة الأنشطة الاجتماعية.

بالنسبة للدرجة الكلية لجودة الحياة: يتضح من جدول (4) أن قيمة "ت" للفروق بين المراهقين والراشدين في الدرجة الكلية لجودة الحياة بلغت (3.25)، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى (0,01)؛ وبالتالي يتضح عدم تحقق هذا الفرض، حيث إن اتجاه الفروق في الدرجة الكلية لجودة الحياة التي ترجع للعمر هي لصالح الراشدين، فقد بلغ المتوسط الحسابي للشباب (90.33) وانحراف معياري (8.82)، وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (Dick, B., et al., 2007) التي توصلت إلي أن الأفراد الأكبر سنا أقل في جودة الحياة، كما تختلف مع دراسة (Griffith, 2014) التي اوضحت عدم وجود فروق في جودة الحياة ترجع للعمر، ويفسر الباحثون

هذه النتيجة بأن العمر الزمني للفرد المصاب بمرض مزمن يجعله قد اعتاد عليه وتوافق معه فيساير حياته بشكل طبيعي أكثر من ذي قبل وبالتالي يقبل علي الحياة فتتحسن لديه جودة الحياة.

بالنسبة لتقبل المرض المزمن: فقد جاءت النتائج مؤكدة وداعمة لنتائج جودة الحياة، حيث أن قيمة "ت" للفروق بين المراهقين والراشدين في الدرجة الكلية بلغت (2.26)، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى (0,01) وكان اتجاه الفروق في الدرجة الكلية للمقياس لصالح الراشدين، ويفسر ذلك بأن التقدم في العمر يجعل صاحبه يعايش المرض وبالتالي يتقبله ويرضي نفسه بوجوده.

ينص الفرض الثاني البحث على أنه " لا توجد فروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدي الذكور والإناث ذوي المرض المزمن.

ولمعرفة اتجاه الفروق التي ترجع للنوع (ذكور/ إناث) قام الباحثون بحساب قيمة "ت لعينتين مستقلتين ودلالاتها الإحصائية بين المجموعتين في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدي الأفراد ذوي المرض المزمن، ويوضح جدول (5) قيمة اختبار "ت" $T - test$ ودلالاتها الإحصائية بين الذكور والإناث في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، وهي على النحو التالي:

جدول (5)

قيمة "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدي الذكور والإناث ذوي المرض المزمن. $n=108$

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المجموعة	المقاييس الفرعية والدرجة الكلية	التنوع
غير دالة	0.66	2.23	19.00	69	الذكور	الرضا العلاجي	جودة الحياة
		2.88	18.66	39	الإناث		
غير دالة	0.26	2.12	18.18	69	الذكور	الخلو من الشكاوى البدنية	
		2.45	18.30	39	الإناث		
غير دالة	1.25	2.37	17.24	69	الذكور	الخلو من المشكلات الانفعالية	
		2.73	16.61	39	الإناث		
غير دالة	0.86	2.71	17.91	69	الذكور	التواصل الاجتماعي	
		2.85	17.43	39	الإناث		
غير دالة	1.27	2.52	16.92	69	الذكور	الفاعلية في الأنشطة	

الدرجة الكلية للمقياس	الذكور	الإناث	39	16.30	2.24	غير دالة	1.13
تقبل المرض	الذكور	الإناث	69	13.69	2.19	غير دالة	1.00
	الذكور	الإناث	39	14.10	1.66		
الدرجة الكلية	الذكور	الإناث	69	13.78	2.48	غير دالة	1.42
	الذكور	الإناث	39	14.41	1.58		
الدرجة الكلية	الذكور	الإناث	69	27.46	3.92	غير دالة	1.45
	الذكور	الإناث	39	28.51	2.90		

■ أشارت النتائج التي تضمها جدول (5) إلى ما يلي:

بالنسبة للرضا العلاجي: يتضح من جدول (5) أن قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في الرضا العلاجي بلغت (0.66)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً؛ وبالتالي يتضح تحقق هذا الفرض، حيث إنه لا توجد فروق في بعد الرضا العلاجي ترجع للنوع، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن الفرد عند إصابته بمرض مزمن فإنه يسعى للحصول على العلاج المناسب وبالتالي يتوافق معه ويرضى عن نظامه وهذا يتساوى فيه جميع الأفراد ذكورا وإناثا.

بالنسبة للخلو من الشكاوي البدنية: يتضح من جدول (5) أن قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في الخلو من الشكاوي البدنية بلغت (0.26)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً؛ وبالتالي يتضح تحقق هذا الفرض، حيث إنه لا توجد فروق في بعد الخلو من الشكاوي البدنية ترجع للنوع، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن قلة الشكاوي البدنية تعكس شعور الفرد المصاب بالسكري بأنه شخص عادي، وهذا يتحقق بالنسبة للذكور نظراً لطبيعتهم التي تتميز بالقوة واللياقة والحركة والنشاط، كما أن الإناث يحافظن على النظام العلاجي وبالتالي تقل لديهم الشكاوي البدنية.

بالنسبة للخلو من المشكلات الانفعالية: يتضح من جدول (5) أن قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في الخلو من الشكاوي البدنية بلغت (1.25)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً؛ وبالتالي يتضح تحقق هذا الفرض، حيث إنه لا توجد فروق في بعد الخلو من الشكاوي الانفعالية ترجع للنوع، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن رضا الفرد عن نظامه العلاجي وقلة الشكاوي من الأعراض الجانبية للمرض يعكس عدم وجود الفروق بين الذكور والإناث حول المشكلات الانفعالية والمخاوف الخاصة بمرض السكري.

بالنسبة للتواصل الاجتماعي: يتضح من جدول (5) أن قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في التواصل الاجتماعي بلغت (1.50)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً؛ وبالتالي يتضح تحقق هذا الفرض، حيث إنه لا توجد فروق في بعد التواصل الاجتماعي ترجع للنوع، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن هذا العصر هو عصر التواصل الاجتماعي، فالفرد إذا لم يستطع التواصل مع الآخرين ويتفاعل معهم فإنه يلجأ لتكوين العلاقات والصدقات عبر وسائل التواصل الاجتماعي التي أصبحت هي أداة العصر نظراً لسهولة التفاعل من خلالها والاشتراك فيها.

بالنسبة للفعالية في الأنشطة: يتضح من جدول (5) أن قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في الفعالية في الأنشطة بلغت (0.86)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً؛ وبالتالي يتضح تحقق هذا الفرض، حيث إنه لا توجد فروق في بعد الفعالية في الأنشطة ترجع للنوع، ويفسر الباحثون هذه النتيجة بأن مشاركة الأفراد في الأنشطة أصبحت متاحة للجميع؛ سواء كانت أنشطة اجتماعية أو رياضية أو فنية..... وأصبحت هذا الأنشطة خارج وداخل البيئة المدرسية.

بالنسبة للدرجة الكلية لجودة الحياة: يتضح من جدول (5) أن قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية لجودة الحياة بلغت (1.13)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً؛ وبالتالي يتضح تحقق هذا الفرض، حيث إنه لا توجد فروق في الدرجة الكلية لجودة الحياة ترجع للنوع، وتختلف نتائج هذا الدراسة مع دراسة (Dick, B., et al., 2007) التي أوضحت أن الإناث أكثر في جودة الحياة من الذكور، بينما اتفقت مع نتائج دراسة (Griffith, 2014) ودراسة (pedras, et, al, 2016) ودراسة (Dong, et al. 2020) والتي تبين فيهم عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في جودة الحياة، وقد اتفقت هذه النتيجة في الدرجة الكلية لجودة الحياة مع نتيجة المقاييس الفرعية، والتي تؤكد على عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في جودة الحياة.

بالنسبة لتقبل المرض المزمن: فقد جاءت النتائج مؤكدة وداعمة لنتائج جودة الحياة، حيث أن قيمة "ت" للفروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية وكذا المقاييس الفرعية كانت غير دالة إحصائياً، أي أنه لا توجد فروقا بين الذكور والإناث في تقبل المرض المزمن.

وبوجه عام يعلق الباحثون على نتائج البحث الحالي من أن الراشدين أكثر في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة من المراهقين نظراً لطبيعة المرحلة العمرية للراشدين والذين تعرضوا للعديد من الخبرات وعاشوا الكثير من القضايا والمشكلات، كما أنهم قد اعتادوا على وجود المرض المزمن، فتعايشوا معه فتحسنت لديهم جودة الحياة أكثر من ذي قبل وهم في مرحلة المراهقة. أما بالنسبة لعدم وجود الفروق في تقبل المرض المزمن وجودة الحياة تبعاً للنوع، فيرجع إلي تساوي الذكور والإناث في الخدمات المقدمة لهم، سواء الخدمات العلاجية أو الصحية، كما أن المجتمع يوفر لهم كافة الأنشطة المختلفة، ويوفر للجميع سبل التواصل بكافة أنواعه وأشكاله.

ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد علاقة دالة إحصائية بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة لدى الذكور والإناث ذوي المرض المزمن من المراهقين والراشدين.

للتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد ذوي المرض المزمن على مقياس تقبل المرض المزمن ومقياس وجودة الحياة، والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة.

جدول (6)

معاملات الارتباط بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة

العينة الكلية	المراهقون	الراشدون	الإناث	الذكور ن=69	تقبل المرض المزمن	جودة الحياة
ن=108	ن=52	ن=56	ن=39			
						الرضا العلاجي
	*0,32	*0,28	**0,48	**0,33		
	*0,25	**0,36	**0,43	**0,34		الخلو من الشكاوى البدنية
	*0,35					
	*0,34	*0,26	**0,46	*0,27		الخلو من المشكلات الانفعالية
	*0,28					
	*0,34	*0,27	**0,52	*0,25		التواصل الاجتماعي
	*0,23					
	*0,31	**0,35	*0,34	*0,24		الفاعلية في الأنشطة
	*0,25					
	*0,37	**0,38	**0,59	**0,39		الدرجة الكلية
	*0,30					

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

بالنسبة لعينة الذكور: وجدت علاقة دالة موجبة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، حيث بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لتقبل المرض المزمن والدرجة الكلية وجودة الحياة (0,39)، وهي دالة عند مستوى 0,01، وهو يعني أنه كلما كان الفرد متقبلاً لمرضه المزمن كلما كان لديه جودة حياة أكثر.

بالنسبة لعينة الإناث: وجدت علاقة دالة موجبة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، حيث بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لتقبل المرض المزمن والدرجة الكلية وجودة الحياة (0,59)، وهي دالة عند مستوى 0,01، وهو يعني أنه كلما كان الفرد متقبلاً لمرضه المزمن كلما كان لديه جودة حياة أكثر.

بالنسبة لعينة الراشدين: وجدت علاقة دالة موجبة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، حيث بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لتقبل المرض المزمن والدرجة الكلية وجودة الحياة (0,38)، وهي دالة عند مستوى 0,01، وهو يعني أنه كلما كان الفرد متقبلاً لمرضه المزمن كلما كان لديه جودة حياة أكثر.

بالنسبة لعينة المراهقون: وجدت علاقة دالة موجبة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، حيث بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لتقبل المرض المزمن والدرجة الكلية وجودة الحياة (0,37)، وهي دالة عند مستوى 0,05، وهو يعني أنه كلما كان الفرد متقبلاً لمرضه المزمن كلما كان لديه جودة حياة أكثر.

بالنسبة للعينة الكلية: وجدت علاقة دالة موجبة بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، حيث بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لتقبل المرض المزمن والدرجة الكلية وجودة الحياة (0,30)، وهي دالة عند مستوى 0,05، وهو يعني أنه كلما كان الفرد متقبلاً لمرضه المزمن كلما كان لديه جودة حياة أكثر.

ومما سبق يتضح العلاقة الإيجابية بين تقبل المرض المزمن وجودة الحياة، ويفسر ذلك تقبل الفرد لحاله من مرض وغيره من أعباء الحياة يستقر باله ويهدأ فؤاده وبالتالي يشعر بالرضا، ويقبل على الحياة ذلك بصفة عامة، والمريض السكري فهو يرضي عن نظامه العلاجي ولا يكثر من شكاوى مرضه، ويتواصل مع الآخرين ويشترك في الأنشطة المختلفة فتتحسن جودة حياته.

✍️ توصيات البحث: من خلال ما توصلت إليه نتائج البحث يوصي الباحثون بما يلي:

- متابعة ما توصل إليه الطب في مجال العلاج الخاص بالأمراض المزمنة، وتطبيق كل إرشادات الطبيب من أجل الوصول لصحة جيدة وتجنب المضاعفات.
- ضرورة الكشف المبكر للأفراد وعمل التحاليل باستمرار للحد من مرض السكري.
- مراعاة الجوانب الإيجابية لجودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسكري لتنمية الصحة النفسية ووقايتهم من تدهور حالتهم الصحية، والعمل على وجود برامج رياضية تساعد مرضى السكري على التعايش مع المرض.
- توفير بيانات مناسبة قائمة على أسس علمية، تراعي هؤلاء التلاميذ ذوي المرض المزمن، وتتيح لهم فرص النمو الطبيعي.
- زيادة وعي الأسرة وخاصة من لديهم مريض سكري، من خلال تعريفهم بمرض السكري من أجل الحفاظ على صحة الأبناء وتجنب المضاعفات التي قد تنتج عنه، وعمل برامج لتدريب الوالدين على التعامل مع غيبوبة السكر عند أبنائهم المصابين.

✍️ بحوث مقترحة: يمكن إجراء البحوث التالية:

- إجراء دراسة مماثلة تتناول (القولون العصبي، التهاب الكبد الوبائي) لدى المعلمين.
- إجراء دراسة مماثلة تتناول جودة الحياة لدى الأفراد العاديين.
- دراسة للبروفيل النفسي للمراهقين ذوي المرض المزمن مرتفعي ومنخفضي جودة الحياة.
- الديناميات النفسية للمراهقين ذوي المرض المزمن "دراسة حالة".
- دراسة مقارنة بين الجنسين في بعض جودة الحياة لدى عينة من ذوي المرض المزمن تبعاً للحالة الاقتصادية والاجتماعية.
- دراسة مقارنة في جودة الحياة لدى الأفراد ذوي المرض المزمن والعاديين.
- برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة للمراهقين ذوي المرض المزمن.
- برنامج عقلائي انفعالي لتنمية جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بمرض السكري.
- برنامج قائم على التقبل والالتزام لتنمية جودة الحياة لدى المراهقين ذوي مرض السكري.

مراجع البحث:

المراجع العربية

القران الكريم.

أحمد عمر مختار. (2008). معجم اللغة العربية المعاصرة، القاهرة: عالم الكتب.

آمال عبد السميع باظلة (2012). جودة الحياة النفسية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

أمل إبراهيم أبو بكر (2015). الضغوط النفسية لمرضى السكري وعلاقتها بجودة الحياة بمحلية أم درمان، رسالة ماجستير، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.

حنان مجدي صالح سليمان (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق " دراسة سيكومترية كينيكية "، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

روبرت أل. ليهي (2010). علاج القلق؛ سبع خطوات لمنع القلق من إعاقة حياتك، الرياض: مكتبة جرير.

زينب محمود شقير (2009). بطارية تشخيص معايير جودة الحياة (للعادين وغير العادين). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

محمد السعيد أبو حلاوة (2014). علم النفس الإيجابي ماهيته ومنطلقاته النظرية وأفاقه المستقبلية، مصر، مؤسسة العلوم النفسية العربية.

محمد بن أبي بكر الرازي (1986): مختار الصحاح، بيروت مكتبة لبنان.

منظمة الصحة العالمية (1995). مقياس جودة الحياة الصورة المختصرة، تعريف بشري إسماعيل أحمد (2008). الذكاء الروحي وعلاقته بجودة الحياة، مجلة رابطة التربية الحديثة- مصر، (2)، ج1، 313-389.

هدى جعفر حسن (2006). مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية، مجلة العلوم الاجتماعية، (34)، ج1، 47-93.

يزيد شويعل (2016). العلاقة بين الأنماط السلوكية أ، ب وأساليب التعامل مع الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري " دراسة ميدانية "، مجلة دراسات لجامعة الأغواط، (43)، 192-215.

المراجع العربية مترجمة للغة الإنجليزية:

The Holy Quran.

- Abu Bakr, A. I. (2015). Psychological stress of diabetic patients and their relationship to quality of life in Omdurman locality, Master's thesis, Sudan University of Science and Technology.
- Abu Halawa, M. A. (2014). What is Positive Psychology, its theoretical premises and future prospects, Egypt, Arab Psychological Sciences Foundation.
- Al-Razi, M. A. (1986): Mukhtar al-Sahah, Beirut, Lebanon Library.
- Baza, A. A. (2012). Psychological quality of life. Cairo: Anglo-Egyptian Library.
- Hassan, H. J. (2006). Diabetes and its relationship to some psychological factors and personality traits, Journal of Social Sciences, (34), Part 1, 47-93.
- Leahy, R. L (2010). anxiety treatment; Seven steps to prevent anxiety from hindering your life, Riyadh: Jarir Bookstore.
- Mukhtar, A. O (2008). Dictionary of Contemporary Arabic Language, Cairo: World of Books.
- Shuayel, Y. (2016). The relationship between behavioral patterns A and B, methods of dealing with psychological stress and quality of life among diabetic patients, "A field study", Journal of Studies of the University of Laghouat, (43), 192-215.
- Shukair, Z. M. (2009). Quality of life criteria diagnostic battery (for normal and abnormal). Cairo: Anglo-Egyptian Library.
- Suleiman, H. M. (2009). Social support and its relationship to quality of life for adolescent diabetics "a clinical psychometric study", Master's thesis, Faculty of Education, Zagazig University.
- WHOQoL Group (1995). Quality of Life Scale The short image, Arabization Bushra Ismail Ahmed (2008). Spiritual intelligence and its relationship to quality of life, Journal of the Modern Education Association - Egypt, (2), vol. 1, 313-389.

المراجع باللغة الأجنبية:

- Bergman, S., Thorstensson, C., & Andersson, M. L. (2019). Chronic widespread pain and its associations with quality of life and function at a 20-year follow-up of individuals with chronic knee pain at inclusion. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 592.
- Davidson, T. A., Caldwell, E. S., Curtis, J. R., Hudson, L. D., & Steinberg, K. P. (1999). Reduced quality of life in survivors of acute respiratory distress syndrome compared with critically ill control patients. *Jama*, 281(4), 354-360.
- Dick, B., Rashiq, S., Zhang, J., & Ohinmaa, A. (2007). The impact of chronic pain on quality of life. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 54(1), 44579-44579.
- Dick, B., Rashiq, S., Zhang, J., & Ohinmaa, A. (2007). The impact of chronic pain on quality of life. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 54(1), 44579-44579.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (2009). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In *Assessing well-being* (pp. 213-231). Springer, Dordrecht.
- Dong, D., Lou, P., Wang, J., Zhang, P., Sun, J., Chang, G., & Xu, C. (2020). Interaction of sleep quality and anxiety on quality of life in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1-7.
- Fish, R. A., McGuire, B., Hogan, M., Morrison, T. G., & Stewart, I. (2010). Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain*, 149(3), 435-443.
- Golobich, J., & Dudzik, J. (2011). Effective Psychoeducational Interventions For Young Individuals with Diabetes: A Systematic Literature Review (*Doctoral dissertation*, The College of St. Scholastica).
- Goode, D. A. (1990). Thinking about and discussing quality of life. *Quality of life: Perspectives and issues*, 41-57.



- Griffith, L. (2014). The psychological underpinnings of diabetes-management for young people: An examination of relevant literature and lived experiences. *Journal submission guidelines*, 2, 1.
- Harrison, M. B. (2012). *A qualitative service evaluation of the usefulness of a group based acceptance and commitment therapy programme for chronic pain* (Doctoral dissertation).
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 26(5), 393-402.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 26(5), 393-402.
- Juarascio, A. S., Schumacher, L. M., Shaw, J., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 42-47.
- Katschnig, H. (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry?. *Current opinion in Psychiatry*, 10(5), 337-345.
- Kent, D. A. (2011). Factors that Impact Quality of Life in Young Adults with Type I Diabetes. University of Illinois at Chicago, *Health Sciences Center*.
- Kent, D. A. (2011). Factors that Impact Quality of Life in Young Adults with Type I Diabetes. University of Illinois at Chicago, *Health Sciences Center*.
- Langeveld, J. H., Koot, H., & Passchier, J. (1999). Do experienced stress and trait negative affectivity moderate the relationship between headache and quality of life in adolescents?. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(1), 1-11.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- MOMTAZ, Y., Hamid, T. A., Ibrahim, R., Yahaya, N., & Abdullah, S. S. (2012). Moderating effect of Islamic religiosity on the relationship between chronic medical conditions and psychological well-being among elderly Malays. *Psychogeriatrics*, 12(1), 43-53.
- Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, M. D. G. (2016). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer. *Revist da Associação Médica Brasileira*, 62(2), 171-178.
- Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, M. D. G. (2016). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer. *Revist da Associação Médica Brasileira*, 62(2), 171-178.
- Rothschild, C. L. (2010). Emotional distress as a key construct in the personal model of diabetes management: associations of fatigue, diabetes-specific distress, and depressive symptomatology with quality of life in type 2 diabetes mellitus. University of Louisville.
- Shahpurwala, Z. (2015). Youth with Type 1 Diabetes Mellitus: An Examination of Adolescents' Illness Perceptions and Associated Impact on Health-related Quality of Life (*Doctoral dissertation*, University of Mississippi).
- Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87(1), 4-14.
- Tripp, D. A., Nickel, J. C., Shoskes, D., & Koljuskov, A. (2013). A 2-year follow-up of quality of life, pain, and psychosocial factors in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their spouses. *World journal of urology*, 31(4), 733-739.



-
- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2(2), 153-159.
- Winter, C (2011). Diabetes-related self-efficacy in pediatric patients with diabetes type 1 and its relationship with health-related quality of life. *Doctoral dissertation*. University of San Francisco, United States.