



جامعة الزقازيق
كلية التربية
قسم الصحة النفسية

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق دراسة سيكومترية كLINIكية

رسالة مقدمة من الباحثة

حنان مجدى صالح سليمان

لنيل درجة الماجستير فى التربية
تخصص صحة نفسية

إشراف

الأستاذ الدكتور
عبد الباسط متولى خضر
أستاذ الصحة النفسية
وكيل كلية التربية لشئون البيئة والمجتمع
جامعة الزقازيق

الأستاذ الدكتور
محمد السيد عبد الرحمن
أستاذ الصحة النفسية
عميد كلية التربية سابقاً
جامعة الزقازيق

1430 هـ - 2009

المكتبة الإلكترونية



www.gulfkids.com



جامعة الزقازيق
كلية التربية
قسم الصحة النفسية

رسالة ماجستير
الطالبة : حنان مجدي صالح سليمان
المقدمة في التربية { تخصص صحة نفسية }

عنوان الرسالة باللغة العربية : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض
السكر المراهق دراسة سيكومترية اكلينيكية
عنوان الرسالة باللغة الإنجليزية :
Social Support in relation to Quality of life in Diabetic Adolescent.

لجنة الإشراف :

- 1_ أ.د / محمد السيد عبد الرحمن
أستاذ الصحة النفسية وعميد كلية التربية الأسبق _ جامعه الزقازيق
- 2_ أ.د / عبد الباسط متولى خضر
أستاذ الصحة النفسية ووكيل كلية التربية لشئون البيئة _ جامعه الزقازيق

تاريخ التسجيل : 2008/1/1
تاريخ المناقشة : 2009/8/17

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأُدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ "

صدق الله العظيم

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة

مقدمة :

تمثل مرحلة المراهقة مرحلة متميزة من حيث خصائصها عن غيرها من المراحل فهي فترة استيقاظ الانفعالات والحاجات المختلفة وفترة ظهور ووضوح القدرات والإمكانيات الجسمية والعقلية وغيرها ، وعند الإصابة بمرض مزمن في هذه المرحلة الحرجة يتأثر شعور الفرد بجودة حياته ، فهناك علاقة وثيقة بين عامل الصحة والحياة ، وتختلف رؤية المريض للحياة بعد الإصابة بالمرض ، ومن هنا يحتاج إلى المساندة بأنواعها المختلفة ومن مصادرها المختلفة كي يستطيع التكيف والتعايش مع مرضه ، وينظر للحياة بنظرة أكثر شمولاً ، فالصحة جزء من الشعور بجودة الحياة وليست الحياة ككل ، ومن هنا يجب التأكيد على قدرات وامكانيات المريض واستغلالها ، فجودة الحياة هي قدرة الإنسان الداخلية التي تكمن في كافة تفاصيل سلوكه ، وتصرفاته ، واتجاهاته التي ينتهجها ، المهم أن تعطي الفرد معنى ايجابي للحياة يجعله سعيداً ، راضياً ، محققاً لذاته ، في ضوء الظروف التي يمر بها ، وفي ضوء عادات وتقاليده المجتمع الذي يعيش بين طياته .

مشكلة الدراسة :

تكمن مشكلة الدراسة في تناولها أحد الحاجات النفسية الهامة للفرد حيث تتأثر صحته النفسية بصفة عامة ، وجودة حياته بصفة خاصة بمدى اشباع حاجته الى المساندة في أهم مراحل حياته وهي المراهقة خاصة مع معاناته بمرض مزمن كالسكر ، واهتمت الباحثة بدراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق نظراً لندرة الدراسات التي تناولت العلاقة بين هذين المتغيرين - في حدود علم الباحثة - .

أهمية الدراسة :

تتبع أهمية الدراسة من انتشار مرض السكر خاصة في مجتمعاتنا وذلك لأسباب عديدة منها الوراثية ومنها المكتسبة نتيجة للعادات الغذائية الخاطئة أو التعرض لضغوط نفسية شديدة ومدى تأثير هذا المرض على الفرد خاصة في أخرج مراحل حياته وهي مرحلة المراهقة ومدى احتياجه للمساندة من قبل الآخرين وإلى أى مدى تؤثر هذه المساندة على جودة حياته.

أهداف الدراسة :

- 1- التعرف على أنواع المساندة التي يمكن تقديمها للمراهق مريض السكر في مرحلة المراهقة .
- 2- التعرف على مصادر المساندة المختلفة التي يحتاجها المراهق مريض السكر.
- 3- التعرف على أثر جنس المراهق في ادراكه للمساندة الاجتماعية المقدمة له .
- 4- التعرف على أثر جنس المراهق في شعوره بجودة الحياة .
- 5- التعرف على أنواع المساندة المنبئة والمؤثرة على جودة حياة مريض السكر المراهق.
- 6- التعرف على أهم العوامل المؤثرة في شعور الفرد بجودة الحياة لدى المراهقين الاعلى والأقل شعوراً بجودة الحياة .

مصطلحات الدراسة :

1- المساعدة الإجتماعية Social support

2- جودة الحياة Quality of life

فروض الدراسة :

- 1- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين تقديم أنواع مختلفة للمساعدة الاجتماعية وجودة الحياة لمريض السكر المراهق .
- 2- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مصادر المساعدة المقدمه وجودة الحياة لمريض السكر المراهق .
- 3- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) في ادراك المساعدة الاجتماعية .
- 4- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) في الشعور بجودة الحياة .
- 5- تنبئ بعض أنواع المساعدة الاجتماعية دون غيرها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر
- 6- تختلف شخصية مريض السكر المراهق باختلاف جودة الحياة لديه .

منهج الدراسة :

إستخدمت الباحثة المنهج السيكمترى والكلينيكى في تناولها لمتغيرات الدراسة .

أدوات الدراسة :

لدراسة العلاقة بين المساعدة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق استخدمت الباحثة المقاييس التالية :

- 1- مقياس المساعدة الاجتماعية لمريض السكر المراهق (إعداد : الباحثة)
- 2- مقياس جودة الحياة لمريض السكر المراهق (إعداد : الباحثة)
- 3- استمارة بيانات أولية عن الأسرة (إعداد : الباحثة)
- 4- استمارة دراسة حالة (إعداد : الباحثة)

حدود الدراسة :

يتحدد مجال الدراسة الحالية بالحدود التالية :

الحدود الجغرافية :

تم تطبيق الدراسة الحالية على المراهقين مرضى السكر من طلاب المراحل الإعدادية والثانوية والجامعية من محافظات الدقهلية ، الغربية ، دمياط ، دمياط الجديدة .

الحدود البشرية :

أ- بالنسبة للدراسة السيكومترية :

استخدمت الباحثة مجموعتين من مرضى السكر المراهقين من الذكور والإناث من محافظات (الدقهلية ، الغربية ، دمياط ، دمياط الجديدة) ، تراوحت أعمارهم ما بين (13 – 21) عام .

المجموعة الأولى : تمثل العينة الاستطلاعية وقوامها (30) من المراهقين مرضى السكر (10 ذكور ، 20 إناث) من طلاب المراحل الإعدادية ، الثانوية ، والجامعية ، بهدف حساب الثبات والصدق للمقاييس المستخدمة .

المجموعة الثانية : تمثل العينة الأساسية وقوامها (101) من المراهقين مرضى السكر (40 ذكور ، 61 إناث) من طلاب المراحل الإعدادية ، الثانوية ، والجامعية ، بهدف اختبار صحة الفروض .

ب- بالنسبة للدراسة الكلينيكية :

تمثلت العينة الكلينيكية في أربع حالات طرفية مقسمة كالآتي:

(2) ذوى الدرجة الأعلى على مقياس جودة الحياة (1 ذكور ، 1 إناث) .

(2) ذوى الدرجة الأقل على مقياس جودة الحياة (1 ذكور ، 1 إناث) .

الأساليب الإحصائية :

في ضوء أهداف وفروض الدراسة الحالية ، استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات واختبار صحة الفروض وتمثلت في ما يلي :

1- معامل الارتباط لـ (بيرسون) .

2- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات .

3- تحليل التباين .

4- تحليل الانحدار متعدد الخطوات .

نتائج الدراسة :

1- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية المقدمة والدرجة الكلية لجودة الحياة ، بل تعدى ذلك ليصل إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد جودة الحياة .

2- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين جميع مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة ، بينما كانت العلاقة غير دالة بالنسبة لمساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة .

3- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) في ادراك المساندة الاجتماعية بشكل عام ، بينما وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث من مرضى السكر في ادراك المساندة من قبل الأصدقاء لصالح الإناث .

- 4- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) في الشعور بجودة الحياة بشكل عام ، بينما وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكر في الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث .
- 5- يمكن لبعض أنواع المساعدة الاجتماعية التي تقدم من بعض مصادر المساعدة دون غيرها على التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها ، وكانت على الترتيب المساعدة بالمعلومات من قبل الأسرة يليها المساعدة النفسية من قبل الأصدقاء يليها المساعدة المادية من قبل الأسرة .
- 6- كشفت الدراسة الكليينكية عن وجود بعض العوامل المؤثرة في شعور المراهق مريض السكر بجودة الحياة .

أولاً : فهرس الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع	م
9-1	الفصل الأول : مدخل الدراسة	
2	مقدمة	1
4	مشكلة الدراسة	2
5	أهمية الدراسة	3
5	أهداف الدراسة	4
6	مصطلحات الدراسة	5
8	منهج الدراسة	6
8	أدوات الدراسة	7
8	حدود الدراسة	8
94-10	الفصل الثاني: التراث النظري	
35-10	المساندة الاجتماعية	أولاً
10	مفهوم المساندة الاجتماعية	1
13	نظريات تفسير المساندة الاجتماعية	2
15	حاجة مريض السكر للمساندة	3
19	النماذج الرئيسية لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة	4
22	أهمية المساندة الاجتماعية للمرضى	5
23	أنواع ، ومصادر المساندة للمرضى	6
29	الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على وجود مريض بالسكر داخل الأسرة	7
30	آليات مساندة المريض	8
76-36	جودة الحياة	ثانياً
36	بداية ظهور مفهوم جودة الحياة Quality of life	1
37	مفهوم جودة الحياة	2
38	تعريف جودة الحياة من وجهات النظر المختلفة	3
42	أهم مؤشرات جودة الحياة	4
43	النماذج المفسرة لجودة الحياة	5
44	مكونات جودة الحياة	6
47	أبعاد ومظاهر جودة الحياة	7
48	معوقات جودة الحياة	8
52	كيفية الوصول لجودة الحياة	9
67	آليات الشعور بجودة الحياة لدى المرضى	10
75	أثر الشعور بجودة الحياة على حياة المريض	11
94-77	مرض السكر	ثالثاً
77	حجم انتشار مرض السكر	1
-79	الجوانب العضوية لمرض السكر	2
79	- المفهوم	

79	- الأعراض	
80	- الأنواع	
81	- الأسباب	
84	- الإكتشاف	
86	- مرض السكر وعلاقته ببعض الأمراض الأخرى	
91	- نصائح هامة لمرضى السكر	
93	العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكر	3
118-96	الفصل الثالث : الدراسات السابقة	
96	دراسات تناولت المساندة الإجتماعية لدى مرضى السكر وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية	أولاً
103	دراسات تناولت جودة الحياة لدى مرضى السكر وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية	ثانياً
110	دراسات ربطت بين المساندة الإجتماعية وجودة الحياة	ثالثاً
158-120	الفصل الرابع: إجراءات الدراسة	
120	منهج الدراسة	أولاً
120	عينة الدراسة	ثانياً
121	أدوات الدراسة	ثالثاً
	إجراءات الدراسة	رابعاً
	الاساليب الإحصائية	خامساً
	الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها	
	نتائج الدراسة السيكومترية	أولاً
	نتائج الفرض الأول	
	نتائج الفرض الثاني	
	نتائج الفرض الثالث	
	نتائج الفرض الرابع	
	نتائج الفرض الخامس	
	تعليق على نتائج الدراسة السيكومترية	
	نتائج الدراسة الكلينية	ثانياً
	الحالة الأولى	
	الحالة الثانية	
	الحالة الثالثة	
	الحالة الرابعة	
	تعليق عام على نتائج الدراسة السيكومترية الكلينية	ثالثاً
	توصيات الدراسة	رابعاً
	البحوث المقترحة	خامساً
	مراجع الدراسة	
	المراجع العربية	أولاً
	المراجع الأجنبية	ثانياً
	ملخص الدراسة باللغة العربية	
	ملاحق الدراسة	

الفصل الأول

المدخل إلى الدراسة

- مقدمة .
- مشكلة الدراسة .
- أهمية الدراسة .
- أهداف الدراسة .
- مصطلحات الدراسة .
- منهج الدراسة .
- أدوات الدراسة .
- حدود الدراسة .

الفصل الأول

مدخل الدراسة

مقدمة :

لاحظ بعض العلماء والفلاسفة أن أحداث الحياة الضاغطة لا تؤدي بالضرورة الى الاكتئاب والعزلة... الخ بل أن بعض هذه الخبرات يمكن أن تحقق هدفا ما فيظهر معنى الحياة وتفرز بعض المصادر الاجتماعية وتعرف بقيمة العلاقات الاجتماعية" المساندة الاجتماعية والتعاون" (106 : Taylor, et al, 2000) بل أن المرضى في دراسة فيني(1986) viney وورثمان وسيلفر(1987) Wortman & Silver سجلوا انفعالات ايجابية " كالسعادة والانبساطية " أكثر من غير المرضى (Fnlkman & Moskowitz 2000,p648) فبدأ اهتمام علماء النفس بالخبرة الذاتية الايجابية والسمات الشخصية الايجابية والعادات الايجابية لأنها تؤدي الى تحسن جودة الحياة . (جابر عبد الحميد , 2005 : 87) .

وترى الباحثة إن احساس الفرد بنفسه يأتي من خلال معاملته الآخرين له , خاصة من قبل الأسره التي نشأ وترعرع فيها مروراً بالأصدقاء الذين يؤثر فيهم ويتأثر بهم ويعود تاره أخرى الى الأسره فهي البوتقة التي تظهر الفرد تفتنقى سلوكياته ورغباته من أى شائبة قد تعيق تكيفه وتوافقته النفسى فيما بعد ، ويظهر أهمية المعلمون في مثل هذه المرحلة الحرجة من حياة الفرد ، حيث يقضي المراهق معظم وقته بين أقرانه ومعلميه داخل حجرات الدراسة ولاشك أنهم يؤثرون فيه ليس فقط علمياً بل سلوكياً ونفسياً أيضاً ، وبالنسبة للمرضى يظهر دور الطبيب المعالج في تقديم الرعاية الصحية والطبية التي يحتاجها المريض ولن يتقبل المريض هذا الدور إلا من خلال تقبله للطبيب نفسه ، فهناك اوقات طويلة وعصيبة يقضيها الفرد مع الأطباء ، فلاشك إنه إن عاش الفرد فى بيئه تشعرة بالحب والتقبل تعلم أن يكون محبا .

ومن هنا تظهر أهمية المساندة الاجتماعية , فمن منا لا يحتاج الى الدعم والمساندة من قبل الآخرين ، وإن كان هذا شعور الأسوياء أو من يظنون أنهم أسوياء فإن هذا الإحتياج يكون فى أوجه عند الشعور بالألم خاصة إذا كان هذا الألم لا ينتهى " مرض مزمن " وكان هذا المرض هو الأكثر انتشارا فى مجتمعاتنا نتيجة لما تلعبه كل من الوراثة والعادات الغذائية السيئة فى انتشار وظهور هذا المرض وهو مرض السكر ، فالسكر مرض مراوغ يتسلل إلى الجسم ببطء وبعد نجاحه فى التسلل يؤثر على أعضاء الجسم ويضعف من قدرتها على أداء وظائفها اللازمة لحيوية الجسم ، وما أن يعلم الإنسان أنه مريض بالسكر حتى يصاب بالخوف والهلع والكآبة من مضاعفات هذا المرض .

وتكمن خطورة هذا المرض فى الأطفال والشباب فى حدوث الإصابة بمضاعفات فى كل " الأوعية الدموية " حيث أن ضيق وانسداد الشرايين يزداد بين مرضى السكر ويرفع من معدلات حدوث غرغرينا بالأطراف ، كذلك تأثيرات المرض على " العين " فعالمياً يعتبر السكر ثالث سبب لفقدان الإبصار فخطورته واضحة فلا يترك أى جزء منها إلا ويؤثر فيه مع ملاحظة أن مضاعفات المرض فى العين لا تظهر إلا بعد عشر سنوات فى المرضى الذين أصيبوا بالسكر قبل سن الثلاثين ، بالإضافة إلى تأثيره على " الكلى " حيث تشير الإحصائيات أن مرض السكر يتسبب بنسبة (14%) فى الإصابة بالفشل الكلوى المزمن ، كما يتبين أيضا أن ثلث مرضى السكر لديهم مضاعفات بالكليتين ، ومع بداية مرحلة البلوغ (المراهقة) ينتشر المرض فى الفتيات أكثر من الأولاد ومن الثابت علمياً أن السكر يؤثر على " الوظائف التناسلية " للمرأة فى جميع مراحل حياتها ، فإذا ما وصلت المرأة لمرحلة الحمل وهى مصابة بهذا المرض تزداد احتمالات الإجهاض وحدوث تشوهات للجنين فيؤكد معظم الأطباء على أن ارتفاع أو انخفاض السكر لدى السيدة الحامل غالبا ما يؤدي إلى قصور فى الدورة الدموية بالمشيمة المغذية للجنين

ويترتب على ذلك حدوث جلطات بالحبلى السرى المغذى للجنين وقد يؤدي للإجهاد ... أى أنه - مرض السكر - بداية لسلسلة متواصلة من الأمراض المزمنة الأخرى وبالتالي فهو يؤثر على حيوية الإنسان بصفة عامة فيصيبه بالشيخوخة المبكرة والضعف الجنسي. (طبيبك الخاص ، 2007 : 45-73)

من هنا تظهر أهمية الدراسة فى هذا المجال خاصة فى مرحلة المراهقة فكما أكد (أحمد شعبان عطية ، 1994 : 182) بأن مرحلة المراهقة تمثل مرحلة متميزة من حيث خصائصها عن غيرها من المراحل فهى فترة استيقاظ الانفعالات والحاجات المختلفة وفترة ظهور ووضوح القدرات والإمكانات الجسمية والعقلية وغيرها ، فالحاجات النفسية للأفراد فى هذه المرحلة من المتوقع أن تختلف عن غيرها من المراحل سواء من حيث النوعية أو من حيث الأهمية النسبية من تلك الحاجات ، كما يختلف أيضاً سعى الفرد لإشباع تلك الحاجات ، وإذا لم يجد الفرد الوسيلة المناسبة لإشباع تلك الحاجات فإنه قد يلجأ إلى طرق ملتوية أو منحرفة لإشباعها قد تؤثر على الفرد كما تؤثر على المجتمع لا سيما فى مرحلة المراهقة لما يتمتع به المراهق من حماس وحيوية واندفاع بجانب نقص الخبرة فى الحياة .

وترى (فوقية حسن عبد الحميد ، 2005 : 101) أن من أهم معوقات جودة الحياة هى ضغوط الحياة " تسبب ضغوط الحياة التى يواجهها الإنسان وخاصة ضغط العمل العديد من الأمراض منها أمراض القلب والقرحة وغيرها من الأمراض الأخرى " ، وتعتبر الصحة مكون من المكونات الهامة للشعور الذاتى بالهناء وحسن الحال ، فهى بحق أحد العناصر الموضوعية وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسعادة ، ويرى البعض أن الصحة هى واحدة من أسباب السعادة الرئيسية (مايكل أرجايل ، 1993 : 227) .

وإن كانت المساندة الاجتماعية أحد الحاجات الهامة التى يجب اشباعها ، فإن لها تأثير مباشر على الإنسان ومدى شعوره بجودة حياته ذلك أن لجودة الحياة مظاهر متعددة وهى تتمثل فى خمس حلقات :

الحلقة الأولى : العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال.

الحلقة الثانية : اشباع الحاجات والرضا عن الحياة.

الحلقة الثالثة : إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية واحساسه بمعنى الحياة.

الحلقة الرابعة : الصحة والبناء البيولوجى واحساس الفرد بالسعادة.

الحلقة الخامسة : جودة الحياة الوجودية . (حسن مصطفى ، 2005 : 18-20)

مشكلة الدراسة :

تتناول هذه الدراسة أحد الحاجات النفسية الهامة للفرد حيث تتأثر صحته النفسية بصفة عامة ، وجودة حياته بصفة خاصة بمدى اشباع حاجته الى المساندة فى أهم مراحل حياته وهى المراهقة خاصة مع معاناته بمرض مزمن كالسكر ، ويرجع إحساس الباحث بالمشكلة إلى هناك إرتفاع فى نسبة انتشار مرض البول السكرى فى كل الأعمار شاملة من الطفولة والمراهقة ومن المتوقع أن تكون مصر إحدى الدول العشرة التى لديها أكبر نسبة من المصابين بالمرض من البالغين فى عام 2025 (جمهورية مصر العربية : المعهد القومي للتغذية)

http://www.nni.org.eg/Nutrition%20Education/Diabetes%20%20N_Ar.html

ويمكن تحديد مشكلة الدراسة في عدد من التساؤلات وهي :

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين درجات المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر ؟
- 2- هل تختلف درجة جودة الحياة للمراهق مريض السكر باختلاف أنواع المساندة المقدمة له (المساندة النفسية ، المساندة المادية ، المساندة بالمعلومات) ؟
- 3- هل تختلف درجة جودة الحياة للمراهق مريض السكر باختلاف مصادر المساندة المقدمة له (الأسرة . الأصدقاء . المعلمين ، الطبيب المعالج) ؟
- 4- هل يختلف ادراك مريض السكر للمساندة الاجتماعية المقدمة باختلاف جنس المريض ؟
- 5- هل تختلف درجة جودة الحياة للمراهق مريض السكر باختلاف جنس المريض ؟
- 6- هل تنبئ بعض أنواع المساندة الاجتماعية دون غيرها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر ؟
- 7- هل تختلف شخصية مريض السكر باختلاف درجة جودة الحياة لديه ؟

أهمية الدراسة :

تتبع أهمية الدراسة من انتشار مرض السكر خاصة في مجتمعاتنا وذلك لأسباب عديدة منها الوراثية ومنها المكتسبة نتيجة للعادات الغذائية الخاطئة أو التعرض لضغوط نفسية شديدة ومدى تأثير هذا المرض على الفرد خاصة في أخرج مراحل حياته وهي مرحلة المراهقة ومدى احتياجه للمساندة من قبل الآخرين وإلى أى مدى تؤثر هذه المساندة على جودة حياته.

ويمكن توضيح هذه الأهمية في النقاط التالية :

- 1- تشير الإحصائيات طبقاً للاتحاد العالمي للسكر إلى أن عدد المصابين بمرض السكر قد تجاوز (240) مليون شخص بجميع أنحاء العالم ، وأنه من المتوقع في خلال العشرين سنة القادمة أن يصل هذا الرقم إلى (380) مليون شخص وأن نسبة المصابين بمرض السكر في الأطفال والشباب تتزايد بنسبة 3% سنوياً و5% في الأطفال قبل سن الدراسة (جمهورية مصر العربية : موقع وزارة الصحة 2009)
<http://www.mohip.gov.eg/sec/News/Soker.asp>
- 2- ندرة الدراسات العربية التي تناولت مجريات الدراسة في حدود علم الباحثة .
- 3- تقدم الدراسة الحالية أكثر من أداة مقننة تتمثل في مقياس للمساندة الاجتماعية خاص بمرضى السكر ، كذلك مقياس لجودة الحياة خاص بمرضى السكر .
- 4- التزاوج بين المنهج السيكومتري والكلينيكي وهذا يتيح فرصة أكبر لدراسة الظاهرة موضوع القياس .

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى مايلي :

- 7- التعرف على أنواع المساندة التي يمكن تقديمها للمراهق مريض السكر في مرحلة المراهقة .
- 8- التعرف على مصادر المساندة المختلفة التي يحتاجها المراهق مريض السكر.
- 9- التعرف على أثر جنس المراهق في ادراكه للمساندة الاجتماعية المقدمة له .

10- التعرف على أثر جنس المراهق في شعوره بجودة الحياة .

11- التعرف على أنواع المساعدة المنبئة والمؤثرة على جودة حياة مريض السكر المراهق.

مصطلحات الدراسة :

(1) المساعدة الإجتماعية Social support

يحدد ثوبتس (1982) ما يقصد بالمساعدة الإجتماعية على النحو التالي فهي " تلك المجموعة الفرعية من الأشخاص في إطار الشبكة الكلية للعلاقات الإجتماعية للفرد والذين يعتمد عليهم للمساعدة الإجتماعية العاطفية والمساعدة الإجرائية أو كليهما " .

وفى سلسلة من البحوث التى قام بها سارسون وزملائه (1982- 1983) يحدد هؤلاء الباحثون المساعدة الإجتماعية بأنها " تعبر عن مدى وجود أو توفر الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم وهم أولئك الأشخاص الذين يتركون لديه انطباعاً بانهم فى وسعهم أن يعتنوا به وأنهم يقدرونه ويحبونه . " (محمد السيد وآخرون ، 1994 : 4).

وتعرف الباحثة المساعدة الإجتماعية للمرضى بأنها علي أنها أي عون أو مساعدة يقدمها الآخرون للمريض وتشعره بالراحة وتساعدته على التعايش مع مرضه ، سواء كانت " لفظية" كالتعليقات على شكوى المريض ، أو " غير لفظية " كنبرة هذه التعليقات وتعبيرات الوجه والإيماءات وما تعكسه من تجاوب انفعالي وتعاطف مع المريض ، أو كانت المساعدة "أدائية " كزيارته والإسهام في حل المشكلات الناتجة عن ظهور المرض ومضاعفاته .

وتعرف إجرائياً بأنها الدرجة التى يحصل عليها المراهق مريض السكر على مقياس المساعدة الإجتماعية حيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع مستوى المساعدة الإجتماعية التى يتلقاها المريض من مصادر مختلفة وبأنواع مختلفة .

(2) جودة الحياة Quality of life

يرى جود (1994) أن جودة الحياة نتاج لتفاعلات فريدة بين الفرد والمواقف الحياتية الخاصة و عرفها بأنها درجة استمتاع الفرد بامكانياته الهامة فى الحياة أو بصورة أخرى إلى أى حد يرى الفرد حياته جيدة . (سامى هاشم 2001 : 129).

ويعرف حسن مصطفى جودة الحياة بانها مجموع تقييمات الأفراد لجوانب حياتهم اليومية فى وقت واحد وفى ظل ظروف معينة ، وادراكهم لمكانتهم ووضعهم فى الحياة فى محيط المنظومة الثقافية والقيمية التى يعيشون فيها وعلاقة ذلك باهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم وذلك فى ضوء تقييمهم للجوانب التالية :

1. الرضا عن الحياة .
2. الأنشطة المهنية .
3. أنشطة الحياة اليومية.
4. السعادة.
5. الأعراض النفسية .
6. الصحة البدنية.
7. المساعدة والعلاقات الاجتماعية.
8. الحالة المادية

وتعرف الباحثة جودة الحياة على أنها قدرة الإنسان الداخلية التى تكمن فى كافة تفاصيل سلوكه ، وتصرفاته ، واتجاهاته التى ينتهجها ، المهم أن تعطي الفرد معنى ايجابي للحياة يجعله سعيداً ، راضياً ، محققاً لذاته ، فى ضوء الظروف التى يمر بها ، وفى ضوء عادات وتقاليده المجتمع الذى يعيش بين طياته .

وتعرف إجرائياً بأنها الدرجة التى يحصل عليها المراهق مريض السكر على مقياس جودة الحياة حيث تشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع مستوى جودة الحياة .

(3) مرض السكر :

ينتج مرض السكري عن ارتفاع مزمن لمستوى السكر (الجلوكوز) في الدم، ويعتبر السكر من المواد الرئيسية التي تحتاجها خلايا الجسم لتغذيتها وإنتاج الطاقة اللازمة لكي يستطيع الجسم القيام بوظائفه الحيوية المختلفة. والسكر هو مادة يحصل عليها جسم الإنسان من الغذاء، فبعد هضم الطعام تتحول النشويات إلى الجلوكوز البسيط الذي تمتصه الأمعاء ثم ينتقل بواسطة الدم إلى خلايا الجسم، لا يستطيع السكر (الجلوكوز) الدخول إلى خلايا الجسم لتغذيتها إلا بوجود الأنسولين وهو هرمون نتيجة غده البنكرياس التي تقع في تجويف البطن خلف المعدة ويعتبر المنظم الرئيسي لمستوي الجلوكوز في الدم ، يصاب الإنسان بالسكري نتيجة عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين أو إفرازه بكميات غير كافية أو غير فعالة مما يؤدي إلى عدم دخول الجلوكوز إلى خلايا الجسم وبقاؤه في الدم بكميات أعلى من المستوى الطبيعي وبذلك تحدث حالة ارتفاع السكر في الدم" المملكة العربية السعودية : موقع وزارة الصحة "

<http://www.moh.gov.sa/vb/showthread.php?t=5064>

(4) مرحلة المراهقة :

تعرف مرحلة المراهقة بأنها الفترة الواقعة بين نهاية الطفولة وبداية الرشد ، ومن السهل تحديد بداية المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها ، فالبداية تكون بالبلوغ ، أما نهاية المرحلة فتتحدد بوصول الفرد إلى اكتمال النضج في مظاهر النمو المختلفة (ممدوحة سلامة ، 1991 : 142) .

منهج الدراسة :

إستخدمت الباحثة المنهج السيكمترى والكلينيكى في تناولها لمتغيرات الدراسة .

أدوات الدراسة :

لدراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق استخدمت الباحثة المقاييس التالية :

- 1- مقياس المساندة الإجتماعية لمريض السكر المراهق (إعداد : الباحثة)
- 2- مقياس جودة الحياة لمريض السكر المراهق (إعداد : الباحثة)
- 3- استمارة بيانات أولية عن الأسرة (إعداد : الباحثة)
- 4- استمارة دراسة حالة (إعداد : الباحثة)

حدود الدراسة :

يتحدد مجال الدراسة الحالية بالحدود التالية :

الحدود الجغرافية :

تم تطبيق الدراسة الحالية على المراهقين مرضى السكر من طلاب المراحل الإعدادية والثانوية والجامعية من محافظات الدقهلية ، الغربية ، دمياط ، دمياط الجديدة .

الحدود البشرية :

أ- بالنسبة للدراسة السيكمترية :

استخدمت الباحثة مجموعتين من مرضى السكر المراهقين من الذكور والإناث من محافظات (الدقهلية ، الغربية ، دمياط ، دمياط الجديدة) ، تراوحت أعمارهم ما بين (13 – 21) عام .

المجموعة الأولى : تمثل العينة الاستطلاعية وقوامها (30) من المراهقين مرضى السكر (10 ذكور ، 20 إناث) من طلاب المراحل الإعدادية ، الثانوية ، والجامعية ، بهدف حساب الثبات والصدق للمقاييس المستخدمة .

المجموعة الثانية : تمثل العينة الأساسية وقوامها (101) من المراهقين مرضى السكر (40 ذكور ، 61 إناث) من طلاب المراحل الإعدادية ، الثانوية ، والجامعية ، بهدف اختبار صحة الفروض .

ب- بالنسبة للدراسة الكليينكية :

تمثلت العينة الكليينكية في أربع حالات طرفية مقسمة كالآتي:

(2) ذوى الدرجة الأعلى على مقياس جودة الحياة (1 ذكور ، 1 إناث) .

(2) ذوى الدرجة الأقل على مقياس جودة الحياة (1 ذكور ، 1 إناث) .

الحدود الزمنية :

تم تطبيق الدراسة خلال عام 2008 – 2009 .

الفصل الثاني الإطار النظري للدراسة

أولاً : المساندة الاجتماعية

1. مفهوم المساندة الاجتماعية .
2. نظريات تفسير المساندة الاجتماعية .
3. حاجة مريض السكر للمساندة الاجتماعية .
4. النماذج الرئيسية لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية .
5. أهمية المساندة الاجتماعية للمرضى .
6. أنواع ، ومصادر المساندة الاجتماعية للمرضى .
7. الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على وجود مريض بالسكر داخل الأسرة.
8. آليات مساندة المريض .

ثانياً : جودة الحياة

1. بداية ظهور مفهوم جودة الحياة Quality of life .
2. مفهوم جودة الحياة .
3. تعريف جودة الحياة من وجهات النظر المختلفة .
4. أهم مؤشرات جودة الحياة Indicators of quality of life .
5. النماذج المفسرة لجودة الحياة .
6. مكونات جودة الحياة .
7. أبعاد ومظاهر جودة الحياة .
8. معوقات جودة الحياة .
9. كيفية الوصول لجودة الحياة .
10. آليات الشعور بجودة الحياة لدى المرضى .
11. أثر الشعور بجودة الحياة على حياة المريض .

ثالثاً : مرض السكر

1. حجم انتشار مرض السكر .
2. الجوانب العضوية لمرض السكر .
 - المفهوم .
 - الأعراض .
 - الأنواع .
 - الأسباب .
 - الاكتشاف .
3. مرض السكر وعلاقته ببعض الأمراض الأخرى .
 3. العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكر.

الفصل الثاني

الإطار النظري

سوف تتناول الباحثة في هذا الفصل متغيرات الدراسة وتشمل ما يلي :

- 1- المساعدة الاجتماعية .
- 2- جودة الحياة .
- 3- مرض السكر .

أولاً : - المساعدة الاجتماعية Social Support

تعتبر المساعدة الاجتماعية باختلاف أنماطها ومصادر ما مصدر حيوي ومستمر من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي ، كما تعتبر مصدر من مصادر الشعور بالأمن عند مواجهه الصعاب والشدائد سواء علي المستوي المادي أو المعنوي ، أو مواجهه أحداث الحياة الضاغطة وانعكاس كل ما سبق علي الجانب الصحي وهنا تكون الحاجة للمساعدة في أوجها .

مفهوم المساعدة الاجتماعية :

ترجع جذور مفهوم المساعدة الاجتماعية إلي علماء الاجتماع ، حيث تناولوا هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية ، عندما قدموا مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية Social Network والذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساعدة الاجتماعية .

وتعرف المساعدة الاجتماعية بأنها تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها علي أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها (محمد محروس ، محمد السيد ، 1994 : 3-4) .

ويرى(عزت عبد الحميد ، 1996 : 18) المساعدة الاجتماعية أنها درجة شعور الفرد بتوافر المشاركة العاطفية ، و المساعدة المادية والعملية من جانب الآخرين مثل (الأسرة ، والأقارب ، والأصدقاء ، وزملاء العمل ، ورؤساء العمل) ، وكذلك وجود من يزودونه بالنصيحة والإرشاد من هؤلاء الأفراد ، ويكون معهم علاقات اجتماعية عميقة.

بينما يرى باريرا Barrera أن هناك ثلاثة مفاهيم للمساعدة الاجتماعية هي :

1- **الغمير الاجتماعي Social Embedded ness** وفقا لهذا المفهوم ، فإن المساعدة الاجتماعية تشير إلي العلاقات أو الروابط الاجتماعية التي يقيمها الأفراد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئتهم الاجتماعية .

2 - **المساعدة الاجتماعية المدركة : Perceived Social Support** وينظر للمساعدة الاجتماعية وفقا لهذا المعني باعتبارها تقويما معرفيا للعلاقات الثابتة مع الآخرين .

3- **المساعدة الفعلية : Support Enacted** ويشير هذا المفهوم إلي المساعدة الاجتماعية باعتبارها تلك الأفعال التي يؤديها الآخرون بهدف مساعدة شخص معين . (شعبان جاب الله ، عادل هريدي ، 2001 : 85) .

ويشير علي عبد السلام إلي تعريف سيدنى كوب Sidny cobb للمساعدة الاجتماعية علي أنها تقوم على الرعاية المتبادلة بين الأفراد (التواصل الاجتماعي) وتتسم بثلاث مقومات أساسية هي :

1- **المساعدة الوجدانية : Emotional Support** وتتمثل في تسليم الفرد بأنه محاط بالرعاية والحب من قبل الجماعة التي ينتمي إليها .

2 - **المساندة المدعمة بالاحترام : Esteem Support** وهي التي تقود إلي إحساس الفرد بالاحترام والقيمة بين المحيطين به .

3 - **المساندة المدعمة من شبكة العلاقات الاجتماعية : Network Support** وتتمثل في شعور الفرد بأنه يمتلك موقع متميز في شبكة العلاقات الاجتماعية التي ينتمي إليها . (علي عبد السلام ، 2005 : 12) .

ويحدد هشام عبد الله (1998 : 132) ثلاثة مكونات للمساندة الاجتماعية من حيث تأثيرها علي التوافق الشخصي والاجتماعي وهي :

1 - **الحاجة للمساندة Needed for Support** ، ونعني مدى حاجة الفرد للمساندة الاجتماعية من مصادر متعددة .

2 - **المساندة المدركة Perceived Support** ، وهي المساندة كما يدركها الفرد ومدى الرضا عنها .

3 - **المساندة الفعلية أو الواقعية Actual Support** ، وتعني المساندة الاجتماعية كما يتلقاها الفرد بالفعل ، ويلاحظها عن طريق المشاهدة من المحيطين .

وتري الباحثة أنه يمكن تصنيف التعريفات المختلفة للمساندة الاجتماعية وفقاً للثلاث محاور السابقة كالاتي :

المحور الأول " الحاجة للمساندة " : يتفق مع هذا المحور تعريفات كل من :

1. تعريف ليفي (Leavy, 1983: 3-12) حيث يرى المساندة الاجتماعية بأنها إمكانية وجود أشخاص مقربين (أسرة ، أصدقاء ، زوجة ، جيران) يحبون الفرد ويهتمون به ويقفون بجانبه عند الحاجة .

2. تعريف ثويتس (Thoits,1981) يقصد بالمساندة الاجتماعية تلك المجموعة الفرعية من الأشخاص ، في إطار الشبكة الكلية للعلاقات الاجتماعية للفرد والذين يعتمد عليهم للمساعدة الاجتماعية العاطفية والمساعدة الإجرائية أو كليهما . (محمد محروس ، محمد السيد ، 1994 : 4) .

المحور الثاني : "المساندة المدركة " و يتفق مع هذا المحور :

1. تعريف لبور (Lepor , 1994 : 247) المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد والتي يمكن استخدامها للمساعدة الاجتماعية في أوقات الضيق ، ويتزود بها من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد .

2. تعريف سرافينو (Sarafino , 1994 : 102) المساندة الاجتماعية هي إدراك الفرد للراعية ، والتقدير ، والمساعدة من قبل الآخرين ذوي الأهمية في حياته أو من قبل المؤسسات .

المحور الثالث " المساندة الفعلية أو الواقعية " ويوضح هذا المحور تعريف كل من :

1. سميث وماكي (Smith & Mackie , 1995 : 121) حيث عرفا المساندة الاجتماعية علي أنها مصادر للمقاومة ، والمواجهة الجسمية والانفعالية التي تقدم بواسطة الآخرين .

2. تعريف كوهين وآخرون (Cohen et al , 1986) المساندة الاجتماعية تعني متطلبات الفرد بمساندة ودعم البيئة المحيطة به ، سواء أفراد أو جماعات تخفف من أحداث الحياة

الضاغطة التي يتعرض لها الفرد ، وتمكنه من المشاركة الاجتماعية الفعالة في مواجهة هذه الأحداث والتكيف معها . (علي عبد السلام ، 1997 : 210) .

ترى الباحثة انه يمكن تعريف المساندة الاجتماعية للمرضى :

علي أنها أي عون أو مساعدة يقدمها الآخرون للمريض وتشعره بالراحة سواء كانت " لفظية" كالتعليقات على شكوى المرضى، أو " غير لفظية " كنبرة هذه التعليقات وتعبيرات الوجه والإيماءات وما تعكس من تجاوب انفعالي وتعاطف مع المريض ، أو كانت المساعدة "أدائية" كزيارته والإسهام في حل المشكلات الناتجة عن ظهور المرض ومضاعفاته ، وتعتمد فعالية المساندة على طبيعتها ومقدارها وتوقيت تقديمها وهوية مقدمها، وكذلك على إدراك المريض لها ومدى تناسبها مع توقعاته وملاءمتها لمدى معاناة المريض ، ففي المرحلة الأولى حيث بداية ظهور المرض تكون المساندة" الوجدانية " وخاصة من أفراد الأسرة (الوالدين والإخوة) مهمة جداً، وفي المرحلة اللاحقة حيث تبدأ مرحلة التعايش مع المرض وتهدأ المريض للقيام بمسؤولياته الدراسية والاجتماعية فإن مساندة الأصدقاء والزملاء تصبح أكثر أهمية ، ومع تقدم العمر والدخول في مرحلة الزواج وبناء الأسرة تكون مساندة الزوج أو الزوجة والأبناء ذات أهمية أكبر.

نظريات تفسير المساندة الاجتماعية :

يأتي التفسير المحتمل لميكانيزم المساندة الاجتماعية من نظرية بولبي Bowlby لسلوك التعلق ، واقترح بولبي أن الأفراد الذين يقيمون علاقات وروابط تعلق صحية مع الآخرين يكونوا أكثر أمناً اعتماداً على أنفسهم من أولئك الذين يفتقدون مثل هذه الروابط ، وحينما تعاق قدرة الفرد على إقامة علاقات وروابط صحية مع الآخرين يصبح الفرد عرضة للعديد من المخاطر والأضرار البيئية التي تؤدي لعزله عن الآخرين . (علي عبد السلام ، 2005 : 52) .

ولقد حدد كل من بيريس Pierce وساراسون Sarason ، خمسة اتجاهات نظرية بارزة لدراسة المساندة الاجتماعية وتفسيرها هي :

أولاً : النظرية البنائية The Structural Theory

يشير كابلان وآخرون (1993) إلى أن علماء المدرسة البنائية ركزوا على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمها ، وتعدد مصادرها ، وتوسيع مجالاتها لتوظيفها في خدمة الفرد ، ولمساندته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ، ووقايته من أي آثار نفسية سلبية يواجهها في البيئة المحيطة (Kaplan ,et al , 1993:75) .

ويرى دوك وسليفر Duck & Sliver أن الاتجاه البنائي في دراسته للمساندة الاجتماعية يقوم على افتراض أن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد ، وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة ، كما تلعب دوراً حيوياً في تدعيم المواجهة الفعالة للأحداث الضاغطة دون أي آثار سلبية على الصحة النفسية لمتلقي المساندة .

(Duck & Silver, 1995: 12-31)

ويشير (علي عبد السلام ، 2005 : 54) إلى أن هذه النظرية تتسم ببعض العيوب تتمثل في :

1. إهمالها لدراسة شبكات التفاعلات الاجتماعية الكبيرة التي تحيط بالمجموعات الكبيرة
2. لم تصل هذه النظرية في دراستها لأبعاد المساندة الاجتماعية إلى نتائج صادقة .

ثانياً : النظرية الوظيفية The Functional Theory

يشير كل من دوك وسليفر (Duck & Silver, 1995: 31) إلى أن المساندة الاجتماعية هي تلك المعلومات التي تؤدي لاعتقاد الفرد بأنه محبوب من المحيطين به ، وأنه محاط بالرعاية من الآخرين وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة ، ويحس بالتقدير والاحترام من مصادر المساندة الاجتماعية القريبة منه ، ويحس أيضا بواجباته والتزاماته الاجتماعية مع المحيطين به .

ولقد وجه الباحثان بعض الانتقادات إلى النظرية الوظيفية من أهمها :

1. فشل الباحثين في تحديد أي أنواع المساندة الاجتماعية يكون مفيدا للأفراد الذين يمرون بأحداث ضاغطة .

2. لم يصل علماء هذه النظرية إلى تحديد أنواع ومصادر المساندة ، وملائمتها للمواقف الضاغطة وأيضا تقديمها في الأوقات التي يحتاج إليها الملتقي حتى لا تمثل عبئا عليه ، أو تسبب له الكثير من المشكلات النفسية .

3. لم يدرج علماء هذه النظرية مفهوم " المدلول الشخصي " الذي يقوم على تفسير الفرد لأفعال واستجابات المساندة الاجتماعية لمعرفة قدرة الفرد على التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة ، وأساليب مواجهة هذه الأحداث لتخفيف الآثار النفسية السلبية لها .

ثالثاً : النظرية الكلية The General Theory

يشير كل من (Duck & Silver , 1995:16) إلى أن هذه النظرية تؤكد لها حاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية خاصة في المواقف الصعبة التي يمكن يمر بها الفرد ، وتركز أيضا على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد ، والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية .

والنظرية الكلية تهتم أيضا بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن هذه المصادر ، وهذا الإدراك الكلي لمصادر المساندة الاجتماعية يشكل الأساس النظري لعدد من مقاييس المساندة الاجتماعية أهمها مقياس إدراك المساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء لكل من بروسيدانيو Proocidano ، وهيلر Heller (1983) ، ويرى ساراسون وآخرون أن الميزة الهامة لهذه المقاييس والخاصة بالمساندة المدركة تركز على الشعور بالقبول ، والتقدير من الآخرين ، وتقدم أيضا الأفعال المتعددة للمساندة الاجتماعية .

رابعاً : نظرية التبادل الاجتماعي Social Exchange Theory

يرى ايلنور (Eleanor,1990: 56) أن هذه النظرية تتسم باتجاهها النظري الذي ينبئ بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة ، وعادة ما يكون تقديم المساعدات المادية ، والنفسية ، والأدائية متداخلة في العلاقات التبادلية بين الأفراد ، ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة ، خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة .

خامساً : نظرية المقارنة الاجتماعية Social Comparison Theory

يشير (حسين علي فايد ، 1998 : 155) نقلا عن بيونك وآخرون Bunnk أنه وفقا لوجهة نظر هذه النظرية أن الأشخاص قد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم ، أو يفضلونهم ، حيث أن هذا النمط من الاندماج يقدم لهم تفاعلات سارة ، ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم .

حاجة مريض السكر للمساندة :

تري الباحثة أن احتياج مريض السكر للمساندة يرجع لعدد من الأسباب أهمها :

1. أن مرض السكر من الأمراض التي قد تظهر في سن مبكرة .
2. إنه مرض مفاجئ يأتي بغتة ، فلا يتهيأ - انفعاليا - لاستقباله أحد .
3. أن مريض السكر يجد صعوبه في التكيف مع تداعيات المرض مثل الإلتزام بنظام غذائي وعلاجي محدد .
4. أن مرض السكر يترتب عليه مدى واسع من الآثار الجسمية والنفسية والاجتماعية ، وتمتد معاناة المريض لفترة طويلة " إلي نهاية العمر " .

وتنشأ المشاكل النفسية والاجتماعية من عدة عوامل تعمل متضافرة أو منفردة :

- 1- كمضاعفات للآلام
 - 2- كمضاعفات للعلاج.
 - 3- نتيجة التدهور العام للصحة
 - 4- القلق حول مصير المراهق .
 - 5- نتيجة اضطراب الوضع الاجتماعي والاقتصادي.
 - 6 - ردود فعل العائلة على المرض من حيث الحماية الزائدة أو الخوف من المجهول.
- وفى دراسته عن العوامل النفس اجتماعية وعلاقتها بمضاعفات مرض السكر وجد لليود وآخرون (Lloyd et al 1992) أن المرضى أصحاب المضاعفات في الأوعية الدموية و اضطرابات الرؤية الناتجة عن المرض أظهروا ضعف في الاستمتاع بالحياة مقارنة بهؤلاء الذين لا يعانون من أي مضاعفات ، أيضاً المرضى الذين لديهم مضاعفات في الأوعية الدموية أظهروا أعراضاً أكثر للإكتئاب والأعراض العالية لدرجة الإكتئاب ارتبطت بوجود ما يزيد أو يساوى أربعة مضاعفات وكان الاستنتاج أن وجود عوامل نفس اجتماعية تختلف طبقاً لعدد ونمط وجود مضاعفات لمرضى السكر (Lloyd et al., 1992 : 166).
- وقد أوضح برند (Brend 1993) أن بعض الاضطرابات النفسية التي ظهرت لدى مرضى السكر المعتمد على الأنسولين تمثلت في:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Introversive | 1. الانطواء الذاتي |
| Psycho Physiological headaches | 2. الصداع النفس فسيولوجي |
| Somatization | 3. الأوجاع الجسدية |
| Hypocondria | 4. توهم المرض |
| general anxiety | 5. القلق العام |
| Panic behaviour | 6. السلوك المتسم بالهلع |
| Excessive smoking | 7. الإفراط في التدخين |
| Delinquency | 8. الإهمال |
| Poor concentration | 9. ضعف التركيز |

وأخيراً كانت هناك نتيجة غير متوقعة ، وهى أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين المراهقين المرضى لم يأتي مصحوباً بزيادة الشعور بالأسى في أحداث الحياة. (Brend, 1993) (1587 :)

كما أكدته دراسة ليو-نينج (Lu- Ning (1995) بعنوان " الحالة النفسية الجيدة وخصائص الشخصية لمرضى السكر " حيث أظهرت نتائجها أن العينة التجريبية " مرضى السكر " تعاني من قلق متوسط ، اكتئاب متوسط ، عصبية ، وصورة سلبية عن الذات ، وأضافت دراسة اورلانديني (orlandini (1997) بعنوان " سمات الشخصية والتحكم في عملية الأيض ، دراسة حالة لمرضى السكر " أن مرضى السكر في المجموعة التجريبية كانوا أكثر اعتمادية وأكثر عدوانية من المجموعة الضابطة .

بينما هناك دراسات أخرى أثبتت عدم وجود فروق بين المرضى والأسوياء في بعض المتغيرات كالانبساطية ، والعصبية ، والعدوانية ، ومنها دراسة سهير فهيم (1995) بعنوان " الأداء المزاجي لدى مرضى الكبد " فكان الهدف من الدراسة هو استكشاف الصورة المزاجية لمرضى الكبد المزمن الذين لم يكشفوا بعد عن علامات الاعتلال الدماغي الكبدي الكلينيكي Clinical Hepatic Encephalopathy ، واشتملت العينة علي مجموعتين - مجموعة المرضى : وتتكون من (30) ذكراً من مرضى الكبد بمتوسط عمري (38,9) وانحراف معياري (7, 11) ، - مجموعة الأسوياء: وتتكون من (30) ذكراً بمتوسط عمري (36) عام وانحراف معياري (10) تقريباً ، وقد استخدم الباحث الأدوات التالية : بطارية أيزينك في الشخصية EPI ويقس بعدين أحدهما العصبية - الاتزان الوجداني ، والثاني الانبساط - الانطواء ، ومقياس تيلور للقلق الصريح Tylor Anxiety Scale ، ومقياس العدوانية لجيلفورد Guilford وأسفرت النتائج عن أن هناك ثلاث متغيرات من أربع لم تكشف عن أية فروق دالة بين مجموعتي المرضى والأسوياء وهي الانبساطية ، والعصبية ، والعدوانية بينما كان المتغير الوحيد الذي ميز بينهما هو متغير القلق . (سهير فهيم ، 1995 : 242- 274).

وعلى خلاف ما سبق أوضحت نتائج دراسة بدرية كمال (1995) بعنوان " دراسة نفسية لبعض مرضى الفشل الكلوي وزارعي الكلى " إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الفشل الكلوي " الغسيل " وغير المصابين من حيث الاكتئاب ، الانطواء الاجتماعي ، توهم المرض ، قلق الموت لصالح مرضى الفشل الكلوي (بدرية كمال ، 1995 : 85 - 87) .

وبالنسبة لمرضى السكر جاءت دراسة إبراهيم حامد سليمان (2006) بعنوان " تباين بعض متغيرات الشخصية باختلاف النوع والإصابة بمرض السكر " حيث هدفت الدراسة إلى عقد مقارنه بين مرضى السكر من النوع الثاني والأصحاء في متغيرات الشخصية " مواجهة الضغوط ، المراقبة الذاتية ، النمط السلوكي (أ) والنضج الانفعالي " إلي أن الأصحاء أكثر قدرة على مواجهة الضغوط بينما المرضى أكثر نضجاً انفعالياً ، في حين لا توجد فروق داله بين المرضى و الأصحاء في متغيري المراقبة الذاتية ، النمط السلوكي (أ) .

وعن مدى تأثير العلاقات الاجتماعية لمرضى السكر المعتمد على الأنسولين بحالتهم الصحية أوضح لليود وآخرون (Lloyd et al (1993) أنه يوجد اختلاف بسيط بين المجموعة التجريبية والضابطة في الأنشطة التي تحدث خارج المنزل مثل أنشطة وقت الفراغ ، زيارة الأصدقاء ، وأن هذه الفروق لصالح المجموعة الضابطة ، ولم تتأثر هذه الأنشطة بالسن والجنس وأتضح أن الشباب المصابين كانوا أكثر انعزالا في الجانب الاجتماعي مقارنة بغير المرضى ولم تكن هناك فروق بين المصابين وغير المصابين عندما طلب منهم أن يذكروا شخصا يتقون فيه وقد أخبر غالبية المرضى (93%) أصدقائهم عن حالتهم الصحية ، و15% لم يرغبوا في النقاش حول حالتهم ، وأشار 33% منهم أن أصدقائهم لم يفهموا حالتهم الصحية ، و18% قالوا أن أصدقائهم صدموا عندما أوضحوا لهم إصابتهم ثم لخصوا النتائج في أن الشباب المصاب بالسكر لديهم

رغبة في العزلة الاجتماعية ، وأقل من الأصحاء في إقامة علاقات اجتماعية وطيدة ، وأن المصابين بالسكر أقل رغبة في أنجاب الأطفال ، وأن تجارب الماضي السلبية مع أقرانهم أو مع أحد أفراد العائلة ربما تتسبب في تحفظهم تجاه إقامة صداقات حميمة :Lloyd et al, 1993 (481)

بعد توضيح مدى معاناة المرضى وحاجاتهم للمساندة الاجتماعية يمكن الوقوف على النماذج الرئيسية لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة .

النماذج الرئيسية لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة :

قدم كوهين وويلز Cohen & Wills 1985 دراسة استعرضا فيها نتائج البحوث التي أجريت في مجال المساندة الاجتماعية والتي تبحث حول الدور الذي تؤديه المساندة في المحافظة على استمتاع المرء بصحة بدنية ونفسية مناسبة .

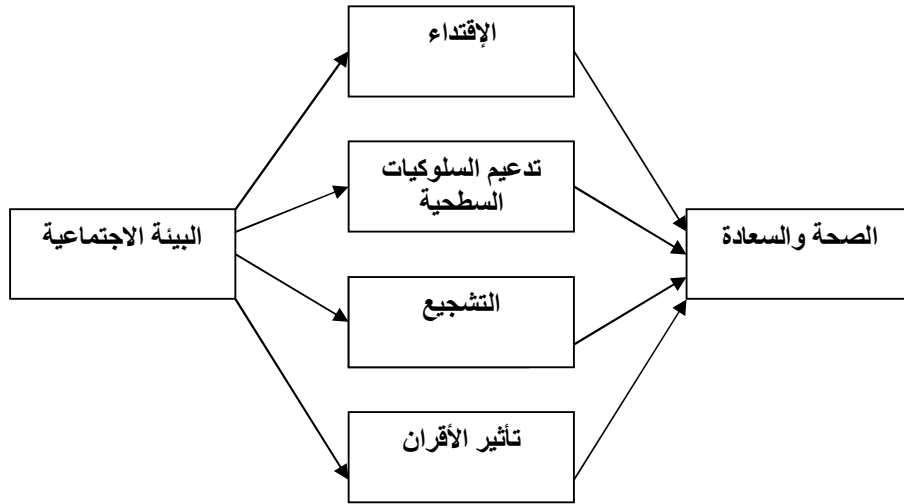
وقد خلص الباحثان إلي أن هناك نموذجين لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية في سعادة الفرد Well – Being .

أولاً : نموذج الأثر الرئيسي للمساندة The Main Effect Model

هناك أثر عام مفيد للمساندة الاجتماعية على الصحة البدنية والنفسية يمكن أن تحدث لأن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الأشخاص بخبرات إيجابية ، وهذا النوع من المساندة يمكن أن يرتبط مع السعادة حيث أنها توفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساسا بالاستقرار في مواقف الحياة ، والاعتراف بالذات ، ويصور هذا النموذج للمساندة من وجهة نظر سوسولوجية " علم الاجتماع " على أنه تفاعل اجتماعي منظم ، أو الانغماس في الأدوار الاجتماعية أما من ناحية " علم النفس " المنظور السيكلوجي فإنه ينظر للمساندة على أنها تفاعل اجتماعي واندماج اجتماعي ، ومكافأة العلاقات ومساندة الحالة .

وهذا النوع من المساندة الخاصة بشبكة العلاقات الاجتماعية يمكن أن يرتبط بالصحة البدنية عن طريق آثار الانفعال على الهرمونات العصبية ، أو وظائف جهاز المناعة أو عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة .

وفي الصورة القصوى فإن نموذج الأثر الرئيسي يفترض أن زيادة المساندة الاجتماعية يؤدي إلى زيادة تحسن أو طيب الحياة بصرف النظر عن المستوى الموجود للمساندة (محمد محروس ، محمد السيد ، 1994 : 36-37)



نموذج الأثر الرئيسي للمساندة

(Kaplan , et al , 1993 : 142) نقلا عن (شعبان جاب الله ، عادل هريدي ، 2001 : 75)

ثانياً : نموذج الأثر الواقي (المخفف) من الضغط The Buffering Model

يرى لازاروس (1966) و لازاروس ولونير (1978) Lazarus & Launier أن الضغط Stress ينشأ عندما يقدر شخص ما موقفاً يتعرض له على أنه مهدد أو ملح بينما لا تكون لديه الاستجابة المناسبة لتعامل Coping .

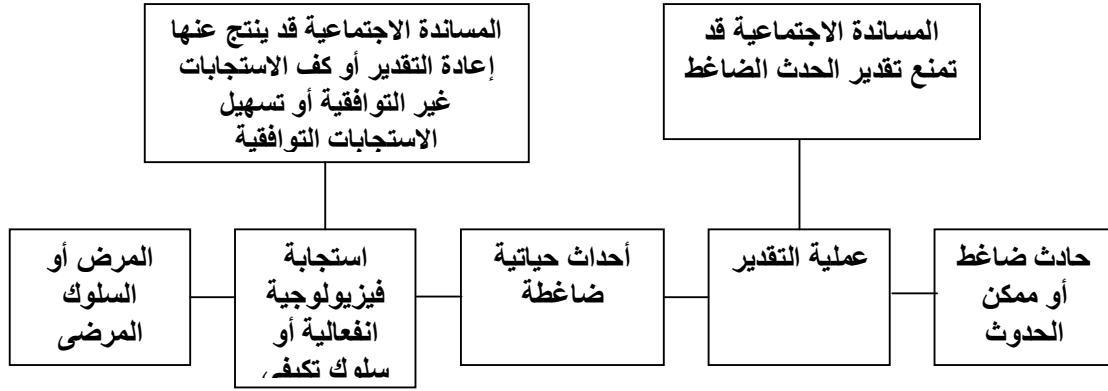
وتشتمل الآليات التي تربط الضغط بالمرض على سلسلة من الاختلالات للهرمونات العصبية أو لوظيفة جهاز المناعة ، وتغيرات مميزة من السلوكيات المتصلة بالصحة ، أو مجموعة من الإخفاق في الاهتمام بالنفس ويلاحظ أن التعريف الخاص بالضغط يرتبط بدقة بين الضغط المقدر ومشاعر انعدام القدرة Helplessness وإمكان فقدان تقدير الذات .

إن الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية في هذه السلسلة يمكن تصويره كما في الشكل الآتي ، وفي هذا الشكل تقوم المساندة في نقطتين مختلفتين في هذا التتابع السببي الذي يربط بين الضغط والمرض .

النقطة الأولى : يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحدث الضاغط وبين رد فعل الضغط ، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد والامكانات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة الموقف ، أو تقوى لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط .

النقطة الثانية : أن المساندة المناسبة قد تدخل بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية (باثولوجية) وذلك عن طريق تقليل ، أو استبعاد رد فعل الضغط أو التأثير المباشر على العمليات الفسيولوجية ، وقد تزيل المساندة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة ، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة حيث يحدث كبح

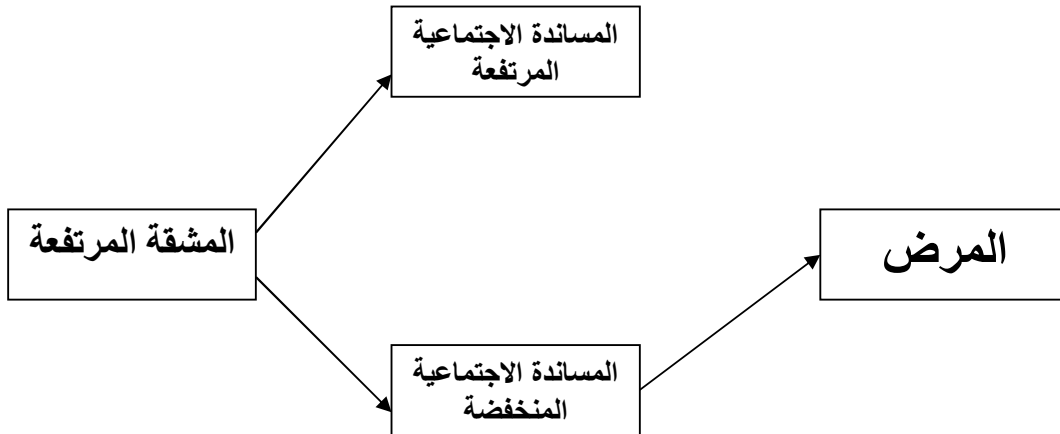
للهمونات العصبية بحيث يصبح الشخص أقل استجابة للضغط المدرك أو عن طريق تيسير السلوكيات الصحية السليمة. (هاوس 1981)



العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل المساندة

Cohen & Wills, 1985: 313

نقلًا عن (محمد محروس ، محمد السيد ، 1994 : 38 - 39)



نموذج الوقاية من المشقة

(Kaplan , et al , 1993 : 144)

ويشير الشكل السابق إلى أن المشقة المرتفعة تمارس دورها في إحداث المرض في ظل الدرجة المنخفضة من المساندة الاجتماعية فقط ، أما في ظل الدرجة المرتفعة من المساندة الاجتماعية فإن تأثيرها يتبدد أو يتوقف (شعبان جاب الله ، عادل هريدي ، 2001 : 76) .

أهمية المساندة الاجتماعية للمرضى :

يشير كابلان وآخرون Kaplan et al 1993 إلى أن هناك ثلاثة تفسيرات متكافئة حول دور العلاقات الاجتماعية في الصحة وهي :

الأول : يشير إلى أن العلاقة بين نقص المساندة الاجتماعية والمرض سببية ، حيث تقي المساندة المرتفعة من التعرض للمرض .

الثاني : يرى أن الأفراد الذين يمرضون يبتعدون عن نسق المساندة الخاص بهم ، حيث تؤدي الإصابة المبكرة بالمرض إلى تغييرات في المساندة الاجتماعية .

الثالث : يشير إلى أن هناك متغيرا ثالثا كالتطبيق الاجتماعية ، أو خصال الشخصية يسبب كل من ضعف المساندة الاجتماعية ، والنواتج الصحية الفقيرة (Kaplan et al, 1993: 139)

ويؤكد جيمس دريفر J . Drever على أن المساندة النفسية والاجتماعية للمريض تعتبر ضرورة علاجية لأنها تنظر إلى المريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالة مرضية ، وأنه من حقه أن يعيش في حالة من التوافق النفسي ، وان مساندته نفسيا واجتماعيا تؤدي إلى تقبل مرضه ، والرضا عن ذاته ، وتدعيم أمله في الحياة ، كما كشفت دراسات بركمان Berman وسميس Symes أن شبكة العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن تدعم المريض تساهم بقدر كبير في علاجه ، وتعزز من مراحل شفائه من مرضه. (محمد بيومي ، 1996 : 92 - 119)

ويتفق كل من كاسيل Cassel وكوب Cobb في أن المساندة الاجتماعية لها دوران أساسيان في حياة الفرد وفي علاقته بالآخرين :

الدور الأول : دور إنمائي ، يتمثل في أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين ، ويدركون أن هذه العلاقات موضع ثقة يسير ارتقائهم في اتجاه السواء ، ويكونون أفضل في التمتع بالصحة النفسية من الآخرين الذين يفتقدون لهذه العلاقات .

الدور الثاني : دور وقائي ، ويتمثل في أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفض للنتائج السلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة Daily life of stressful events فالأشخاص الذين يمرضون بأحداث ضاغطة أو مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث تبعا لوجود مثل هذه العلاقات الودية ، ومقومات المساندة الاجتماعية كما وكيفا ، وقد أضحى ذلك الدور معروفا بالأثر الملطف للمساندة أو فرض التخفيض The buffering hypothesis (علي عبد السلام ، 2005 : 7) .

بعد التعرف على الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية ، يمكننا البحث عن أهم أنواع ومصادر المساندة التي يمكن تقديمها للمرضى .

أنواع المساندة الاجتماعية :

يرى دك Duck أنه يوجد نوعين من المساندة الاجتماعية هما :

الفئة الأولى : وتتضمن **المساندة المادية** ، ويقصد بها المساعدة على أعباء الحياة اليومية.

الفئة الثانية : **المساندة النفسية** ، وتشمل التصديق على الآراء الشخصية ، وتأكيد صحتها ودعم الثقة بالنفس .

ويشير دك Duck إلى أهمية نوعي المساندة الاجتماعية ، وحاجة الأفراد إليهما ، وإن كانت الحاجة إلى كل منهما تتفاوت من ظرف إلى آخر ، ومن علاقة معينة إلى أخرى (أسامه أبو سريع ، 1993 : 64)

ويتفق هاوس (1981) مع كوهين Cohen وويلز Wills في تصنيف المساندة الاجتماعية إلى:

1. **المساندة الانفعالية : Emotional Support** ، والتي تظهر في تقديم الرعاية ، والتعاطف ، وتعميق الثقة بالنفس .

2. **المساندة الأدائية : Instrumental Support** ، وتتمثل في تقديم المساعدات المادية ، والدعم في مجال العمل .

3. **المساندة بالمعلومات : Informational Support** ، وتقوم على تقديم المعلومات المفيدة ، والمساعدة على حل المشكلات . (علي عبد السلام ، 2005 : 40) .

وترى الباحثة أنه يمكن تطويع هذه الأنواع المختلف من المساندة الاجتماعية بالنسبة لمرضى السكر كالاتي :

1. **المساندة الانفعالية : Emotional Support**

المساندة المعنوية أو الانفعالية يجب أن تكون مستمرة وليست فقط في تقديم الرعاية ، والتعاطف ، وتعميق الثقة بالنفس كما أشار التصنيف السابق ، لكن يجب أن تكون هناك أنشطة اجتماعية مثل الرحلات والحفلات حتى لا يشعر هذا المراهق بالوحدة نتيجة قصوره الصحي ، بل يجب مساندة هذا المريض على التفاعل والمشاركة وتنمية روح التعاون والايجابية سواء مع غيره من المرضى حتى يتفاعلوا ويتبادلوا تجاربهم ، أو مع من يعانون أمراضا أخرى غير مرض السكر ، أو مع الأصحاء لتقليل الفجوة ومشاعر عدم الكفاية ، أضف إلى ذلك الحرص على تلبية الحاجات المعنوية من حب ، وانتماء ، وشعور بالتقبل وتدعيم فكرة التكيف والتعايش مع الصعاب .

2. **المساندة الأدائية : Instrumental Support**

قد يكون هذا النوع من المساندة واجب علي الأسرة ، فغالبا المريض المراهق ليس هو المسئول عن النفقات العلاجية أو عن إجراء الفحوص الدورية ، وهنا يجب على الأسرة الاهتمام بمواعيد الفحص والاطمئنان على أخذ الدواء وكميته ، والاطمئنان على النظام الغذائي المتبع ، أي كل ما يتعلق بالجانب المادي الخاص بالمرض بالإضافة للواجبات الحياتية الأخرى .

3. **المساندة بالمعلومات : Informational Support**

تعتبر المساندة بالمعلومات بالنسبة لمرضى السكر من أهم أنواع المساندة التي يمكن تقديمها إليهم ، حيث يعتمد مريض السكر على نظام غذائي في محاولة منه للسيطرة على نوبات انخفاض أو ارتفاع السكر وذلك للحد من المضاعفات الخطيرة التي قد يتعرض لها

نتيجة عدم إتباعه لنظام تغذية علاجية ملائمة لحالته ، وسنه ، ونوع مرضه سواء النوع الأول أو الثاني ، ومن أهم المعلومات التي يجب مساندة مريض السكر بها هي :

1. الفرق بين غيبوبة زيادة السكر ونقصه في الدم :

عند زيادة نسبة الجلوكوز بالدم يكون النبض سريعا وضعيفا ، ويكون الجلد واللسان جافان ، وتظهر رائحة الأسيتون في الفم .

عند نقص نسبة الجلوكوز بالدم يكون النبض قويا ، واللسان رطب ، مع وجود رعشة باليدين وعرق غزير . (صلاح الغزالي ، 1999 : 50) .

2 . قائمة البدائل الغذائية وتحديد الكميات المناسبة للحالة .

3 . مؤشرات الوزن المثالي .

4 . أهم الرياضات التي يمكن القيام بها ، فمن المعروف أنه كلما زاد النشاط الجسمي كلما قل مستوى السكر حيث يتم نقل السكر إلي خلايا الجسم واستخدامه في توليد الطاقة .

5 . الأطعمة المتكررة يوميا وكمية السعرات الحرارية التي تحتويها ، وبالتالي تحديد نوع وكمية الطعام الملائمة .

6 . أهم الفحوص الدورية التي يجب إجراؤها .

ويمكن إضافة نوع آخر من المساندة خاص بالمرضى يعرف بالمساندة الصحية المنزلية وأهداف هذا النوع من المساندة تتمثل في :

1. التقليل من الزيارات المتكررة لقسم الطوارئ .

2. تعليم المريض كيفية التعامل مع الأجهزة الطبية الخاصة بقياس السكر في المنزل

3. تعليم المريض أو من يعوله لتقديم الخدمة الطبية المطلوبة في المنزل بعد خروج المريض من المستشفى .

وبعد التعرف على أنواع المساندة المختلفة يمكن استنتاج مصادر المساندة الاجتماعية للمرضى وتتمثل في :

أولا : الأسرة :

تعتبر الأسرة إحدى مؤسسات التنشئة الاجتماعية والخلية الأولى التي يشبع فيها الطفل حاجاته ورغباته ، والفرد الذي يعيش في أسرة يفتقد فيها رعاية أحد الوالدين أو كليهما يعاني من سوء التوافق الشخصي والاجتماعي (عفاف دانيال ، 1997 : 17-18) ، ومما لا شك فيه فإن الأسرة المفككة المتصدعة الخالية من التواصل الإنساني تؤدي إلى إختلال في شخصية أطفالها وإلى إنخفاض في إعتبار الذات وشعور باليأس وبنظرة متشائمة إلى الحياة وإلى المستقبل (جمال مختار، 1996: 146) ويدعم ما سبق (أحمد السيد، 1990 : 170) فلأسره دور مهم وفعال في اكساب الطفل خبراتة الأولى وفي تكوين شخصيته مستقبلا وفي تقديره لذاته ، حيث تعود جذور معظم المشاكل النفسية للبالغين إلى سنوات عمرهم الأولى .

ويؤكد (عماد مخيمر، 1997 : 108) أن مصادر المساندة تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد ، ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة (الأم ، الأب ، الأشقاء) ، وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في الرفاق والأسرة ، وفي مرحلة الرشد تتمثل المساندة في الزوجة أو الزوج وكذلك علاقات العمل والأبناء .

ويتفق مع ما سبق (Furman & Buhrmester , 1992 : 103) ، ويرى كل من

بون وشابمان (1996) أن أهم مصادر المساندة الاجتماعية تأثيراً على الفرد هي المساندة من الوالدين . (Bowen & Chapman, 1996: 641-666) .

ويتضح مما سبق أن الأسرة عامل مشترك وأساسي في كل مراحل العمر، وتعتبر الأكثر أهمية في حياة الفرد خاصة في مراحل العمر المبكرة .

ثانياً : الأصدقاء :

يعرف روبن وآخرون (Rubin ,et al, 1994:431) جماعة الأصدقاء أو الأقران بأنهم الأفراد المتشابهون في بعض الجوانب مثل المهارة ، والمستوى التعليمي ، والسن ، والوضع الاقتصادي ، ويتفق آخرون على أن دور الأصدقاء في المساندة يتلازم مع دور الأسرة ومن بينهم كوجيم ، مياكاوا (Kojime & Miyakawa, 1993) ، ايمونس ، كولبي (Emmons & Colby, 1995) .

ينما يرى بيريس وآخرون (1991) في دراساتهم للمساندة الاجتماعية لدى طلاب وطالبات الجامعة ، وحيث كانت العينة (210) ، أن هناك علاقة ارتباط عكسية بين الشعور بالوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية من الأب والأم والصديق ، كما بينت هذه الدراسة أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها أفراد العينة من الصديق أقوى بكثير من المساندة التي يتلقونها من الأب والأم . (فهد بن عبد الله ، 1997 : 34-35) .

وهذا ما تؤكد (مدوحة سلامة ، 1991 : 145) حيث أن جماعة الأقران ذات أهمية كبيرة للمراهق ، وذلك نتيجة لما تتيحه من حرية التعبير عن انفعالات الخوف والغضب ، ومشاعر الشك وبما تهيئه من اطمئنان ينشأ عن وعي المراهق بأن الآخرين لديهم نفس المخاوف والشكوك والآمال ، وهذه الأمور قد لا يحققها داخل أسرته .

وترى الباحثة أن الإنسان لا يعيش منفرداً في هذه الحياة ، وإنما مع الآخرين ، وهذه طبيعة الكائن البشري منذ خلق الله الإنسان على وجه الأرض ، وتمثل الصداقة قدرة الإنسان على أن يتوافق مع نفسه ومع الآخرين وأن يقبل نفسه ويقبل الآخرين ، وهذا هو جوهر السعادة والصحة النفسية ، فالروابط بين الناس قائمة على أساس حاجة الناس لبعضهم البعض فقال الإمام علي: "خالطوا الناس مخالطة إن عشتم معها حنوا إليكم وإن متم معها بكوا عليكم" ، وإن كنا جميعاً نحتاج إلى أصدقاء فتزداد هذه الحاجة عند التعرض لظروف قاسية مثل المرض ، فالمريض أكثر احتياجاً للمساندة خاصة في هذه المرحلة العمرية الحرجة ومساندة الأصدقاء في حاله المريض تقوم بأكثر من دور ايجابي:

1. التخفيف عن النفس وإلقاء الهموم عن كاهل المريض .

2. خفض مشاعر الوحدة ، ودعم مشاعر الانتماء للجماعة .

3. تنمية علاقات ايجابية مع الآخر .

ويؤكد ذلك محمد بيومي حسن في دراسته عن الشعور بالوحدة لدى أطفال يفتقرون إلى أصدقاء ، وكانت العينة تتكون من (389) تلميذاً من الصفين الخامس والسادس الابتدائي بالمدينة المنورة ، أن الأطفال الذين يفتقرون إلى أصدقاء أو أنهم غير محبوبين من زملائهم كانوا أكثر إظهاراً للشعور بالوحدة من الأطفال المحبوبين من زملائهم . (محمد بيومي حسن ، 1990 : 156 - 164) .

إلا أن أهمية الأصدقاء كمصدر من مصادر المساندة يأتي في المرحلة التالية لمرحلة الطفولة أي مرحلة المراهقة فهنا يبدأ الفرد في الشعور بأهمية الأصدقاء فيمتثلوا بالنسبة له الجماعة المرجعية التي دائماً يلجأ إليها ، حيث يؤثر فيهم ويتأثر بهم لدرجة كبيرة ، أما بالنسبة للمرضى فتعتمد تلك العلاقة على شخصية المراهق ومدى تكيفه وتعايشه مع مرضه ، وكذلك تعتمد على

ردود أفعال الأصدقاء عند أخذ الدواء أو في حالة حدوث غيبوبة ، كما أن ممارسة مريض السكر لعدد من النشاطات المختلفة يؤثر كثيرا في علاقته بأصدقائه ومدى تقبلهم له .

ويؤكد ما سبق فولجيني وآخرون (Fuligni , et al., 2001 : 28-36) فالاهتمام بالأقران يصل إلى قمته في مرحلة المراهقة ، حيث تزداد حاجة المراهق إلى تحقيق الاستقلال عن أسرته ، كما يزداد توجهه نحو أقرانه ، ويرتبط التوجه نحو الأقران ببعض المتغيرات النفسية ، منها شخصية المراهق ، مدى الدفء والمساندة والضوابط التي يدركها المراهق من والديه .

ثالثا : المعلمين :

يؤكد (محي الدين توك وآخرون ، 2001 : 36) أن دور المعلم كالمعلم العام الذي يستطيع أن يعالج معظم المشكلات البسيطة التي يواجهها الطلبة والتي هي نتاج للتفاعلات الصفية ، وتفاعل الطلبة مع زملائهم ومع المعلمين ويتحدد دور المعلم في هذه الحالة في مساعدة الطلبة علي النمو والتكيف السوي .

وترى الباحثة أن المعلم كمصدر من مصادر المساندة هام بالنسبة لهذه المرحلة العمرية خاصة أن المريض يقضي معظم يومه في الدراسة والتعامل مع المعلمين والأقران ، وفي هذه المرحلة يعتبر المعلم أقرب الأقارب وربما يحتل مكانة الأب أو الأم الذي يؤدي وظائف نفسية هامة للمريض بالإضافة للمساندة بالمعلومات التي قد تفقدها الأسرة .

رابعا : الطبيب المعالج :

يلعب الطبيب المعالج دورا هاما في حياة مرضى الأمراض المزمنة ، فالمريض هنا يرتبط بالطبيب بعلاقة طويلة وربما أبدية ، أضف إلى ذلك شعور المريض بأن هذا الطبيب هو الوحيد الذي يشعر به ويقدر مدى المعاناة التي يعانيتها ، كما يعتبر بالنسبة له المنقذ والمخلص من الآلام ، كل ذلك يجعل من الطبيب المعالج مصدر قوي من مصادر المساندة الاجتماعية التي يحتاج إليها المريض في أوقات عديدة .

الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على وجود مريض بالسكر فى الأسرة

إن ولادة مريض بالسكر للأسرة يؤثر في أفرادها جميعا ، ولكن الوالدين هما الطرف الأكثر تأثراً لكونهما يمران بجملة من الضغوط النفسية والانفعالية وتقع على كاهلها الأعباء المادية التي تترتب على هذا المرض، إضافة إلى رحلتها الطويلة بين الأطباء بتخصصاتهم المختلفة ، مما قد ينعكس على العلاقة بين الوالدين ودور كل منهما فيها ، ويؤثر بالتالي في مستوى تفاعل الأسرة وتكيفها مع المحيط الاجتماعي.

ومن الملاحظ أن ردود فعل الأسرة نحو المراهق مريض السكر تبدأ من لحظة اكتشاف المرض، حيث تسيطر على الأم المخاوف والشكوك حول مضاعفات هذا المرض، وبشكل عام تمر ردود فعل الأسرة تجاه مريض السكر بمراحل عديدة أهمها:

- صدمة الوالدين من جراء وجود مراهق مريض بالسكر في الأسرة حيث الارتباك والقلق ، والتعبير عن الصدمة بعبارات عدم التصديق وعدم معرفة كيفية التصرف في مثل هذا الموقف .

-إنكار وجود مرض مزمن عند ابنهما حيث يعزوان لهما الأمر لخلل في عملية التشخيص ويبحثان خلال هذه الفترة عن مصادر تنفي لهما حقيقة أن ابنهما مريض وسيظل كذلك لآخر العمر .

- شعور الزوجين بالذنب تجاه ابنهما ، وقد يلوم كل طرف الآخر ويحمل مسؤولية التسبب في

هذا المرض خاصة إذا كان أحدهما مريض بالسكر .

- العزلة عن المحيط الاجتماعي وعدم الرغبة في التفاعل معه من أجل تجنب أسئلة الآخرين
- ينتقل المريض واعتراف الأهل بالحقيقة ، والتعامل مع الموضوع بلا خجل والإقبال على
الفحوصات الدورية وتقبل الأدوية المخفضة للسكر سواء الأقراص أو الأنسولين .

ولا شك أن هذه المراحل تترك آثارها السلبية بعيدة المدى في الزوجين قد تصل إلى
التوتر المزمن في العلاقة بينهما ، ما يؤثر في قدرتهما على مواجهة التحديات القادمة ، ويزداد
تأثير الضغوط التي يفرضها وجود مراهق مريض بالسكر في الأسرة مع تقدمه في العمر ومع
زيادة متطلباته الحياتية ، واقتنابه من سن الزواج وبحثه عن فرصة عمل ملائمة أضف إلي ذلك
خوفهم من تكرار التجربة مع ابن آخر سواء كان ظهور المرض منذ لحظة الميلاد أو ظهر فجأة
في سن المراهقة ، بالإضافة إلى أن هذه الآثار السلبية تؤثر في المريض نفسه ومدى استجابته
للعلاج وقد تزيد من حاجته للمساندة بأنواع مختلفة ومن مصادر مختلفة ، وذلك للوصول إلى
مستوى لائق من التكيف والشعور بجودة الحياة .

آليات مساندة المريض :

أتذكر قول الإمام علي بن أبي طالب : أعجز الناس من عجز عن اكتساب الأخوان ،
وأعجز منه من ضيع من ظفر به منهم ، لذا فإن الدين الإسلامي يدعو إلى المحبة والتعايش
 وإقامة الصلات بين الناس .

فقال تعالى في كتابة العظيم : { وما تفعلوا من خير فإن الله به عليم } (البقرة: 215) وقال
تعالى في كتابة العظيم : { واخفض جناحك للمؤمنين } (الحجر: 88)

وعن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال : " حق المسلم
على المسلم خمس : " رد السلام ، وعبادة المريض ، وإتباع الجنائز ، وإجابة الدعوة ، وتشميت
العاطس " متفق عليه ، صحيح البخاري (ح 1240) ، وصحيح مسلم (ح 2162) .

وعن ابن عمر رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال : " المسلم أخو المسلم
لا يظلمه ولا يسلمه ومن كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته ، ومن فرج عن مسلم كربة فرج
الله عنه بها كربة من كرب يوم القيامة ، ومن ستر مسلماً ستره الله يوم القيامة " متفق عليه ،
صحيح البخاري (ح 2442) ، وصحيح مسلم (ح 2580) .

وعن النعمان بن بشير رضي الله عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال : " مثل
المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم ، مثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر
الجسد بالسهر والحمى " متفق عليه ، صحيح البخاري (ح 6011) ، وصحيح مسلم (ح
2586) .

وقبل تحديد آليات المساندة الاجتماعية يجب الوقوف على قدرة المريض على التعايش
والتكيف مع المرض ، أي يعيد الإنسان رسم حياته مع مراعاة التغيرات الطارئة على نمط
الحياة .

وهناك نوعان من التكيف :

- التكيف الايجابي بمعنى القدرة على المواجهة والتصدي للبحث عن الحلول والبدائل .

- التكيف السلبي بمعنى الهروب من الواقع وعدم التصديق .

وتعتمد قدرة الإنسان على التكيف الإيجابي أو السلبي على عدة عوامل :

1. عوامل داخل الإنسان تتعلق بشخصية الفرد وسماته ، وتكوينه الجسماني من حيث القدرة على تحمل الآلام ، وقدراته الإيمانية والروحانية .

ومن سمات الشخصية التي ترتبط بالشعور الذاتي بالهناء سمة الانبساطية و تقدير الذات، فالانبساطيين يعبرون عن مشاعر قوية بالبهجة ، والشعور الذاتي بالهناء يزيد لدى أولئك الذين يتصفون بارتفاع الضبط الداخلي ، وكذلك لدى من يعتقدون أن لديهم مساحة واسعة من الاختيار فيما يودون فعله ، ويشعر الناس بدرجة اعلي إذا استطاعوا حل صراعاتهم الداخلية وتحقيق درجة من التكامل في شخصياتهم . (مايكل أرجايل ، 1993 : 153 - 155) .

2. عوامل تتعلق بإمكانياته المادية و مسؤولياته فلا يستوي رد فعل المتمكن ماديا والذي يملك من الموارد المادية ما يساعده على مواجهة الظروف وتحمل تكاليف العلاج مع من تضطر عائلته للاستدانة أو قيامه بعمل شاق لم تعد قدراته الصحية ملائمة لذلك

3. عوامل تتعلق بشبكة العلاقات الاجتماعية ، فمن لديه مجموعة من الأصدقاء والأهل قادرين على مساندة المريض وتقديم يد العون له ليس كمن يضطر إلي تحمل الأعباء والمسئوليات وحيدا .

4. عوامل تتعلق بالمجتمع ، فبعض المجتمعات تتوافر فيها التأمينات الاجتماعية والخدمات الصحية المتقدمة بما يساعد الأفراد على مواجهة مشاكلهم بطريقة أفضل من مجتمعات أخرى يضطر الأفراد بها إلي البحث عن العلاجات بعيدا وعلى نفقتهم الخاصة مما يزيد من الآثار النفسية للمرض .

وعن دراسة التعايش مع مرض السكر وعلاقته بالجنس وفترة دوام المرض Duration والمضاعفات الناتجة عنه وجد بورجيسون وآخرون (1993) Borjeson et al أن الرجال يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من السيدات ، ولذا فإن درجة القلق عندهم بسيطة عن احتمال وجود مضاعفات طويلة المدى في المستقبل وبالرغم من وجود قلق أعلى عند السيدات إلا أنهم كانوا أكثر قدرة على اكتشاف الجوانب الايجابية في التعامل مع المرض ، وكذلك المرضى صغار السن كان لديهم اتجاه ايجابي نحو المرض حتى ، ولو كانوا يعتقدون أن مرض السكر له تأثير سلبي على علاقاتهم بأصدقائهم ، ووجد أيضاً أن المرضى المصابين منذ فترة قصيرة أكثر مقدرة على التكيف مع المرضى المصابين منذ فترة طويلة وقد يتزايد الخوف من المضاعفات بطول فترة الإصابة ، وتؤثر مضاعفات المرض على إدراك المريض الذاتي ، والحياة الاجتماعية ، والمرضى في مرحلة الطفولة يعرفون القليل عن هذه المضاعفات ، وهذا يقلل من سعة استجابتهم السيكولوجية عند التشخيص (Borjeson et al ,1993 : 768)

مع الاعتراف بأن هناك أنواع من الشخصية تتمتع بصحة أفضل ، حيث توجد فروق في متغيرات الشخصية بين الذين يمرضون دائما ومن هم ليسوا كذلك ، وبين الذين يتأثرون بالضغط وبين من يستطيعون تحملها ، وهؤلاء الذين لا يمرضون كنتيجة للضغط يقبون بأنهم " متان " أي شديدو القدرة علي الاحتمال والالتزام ، والتحكم الداخلي ، والتحدي وتفسير أحداث الحياة الشاقة علي أنها فرصة للنمو (مايكل أرجايل ، 1993 : 249) .

فتنشئة مراقبين مرضى بمرض مزمن كالسكر - يتمتعون بسمة سعادة و حياة جيدة - أمر يتطلب مجهودات متضافرة في مجالات شتى ليس فقط علي الصعيد الصحي أو الجسمي لكن أيضا علي الصعيد النفسي والاجتماعي ، ويمكن الوصول إلي ذلك عن طريق وضع قاعدة واحدة أساسية تظل دائما وأبدا نصب عيوننا وهي " جودة حياتك هدفنا " ولكي نصل لذلك لا بد مراعاة ما يلي :

1- إعطاء هؤلاء المرضى فرصة الاختيار:

هؤلاء المرضى مستثنون من المشاركة في أخذ القرارات في كل المجالات خاصة مع وجود قصور في الجانب الصحي فدائما هناك شعور بالعجز وعدم القدرة علي أخذ القرارات الخاصة بهم ، والشعور بالعجز الذي يخلفه هذا الأمر يمكن أن يزيد من الآثار النفسية لهذا المرض بل يمكن أن يزيد من المضاعفات والتبكير بظهورها ، وإذا كان الوالدان لا يبتزان لان عن دورهما كصانعي قرارات ، ففي إمكانهما البحث عن طرق لإشراك أبنائهما فيها ، فمثلا يمكن إعطائهم فرصة الاختيار بين الوجبات المتاحة ، وبين الرياضات الملائمة للحالة الصحية كذلك الطبيب المعالج ومعمل التحاليل الذي يقوم بالفحص الدوري لهذا المريض ويجب ألا ننسى دائما خصائص هذه المرحلة الحرجة .

ويؤكد ما سبق دراسة ميشيل (Michael , 2003 : 246-257) فقد أكدت على أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعاقين ، ويرى أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المعاق يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديه، كما تتأثر جودة الحياة لدى المعاق بمدى الاستقلالية التي يشعر بها في حياته .

2 . نمو علاقات حميمة:

تعتبر العلاقات البناءة من مقومات السعادة ، فيحتاج المرضى إلى علاقات إيجابية مع والديهم إذا كان لهم أن ينجحوا في إقامة علاقات جيدة مع الآخرين ، ويمكن للوالدين أن يشجعا ابنهما على لقاء أفراد آخرين " ممن يعانون من أمراض مشابهة " باستمرار عبر إلحاقهم بفريق لعب ملائم ، ويمكن أن يشكل المنزل المفتوح للأصدقاء عنصر آخر مساعد ، مع مراعاة فهم وتقدير المشاعر التي تظهر وتنمو في هذه المرحلة نحو الآخر فيجب تقدير هذه المشاعر وعدم المبالغة في الخوف من المجهول .

3. التقليل من الحماية الزائدة والتدليل:

ليس معنى المرض هو العجز عن القيام بكل شيء في كل وقت بل يجب التأكيد دائما على الممكن والمتاح للوصول إلي طريقة متوازنة وأقرب للمثلي في التعامل مع هؤلاء المرضى والبعد تماما عن الحماية الزائدة والتدليل حتى لا يتولد قصور اجتماعي بجانب القصور الصحي .

وهذا ما أكده جود (Goode 1994) حين أشار إلى أن المعاقين يشتركون في الرغبة الشديدة للانخراط في مجتمعاتهم والعيش باستقلالية والرغبة في أن يتم النظر إليهم ومعاملتهم كراشدين، والحصول على مهنة ، وأنهم يريدون أن يكون لهم حرية الاختيار والسفر والمشاركة ، كما أن لديهم الرغبة في بناء علاقات مع الآخرين وتكوين أسرة ، وكل ذلك يحدد إدراكهم بصورة أو بأخرى لجودة الحياة .

4 . التشجيع علي الاهتمامات والنشاطات المتنوعة :

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

وتأكيدا علي أهمية النشاطات المتنوعة ، أشارت إحدى الدراسات إلي وجود علاقة ايجابية بين كل من النشاطات والشعور بالهناء والرفاهية ، وهذا ينطبق علي كل من نشاطات وقت الفراغ والنشاطات الإنتاجية (Herzong , etal , 1998)

5 . تعلم مهارة التكيف والتعايش:

يمر الأشخاص المرضى وغير المرضى بأوقات كثيفة قد تزيد في حالة المرض أو بعدة مباشرة لكن كي نصل لجودة الحياة كهدف سامي نسعى من أجله لابد من التعايش والتكيف مع البيئة المحيطة بكل ما فيها من ضغوط سواء مرض أو قصور نفسي واجتماعي، وإن كنا نحاول مساندة المرضى فيجب تعليمهم أنفسهم كيف يمكنهم التعايش مع هذا الضيف الثقيل الذي سيرافقهم طيلة العمر .

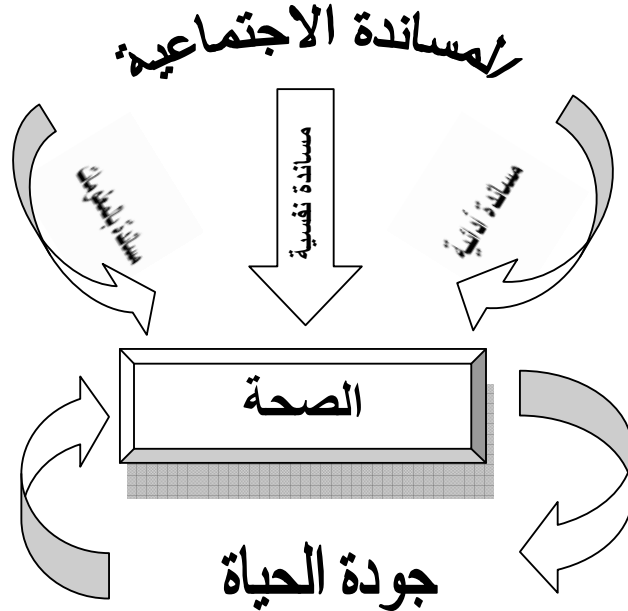
مع العلم بأنه توجد ميكانيزمات سيكولوجية عامة يسلك الفرد وفقا لها لزيادة شعوره بالرضا والرفاهية ، فالمريض بالرغم من وجود المرض لديه كحدث ضاغط نجده يحاول في بعض مراحل المرض أن يتكيف معه من خلال التخلص من القلق والضغط اللذين يصاحبان المرض . (O'Connor , 1998)

6 . البحث عن حياة جيدة للأسرة ككل :

من أفضل الوسائل لمساعدة المريض على إيجاد حياة جيدة هي البحث عنها للأسرة ككل، فالمريض الذي يتزعرع في بيت سعيد يملك فرصة أكبر ليشتعر بالراحة والاطمئنان رغم مرضه ، وربما يكون الفرد الوحيد المريض في هذا المنزل أو هناك من يعانون من أمراض أخرى لذلك يجب إيجاد السعادة للأسرة ككل ، كل حسب حالته الصحية والمزاجية والانفعالية .

وقام هوايت وآخرون White , et.al.2004 بدراسة دور المساندة الاجتماعية والمهنية لآباء مراهقين يعانون من الأوتيزم ، ومتلازمة داون وشلل مخي وأوضحت النتائج ارتفاع الشعور بالرضا والتوافق النفسي لدى الأبناء بمقارنتهم بمراهقين لم يتلق آباءهم البرنامج التدميمي التربوي.

7- تقبل العلاقة التسلسلية بين المساندة الاجتماعية و الصحة وجودة الحياة .



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

ثانيا : جودة الحياة Quality of life

مقدمة :

حظي مفهوم جودة الحياة باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد وحديثاً في مجال علم النفس ، وتعددت استخدامات " مفهوم الجودة " بصورة واسعة في جميع المجالات مثل جودة الحياة وجودة الخامات وجودة الزواج وجودة آخر العمر وجودة المدرسة... الخ وأصبحت الجودة هدفاً للدراسة والبحث باعتبارها الناتج أو الهدف الأسمى لأي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد (سامي هاشم ، 2001 : 125)

وينتمي هذا المفهوم إلي ما يعرف بعلم النفس الايجابي الذي يعيد للفرد شعوره بالرضا والسعادة في ضوء ظروفه الحالية وامكانياته وقدراته المتاحة ، ويختلف هذا المفهوم باختلاف الفرد وظروفه الحياتية فالمريض قد يشعر بجودة الحياة في الصحة ، والفقير قد يشعر به في المال ، والمقاتل قد يشعر به في السلام ، والبعض قد يشعر به في الوصول للأهداف وتحقيق الغايات ، وهناك من يشعر به عند تحقيق العدالة وإعلاء القيم الإنسانية في العالم أجمع ولكن الكل قد يشعر به في لحظات الحب باختلاف صورة وأنواعه .

وهدف علم النفس الايجابي هو تحفيز التغيير في علم النفس من ناحية الاستغراق في إصلاح الأشياء الفاسدة في الحياة من أجل بناء جودة الحياة -Salovey , et al . 2002: 159- (171)

بداية ظهور مفهوم جودة الحياة Quality of life

" يتم استخدام مصطلح نوعية الحياة في هذه الجزئية للتعبير عن جودة الحياة "

تقول هناء الجوهرى نقلاً عن المرهانكس Elemer Hankiis إن الاهتمام بنوعية الحياة ليس بالمجال الجديد بالرغم من حداثة المصطلح ، فمن الثابت تاريخياً أن المدن الصغيرة في العصور الوسطى كانت تتناول الآراء ووجهات النظر المتعلقة برفاهية الأفراد وطبيعة الحياة الملائمة لهم ، كذلك الحال في المدن الكبرى ، ولم يكن الهدف آنذاك تحسين نوعية الحياة بقدر ما تمثل في اكتشاف الموارد البيئية في محاولة لاستغلالها من ناحية ودرء الكوارث ومواجهة الاضطرابات الاجتماعية من ناحية أخرى (هناء الجوهرى ، 1994 : 8-9) .

ونستطيع أن نرجع بداية مفهوم نوعية الحياة في الظهور إلي حركة المؤشرات الاجتماعية بعامة و مؤشرات نوعية الحياة بخاصة حيث جاءت في إطار مناخ سياسي واقتصادي وثقافي ، تموج به التيارات الراضية للنظام السياسي الاقتصادي السائد ، الذي يجعل من زيادة الدخل القومي ، وزيادة الإنتاج ، وزيادة الاستهلاك مؤشراً لنجاحه ووسيلة لتحقيق الغاية النهائية للسياسات ، سواء كانت تحقق نمو المجتمع Growth أو تقدمه Progres أو رفاهيته Welfare لذلك لم يكن مثيراً للدهشة أن تكون بداية ظهور هذا المصطلح في دول الغرب الصناعية. (ناهد صالح ، 1990 : 54) .

ويرى (العارف بالله الغندور ، 1999 : 18) أن الأصول التاريخية للاهتمام بهذا المفهوم يرجع إلي كتابات كارل ماركس .. حيث اهتم في كتاباته السياسية بالفروق في أسلوب الحياة لدى الطبقات الاجتماعية المختلفة .

مفهوم جودة الحياة :

اختلف الباحثون علي اختلاف تخصصاتهم واهتماماتهم البحثية حول مفهوم جودة الحياة ، ومن هنا ظهرت وجهات نظر متعددة كل حسب مجاله ، كما اختلفت الترجمات الخاصة بالمفهوم Quality of life ما بين جودة الحياة ، ونوعية الحياة وسوف تتبنى الباحثة مفهوم جودة الحياة مع الإشارة للترجمات الأخرى .

عرف بعض الباحثين جودة الحياة باعتباره مفهوم يستخدم للتعبير عن " رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع" ، أو " نزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف " وقد اهتم بهذا المفهوم كل من الساسة ورجال الاقتصاد حيث يركزون علي الحفاظ علي نوعية معينة لحياة الأفراد من حيث الارتقاء بالمستوى الاقتصادي والارتفاع بمستوى الدخل القومي كما تقاس بمستوى الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع والمستويات التعليمية لأفراده والخدمات الاجتماعية والسكنية وغيرها من الخدمات التي يتطلبها ارتفاع مستوى المعيشة (حسن مصطفى ، 2005 : 17) .

ويعرفه (السيد كامل الشر بيني ، 2007 : 6) علي إنه " شعور الفرد بالهناء الشخصي في مجالات حياته تعد هامه بالنسبة له في سياق الثقافة ، ومنظومة القيم التي ينتمي إليها عند مستوى يتسق مع أهدافه واهتماماته وتوقعاته.

تعريف قاموس وبستر (Webster (1977) يتضمن التعريف المتع وأساليب الراحة فهو يرى ضرورة تميز نوعية الحياة بخاصية القبول أو الابتهاج ، وكذلك الجمال والجاذبية المعنوية للحياة الواقعية .

أما تعريف جون ألكسندر Jon Alexnder فهو يقصد بنوعية الحياة التجاوز عن توفير ضرورات الحياة فيجب أن توفر أساليب الراحة ، أي يجب أن تتجاوز عن الحاجات الضرورية إلي الحاجات الكمالية التي تعر الإنسان بالبهجة والسعادة في الحياة (هناء الجوهري ، 1994 : 42-44)

وترى (هبة جمال الدين ، 1991 : 67 - 87) أن المهتمين بتعريف نوعية الحياة يربطون بينه وبين مشاعر السعادة كشعور عام نابع من تلك الأشياء التي نقدرها ، لأنها تجلب لنا مستوى معين من المعيشة فهي تستحق ذلك التقدير إذا أمكنها أن تحقق لنا السعادة ، وهي هنا ليست بمعنى الاستمتاع اللحظي وإنما تعني الإحساس بجودة المعيشة على المدى الطويل.

كما أشار أرجايل بأنه يمكن فهم السعادة بوصفها انعكاسا لدرجة الرضا عن الحياة (مايكل أرجايل ، 1993 : 25).

وترى الباحثة أن جودة حياة الإنسان تكمن في كافة تفاصيل سلوك ، وتصرفات ، واتجاهات الفرد التي ينتهجها ، المهم أن تعطي الفرد معنى ايجابي للحياة يجعله سعيداً راضياً محققاً لذاته في ضوء الظروف التي يمر بها ، وفي ضوء عادات وتقاليد المجتمع الذي يعيش بين طياته .

تعريف جودة الحياة من وجهات النظر المختلفة

1- من المنظور الاجتماعي :

تعرف (هناء الجوهري ، 1994 : 46) نوعية الحياة علي إنها ذلك البناء الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلي إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة ، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة ، ومؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق .

2- من المنظور النفسي:

ترتبط نوعية الحياة من المنظور النفسي بعدد من المفاهيم الأساسية مثل الإدراك ، والقيم ، والاتجاهات ، والحاجات ، الطموح ، مستويات الرضا الخاصة بجوانب الحياة المختلفة .

ويرى العلماء أن نوعية الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي Perceived Quality of life ، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية مثل الدخل والمسكن والعمل والتعليم يمثل انعكاسا لإدراك الفرد لجودة حياته .

كذلك مفهوم مثل القيم الذي اعتبره روكيتش مفهوما أساسيا لما له من دور هام في حياة الفرد فهو يقيس الطموحات والتوقعات ، كما أن متغير مثل القيم يحدد للفرد مستويات الأهمية النسبية له فيعتبره علماء النفس مؤشراً دالاً علي تقدير الفرد لقيمة الحياة .

3- من المنظور الطبي:

يعتمد هذا المنظور على فرض أساسي هو " هناك علاقة بين نوعية الحياة والمرض " وفي هذا المجال يحاول العلماء الإجابة على تساؤلات هامة هي كيف يؤثر المرض على الطريقة التي يدرك من خلالها الفرد المجالات المختلفة .. فهناك دراسات اهتمت بدراسة نوع المرض وطبيعته وما يحدثه للمريض من اضطرابات نفسية وجسمية وكيف أن هذه الاضطرابات تؤثر على نوعية الحياة ، كذلك ركزت دراسات أخرى على نوع البيئة التي يعيش فيها المريض وأثرها على نوعية حياته ، كذلك تمت دراسات أخرى على أنواع عديدة من الأمراض مثل أمراض القلب ، السكر ، السرطان ، الفصام ، الوسواس القهري ... كما يهتم أيضا هذا المجال بتأثير البرامج العلاجية والنفسية على تغيير إداركات المريض السلبية لسياقات حياته وأثر هذا التغيير على نوعية حياة المريض وزيادة تفاعله مع البيئة .

ومن أهم الدراسات في هذا الموضوع دراسة أجراها Bengt Christiansen على عينة قوامها (9006) من الأفراد الذين ولدوا فيما بين عامي (1950 – 1961) ، في المستشفى الجامعي في كوبنهاجن وقامت الدراسة ببحث نحو 200 متغير مرتبط بالميلاد ، وخلال السنة الأولى للميلاد ، ومن هذه المتغيرات (تناول الأم للعقاقير ، التدخين أثناء الحمل ، مشكلات عملية الولادة) وأسفر قياس نوعية حياة هؤلاء الأفراد بعد ثلاثة عقود من ميلادهم عن وجود دلائل قوية على تأثير وأهمية تلك العوامل في الحياة التالية ، وفي مرحلة تالية للدراسة تم توسيع فئة العمر بإضافة عدد 2500 فرد ممن تتراوح أعمارهم بين (18 – 88) عام وقد طلب من الباحثين أن يعبروا عن نوعية حياتهم بعدة طرق وأن يضعوا خريطة لمحددات الحياة المختلفة من قبيل المستوى الاقتصادي والاجتماعي ونمط الحياة والصحة والحياة الجنسية واتجاهاتهم نحو أنفسهم ونظرتهم للحياة ، وقد أسفرت النتائج عن وجود ارتباط بين الأحداث المرتبطة بالميلاد ونوعية الحياة المستقبلية .

4- من منظور الفلسفة :

من المنظور الفلسفي يتم تناول دراسة نوعية الحياة بطريقة أكثر تجريداً وتحليلاً ، وأن البدايات الأولى لمفهوم نوعية الحياة ظهر كمرادف للتقدم والرفاهية الإنسانية من حيث التقدم الاقتصادي ونصيب الفرد من الدخل القومي والنتائج الصناعي ومعدلات الاستهلاك ، وبناء على ذلك تم الربط بين نشأة المفهوم والأصول الفلسفية البرجماتية للفكر الرأسمالي الغربي في مجالات حساب المنفعة الكلية والمتوسطة والحرية المشتقة من الاستفادة بالسلع والخدمات ولعل الأمر يرجع إلى عصر أفلاطون الذي افترض أن الذين يملكون مادياً هم أقرب إلى الرضا والذين لا يملكون المال فهم لا يقنعون ويصبحون مصدرراً للقلائل السياسية .

5- من منظور التطور والتكنولوجيا :

إن مصطلح نوعية الحياة ليس منعزلاً عن الظروف والمتغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية ، فقد ارتبط بهم منذ البداية لسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية والارتقاء .. وتدور البحوث في هذا المجال حول أسئلة هامة في أي المسارات أدى التطور الحضاري إلي تغيير نوعية الحياة وهل تحسين نوعية الحياة عن طريق تحسين مستوى المعيشة هو الحل الوحيد ، هل يمكن للفرد الحصول على عناصر ثقافية متنوعة في عالم يتميز بالعوامة.

6- من المنظور الديني :

هل يلعب الدين دورا في حياة الفرد؟ إن الدين يلعب دورا هاما في حياة الفرد فهو عامل أساسي في تحقيق الهوية والكينونة ولعل الأسئلة المطروحة في هذا الاتجاه هي .. هل هناك اختلاف بين التدين والعقيدة لدى الأفراد في المجتمع؟ هل هما مكملان لبعضهما البعض أم مختلفان أم متضادان في الاتجاه؟ هل الدين الذي في أبسط معانيه هو الحب والعطاء والتسامح يمكن أن يؤدي إلى القتال والصراع؟ وأخيرا ما هي نظرة الديانات المختلفة لنوعية الحياة؟

7- من منظور الحقيقة والمعرفة :

هل الحقيقة والمعرفة تسهم في تحسين نوعية الحياة؟ بمعنى أنه كلما زادت المعرفة تحسنت جودة الحياة ... هل المعرفة هي المصدر الرئيسي للحقيقة أم أنها وسيلة للوصول إلى الحقيقة وتحقيق الأهداف؟ وإلى أي حد تؤثر وسائل الإعلام سواء بالسلب أو بالإيجاب على نوعية حياتنا (العارف بالله الغندور ، 1999 : 30 - 38) .

8- من منظور الفنون والإبداع :

في دراسة تمت عن ارتباط التذوق الفني أو الجمالي بنوعية الحياة مقارنة بالمشاعر الجمالية في حالات التذوق الفني وفي حالات الإدمان عند الأسوياء والمدمنين وجد أن المفحوصين حينما يتذوقون مثيرا جماليا سواء كان فنيا أو بشريا أو انفعاليا فإنهم يحكمون عليه بالجمال وهذا ما وجده الباحث عبد السلام الشيخ (1995) فقد وجد أن هناك اختلافاً في مشاعر التذوق الجمالي لدى الإنسان تبعا لمستوى الوعي والذي يتأثر بالمخدرات مما يجعله أميل في حالة التعاطي إلى كل ما هو من شأنه أن يدعم به الخيال والإحساس بعيدا عن الأرض فهو يستجلب النشوة لنفسه ولكن مع زوال أثر المخدر تعود الذكريات لدائرة حواسه (عبد السلام الشيخ ، 1995 : 6 - 11).

وينتمي لهذا المنظور أيضا الابتكارية والإبداع ، هل المبدع له حياة أخرى تختلف عن نوعية حياتنا؟ وهل الابتكار والإبداع يمكن النظر إليهما على أنهما أداة للتكيف ، وهذا ما أكده باتريك حيث يرى أن إعاقة الإبداع يؤدي غالبا إلى قطع الجذور العميقة للرضا عن الحياة ولإبداع أهمية كبرى في تحسين نوعية الحياة ، وهذا ما أكده تورانس 1978 من أهمية الإبداع في تغلب الأفراد على ضغوط الحياة اليومية والنأي بهم عن الإصابة بالمرض العقلي (أيمن عامر 1979 : 20) .

أما عن تأثير أحد برامج تنمية نوعية الحياة علي العلاقة بين التفكير الإبداعي والرضا عن الحياة فقد أجرى كل من جوف وكاثي (1992) Goff & Kathy وتكونت العينة من مجموعتين مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية ، وقدم للمجموعتين اختبار القياس الإبداعي واختبار آخر لقياس الرضا عن الحياة ، ثم قدم للمجموعة التجريبية برنامجا لتحسين نوعية الحياة علي مدى أربعة أشهر وتم حساب الارتباط بين كل من التفكير الإبداعي والرضا عن الحياة لدى المجموعة التجريبية قبل وبعد التدخل التجريبي ، وكشفت النتائج عن زيادة الارتباط بين التفكير الإبداعي والرضا عن الحياة لدى المجموعة التجريبية بعد التدخل التجريبي ، ولعل النتيجة النهائية لهذه الدراسة أنه توجد علاقة طردية إيجابية بين نوعية الحياة والقدرة علي التفكير الإبداعي فكلما تحسنت بين نوعية الحياة لدى الأفراد كلما تم خلق منافذ جيدة للقدرة الإبداعية والعكس صحيح فإن تنمية القدرات والمهارات الإبداعية تزيد من نجاح الفرد وفاعليته وبالتالي يزداد رضاه عن حياته (هدى عاصم ، 2004 : 45) .

9- من المنظور البيئي :

اهتمت علوم البيئة بدراسة نوعية الحياة لأنها تشكل عاملاً أساسياً في صنع القرار الخاص بالتخطيط والإدارة والبيئة ، واتجه هذا المنظور إلى الحفاظ على البيئة ومواردها الطبيعية وهي الماء والهواء والتربة والتي تتعلق بحياة الإنسان بل امتد الاهتمام ليشمل علاقة الإنسان بالمكان والزمان .

10- من المنظور التكاملي :

إن الاختلاف في النظر إلى مفهوم نوعية الحياة لا يقتصر على المشتغلين بالعلوم الاجتماعية فقط ولكن يختلف معنى نوعية الحياة تبعاً للنوع والسن والخصائص الاجتماعية والسكانية والتي قد تؤثر على نظرة كل فرد لمعنى ومكونات نوعية الحياة وعلى إدراكه وتقييمه لهذه الحياة ، وترتبط هذه القضية بالتقييم الشخصية المرتبطة بالأدوار الاجتماعية والطموحات وهو الأمر الذي يجعل مفهوم نوعية الحياة في أشد الحاجة إلى النظرة التكاملية ليس فقط على الممارسة العلمية ولكن على مستوى الممارسة العملية . (هناء الجوهري ، 1994 : 47)

أهم مؤشرات جودة الحياة Indicators of quality of life

1. المؤشرات الموضوعية Objective Indicators

هي تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمي والتي تتعلق بالمتغيرات المؤسسية لنوعية الحياة ، فالمؤشرات الموضوعية تقوم على التقييم الموضوعي للأحوال والظروف السائدة في المجتمع أي أن هذه المؤشرات تعكس ظروف حياة الأفراد في وحدة ثقافية وجغرافية معينة من خلال قياسها الكمي المحض للوقائع والحقائق المتعلقة بجوانب البناء الاجتماعي .

2. المؤشرات الذاتية Subjective Indicators

تشير تلك المؤشرات إلى حجم استفادة الأفراد من الخدمات التي تقدمها الدولة ، وما هو قدر الإشباع الذي تحقق للأفراد من خلال هذه الخدمات والمتغيرات كما تمثل درجة رضا الأفراد عن ذلك ، وبعبارة أخرى هو مدى الإشباع الذي يتحقق للأفراد من حياتهم في ظل واقع اجتماعي معين ويكون ذلك من خلال تقييمهم وإدراكهم لهذا الواقع ، كما ينعكس في مستويات رضاهم أو سعادتهم بجوانب هذا الواقع الاجتماعي باعتباره يشكل مكونات نوعية حياتهم .

ويؤكد العلماء والمهتمون بموضوع نوعية الحياة أن جوهر دراستهم يتراوح ما بين الاهتمام بقياس الآثار المركبة لجوانب الحياة الواقعية من ناحية وبين تصور هذه الوقائع عند الفرد وحكمة عليها من ناحية أخرى وعلاقة ذلك بالرضا الإنساني .. هذا هو التفاعل بين الجانب الموضوعي والجانب الذاتي اللذين يشكلان في مجموعهما نوعية الحياة الإنسانية . (هناء الجوهري ، 1994 : 48-200) .

ويرى جود (Goode 1994) : أن جودة الحياة نتاج لتفاعلات فريدة بين الفرد والمواقف الحياتية الخاصة ، وعرفها بأنها درجة استمتاع الفرد بإمكانياته المهمة في حياته ، أو بمعنى آخر إلى أي حد يرى الفرد حياته جيدة ، وأن جودة الحياة مفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسية للحياة هي : الحياة الأسرية المجتمعية ، والعمل ، والصحة . (سامي هاشم ، 2001 : 129) .

النماذج المفسرة لجودة الحياة :

يشير السيد كامل الشربيني (2007) إلى أن هناك نماذج عدة مفسرة لجودة الحياة أهمها :

1- نموذج ايفانس (Evans 1994) : الذي بني علي الوجه التكاملية للأطر النظرية حيث يتضمن :

سمات الشخصية { تقدير الذات ، التفاؤل ، العصابية ، الانبساطية }
وهي سمات نابعة من الداخل وتشتمل علي الأبعاد المعرفية والانفعالية .

الهناء الشخصي ويتضمن :

{ الانفعال الإيجابي أو السلبي } ويكون داخلي المصدر ومكون انفعالي.

{ الرضا العام عن الحياة } ويكون داخلي المصدر ومكون معرفي .

ج - محصلة جودة الحياة وتتضمن :

{ جودة الحياة السلوكية } وتكون خارجية المصدر ومكون معرفي.

{ جودة الحياة المتصلة بالصحة } وتكون داخلية أو خارجية المصدر وتمثل الجوانب المعرفية والوجدانية .

2- نموذج فينوهوفن (Veenhoven , 2000) وهو مكون من أربعة مفاهيم مرتبة :

أ- فرص الحياة life chance وتنقسم إلي بعدين:

- Livability " الجودة في البيئة الخارجية Outer qualities " وغالبا مصطلح جودة الحياة والهناء يستخدمان بهذا المعني .

- Life – ability " الجودة المنبثقة من الداخل " وهي تشير إلي البيئة الداخلية للفرد من إمكانات وقدرات تعده لمجابهة المشكلات الحياتية بطريقة أفضل .

ب- نتائج الحياة Life result وتنقسم إلي :

- الفائدة أو المنفعة Utility of life " الجودة في البيئة الخارجية " وهي تشير إلي جودة الحياة من خلال المحصلة ويمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة ، أي استغلال البيئة الخارجية ، وهي تمثل رؤية الحياة علي إنها جيدة أكثر من كونها كذلك .

- تقويم أو تقدير الحياة " الجودة المنبثقة من الداخل " ويشير إلي جودة الحياة كما يراها الفرد حيث التقرير الذاتي لها مثل الهناء الشخصي ، والرضا عن الحياة ، والسعادة (Veenhoven , 2000 : 6-8) .

3- نظرية فنتجودت وآخرون ، وقد وضعت نظرية تفسير جودة الحياة في ضوء عدة أبعاد:

أ- جودة الحياة الذاتية { الهناء ، الرضا عن الحياة ، السعادة ، معنى الحياة } .

ب - جودة الحياة الموضوعية أو الخارجية { التنظيم البيولوجي ، إدراك الامكانيات الحياتية ، إنجاز الحاجات ، المعايير الثقافية } .

ج - الوجه البيولوجية التي تشير إلي وجودنا البشري . (السيد كامل الشربيني ، 2007 : 13) .

مكونات جودة الحياة :

قد توصل كيث وهيل Keith & Heal (1996) في دراستهما لتحديد المفاهيم الأساسية لجودة الحياة عبر الثقافات المختلفة ، إلى وجود عشرة مفاهيم أساسية أو مكونات لجودة الحياة هي :

- | | |
|---|------------------------|
| 1 . الحقوق Rights | 2 . العلاقات Relations |
| 3 . الرضا Satisfaction | 4 . البيئة Environment |
| 4 . الصحة Health | 6 . الخصوصية Privacy |
| 7 . الاحتواء الاجتماعي Social inclusion | |
| 8 . النضج والنمو Growth & Development | |
| 9 . الضبط الفردي Individual Control | |
| 10 . الأمن الاقتصادي Economic Security | |

وتندرج هذه المفاهيم ضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي القيم Values والفعالية Potency والنشاط Activity (Keith & Heal, 1996) : 273-294 .

كما توصل "جود" إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها :

- 1- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.
- 2- تتكون جودة الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة للأشخاص العاديين.
- 3- ترتبط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.
- 4- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة، وبرامج التأهيل والعلاج، والمساندة الاجتماعية .
- 5- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية، والمؤشرات الموضوعية.

ويضيف جود Goode (1994) أربعة عوامل أساسية في تشكيل جودة الحياة هي :

- أ- حاجات الفرد (الحب، والتقبل، والجنس، والصدقة، والصحة، والأمن).
- ب- التوقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد .
- ج - المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة اجتماعيا.
- د-النسيج البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات . (Goode, 1994: 63-75) .

أبعاد ومظاهر جودة الحياة :

يشير (حسن مصطفى، 2005 : 17) إلى ثلاثة أبعاد لجودة الحياة هي :

- 1- **جودة الحياة الموضوعية :** وتعنى ما يوفره المجتمع من إمكانات مادية ، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد .

2- **جودة الحياة الذاتية** : وتعنى كيف يشعر كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها ، أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة والسعادة بها .

3- **جودة الحياة الوجودية** : وتعنى مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد و التي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة ويصل إلي الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية ، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع .

كما يقترح خمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وقد وضعت جودة الحياة الوجودية في المنتصف لأنها توحد وترتبط بين كل من جودة الحياة الموضوعية و جودة الحياة الذاتية .

وفيما يلي مظاهر جودة الحياة :

الحلقة الأولى : العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال :

1 - العوامل المادية الموضوعية Objective Factors

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

2- **حسن الحال Well being**

وهذا مقياس عام لجودة الحياة وهو أيضا مظهر سطحي للتعبير عن جودة الحياة إذ لا بد أن نستنتجه بتفسير عن حسن الحال فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يخترنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد .

الحلقة الثانية : إشباع الحاجات والرضا عن الحياة :

3- **إشباع وتحقيق الحاجات Fulfillment of needs**

وهي إحدى المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة ، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فإن جودة حياته ترتفع وتزداد ، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء : كالطعام والمسكن والصحة ، ويرتبط بعضها بالعلاقات الاجتماعية : كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد ويحقق بها جودة .

4- **الرضا عن الحياة Satisfaction of life**

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

الحلقة الثالثة : إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية و إحساسه بمعنى الحياة :

5 - **القوى والمتضمنات الحياتية Life potentials**

يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية مفهوم أساسي لجودة الحياة ، فالبشر لكي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الإبتكارية الكامنة داخلهم ، ويقومون بتنمية العلاقات الاجتماعية ، وينشغلون بالمشروعات الهادفة ، ويكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك ، وهذا كله من مؤشرات جودة الحياة .

6 - معنى الحياة Meaning In life

يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين ، وشعر بإنجازاته وبمواهبه ، وإن غيابه يسبب نقصاً أو افتقار للآخرين له - أدى ذلك إلي إحساسه بجودة الحياة .

الحلقة الرابعة : الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة :

7 - الصحة والبناء البيولوجي Health and biological state

وهذه الخاصية لجودة الحياة تهتم بالبناء البيولوجي للبشر ، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

8 - السعادة Happiness

هي شعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات ، أنها شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة ، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه اقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاع بالصحة الجسمية .

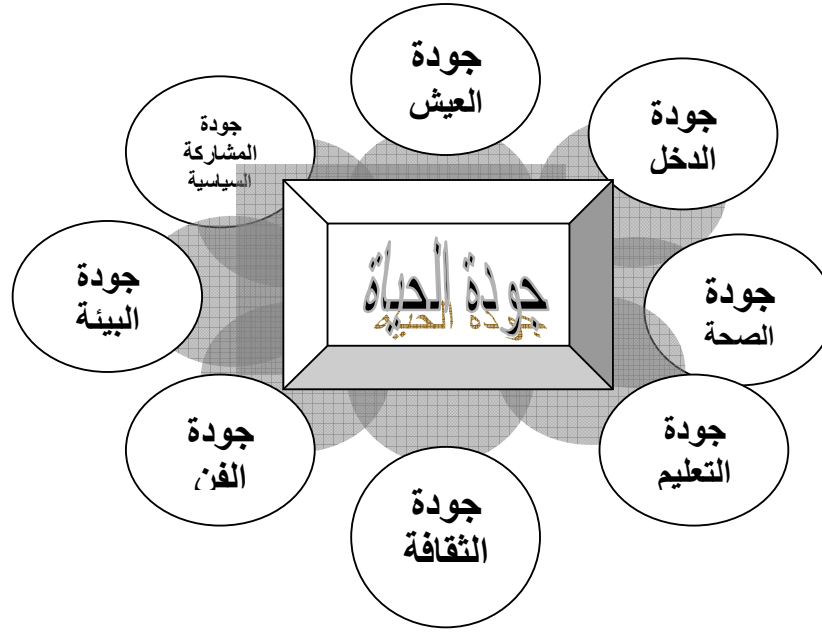
الحلقة الخامسة : جودة الحياة الوجودية

هي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة ، أنها الأكثر عمقاً داخل النفس وإحساس الإنسان بوجوده فهي النزول لمركز الفرد ، معنى الحياة الذي هو محور وجودنا .

فجودة الحياة الوجودية هو الذي يجعل الفرد يشعر بوجوده وقيمه ، وبعمق المعلومات البشرية التي بمقدورة الحصول عليها ، أنها ترتبط بالمعايير والقييم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد ويحقق بها وجوده ومثالياته . (حسن مصطفى، 2005 : 18 - 20)

معوقات جودة الحياة :

ترى الباحثة إن إنسان القرن الحالي يعيش في عالم مليء بالتوترات والمشاحنات ، ووسائل التطور والتكنولوجيا الحديثة التي قد تكون أراحت الجسد ولكنها أثرت بالسلب علي العقل والنفس ، وكثير من الأمراض التي ظهرت حديثاً أو عادت أكثر ضراوة مما كانت عليه ، أضف إلي ذلك الحروب والمنازعات وحالة الاسلم والاحرب التي يعيشها العالم بكافة اتجاهاته الثقافية والاقتصادية والسياسية بل الأكثر من ذلك شعور الإنسان بغضب الله عز وجل وتفسير كثير من الظواهر الطبيعية من هذا المنطلق كالزلازل والبراكين التي ظهرت في مناطق من المفترض أنها بعيدة عن أحزمة الزلازل والبراكين وظهور تسونامي الذي لم يترك أخضر ولا يابس ، بالإضافة للصدمات التي يتعرض لها الفرد سواء كانت عائلية أو مالية ، والمشاكل الناجمة عن تقويم الذات ، والتي تنشأ من نظرة نقص إلى الذات أو احتقارها ، كل ما سبق يسهم بشكل أو بآخر في إعاقة الفرد عن الشعور بجودة الحياة التي يعيشها . وقد يرجع عدم شعور الفرد بجودة الحياة لعدم شعوره بجودة مجموعة من العوامل المتضاربة ويوضح الشكل التالي أهم تلك العوامل .



نلاحظ إن من أهم معوقات جودة الحياة هو عامل الصحة ، فهناك علاقة وثيقة بين المرض والحياة نفسها ، وبالتالي هناك علاقة أكيدة بين ما يعانیه الفرد من مشكلات صحية أو مشكلات اجتماعية تنعكس بدورها علي الحالة الصحية وبين مدى شعور الفرد بجودة حياته ، ومع هذا يوجد فرق بين مفهوم الصحة وجودة حياتنا ، فالصحة هي جزء من كل أي هي إحدى العناصر التي تحدد جودة الحياة .

وتعرف منظمة الصحة العالمية " الصحة " علي أنها حالة من الرفاهية الاجتماعية والذهنية والجسدية التامة ، فالصحة ليس معناها غياب المرض أو العجز فحسب

(Diener E. suh E,1998)

وتعتبر الصحة مكون من المكونات الهامة للشعور الذاتي بالهناء وحسن الحال ، فهي بحق أحد العناصر الموضوعية وترتبط ارتباطا وثيقا بالسعادة ، ويرى البعض أن الصحة هي واحدة من أسباب السعادة الرئيسية . (مايكل أرجايل ، 1993 : 227) .

ولقد حظي مفهوم جودة الحياة باهتمام كبير من قبل القائمين علي الرعاية الصحية ، والعاملين في مجال الطب والصحة ، وهذا الاهتمام البحثي بجودة الحياة من المنظور الطبي أدى لظهور عدد كبير من المقاييس التي تستهدف قياس جودة الحياة لدى فئات مرضية مختلفة ، وتستخدم مقاييس جودة الحياة في الممارسة الطبية لتحديد مدى تأثير الأمراض المختلفة علي الأداء والرفاهية W-B ، وكذلك مقارنة النتائج بين الأساليب العلاجية المختلفة ، أي المقارنة بين الأساليب من حيث ما تؤدي إليه من نتائج . (Mendlowiez etal, 2000: 669-682) .

ويمكن أن تكون جودة الحياة المرتبطة بالصحة متميزة عن جودة الحياة الكلية ، من حيث أنها تهتم بوجه خاص بالعوامل التي تقع في دائرة اهتمام القائمين علي توفير الرعاية الصحية ، وتمثل جودة الحياة المرتبطة بالصحة رضا أو سعادة الفرد عن ميادين الحياة من حيث تأثيرها علي أو تأثيرها بالصحة ، وتؤكد معظم التصورات والمفاهيم الخاصة بجودة الحياة المرتبطة

بالصحة ما للمرض من تأثيرات سلبية علي الدور الاجتماعي والجسدي ، وما له من تأثيرات علي الأداء المعرفي والانفعالي والنفسي . (American Thoracic Society , 2000)
وقد تختلف جودة حياة المرضى باختلاف طبيعة المرض نفسه ، حيث تختلف جودة الحياة لمرضى السرطان عن جودة الحياة لمرضى الإيدز أو الالتهاب الكبدي الوبائي .

وقد قام دافيدسون وآخرون (Davidson, et al,1999 : 354- 360) بإجراء مقارنة في جودة الحياة بين مجموعة من المرضى الباقين علي قيد الحياة من مرضى اضطرابات التنفس ومجموعة أخرى ضابطة من مرضى الحالات الحرجة ، وأظهرت النتائج أن مرضى اضطرابات التنفس الحادة الباقين علي قيد الحياة يعانون من انخفاض دال وإحصائي في جودة الحياة المرتبطة بالصحة .

وفي دراسة لانجفيلد وآخرون (Langeveld , et al ,1999 : 1-11) بعنوان "العلاقة بين الصداع والصحة المرتبطة بجودة الحياة لدى المراهقين " وتم اختيار المراهقين من ذوي الصداع النصفي ، وتوصل الباحثون إلى أن نشاط الصداع يؤدي إلى مستويات أدنى في الرضا عن الحالة الصحية خاصة والحياة بصفة عامة ، وبالتالي فإن تأثير الصداع على مستوى الرضا عن الحياة لدى المراهقين يرتفع عندما يمر هؤلاء المراهقين بخبرات ضاغطة عالية الشدة .

وتوصلت العديد من الدراسات إلي أن الصحة الجيدة ترتبط عكسيا بالعناء أو الضيق النفسي Psychological Distress ، وتوصلت إلي وجود علاقة ايجابية بين الحالة الصحية الموضوعية والتقييم الذاتي للصحة ، وكلاهما يرتبطان بشكل دال بالشعور بالهناء الذاتي ()
Tran, et al,1991

ويؤكد (O'Connor , 1998) علي أن شعور الفرد بالهناء أو الرفاهية يتأثر بخبرات وأحداث الحياة ، ومن بين المتغيرات التي يمكن اعتبارها مؤثرات في مدى شعور الفرد بالرفاهية هو عامل الصحة والإحساس بالكفاءة .

وأجرى ناتاليو وبابلو (Natalio & Pablo , 2002 : 47-59) دراسة تناولت الذكاء الوجداني والصحة وجودة الحياة لدى المرأة علي عينة قوامها (99) سيدة في منتصف العمر ، طبق عليهم النسخة الأسبانية من مقياس الذكاء الوجداني ، ومقياس جودة الحياة إضافة لبعض المعايير الصحية ، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطيه بين الحالة الصحية وجودة الحياة .

كذلك توصلت مارتن (Martin , LL.1994) من خلال دراسة أجريت علي (100) مريض من مرضى الرئة المشتركين في برنامج للتأهيل لأمراض الرئة - إلى أن مشكلات الرئة المرضية تؤثر سلبيا علي جودة الحياة ، كما أجرى تشوبين (Chubon , R.A.1995) دراسة علي (100) من الراشدين الذين يعانون من إصابات العمود الفقري ، (120) من المتخلفين عقليا ، وتوصل إلى أن الإعاقين تؤثران بصورة سلبية علي إدراك الفرد لجودة الحياة . (سامي هاشم : 2001 : 138 - 139) .

ويؤثر مرض السكر علي جودة حياة الفرد تأثيراً عميقاً حيث يعاني مرضى السكر من مضاعفات مرضهم الأمر الذي يؤدي لرعاية ذاتية أضعف بالإضافة للعوامل النفس اجتماعية كالقلق والاكتئاب ، وارتباط أحداث الحياة الضاغطة نفسياً بمستويات سكر الدم المرتفعة والرعاية الذاتية الضعيفة مما يؤثر علي جودة الحياة (Monjezi- Siamak ,2005:1650) .

وترى الباحثة إنه إذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة من الناحية الصحية نجدها تتمثل في:

1. الناحية الجسمانية (تتمثل في إشباع الحاجات الفسيولوجية الأساسية للفرد من ماء وهواء نقي ، وطعام صحي ملائم لحالة المريض واحتياجاته ، ومسكن مناسب ، وقدر ملائم من النوم الهادئ) .

2. الناحية العقلية (تتمثل في إشباع الحاجات إلي التفكير والابتكار والإبداع في مجال اهتمامات هذا المريض وما يستطيع تحقيقه) .

3. الناحية النفسية (تتمثل في إشباع الحاجات إلي الأمن والأمان ، والعيش في مجتمع آمن بعيد عن المخاطر، و الاحتياج إلي تقدير الذات ، وتحقيق الذات بعيدا عن جوانب القصور لديه)

4. الناحية الاجتماعية (تتمثل في إشباع الحاجة إلي القبول الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي والحاجة إلي الانتماء) .

ويرى ماسلو أن إشباع الحاجات الأساسية البيولوجية والاجتماعية والنفسية ، ومواجهة التحديات بأقصى حدود القدرة يعد مصدراً مباشراً للشعور بالبهجة ، وهو ما يطلق عليه قمة الخبرة والتي تعبر عن أسعد لحظات العمر (عادل هريدي ، طريف شوقي ، 2002 : 49) .

كيفية الوصول لجودة الحياة:

تري الباحثة إنه كي يصل الإنسان إلي الشعور بجودة الحياة لابد أن تتضافر مجموعة من العوامل أهمها ما يلي :

1. ذات الإنسان.
2. إشباع الحاجات .
3. الوقوف علي معنى ايجابي الحياة .
4. وجود علاقات اجتماعية ودعم اجتماعي .
5. الشعور بالرضا عن الحياة .
6. توافر الذكاء الوجداني .
7. توافر الصلابة النفسية .
8. التدين .
9. السعادة .
10. التوجه نحو المستقبل .

أولاً: ذات الإنسان :

يعرف (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي ، 1995 : 3438) مفهوم الذات على إنه فكرة الفرد وتقييمه لنفسه بما تشتمل عليه من قيم وقدرات وأهداف واستحقاق شخصي .

ويتكون مفهوم الذات لدى الفرد عن طريق مجموعة من العوامل أهمها تحديد الدور ، المركز، المعايير الاجتماعية ، التفاعل الاجتماعي ، اللغة ، الجماعات الاجتماعية { (آمال فهمي ، 1994 : 13 – 15) .

أما تقدير الذات فهو عبارة عن تقييم الفرد لذاته في السعي نحو التمسك بهذا التقييم بما يتضمنه من إيجابيات تدعوه لاحترام هذا التقييم وسلبيات تقلل من شأنه بين الآخرين في الوقت الذي يسعى فيه للتخلص منها (صفوت فرج ، 1991 : 17).

ويرى كورت وتوراي (Kurt & Tory , 1999 : 3) أن السعي وراء تحقيق الذات هو الهدف النهائي للطموح الإنساني .

وترى الباحثة أن فهم الذات وتقديرها حق قدرها ، والعمل على تحقيقها في ظل ظروف الحياة المليئة بالضغوط ، هي قمة الشعور الإنساني بالرضا عن النفس ، وتحقيق السعادة المطلوبة لمواجهة الصعاب والتعاشيش معها .

وعن علاقة تحقيق الذات بجودة حياة الإنسان قام فيترسو (Vitero , 2004 : 299-307) بدراسة السعادة الشخصية مقابل تحقيق الذات لتنمية جودة الحياة على (264) طالبا من المرحلة الثانوية والجامعية ، حيث قام الباحث بتطبيق مقياس (السعادة الشخصية ، تحقيق الذات ، جودة الحياة) وكان من أهم النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من السعادة الشخصية وتحقيق الذات من ناحية وجودة الحياة من ناحية أخرى .

ثانياً : إشباع الحاجات :

يرى البعض أن لب موضوع نوعية الحياة يكمن في دراسة ماسلو للحاجات الإنسانية ، والنظرية الاقتصادية للمتطلبات الإنسانية ، ومن المعلوم أن تصنيف ماسلو للحاجات الإنسانية يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها وهذه الحاجات هي :

1. الحاجات الفسيولوجية .
2. الحاجة للأمن .
3. الحاجة للانتماء .
4. الحاجة للمكانة الاجتماعية .
5. الحاجة إلى تقدير الذات . (العارف بالله الغندور ، 1999 : 30)

وبتحليل مدرج الحاجات الإنسانية لماسلو نستطيع أن نرى أهمية إشباع تلك الحاجات للوصول إلى جودة الحياة كما يلي :

بالنسبة للمستوى الأول الحاجات الفسيولوجية :

وهي الحاجات الضرورية لإبقاء الفرد على قيد الحياة مثل الحاجة إلى المأكل والمشرب والتنفس والإخراج والتكاثر إلى آخره ، وكل هذه الحاجات أساسية للفرد وعدم إشباعها بشكل مناسب وكافي يؤثر على شعور الفرد بجودة حياته .

بالنسبة للمستوى الثاني الحاجة للأمن :

تتنوع مصادر الأمن في حياة الفرد الواحد ، فقد يحتاج إلى الأمن الاقتصادي ، الأمن المعنوي من قبل الآخرين ، الأمن من المستقبل خاصة مع كثرة الحروب والمنازعات وبالطبع الأمن النفسي الذي يساعد الفرد على مواجهة ضغوط الحياة المختلفة ، وإشباع الحاجة للأمن في كافة صورة خطوه أساسية وهامه في سبيل شعور الفرد بجودة حياته التي يعيشها .

بالنسبة للمستوى الثالث الحاجة للانتماء :

لا يستطيع الفرد أن يحيي منعزلاً عن الآخرين فهي حياة واحدة تجمعنا ، وحاجة الفرد للانتماء إلي جماعة معينة هي حاجة ملحة وضرورية عن طريقها يشعر الفرد بقيمته وقدرته على إقامة علاقات جيدة مع الآخرين ، وهذا يؤثر في شعوره بأن الحياة جيدة .

بالنسبة للمستوى الرابع الحاجة للمكانة الاجتماعية :

إشباع تلك الحاجة مرتبط بإشباع الحاجة في المستوى الثالث وهي إشباع الحاجة للانتماء فالجماعة التي ينتمي إليها الفرد هي التي يشعر بقيمته ومكانته داخلها وهي نفس الجماعة التي تشعره بأهميته وكلما زادت مكانة الفرد الاجتماعية كلما استشعر بجودة حياته .

بالنسبة للمستوى الخامس الحاجة لتقدير الذات :

يعتبر ماسلو الحاجة لتقدير الذات هي أرقى الحاجات الإنسانية ، فهنا استطاع الفرد أن يشبع كل الحاجات في المستويات السابقة وبالتالي وصل لدرجة من النجاح والأمن والمكانة التي معها يشعر بمعنى وهدف لحياته ومن ثم يشعر بجودة حياته .

ثالثاً : الوقوف على معنى ايجابي للحياة :

يشير حسن مصطفى (2005) إلى أن مفهوم معنى الحياة مفهوماً هاماً جداً من النادر أن يستخدمه الناس العاديون ، ويرتبط معنى الحياة بجودة الحياة فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين ، وشعر بإنجازاته وبمواهبه أدى ذلك إلي إحساسه بجودة الحياة . (حسن مصطفى ، 2005 : 19) ، أما معنى الحياة لدى فرانكل (Frankl, 1969) فهو: أن الحياة يجب أن يكون لها معنى تحت كل الظروف وأن هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير إلا أنه يظل موجوداً دائماً ، كما أكد أن الإنسان يستطيع اكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاثة طرق مختلفة هي:

- 1- عمل شئ جديد أو القيام بعمل ما.
 - 2- تجربة خبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.
 - 3- الالتقاء بإنسان آخر في أوج تفردته الإنساني.
- وأضاف أيضاً أن معنى الحياة يمكن تحقيقه من خلال الاتجاه الذي يتخذه الإنسان حيال مواقف الألم والمعاناة التي لا يمكنه تجنبها في رحلته مع الحياة . (داليا عبد الخالق ، 2008 : 15)

ولاشك أن المسعى الرئيسي للإنسان هو تحقيق معنى لحياته ، فالإنسان لا يسعى فقط ليشبع غرائزه أو لتهيئه أفضل الظروف الاجتماعية ليعيشها ، لأن هذا وحده لا يسعده ولا يرضيه ولكنه يهتم أساساً بأن يكون هناك معنى ومغزى لحياته وهدفاً وقيمة يتوجه إليها ، وفي ضوء هذا المعنى وتلك القيمة يجد الحياة بكل ما تحمله من كبد ومعاناة تستحق أن تعاش . (عبد الرحمن سليمان، إيمان فوزي، 1999 : 135) .

وأشار عامر حسن (2003) في دراسة بعنوان " التوافق النفسي وعلاقته بمعنى الحياة لدى المراهقين من الجنسين " إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين الدرجة الكلية لأبعاد التوافق النفسي ومعنى الحياة ، وأن مرتفعي التوافق النفسي أكثر إحساساً بمعنى الحياة من منخفضي التوافق النفسي .

ولمعنى الحياة أثره الايجابي في الصحة النفسية والعقلية ، وإذا أعيق تحققه ، فإن إحباطاً وجودياً يظهر مما يؤدي إلى العصاب الوجودي ، وقد أكدت دراسة زيكا وشمبرلين (Zika 1999) ما لمعنى الحياة من أهمية بالغة في تحقيق شعور قوي بالوجود الأفضل واستمراره ، وأشارت دراسة كينج ونابا (King & Napa(1998) إلى أن الأشخاص الأقل معنى للحياة هم الأقل سعادة (عادل هريدي ، طريف شوقي ، 2002 : 51) ، كما كان من أهم نتائج دراسة فضل إبراهيم (2002) بعنوان " الصلابة النفسية وعلاقتها بالوعي الديني ومعنى الحياة لدى عينة من طلاب الدبلوم العام بكلية التربية بالمنيا " أن يمكن التنبؤ بالصلابة النفسية لدى أفراد العينة من خلال معرفة درجاتهم في معنى الحياة والوعي الديني .

ولكي يصل الإنسان لمعنى لحياته حدد فرانكل ثلاثة مصادر هي :

1. القيم الإبداعية (Creative values) : وتشمل كل ما يستطيع الفرد إنجازَه وقد يكون ذلك الإنجاز عملاً فنياً أو اكتشافاً علمياً .
2. القيم الخبراتية (Experiential values) : وتتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية وخاصة ما يمكن أن يحصل عليه من خلال الاستمتاع بالجمال ، أو محاولات البحث عن الحقيقة ، أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة كالحب أو الصداقة .
3. القيم الاتجاهية (Attitudinal values) وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي لا يمكنه أن يتجنبها كالقدر أو المرض أو الموت (إيمان فوزي ، 1999 : 11) .

وهذا ما أكدته (فوقية راضي ، 2007 : 19) بوجود علاقات موجبة دالة إحصائياً بين معنى الحياة والقيم (الإنجاز ، الانتماء ، الاهتمام بالبيئة ، الاهتمام بالآخرين ، الرفاهية المالية ، الصحة والنشاط ، الروحانية) .

وترى الباحثة أن الوقوف على معنى ايجابي للحياة عن طريق الإيمان بقيمه أو مجموعة قيم هي الخطوة الأولى للوصول إلي جودة الحياة ، فهي التمهيد الأولي الذي يشعر الفرد من خلاله بأن حياته ذات قيمة ، وأن مجموعة القيم التي يؤمن بها تجعله يشعر بالرضا ، والعكس صحيح فخواء المعنى لدى الفرد يجعله أكثر تعاسه وميلاً للإحباط خاصة مع وجود معاناته وخبرات حياته قاسية كالمرض ، كما أن تحديد معنى للحياة يسعى الإنسان لتحقيقه يجعل المريض أكثر ثقة في قدراته وامكاناته ولا ينظر فقط إلى جوانب القصور لديه .

ويؤكد ذلك دراسة سيد عبد العظيم (2001) التي هدفت الى الكشف عن العلاقة بين خواء المعنى ، وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية ، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين خواء المعنى وكل من: الشعور باليأس وأزمة القيم ، وقلق المستقبل ، بينما توجد علاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائياً بين خواء المعنى والرضا عن الدراسة ، وتضيف نتائج دراسة ماريو بن جرجس (1995) بعنوان المعنى الوجودي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية أن مرتفعي الإحساس بالمعنى الوجودي لديهم اتجاهات ايجابية نحو ظروفيهم وخبراتهم القاسية، ونحو ذواتهم، ونحو الآخرين، وكانوا أكثر توافقاً، وتفاؤلاً، وأملأ في الحياة، وذلك مقارنة بنظرانهم من منخفضي الإحساس بالمعنى الوجودي ،كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين خواء المعنى وكل من: الميل إلى الشعور بالضجر والسأم وسلوك العنف لدى المراهقين وهذا ما أكدته جوليانو(2001)، كما أن معنى الحياة يرتبط ارتباطاً دالاً بالإنبساطية والطيبة، ويقظة الضمير، والثبات الإنفعالي، ووجهه الضبط، والتوكيدية ، والتوجه نحو الإنجاز والبحث عن الإثارة ، وقوة الأنا ، كما يرتبط سلبياً بالعدوانية والوحدة النفسية وهذا ما أكدته دراسة سهير سالم (2005) .

رابعاً : وجود علاقات اجتماعية ومساندة اجتماعية

يرى (فاروق عثمان ، 2001 : 211) أن العلاقات الجيدة من أهم مصادر السعادة ، كأن يكون الفرد متزوجاً زيجة سعيدة ، وله أصدقاء ، وعلاقاته جيدة مع أفراد الأسرة والأقارب وزملاء العمل والجيران ، وربما يحتاج الفرد إلى تدريب على المهارات الاجتماعية التي تجلب له السعادة .

وقد قدم شو (1999) Chou دراسة بعنوان " المساندة الاجتماعية وموضوعية السعادة لدى صغار مرهقين هونج كونج " وأجريت الدراسة على عينة من (475) طالب من هونج كونج ومن بين ما توصلت إليه نتائج الدراسة وجود علاقة ايجابية دالة بين المساندة الاجتماعية وكل من البهجة والهدوء والاسترخاء والاهتمام والمشاركة والانتباه كمشاعر موجبة تدل على الصحة النفسية والسعادة ، كذلك درجات الرضا عن المساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء تعد منبأ جيداً للتوافق الشخصي والنفسي والاجتماعي .

وتشير دراسة كوستيليسكي وليمبرس (1998) Kostelecky & Lempers التي هدفت إلى معرفة تأثير المساندة الاجتماعية من الأسرة على درجات الرضا عن الحياة ، والرفاهية ، وتحقيق الذات كأبعاد للصحة النفسية لدى عينة من المرهقين والمرهقات ودلت النتائج على وجود ارتباط سالب بين الضغوط الأسرية وضعف المساندة الاجتماعية وكل من الرفاهية والرضا عن الحياة .

وعن العلاقة بين جودة الحياة وإدراك المساندة الاجتماعية وشبكة العلاقات الاجتماعية والوحدة النفسية قام أركار وآخرون (2004) Arkar et al . ، بالدراسة على عينة قوامها (150) فرداً وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ايجابية بين إدراك المساندة الاجتماعية وجودة الحياة ووجود علاقة سلبية بين هذين المتغيرين ومتغير الوحدة النفسية . (هويده حنفي ، 2007 : 321 - 324) .

ولكن كيف تقي العلاقات الاجتماعية من تأثيرات المشقة على الصحة ؟

يرى (مايكل أرجايل ، 1993 : 22) أن المشقة تضعف الجهاز المناعي وتجعل الجسم عرضة للأمراض المختلفة ، ويمكن للدعم الاجتماعي أن يستعيد كفاءة الجهاز المناعي عن طريق استبدال المشاعر السلبية بأخرى ايجابية ، كما أن الأفراد الذين يعيشون وحدهم يمارسون سلوكيات صحية سيئة مثل التدخين وشرب الكحوليات ، بعكس من لديهم علاقات اجتماعية جيدة فإنهم يطلبون المساعدة والدعم الاجتماعي من الآخرين .

وترى الباحثة أن علاقات المريض بالآخرين تشعره بأهميته ، وتنمي لديه الإحساس بالمسؤولية الاجتماعية تجاه الآخرين فتقلل من مشاعر الوحدة والعزلة لديه ، كما تساعد العلاقات الاجتماعية الجيدة ، والمساندة التي يتلقها المريض ممن حوله على التخفيف من معاناته ، فمشاعر الحب المتبادلة بين الأفراد تقوي لدى الفرد تقديره لذاته ، كما تولد لديه مشاعر الأمل بدلاً من الألم .

خامساً : الرضا عن الحياة :

تصف منظمة الصحة العالمية الرضا عن الحياة بأنه معتقدات الفرد عن موقعة في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه وهو مفهوم واسع يتأثر بطريقة مركبة بالصحة الجسمية للفرد وبحالته النفسية وباستقلالته وعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بكل مكونات البيئة التي يعيش فيها (The WHO OF Group, 1998)

ويعرفه (مجدي الدسوقي ، 1998 : 158) بأنه تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقاً لنسقه القيمي وهو يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الامثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته ، ويعتبر موضوع الرضا عن الحياة وعن جوانبها المختلفة من الموضوعات الهامة التي تحظى باهتمام العاملين في مجال الصحة النفسية وعلم الأمراض العقلية علي حد سواء ، باعتبار الشعور بالرضا مؤشراً مهماً من مؤشرات الصحة النفسية السليمة ، والرضا يدفع الفرد علي الحياة ويزيد رغبته فيها .

ويوصف الرضا عن الحياة باعتباره مدركات الفرد لحاجاته وتوقعاته التي تواجه تقييدات بيئته المحيطة به . (حسن مصطفى ، 2005 : 19) .

وقد أشارت سميرة أبكر إلي أنه كلما ارتفع مستوى تمتع الطالبات بالرضا عن الحياة وكلما زاد اقتناعهم بالواقع الذي يعيشونه كلما انخفض لديهم الإحساس بالتشاؤم ، والتوتر ، وعدم الارتياح (سميرة أبكر ، 2000 : 204) .

فالشعور بالرضا والسعادة هو ما يتمناه المرء ، فالناس قد يصفون السعادة علي أنها شعور بالرضا ، أو الإشباع ، أو طمأنينة النفس أو تحقيق الذات ، أو إنها شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة وعندما يصل الفرد إلي مرحلة الرضا الشامل فهذا يعني انه يتمتع بحياة جيدة ، فالرضا الشامل يعني الرضا عن العمل ، والزواج ، والصحة ، والقدرات الذاتية وتحقيق الذات . (مايكل أرجايل ، 1993 : 10) .

ومن ثم فإن الحياة الجيدة يستدل عليها من خلال ما يعبر عنها من صحة جيدة ، وشعور بالأمن ، ومساندة أسرية ، وشعور الفرد بالرضا والسعادة والذي يعكس تقديره الشامل لكل جوانب حياته (O'Connor , 1998)

ويمكن الوقوف على العلاقة بين الرضا عن الحياة وعامل المرض من خلال دراسة سيمون (2003) والتي هدفت إلى بحث التأثير الذي يحدثه وجود معنى للحياة على خلق الإحساس بالرضا عن الحياة والتوافق مع أعراض مرض الورم الليفي العصبى التى تظهر فى الجلد والبصر والجهاز الحركى، والتي قد تؤثر فى صحة الفرد المصاب وفى تقديره لذاته ، حيث أن حدة أعراض المرض قد تؤثر فى رضا الإنسان عن حياته ، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إرتباطية سالبة بين درجة شدة أعراض المرض وبين الرضا عن الحياة .

وترى الباحثة أن الرضا عن الحياة هو مصدر هام يستمد منه الفرد جودة حياته ، فالرضا قد نعني به حالة " التشبع " التي يشعر بها الفرد تجاه احتياجاته البيولوجية أو الاجتماعية ، كذلك قد نعني به حالة " التقبل " أي تقبل الذات ، والآخرين ، والعمل ، كذلك تقبل الآلام والضغوط ، وقد نعني به أيضا " إمكانية التعايش والتكيف " ومحاولة التقارب بين الأحلام وأرض الواقع ، أي الشعور بالرضا عن الحياة بكل ما فيها ومن فيها حتى مع الشعور بالألم .

وبحث فريش وآخرون. Frisch, et al (2005) التنبؤ بجودة الحياة من خلال الرضا عن الحياة وذلك على عينة شملت (3927) فردا طبق عليهم بعض المعايير الاكلينيكية للرضا عن الحياة وجودة الحياة , وقد أظهرت النتائج أن الرضا عن الحياة عامل قوي للتنبؤ بجودة الحياة والشعور بالسعادة . (هشام عبد الله , 2008 : 13)

سادسا : توافر الذكاء الوجداني :

يشير (فاروق عثمان ، 2001 : 173) إلي تعريف ماير وسالفاي (1995) علي أن الذكاء الوجداني هو القدرة علي فهم الانفعالات الذاتية وللآخرين وتنظيمها للرقى بكل من الانفعال والتفكير .

ويعرف (جولمان ، 2004 : 77) الذكاء الوجداني بأنه أي قدرات مثل : التمكن من تشجيع الذات ، والإصرار رغم الإحباطات ، والتحكم في الاندفاع ، وتأجيل الإشباع ، والتحكم في المزاج الشخصي ، وعدم السماح للاكتئاب بتشويش التفكير ، وتقمص مشاعر الآخرين والأمل .

ولبيان العلاقة بين الذكاء الوجداني وجودة الحياة أجريت العديد من الدراسات من بينها

:

- دراسة بار- أون Bar – On (2005) التي هدفت إلي معرفة أثر الذكاء الوجداني على السعادة الشخصية وذلك من خلال دراسة تجريبية استخدم فيها برنامج للذكاء الوجداني على عينة من المرشدين ، وأظهرت النتائج فعالية الذكاء الوجداني في تحسين جودة الحياة وتنمية الرضا عن الحياة وتحقيق مستويات أعلى من السعادة الشخصية . (هشام عبد الله ، 2008 : 13)

- دراسة صفاء عجاجه (2007) بعنوان " النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة " وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الذكاء الوجداني وجودة الحياة ، كما تنبئ الحالة المزاجية العامة والذكاء الاجتماعي وإدارة الضغوط كأبعاد أساسية للذكاء الوجداني بالدرجة الكلية لجودة الحياة .

وترى الباحثة أن الذكاء الوجداني يمكن التعبير عنه بأنه القدرة على ضبط انفعالاتنا إزاء المواقف الحياتية الضاغطة فهو يتضمن ضبط العواطف ، وردود الأفعال ، مما يساهم في تغيير أنماط السلوك المتعلمة التي تؤثر في شعورنا بجودة الحياة .

سابعاً : توافر الصلابة النفسية :

تعرف الصلابة النفسية بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية ، وهي خصال فرعية تضم الالتزام والتحكم ، يراها الفرد على إنها خصال مهمة له في التصدي للمواقف الصعبة أو المثيرة للمشقة النفسية وفي التعايش معها بنجاح (جيهان حمزة ، 2002 : 35) .

ويشير (Funk , 1992 : 336) إلى أنها سمة عامة في الشخصية ، تساعد الخبرات البيئية المتنوعة على تكوينها وتنميتها لدى الفرد منذ الصغر .

كما يعرفها (جبر محمد ، 2005 : 160) بأنها إحدى السمات الايجابية للشخصية ، التي تساعد على تحمل أحداث الحياة الشاقة والتعايش معها ومواجهتها ايجابيا وتخطي آثارها السلبية .

وترى الباحثة أن الصلابة النفسية هي من أهم السمات الشخصية التي تساعد الإنسان على تحمل الآلام الناجمة عن المرض ومضاعفاته ، كما أنها تقوى من عزيمة الفرد وتحكمه في معاناته اليومية ، وهذا يؤثر بشكل إيجابي على الشعور بجودة الحياة .

ثامناً :التدين :

كشفت دراسة نعمة محمد (1999) أن الاستراتيجية الدينية كانت منبئاً قوياً بالرضا عن الحياة لدى عينة المرضى عندما ادخلت وحدها ، كما كانت منبئاً قوياً عندما أضيف إليها التعاضد الاجتماعي ، الضبط العارض ، وقد ارتبطت الاستراتيجية الدينية سلبياً بكل من الضغط ، الضيقة النفسية عند الأقارب المهمين للمرضى .

كما بحث رول Rule (2007) العلاقة بين التدين وجودة الحياة لدى عينة من الشباب في جنوب أفريقيا ، وأثبتت النتائج أن الشباب الأكثر تديناً هم الأكثر شعوراً بجودة الحياة وأكثر رضا عن الحياة (هشام عبد الله : 2008 ، 16) .

وترى الباحثة أن العامل الديني عامل مؤثر في مدى ما يشعر به الإنسان من رضا عن الحياة ، كما أن الدين يمكن أن يتخذ كقيمة تنمي لدى الفرد المعنى الايجابي للحياة ، وتجعله أكثر قدرة على التكيف مع الضغوط ، وأكثر قدرة على مواجهة الصعاب سواء للمرضى أو لغير المرضى ، إلا أن تأثير العامل الديني يكون أكثر وضوحاً في مدى ما يشعر به المرضى من جودة حياة ، فالمرض يشعر الإنسان بمدى ضعفه وحاجته للمساعدة ، فيلجأ إلى الله عز وجل طالباً العون والمساعدة .

ويرى (حسن مصطفى ، 2005 ب: 142) أن الإرشاد الديني يستخدم لخفض الإحساس بضغوط الحياة ، ويجعل الفرد أكثر قدرة على ضبط انفعالاته إلى الحد الذي يساعد على النجاح في الحياة .

تاسعا : السعادة :

تشير (صفاء عجاجه ، 2007 : 19) إلى تعريف (Steven & Howard , 2001) للسعادة على إنها قدرة الفرد على الشعور بالرضا عن حياته والرضا عن نفسه ، وعن الآخرين والاستمتاع بالحياة والتعبير عن مشاعره الإيجابية .

والشعور بالسعادة هو حالة من المرح والهناء والاشباع تنشأ أساساً من خلال إشباع الدوافع ولكنها تسمو إلى مستوى الرضا النفسي وهي بذلك وجدان يصاحب تحقيق الذات (جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفاي ، 1993 : 1485)

والسعادة من الناحية الانفعالية هي الشعور باعتدال المزاج ، ومن الناحية المعرفية التأملية هي الشعور بالرضا والإشباع ، طمأنينة النفس ، تحقيق الذات ، والشعور بالبهجة واللذة والاستمتاع ، والملاحظة المهمة هنا هي أن السعادة ليست نقيضة للتعاسة ، بل هما بعدين مستقلين عن بعضهما استقلالاً تاماً وان كان المرء لا يمكن أن يشعر بالسعادة و التعاسة في آن واحد .

ويمكن زيادة السعادة للنفس والآخرين بان نسلك لتحقيقها السبيل الصحيح عن طريق :

1- يمكن تحقيق زيادة قصيرة المدى في السعادة من خلال التفكير في الأحداث السارة ومشاهدة الأفلام الكوميديية والاستماع إلى موسيقى مرحة .

3- العلاقات الجيدة من أهم مصادر السعادة ، كأن يكون الفرد متزوجاً زوجة سعيدة وله أصدقاء وعلاقته جيدة مع أفراد الأسرة والأقارب وزملاء العمل والجيران وربما يحتاج لتحقيق ذلك إلى تدريب على المهارات الاجتماعية .

4- أن يصبح المرء غنياً له تأثير ضئيل على السعادة ويعود هذا التأثير أساساً إلى عقد مقارنات مع الآخرين أو مع ما كان عليه الفرد في الماضي .

5- يعتبر العمل ونشاط وقت الفراغ هما المصدران الرئيسيان الأخران للسعادة إذ يوفران شعوراً بالرضا الذاتي من خلال الاستخدام الناجح للمهارات ، إنجاز الأعمال ، صحبة الآخرين ، تنظيم الوقت ، والشعور بالهوية والانتماء ، وتؤدي الرياضة إلى تحسين الصحة البدنية والصحة النفسية وكذلك الأجازات والأشكال الأخرى من الاسترخاء .

6- يمكن تحقيق الشخصية والإحساس بالمعنى والهدف في الحياة ، إما من خلال العلاج ، العمل الناجح ، نشاط وقت الفراغ أو مع الآخرين . (مايكل أرجايل ، 1993 : 2 - 27).

وترى الباحثة أن الشعور بالسعادة يؤثر في صحة الفرد النفسية والجسمية ، كما تتأثر السعادة بأمور عدة أهمها تكامل شخصية الفرد ، تقبل الذات ، الرضا عن الحياة بما فيها من ضغوط ومصاعب ، كذلك تتحقق السعادة من خلال حب الآخرين والتفاعل معهم بإيجابية

والحرص على إقامة صداقات جديدة ، لذلك فالشعور بالسعادة جزء لا يتجزأ من شعور الفرد بجودة حياته سواء النفسية أو الاجتماعية ، ويؤكد ذلك نتائج دراسة رينج وآخرون (2007) . Ring, et al . حيث أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من السعادة النفسية والشخصية والشعور بجودة الحياة .

عاشراً : التوجه نحو المستقبل :

تشير زينب شقير (2005) الى ان قلق المستقبل يمثل احد انواع القلق التي تشكل خطورة في حياة الفرد والتي تمثل خوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية (وحاضرة ايضا) يعيشها الفرد تجعله يشعر بعدم الامن وتوقع الخطر ويشعر بعدم الاستقرار وتسبب لديه هذه الحالة شيء من التشاؤم والياس الذي قد يؤدي به في نهاية الامر الى اضطراب حقيقي وخطير مثل الاكتئاب او اضطراب نفسى عصبى خطير، وتشير ايضا الى ان قلق المستقبل قد ينشأ عن افكار خاطئة ولا عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حولة وكذلك الموقف والاحداث والتفاعلات بشكل خاطيء ، مما يدفعه الى حالة من الخوف والقلق الهائم الذي يفقده السيطرة على مشاعره وعلى افكاره العقلانية ومن ثم عدم الامن والاستقرار النفسى . وقد يتسبب هذا فى حالة من عدم الثقة بالنفس وعدم القدرة على مواجهة المستقبل والخوف والذعر الشديد من التغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها فى المستقبل مع التوقعات السلبية لكل ما يحمله المستقبل ، ومن ثم الثورة النفسية الشديدة التي تاخذ اشكالا مختلفة والتي فيها الخوف من المجهول (المستقبل) غير المستند على الادلة والبراهين المادية اى حالة قلق المستقبل ، وبالتالي فان قلق المستقبل يشكل خوف مزيج من الرعب والامل بالنسبة للمستقبل والافكار الوسواسية ، وقلق الموت ، والياس بصورة غير معقولة تجعل صاحبة يعانى من التشاؤم من المستقبل وقلق الموت والياس والافكار الوسواسية ، وقد يعيش الحياة بشكل زائف فيلجا الى الكذب وقد يصل الى الخداع والنفاق فى التعامل مع الواقع من حولة . (زينب شقير، 2005 : 4-5).

ويذكر ابراهيم محمود (2003 : 34 – 82) الى ان بعض الدراسات العربية الحديثة تناولت مفهوم قلق المستقبل ويعد هذا المفهوم وثيق الصلة بمفهوم التوجه نحو المستقبل فهما على طرفى متصل واحد ، فبقدر ما يكون قلق المستقبل حافزا على الانجاز فأنه يقترب من التوجه نحو المستقبل ، وبقدر ما ينخفض مستوى التوجه نحو المستقبل لدى الفرد فأنه يعبر عن قلقه من هذا المستقبل ودفاعه ضد هذا القلق بالاغراق فى الحاضر .

وإذا كان التطلع نحو المستقبل فى حالة القصى هو تطلع الفرد الدائم نحو المستقبل كسبيل لبلوغ الاهداف وتحقيق الاشباع . (ابراهيم محمود ابراهيم بدر ، 2003 : 16- 25) ، فأن قلق المستقبل يعنى حالة من التوتر وعدم الاطمئنان والخوف من التغيرات المرغوبة فى المستقبل، وفى حالة القصى قد يكون تهديدا بأن هناك شيئا ما غير حقيقى سوف يحدث للشخص (ايمان محمد صبرى ، 2003) .

جودة الحياة من الناحية الصحية :

مصطلح جودة الحياة يشير الى كيفية الاستمتاع بمجالات الحياة المختلفة ، و يبحث في نظرة الفرد لذاته وللآخرين وللبيئة من حوله ، ويؤثر في تلك النظرة للحياة فهم الفرد لقدراته وحاجاته ومدى إمكانية إشباعها في ظل الضغوط الحياتية المختلفة ، ولا شك أن عامل الصحة عامل مؤثر وحيوي في مدى شعور الفرد بجودة الحياة .

فقد توصلت مارتن (1994) Martin من خلال دراسة أجريت علي (100) مريض بالرئة إلي أن مشكلات الرئة المزمنة تؤثر بصورة سلبية علي جودة الحياة -146 : Martin, 1994 . (157) .

بينما أكدت دراسات أخرى علي عدم تأثر جودة الحياة بشكل كبير بسبب المرض ومنها دراسة (T.K. Daradkeh et al 2005) بعنوان " جودة الحياة في الفصامييين من النمط الثاني " حيث درس الباحثان جودة الحياة لدى 211 من الفصامييين في عيادتين خارجيتين في إربد بالمملكة الأردنية الهاشمية ، وفي الرياض بالمملكة العربية السعودية، واستخدما الاستبيان 24 – SRQ الذي يملأ من قبل المريض نفسه، والإخراجة المعدلة من سلم قياس جودة الحياة لدى الفصامييين، كما درس كلا من الجنس والحالة العائلية والعمل والتعليم والأعراض غير الذهانية والذهانية، وكانت جودة الحياة لدى ما يقرب من 27% منهم جودة عالية للحياة، في حين كان 19.4% منهم يعتقدون أن صحتهم العامة ممتازة أو جيدة جدا، وقال 30% منهم إنهم قد حققوا آمالهم، ولم تكن هناك علاقة دالة بين الجنس والحالة العائلية من جهة وبين جودة الحياة من جهة أخرى ، في حين كان هناك علاقة دالة بين التعليم والتوظف وبين جودة الحياة ، كذلك كانت جودة الحياة أفضل في المرضى الذين يعانون من أعراض ذهانية أقل شدة من غيرهم أو الذين لا يعانون من أعراض ذهانية على الإطلاق. وكان ربع الأشخاص المدروسين يتمتعون بجودة حياة معقولة على الرغم من مرضهم.

وجودة الحياة طبقا لمنظمة الصحة العالمية WHO تعني درجة استمتاع الفرد بالإمكانيات المتاحة لديه في الحياة ، وشعوره بالرفاهية والرضا حتى ولو كان لديه ما يعوقه .

ويقترح سبيلكرز (Spilkers , 1990) أن جودة الحياة يتم معرفتها من خلال فحص أربعة أبعاد :

1. الحالة الجسدية والقدرات الوظيفية.
 2. الحالة النفسية والوجود الأفضل .
 3. التفاعلات الاجتماعية .
 4. الحالة الاقتصادية والعوامل الاقتصادية (88 - 65 : Dennis , et al , 1996)
- وترى الباحثة أن من أهم محددات جودة الحياة من الناحية الصحية تتمثل في :

1 - مصادر المساندة الاجتماعية:

وهم الأشخاص الذين لديهم القدرة على تشجيع المرضى على التكيف والتعامل مع المواقف وظروف الحياة الصعبة ، ويمثل هؤلاء الأشخاص بالنسبة للمرضى إحساس الأمان والطمأنينة ومصدر دائم للشعور بجودة الحياة فأفضل الأوقات هي ما نقضيها مع من نحب .

2 – المستوى الإقتصادي والثقافي :

بلا شك أنه كلما ارتفع مستوى الدخل كلما توفرت الإمكانيات التي يستطيع الشخص أن يحافظ بها على صحته ، ولا يكفي توافر الامكانيات المادية فقط لكنها تتطلب أيضاً مستوى ثقافي صحي يستطيع الفرد من خلاله التعرف على كل ما هو جديد بالنسبة لحالته ، كما يتعرف على أهم طرق الوقاية من المضاعفات .

3 - الخدمات الصحية :

وتتمثل في تقديم خدمات الرعاية الطبية اللازمة للمرضى سواء داخل المستشفيات أو خارجها ، إلى جانب توفير برامج التعليم الصحي والوقاية.

4 – سلوكيات المريض نفسه:

فكل واحد منا هو المسئول الأول عن أسلوب الحياة التي يحيها ، وكل فرد يستطيع حماية نفسه من مخاطر الإصابة بأمراض جديدة فالاعتدال هو الأساس الأول للصحة ، مع تنمية القدرة

على الاعتماد على النفس في حل المشكلات سواء الناجمة عن المرض أو غيرها مما يدعم جودة الحياة بشكل عام وليس في مجال الصحة فقط .

وعلى ذلك ترى الباحثة أنه يمكن تحديد آليات الشعور بجودة الحياة لدى المرضى فيما يلي

:

1. ادراك الجوانب الايجابية في الموقف .
2. الممارسات الدينية .
3. استبدال الا ممكن بالممكن ، ولا متاح بالمتاح .
4. الإيمان بالقيم .
5. التفاؤل .
6. تغير البيئة المحيطة .
7. الشعور بالحب .

أولاً : إدراك الجوانب الإيجابية في الموقف :

وكما أشار القرآن الكريم {وعسى أن تكرهوا شيئاً وهو خير لكم } (البقرة: 216) فيسهم الآخرون بنصائحهم في إعادة إدراك المريض للموقف ، وأن الخسارة مهما كانت ضخمة فإنها تنطوي على مكسب ما ، وأن إدراك ذلك ييسر عملية التخفيف ويعجل بها ، ولعل أكبر المكاسب هو زيادة القدرة على تحمل المصائب اللاحقة ، إذ تعد أهون من أمراض كثيرة أخرى أو فقدان شخص عزيز أو الإصابة بإعاقة حركية أو حسية تكون مساراً للشفقة طيلة العمر ، فما من محنة إلا يتبعها منحة من الله عز وجل ، لذلك يجب النظر إلى الجوانب الإيجابية في الموقف الضاعط الذي يتعرض له الفرد .

ويؤيد ذلك هوبنر وديو (Hubner & Dew (1996) وذلك من خلال دراسة تم إجرائها علي (266) طالبا مراهقا وتوصلا من خلالها إلي أن المشاعر الايجابية لدى الفرد تؤدي إلي زيادة إدراكه لجودة الحياة ، بينما تؤدي المشاعر السلبية إلي انخفاضها Hubner & Dew (1996 : 129-137)

ثانياً : الممارسات الدينية :

قال الله تعالى : {بلى من أسلم وجهه لله وهو محسن فله أجره عند ربه ولا خوف عليهم ولا هم يحزنون } (البقرة : 112) .

فالدين هو الذي يشكل البناء الروحي للفرد ويجعله أكثر قدرة علي مواجهه المرض واحتمال الآلام ، والشعور بقوة الله عز وجل والشعور بضعف المخلوق أمام عظمة الخالق ، بل الأكثر من ذلك الشعور برحمة الخالق .

وفي دراسة قام بها خضر بارون بعنوان " العلاقات بين التدين ، والصحة ، والسعادة ، والقلق لدى المراهقين الكويتيين " أظهرت النتائج ارتباطات ايجابية دالة بين كل المتغيرات فيما عدا مقياس القلق الذي كان دالا وسلبيا (خضر بارون ، 2007 : 18) .

كما توصل تشامبلر Chumbler (1996) في دراسة أجراها علي 68 طالبا جامعيا ، 95 رجل دين أن الملتزمين بالمعتقدات الدينية مرتفعون علي مقياس الرضا عن الحياة (Chumbler, 1996 : 220-232)

وأثبتت دراسات كل من (Neill, et al (1999) ، (Mercier, et al (1998) وجود ارتباطاً جوهرياً موجباً بين الوجود الشخصي الأفضل SWB وكل من اليقين الديني ، وخبرات

الصلاة ، والجوانب التعبديّة الفرديّة والجمعيّة ، إضافة لوجود علاقة بين التدين وكل من الرضا عن الحياة ، والروح المعنويّة العالِيّة ، والسعادة (عادل هريدي ، طريف شوقي ، 2002 : 49)
ومن أهم الممارسات الدينيّة ما يلي :

1. ذكر الله عز وجل :

فقال تعالى {والذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب} (الرعد : 28) .
وقال تعالى {ومن أعرض عن ذكرى فإن له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة أعمى} (طه : 124) .

فذكر الله عز وجل يقوي الصلّة بين العبد وربّه ، كما يقوي إحساس الربوبيّة ، والالوهية لدى المريض ويشعر دائما بأن هناك من يسمعه ، يراه ، ويشعر به هو الله الواحد القادر على شفائه .

2. قراءة القرآن الكريم :

فقد تبين أن لقراءة القرآن الكريم دورا كبيرا في تقليل الحزن الناتج عن الإصابة بالأمراض سواء العضوية أو النفسية بل التخفيف من المضاعفات النفسية والاجتماعية الناتجة عن المرض ، ويرجع ذلك إلي تضمن القرآن الكريم آيات تحث على :

أ- الإيمان بالقدر والتوكل على الله سبحانه وتعالى

قال الله تعالى : {وتوكل على الحي الذي لا يموت} (الفرقان : 58)

قال الله تعالى : {ومن يتوكل على الله فهو حسبه} (الطلاق : 3)

ب - الرضا بالقضاء

قال الله تعالى : {قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا هو مولانا وعلى الله فليتوكل المؤمنون}
(التوبة : 51)

ج- الصبر عند المصائب

قال الله تعالى : { ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين } (البقرة : 155)

قال الله تعالى : {إنما يوفى الصابرون أجرهم بغير حساب} (الزمر : 10)
قال الله تعالى : { ولنبلونكم حتى نعلم المجاهدين منكم والصابرين } (محمد : 31)

ونتذكر قول الإمام علي بن أبي طالب " إن صبرت جرت عليك المقادير و أنت مأجور وإن جزعت جرت عليك المقادير و أنت مأزور " وقد مدح الله عز وجل نبيه أيوب عليه السلام بقوله : { إنا وجدناه صابرا نعم العبد إنه أواب } .

والوعد بالإثابة (الجنة) لمن صبر، والوعيد بالعقاب (النار) لمن لا يرضى بقضاء الله ، ولهذا الإيمان دوره الكبير ليس في حالة المرض فقط ، وإنما يعد وسيلة للاحتفاظ بالصحة النفسية وتحمل المشاق ، ويكفي شعور المريض بالقرب من الله عز وجل ، إذ قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " إن الله عز وجل يقول يوم القيامة : يا بن آدم مرضت فلم تعدني ، قال : يا رب كيف أعودك و أنت رب العالمين ؟ قال : أما علمت أن عبدي فلانا مرض فلم تعده ، أما علمت أنك لو عدته لوجدتني عنده ؟ " رواه مسلم ، ويكفي شعور المريض بأن الله معه ، ليشعر بالإطمئنان النفسي ، ويشعر بالسعادة وجودة الحياة .

3. الأحاديث النبوية الشريفة :

- عن أبي يحيى صهيب بن سنان رضي الله عنه قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "عجبا لأمر المؤمن إن أمره كله له خير وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن ، إن أصابته سراء شكر فكان خيرا له ، وإن أصابته ضراء صبر فكان خيرا له" رواه مسلم ، صحيح مسلم (ح 2999)

- عن أبي سعيد وأبي هريرة رضي الله عنهما قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : " ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم ، حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها من خطاياها " متفق عليه صحيح البخاري (ح 5641) ، وصحيح مسلم (ح 2573)

- عن أنس رضي الله عنه قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : " إذا أراد الله بعبده خيرا عجل له العقوبة في الدنيا و إذا أراد الله بعبده الشر أمسك عنه بذنبه حتى يوافي به يوم القيامة " وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : "إن عظم الجزاء مع عظم البلاء ، وإن الله تعالى إذا أحب قوما ابتلاهم فمن رضي فله الرضا ومن سخط فله السخط " رواه الترمذي ، صحيح الألباني (ح 1220 ، 146) .

- عن أبي هريرة رضي الله عنه قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : " ما يزال البلاء بالمؤمن والمؤمنة في نفسه وولده وماله حتى يلقى الله تعالى وما عليه خطيئة " رواه الترمذي ، صحيح الألباني (ح 2280)

فيعلمنا رسولنا الكريم من خلال أحاديثه الشريفة ، أن البلاء على قدر الطاعة فلا يجب على المبتلى الشعور بالأسى والجزع من قضاء الله عزوجل بل الرضا بقضاء الله والإمتثال لأوامره ، وهذا جوهر السعادة الإنسانية ، والطريق الأمثل للشعور بجودة الحياة .

4. الصلاة :

وهي الصلة التي تصل الفرد بربه وتجعله يشعر بالإطمئنان ، كما تقلل من حدة الضغوط التي يتعرض لها الفرد فكان رسولنا الكريم يدعو بلال قائلًا : أرحنا بها يا بلال ، أي أرحنا بالصلاة .

وتوصل رشاد علي وآخرون في دراسة بعنوان دور الصلاة كاستراتيجية دينية في تخفيف حدة بعض مصادر الضغوط لدى عينة من طلبة الجامعة إلي أن الطلاب والطالبات المحافظات علي الصلاة أقل شعورا بالضغوط الدراسية المرتبطة بالنظام الأكاديمي ، وبمحتوى المقررات الدراسية ، وبالتفاعل الاجتماعي ، وبالمشكلات الشخصية . (رشاد علي وآخرون ، 2001 : 178) .

ثالثاً : استبدال الاممكن بالممكن ، ولا متاح بالمتاح :

تتجلى هذه الآلية مع الرياضيين فبعد الإصابة بداء السكر تظهر بعض الموانع والعوائق التي تقف حائلا أمام الرياضي خاصة مع ظهور المضاعفات الخطيرة ، وهنا يجب أن نحاول جاهدين إقناع المريض بتغيير نوع الرياضة التي يقوم بها لتكون أكثر أمنا من ناحية ومن ناحية أخرى تشبع ميوله ورغباته في ضوء الممكن والمتاح من القدرات الخاصة به في ضوء الظروف الجديدة ، ويمكن تفعيل هذه الآلية من خلال الإقتداء بالآخرين والاستفادة بخبراتهم في التخفيف من حدة الشعور بعدم القدرة .

كما يمكن استخدام هذه الاستراتيجية مع غير الرياضيين ، فكل فرد له ميوله ورغباته التي ربما تتعطل بسبب الإصابة بالمرض ، لذلك يجب البحث دائماً عن البدائل المتاحة وتشجيع المريض على إستخدام كل قدراته سواء الجسمية أو النفسية والاجتماعية ، في الوصول إلى جودة الحياة الملائمة .

رابعاً : الإيمان بالقيم .

يعتبر الإيمان بقيم معينة كالحب ، والجمال ، والخير ، والعمل من أهم محددات الشعور بجودة الحياة خاصة لدى المرضى فهم بأمرس الحاجة للإيمان بقيمة معينة تخفف من مشاعر المعاناة والآلام المتكررة .

ويؤكد عبد اللطيف خليفة (1992) أن القيم تمثل انعكاسات الأسلوب الذي يفكر به الأشخاص في ثقافة معينة ، وقد تتجاوز الأهداف المباشرة للسلوك إلي تحديد الغايات المثلى في الحياة ، وهي علي حد تعبير روكيتش إحدى المؤشرات الهامة لنوعية الحياة ومستوى الرقي أو التحضر .

وقد ميز روكيتش في اختباره المعروف مسح القيم (Rokeach Value Survey) بين قيمة نهائية وقيمة أدائية :

1 . **قيمة نهائية Terminal** وهي حالة الغاية النهائية للوجود والتي تستحق الكفاح من أجلها شخصيا واجتماعيا وهي تشمل { الحياة المبهجة ، الحياة المثيرة ، الإنجاز ، عالم السلام ، عالم الجمال ، المساواة الأمن العائلي ، الحرية ، السعادة ، التناسق الداخلي ، الحب الناضج ، الأمن القومي ، لذة الخلاص ، احترام الذات ، التقدير الاجتماعي ، الصداقة الحقيقية ، الحكمة {

2 . **قيمة أدائية Instrumental** وهي أسلوب السلوك الذي يفضل شخصيا واجتماعيا في كل المواقف ، وتشمل { الطموح ، سعة الأفق ، القدرة علي المرح ، النظافة ، الشجاعة ، التسامح ، المساعدة ، الأمانة ، الخيال ، الذكاء وإعمال الفكر ، الحب ، الطاعة ، الأدب ، المسؤولية ، الضبط الذاتي (عبد اللطيف خليفة ، 1992 : 16) .

خامساً : التفاؤل :

يستطيع الفرد أن يشعر بنوع من التفاؤل حتى مع وجود المرض ، فبنظرة صغيرة لكل من حوله يستطيع أن يرى أنه ليس الوحيد الذي يعاني في هذه الحياة المليئة بالتوترات والإحباطات والصراعات التي تجوب العالم أجمع .

ويعرفه أحمد عبد الخالق وآخرون (1995) بأنها " نظرة استبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل وينتظر حدوث الخير ويرنو إلي النجاح ويستبعد ما خلا ذلك ، ويفترضوا أن التفاؤل سمة Trait وليس حالة State وبالرغم من توجه السمة نحو المستقبل فهي تؤثر في السلوك الحالي للفرد وترتبط بالنواحي الايجابية للسلوك ويمكن أن يكون لها تأثيرا جيدا في الصحة النفسية والجسدية للفرد (أحمد عبد الخالق وآخرون ، 1995) .

ويري كوليجان وآخرون (Colligan et al 1994) أن التفاؤل والتشاؤم سمات ثنائية القطب تتسم بالثبات النسبي وتتيح التنبؤ بالصحة الجسدية للأفراد ، والعادات الصحية السيئة والأحداث الضاغطة ونسبة الاكتئاب . (نجوى اليحوفى ، 2002 : 133)

وقد أسفرت الدراسات عن وجود علاقة بين التفاؤل والصحة النفسية والتكيف فقد درس تايلور وآخرون (1992) العلاقة بين التفاؤل وطرق التغلب علي الضغوط والتوافق والسلوك الصحي ، وتكونت العينة من 312 رجلا مريضا بالإيدز AIDS ، 238 مفحوصا خاليا من فيروس الإيدز ، وبالرغم من أن هذه الدراسة لم تكشف عن ارتباط التفاؤل بالسلوك الجنسي الذي يؤدي إلي الإصابة بالإيدز ، فقد أكدت أن التفاؤل مصدر مهم للتغلب علي الأمراض النفسية والجسمية إذ أنه يساعد المرضى علي التحكم النفسي في الانفعالات عندما يصابون بالأمراض . (Taylor et. al, 1992) .

مع ملاحظة أن هناك نوعاً من التفاؤل يعرف بالتفاؤل غير الواقعي ، ويعرف بالتفاؤل غير الواقعي بأنه اعتقاد الفرد بقدرته علي التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع تؤدي إلي هذا المعتقد ، حيث يتوقع الفرد غالباً حدوث الأشياء الايجابية أكثر مما يحدث في الواقع ، ويتوقع حدوث الأشياء السلبية أقل مما يحدث في الواقع مما يتسبب أحياناً في حدوث النتائج غير المتوقعة ، والتي قد تعرضه بدورها لمخاطر عده أهمها المخاطر الصحية .

ففي دراسة قام بها بدر محمد الأنصاري (2002) بعنوان " التفاؤل غير الواقعي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت " كان الهدف من الدراسة : تحديد طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض متغيرات الشخصية { التفاؤل ، والتشاؤم ، والتوجه الايجابي نحو الحياة ، واليأس ، والذنب ، والخزي } ، واستخدم الباحث عينتان من طلاب جامعة الكويت - وذلك نظراً لاختلاف المقاييس المستخدمة بواقع 356 طالب وطالبة من الجامعة ، 380 طالب وطالبة ، لبيان الاتساق الداخلي لمقاييس الدراسة ، وفحص المجموعتين الأكثر تفاؤلاً غير واقعي، والأقل تفاؤلاً غير واقعي في متغيرات الشخصية فضلاً عن التحليل العاملي لمصفوفة معاملات الارتباط بين متغيرات الشخصية ، واستخدم الباحث : مقياس التفاؤل غير الواقعي ومقياس جامعة الكويت للتفاؤل ، والتشاؤم ، والتوجه الايجابي نحو الحياة ، والذنب ، والخزي ، ومقياس بك لليأس .

وأسفرت النتائج عن ارتباط التفاؤل غير الواقعي بارتباطات جوهرية ايجابية مع التفاؤل ، والتوجه الايجابي نحو الحياة وارتباط التفاؤل غير الواقعي بارتباطات جوهرية سلبية مع التشاؤم ، والذنب ، والخزي ، كما كشفت نتائج التحليل العاملي عن عاملين : عامل التفاؤل في مقابل اليأس ، وعامل الذنب ، والخزي ، كما أسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين الأكثر تفاؤلاً غير الواقعي ، والأقل تفاؤلاً غير الواقعي في متغيرات الشخصية حيث تميزت المجموعة الأقل تفاؤلاً بمتوسطات أعلى من المجموعة الأكثر تفاؤلاً في كل من التشاؤم، و اليأس والذنب ، والخزي ،بينما تميزت المجموعة الأكثر تفاؤلاً في التفاؤل . (بدر محمد الأنصاري ،2002: 91 - 92)

سادساً : تغير البيئة المحيطة .

يؤكد روجرسون (1999) إلى أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد ، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة الحياة، وستحتل جودة الحياة دوراً محورياً في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع، كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة Quality يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة (Rogerson , 1999 : 969-980) .

ويتضح مما سبق أن شعور المريض بجودة الحياة يختلف باختلاف طبيعة الرعاية المقدمة ، ومدى الاهتمام بهذا المريض وبظروفه النفسية والعصبية ، من قبل البيئة المحيطة به ، فكلما زاد الاهتمام بالمريض وتقديم أفضل سبل الرعاية ، كلما انعكس ذلك على طبيعة إدراكه لمرضه وتعاشيه معه ، بل يزيد من شعوره بالتقبل والرضا .

سابعاً : الشعور بالحب .

لا يمكن للمرض أن يعيق شعور الإنسان بالحب ، بل على عكس ذلك فالشعور بالحب يجعل الإنسان ينظر للعالم بنظرة مغايرة ، تحقق له المزيد من السعادة ، تحقق له الأمن النفسي والاجتماعي ، الرضا عن الذات وعن الآخرين ، كما ينمي لدى المريض القدرة على مواجهة الصعاب ، وبقلل من التأثير السلبي للضغوط اليومية .

وكما يرى ماسلو أن الطبيعة الإنسانية خيرة وبناءة و أن الجنس البشرى قادر على أداء أشياء من خلال الحب والسلام تفوق كثيراً ما يحققه من خلال الكراهية والدمار (محمد عبد الرحمن، 1998: 431)

ويشير (مايكل أرجايل ، 1993 : 27) إلى أن الوقوع في الحب هو أوضح الأمثلة على علاقة سعيدة ، إذ أن الحب هو أشد العلاقات وأكثرها عمقا وهو الذي يستثير أشد المشاعر الايجابية ، وعلى وجه العموم ، فالمتزوجون أكثر سعادة من العزاب والأرامل والمطلقين ، والرجال غير المتزوجين أقل سعادة من النساء غير المتزوجات ، مما يوحي بأن فائدة الزواج بالنسبة للرجال أكثر منه بالنسبة للنساء ، حيث أن الرجال يحصلون على دعم أكثر من الزواج إذا ما قورنوا بالنساء ، والرضا عن الزواج يرتبط ارتباطا قويا بالشعور بالرضا العام أو بالسعادة .

وأظهرت نتائج دراسة هاريس (Harries, S.K., 2004) وعنوانها : " العلاقة بين معنى الحياة ، الرضا عن العلاقات والرضا عن الحياة" ، أن الصحة النفسية تتحقق عندما يحقق الإنسان الغرض والهدف من وجوده فى الحياة ، وإن ذلك التحقيق يعمل على زيادة قدرة الفرد على الإحتفاظ بعلاقات حميمة قوية مع الآخرين وخاصة الأزواج ، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الرضا عن العلاقات ومعنى الحياة ، وبين الحب ومعنى الحياة ، وبين الحب والرضا عن العلاقات ، كما أظهرت الدراسة أيضاً أن الحب ومعنى الحياة كان عاملين منبئين عن الرضا عن العلاقات .

ثر الشعور بجودة الحياة على حياة المريض :

- 1- تعطي المريض الشجاعة لمواجهة المضاعفات واحتمال الآلام .
- 2- تمد المريض بالقدرة على عمل تعديل وتكيف في الحياة ككل .
- 3- الاستقرار النفسي والصحي .
- 4- تدفع المريض نحو تحقيق الكثير من الطموحات والآمال .
- 5- تجعل الشخص أكثر جاذبية Charismatic Personality ، فالشخص قد يبدو منهك القوى ولكن نظرتة للحياة بصورة جيدة تزيد من إعجاب الآخرين به .
- 6- تعطي استقراراً نفسياً واجتماعياً للبيئة المحيطة بالمريض .
- 7- جذب انتباه الآخرين لما يشعر به من رضا وسعادة وجودة لحياته رغم ما يعانیه من آلام .
- 8- تجعل المريض أكثر قدرة على تنمية قدراته الغير جسدية لتحقيق وإشباع حاجاته النفسية .

وبما أننا نرى العالم كما يحلو لنا أن نراه وليس كما هو قائم بالفعل ، وبما أننا نرى الآخرين انعكاساً لما يجول بداخلنا ، فيجب على كل من يحيى على هذه الأرض أن ينسج تفاصيل حياته حسبما يروق له وأن يستمتع بما هو كائن بالفعل ، وألا ينتظر الغد المليء بالأحلام ، ربما واقع اليوم أفضل من حلم الأمس وأمل الغد .

وإلى كل من يعاني على هذه الأرض تأكد أنك لست الوحيد ، وتأكد أن هناك فرق كبير بين مفهوم الصحة وجودة الحياة ، فالصحة هي جزء من كل أي هي إحدى العناصر التي تحدد جودة حياتنا ولكنها ليست كل العناصر ، فهيا بنا نستمتع بكل ما خلقه الله لنا ، فلنستمتع بهواء الحدائق ، وماء البحر ، وضوء الشمس التي تشرق كل صباح لتدب الحياة هنا ، ولنستمتع بغروبها فهناك من ينتظرها لتشرق له ، ولنستمتع بلحظات التأمل ، ولنتعلم من كائنات نراها ضعيفة وربما تكون أكثر منا سعادة ، فلنكن عيوننا جميلة حتى نرى العالم جميل ، ولتكن قلوبنا محبة لنشعر

بالحب في كل لحظة مع كل الكائنات فجوذة حياة الإنسان ما هي إلا أن يشعر بالحب تجاه كل ما يراه ، وأسمى معاني الحب هي حب الله عز وجل والذي يتمثل في حب عباده ومخلوقاته ودياناته ورسله وطاعة أوامره .

فقال تعالى { ومن أعرض عن ذكرى فإن له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة أعمى }

(طه : 124)

ثالثا مرض السكر :-

يعتبر مرض السكر من الأمراض المزمنة التي لها أبعاد اجتماعية عديدة حيث لا يسبب إعاقة للفرد فقط أو لأسرته بل للمجتمع ككل سواء من الناحية الصحية أو الاجتماعية بل الإنتاجية والاقتصادية أيضا .

حجم انتشار مرض السكر :

قدر عدد مرضى السكري في العالم سنة 1985 ب 30 مليون شخص ، وفي سنة 1995 ارتفع العدد إلى 135 مليون شخص ، وحسب الإحصائيات الأخيرة لمنظمة الصحة العالمية فقد بلغ العدد سنة 2000 ما يقارب 177 مليون ، وسيرتفع عددهم إلى ما بين 300 و 330 مليون شخص سنة 2025. وأبانت أبحاث أنجزتها منظمة الصحة العالمية حديثا أن عدد مرضى السكري في العالم يقدر ب 190 مليون شخص، كما أكدت أن عدد المصابين سيرتفع بنسبة 45 % في الدول المتقدمة وتقترب هذه النسبة من 200 % في الدول السائرة في طريق النمو. ويعزو خبراء منظمة الصحة العالمية هذا التزايد إلى شيخوخة الهرم السكاني والعادات الغذائية السيئة كالسمنة وعدم ممارسة الأنشطة الحركية. " المؤتمر العربي السابع للغدد الصماء والسكري "

<http://www.do3n.com/vb/showthread.php?p=138385>

ويعتبر انتشار مرض السكري في الوطن العربي من أعلى النسب في العالم علما أن نسبة الإصابة به تختلف بين دولة وأخرى ففي السعودية 16% ، الإمارات 24 % ، عمان 12% ، البحرين 10% ، مصر 10% ، وتشكل هذه النسب العالية كارثة محلية لكل مجتمع ، هناك نوعان رئيسيان لمرض السكري : النوع الأول يصيب الأطفال عادة ويقدر ب 10% من عدد المصابين بالسكري . أما النوع الثاني فيصيب البالغين ويصل عدد المصابين به إلى 90% " موقع صحة "

<http://www.sehha.com/diseases/diabetes/salt-sugar1.htm>

وتشير الإحصائيات طبقاً للاتحاد العالمي للسكر إلى أن عدد المصابين بمرض السكر قد تجاوز 240 مليون شخص بجميع أنحاء العالم وأنه من المتوقع في خلال العشرين سنة القادمة أن يصل هذا الرقم إلى 380 مليون شخص وأن نسبة المصابين بمرض السكر في الأطفال والشباب تتزايد بنسبة 3% سنوياً و 5% في لأطفال قبل سن الدراسة ، وأن النمط الثاني من مرض السكر وهو عدم قدرة أنسجة الجسم على الاستجابة للأنسولين والذي يعود أساساً إلى زيادة الوزن وقلة النشاط البدني يتسبب في نحو 90% من كل أنماط مرض السكر، وحتى وقت قريب كان هذا النمط من المرض يصيب البالغين إلى أن ظهر مؤخراً بين الأطفال البدنيين ، ومن ثم فإن زيادة الوزن مع قلة النشاط البدني تعد من أهم العوامل التي تسبب مرض السكر، إذ تمثل البدانة عامل الخطر الأكبر للمصابين بالمرض حيث تبلغ نسبة الإصابة بالسمنة بين المصريين البالغين (الإناث 48.2% وبين الذكور 18.7%) بينما تكون النسبة بين المراهقين المصريين (الإناث 7.7 % وبين الذكور 6.5 %) ، ومن أهم أسباب انتشار السمنة في مصر قلة الوعي

الغذائي والعادات الغذائية غير السليمة بالإضافة إلى قلة الاهتمام بتوفير الوقت والمكان المناسب لممارسة النشاط الرياضي، هذا بجانب انتشار قصر القامة في سن الطفولة حيث تصل النسبة إلى 18%، وهي من أهم العوامل التي تؤدي إلى الأمراض المزمنة والسمنة في الكبر "حاتم الجبلي في اليوم العالمي للسكر " جمهورية مصر العربية موقع وزارة الصحة "

<http://www.mohp.gov.eg/sec/News/Soker.asp2009>

أسباب انتشار المرض :

ينتشر مرض البول السكري في جميع بقاع العالم ويصيب الأغنياء والفقراء، الصغار والكبار، الرجال والنساء ، ويلاحظ ازدياد انتشار مرض البول السكري مع تقدم الحضارة على الرغم من أنه كان معروفاً قبل آلاف السنين، وربما يكون وراء الانتشار الكبير تغير نوع الطعام وأسلوب التغذية والرفاهية مع قلة النشاط الحركي ، الضغوط النفسية ، التدخين، السمنة، وأسباب أخرى فضلاً عن العوامل الوراثية. ويرى البعض أن أنماط العيش كما يقول المختصون تلعب دوراً حيوياً جداً في تحديد نسبة الإصابة في هذا المرض والعلاج منه، فقد أشارت دراسة حديثة إلى دور المساحات الخضراء في الأحياء السكنية والتي تتمثل في الحدائق، والمنتزهات ومناطق اللعب أسهم في زيادة النشاط الحركي عند الأطفال، الأمر الذي ارتبط بانخفاض معامل الكتلة للجسم لديهم ، وكان فريق الدراسة الذي ضم باحثين من جامعة واشنطن الأمريكية وجامعة إنديانا، قد أجرى دراسة على عينة تألفت من 3800 طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين 3 – 16 عام ، وكانوا جميعاً يعيشون في ظل ظروف اقتصادية صعبة وقام الباحثون بالاستعانة بالصور التي تقدمها الأقمار الصناعية للأحياء التي يقطنها المشاركون، بهدف رصد المساحات المفتوحة والخضراء المتاحة للسكان في تلك الأماكن السكنية ، كما قام الفريق بحساب معامل الكتلة للجسم عند كل فرد وطبقاً لنتائج الدراسة فقد تبين أن درجة الخضرة المتوفرة في المنطقة السكنية تتناسب بشكل عكسي مع معامل الكتلة للجسم عند سكانها من الأطفال ويفسر الباحثون نتائج الدراسة، بأن تواجد مساحات خضراء وساحات للعب داخل الحي، ساعد على زيادة نشاط الطفل ليلعب في الأماكن المتاحة له الذي بدا أنه يقضى وقتاً أطول خارج المنزل. " الوكالة العربية للأخبار العلمية "

http://www.arabsn.net/index.php?option=com_content&view=article&id=137:2008-11-28-13-53-55&catid=4

الجوانب العضوية لمرض السكر:

1- مفهوم مرض السكر:

مرض السكر من أشهر أمراض الغدد الصماء فهو اضطراب في عمليتي هدم الكربوهيدرات وبنائها مما يتسبب في ارتفاع غير مناسب للجلوكوز إما بسبب نقص مطلق في إفراز الأنسولين أو انخفاض تأثيره البيولوجي أو كليهما ، أو قد ينشأ المرض عندما يبطل تأثير الأنسولين على السكر بتأثير الأجسام المضادة للأنسولين في الدم ومن ثم تزيد نسبة السكر في الدم ، أو ينشأ المرض بفعل إفراز هرمون الثيروكسين أو هرمون النمو في الغدة النخامية أو هرمونات قشرة الأدرينالين ويزداد إفراز الأنسولين في حالة تورم جزر لانجرهانز مما يؤدي إلى هبوط سريع في نسبة السكر للدم Hypoglycemia والجهاز العصبي وخاصة المخ يعتمد في وقوده وغذائه على نسبة السكر في الدم (أحمد عكاشة ، 1982 : 143) .

أما الحالة العكسية وهي ارتفاع السكر في الدم Hyperglycemia فهي زيادة نسبة السكر في الدم عن التركيز العادي فإذا وصل السكر بالدم إلى 16 مج فإن السكر الزائد يفرز في البول

وتذهب معه كميات كبيرة من الماء وغيرها من التكوينات العضوية وغير العضوية التي تدخل في تكوين بلازما الدم الضرورية للحياة (محمد الطيب وآخرون ، 1984 : 84)

2- أعراض مرض السكر:

ويمكن تقسيمها إلى أعراض جسمية وأخرى نفسية :

أ - الأعراض الجسمية:

نلاحظ أن مرض السكر مرض مراوغ يتسلل خفية دون أن يشعر به المصاب وتختلف العلامات المميزة للمرض من حيث ظهورها فهي إما أن تكون حادة تحدث خلال أيام أو أقل حدة تحدث خلال شهور أو قد يكتشفها المريض بالصدفة .

ويتفق كل من (مغازى محجوب ، 1996 : 12) ، (فوقية رضوان ، 2006 : 12) أن أهم الأعراض المميزة لمرض السكر تتمثل في انخفاض الوزن بسبب ما يهدر من طاقة عن طريق الجلوكوز المطروح خارجا من البول وقد يصبح النهم والرغبة الشديدة في الطعام عرضا بارزا كذلك الوهن أو التعب بسبب تعثر دخول الجلوكوز إلي الخلايا وبالتالي افتقارها إلي الطاقة فتنتاب المريض مشاعر الإرهاق السريع ، والعطش غير المعتاد في الفم والحلق ، وكثرة التبول أثناء الليل.

ب- الأعراض النفسية :

وتتمثل في :

- مشاعر الإكتئاب الحادة .
- انخفاض مفهوم الذات .
- سوء التوافق النفسي .
- انخفاض الكفاءة الذاتية .
- صعوبة التركيز واضطراب الذاكرة وصعوبة حل المشكلات (فوقية رضوان ، 2008 : 74)

3- أنواع مرض السكر :

يتفق كل من (صلاح الغزالي حرب ، 1999 : 17 - 19) و (فوقية رضوان ، 2006 : 11) علي أن مرض السكر يصنف أساسا إلي نوعين رئيسيين :

أ- النوع الأول Insulin Dependent Diabetes Mellitus أو المعتمد علي الأنسولين (IDDM) .

ب- النوع الثاني Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus أو غير المعتمد علي الأنسولين (NIDDM) .

- النوع الأول : كان يسمى قديما سكر السن المبكر ثم سمي السكر المعتمد علي الأنسولين وفي عام 1998 تم الاتفاق علي تسميته النوع الأول من السكر وغالبا يحدث في سن مبكر ولا بد من استخدام الأنسولين في علاجه طوال العمر ولحسن الحظ فإن هذا النوع من السكر لا تتعدى نسبة الإصابة به 5- 10 من الحالات علي مستوى العالم .

- النوع الثاني : وهو غالبا يصيب كبار السن وقد يحتاجوا أحيانا إلي استخدام الأنسولين ، وفي هذه الحالة لا يوجد نقص في كمية الأنسولين .

ويضيف سمير الأنصاري أن هناك أنواع أخرى وهي كالآتي :

- MRDM : أي سوء التغذية الناتجة عن مرض السكر (Malnutrition-Related Diabetes Mellitus) وهؤلاء المرضى يعانون من سوء التغذية نتيجة عدم فاعلية الأنسولين .

- أنواع ناتجة عن الإصابة بأمراض أخرى أو نتيجة العلاج ببعض الأدوية مثل أمراض البنكرياس والإضطرابات الهرمونية والتعرض لبعض الكيماويات والإصابة ببعض أنواع المتزامنة الجينية Genetic Syndromes .

- IGT : أي عدم تحمل الجلوكوز أو مرض السكر الكامن (Impaired Glucose Tolerance) .

- GDM : أي سكر الحمل (Gestational Diabetes Mellitus) وهو عبارة عن مقاومة الجلوكوز التي تكون بدايته أو التعرف عليه أثناء الحمل .

- Pre AGT : أي غير القادرين سابقا على احتمال الجلوكوز أو ما قبل السكر (Previous Abnormality of Glucose Tolerance) .

4- الأسباب المؤدية لظهور مرض السكر :

أ- أسباب النمط الأول IDDM

ثمة فيروسات متعددة مسؤولة عن حدوث الداء السكري ، وخصوصاً لدي الأطفال كفيروسات الغدة النكفية (Mumps) وداء الكوكساعي Coxsackie ، والحصبة الألمانية ، وقد يكون فيروس الكوكساعي مسؤل من الوجهة التجريبية عن تخريب جزر لانجرهانز ، وثمة دراسات تشير إلي المكانة الهامة التي تشغلها الحصبة الألمانية الوراثية حيث نجد أن 50% من الأطفال الذين أصيبوا بحصبة ألمانية وراثية يبدون داء سكريا في مرحلة المراهقة. (مصطفى خياطي، 1990 : 16) .

وإن الإصابات الفيروسية أو تناول بعض مكونات الألبان تؤدي إلي استثارة الجهاز المناعي للجسم فبدأ في تكوين الأجسام المضادة من أجل التخلص من هذه المثبرات ولكن لسبب غير معلوم تصيب هذه الأجسام المضادة غدة البنكرياس نتيجة للتشابه الجيني بين خلايا البنكرياس وبين الجينات الخارجية المراد التخلص منها ، وتكون النتيجة النهائية هي القضاء علي خلايا " بيتا " المسؤولة عن إفراز هرمون الأنسولين ، وارتفاع نسبة السكر بالدم أو ما نطلق عليه مرض السكر . (صلاح الغزالي ، 1999 : 18) .

وإنه يمكن بالفعل اكتشاف هذه الأجسام المضادة المصنعة بوجه الخطأ ضد خلايا الأنسولين في دم معظم المصابين بالنمط الأول وذلك خلال سنة من ظهور أعراض المرض وهذا عمل شبيه بتوجيه الصواريخ الدفاعية لضرب الأهداف القومية بدلاً من أهداف العدو ، وعند تدمير خلايا بيتا المنتجة للأنسولين تنفرد الخلايا الملائمة " خلايا ألفا " المنتجة لهرمون الجلوكاجون بالعمل في غياب أو فقد الأنسولين وهي ذات نشاط عكسي وتستطيع زيادة السكر في الدم زيادة كبيرة. (محمد صلاح الدين ، 1993 : 34 - 35) .

ب- أسباب النمط الثاني NIDDM

في هذه الحالة لا يوجد نقص في كمية الأنسولين ولكن هناك عاملين - :

إما مقاومة الجسم لعمل الأنسولين أو تلكؤ البنكرياس في إفراز الأنسولين، فلكي يعمل الأنسولين من اللازم أن تكون خلايا الجسم حساسة لهذا العمل، بيد أنه في هذا النمط تصيح الخلايا أقل حساسية فالأنسولين يفرز بصورة طبيعية وأحياناً أكثر من الطبيعي وبنوعية جيدة ولكن تأثيره علي الجسم أقل ، وحتى هذا التأثير برغم قلته يبقى كافياً لتفادي الاضطرابات

الخاصة بالدهنيات والبروتينات وبالتالي لا يوجد احتمال كبير لتكون الأستون وغيوبه السكر وفقدان الوزن ولكنه في هذه الحالة لا يكون كافياً بالنسبة للسكريات واستعمالها بطريقة طبيعية مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في الدم ، وظهوره في البول ومن ناحية أخرى فإن جزر لانجرهانز في البنكرياس مع قدرتها على إنتاج الأنسولين إلا أنها لا تفرزه في الدم إلا متأخراً وبالتالي فإن إفراز البنكرياس ، ومع أنه كاف إلا أنه لا يواكب احتياجات اللحظة مما يزيد ارتفاع السكر في الدم لاسيما بعد الوجبات ، ويشترك هذان العاملان في المريض الواحد بدرجات متفاوتة ففي بعض الأحيان تكون المقاومة لعمل الأنسولين هي المهمة وهو ما نلاحظه خصوصاً عند المرضى المصابين بالبدانة إذ أن كثرة الخلايا الدهنية هي سبب مقاومة الأنسولين مما يفسر أهمية فقدان المريض بعضاً من وزنه وفي أحيان أخرى فإن عامل تأخر الأنسولين هو المسيطر وهو ما يحدث في المرضى غير المصابين بالبدانة. (وزارة الشؤون الاجتماعية ، ب ت : 18) .

ومن أهم أسباب الإصابة بالنمط الثاني من الداء السكري ما يلي :

• السمنة :

حيث أوضح التقرير الثاني للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (WHO) عن مرض السكر أن البدانة تعتبر أهم وأقوى العوامل المؤدية إلي مرض السكر غير المعتمد علي الأنسولين وقد وجد أن كمية أنسولين الدم تكون طبيعية في بادئ حدوث مرض السكر عند ذوي السمنة المفرطة إذ أن الخلايا التي تفرز الأنسولين تكبر ، ويزداد إفرازها ، ويزداد تبعاً لذلك تخزين المواد الدهنية فإذا امتلأت مخازن الجسم بالدهن فاض ما يزيد عن السكر بالدم. (دائرة المعارف الطبية ، 1995 : 11) .

وقد أكد العلماء علي أن هناك علاقة طردية بين زيادة نسبة الخلايا الدهنية في الجسم وبين كفاءة عمل هرمون الأنسولين والذي يمكن أن يؤدي في ظل عوامل أخرى إلي ظهور مرض السكر. (صلاح الغزالي ، 1999 : 20) .

• عمر الإنسان :

فمن المسلم به طبقاً للإحصائيات في كثير من البلاد أن نسبة حدوث السكر غير المعتمد علي الأنسولين تزداد مع تقدم العمر حتى تبلغ الذروة بعد عمر الخمسين ولكن ما يزداد أكثر مع السن ما يعرف الآن (بضعف تحمل الجلوكوز) وهو تعبير يقصد به أن الجسم لم يعد يستطيع التصرف الكميائي في الجلوكوز وبالقدرة الطبيعية فيرتفع منسوب السكر في الدم ولكن ليس إلي درجة حدوث الأعراض والمضاعفات أي أن الحادث هو حالة وسطي بين الحالة الطبيعية وبين مرض السكر الواضح ونسبة هؤلاء الأشخاص تبلغ أكثر من ضعفي مرضي السكر وجزء ضئيل من هؤلاء هو الذي يتحول إلي مرض السكر. (محمد صلاح الدين ، 1993 : 35) .

• الوراثة :

ويبدو أثرها أكثر وضوحاً من النوع الأول ويظهر ذلك عند دراسة التاريخ العائلي للمريض حيث غالباً إصابة الشقيق التوأم تعني غالباً إصابة توأمة الآخر بنفس المرض (صلاح الغزالي ، 1999 : 19) .

• الاضطرابات النفسية :

ويتأثر مرضي النمط الثاني Type II بالاضطرابات النفسية حيث أظهرت الفحوص وجود اضطرابات في التمثيل الغذائي للجلوكوز وأن نشأة المرض ترتبط غالباً بفترات من الضغط الانفعالي الشديد وتؤكد الدراسات أن الإصابة النفسية تنشأ من حاجة المريض إلي الاعتماد عندما يتعرض للرفض والحرمان من شخص عزيز ، ووجد أن نسبة السكر ترتفع عندما يشعر

المريض بالكرهية الاكتئاب ، وأنها تصبح عادية عندما يشعر الفرد بأنه مقبول ، ويجد الرعاية. وهذه التغيرات الفسيولوجية تؤدي إلى زيادة الحامضيه وقد تؤدي إلى الغيوبة ولكن يجب ألا ننسى أن الدور الأول للاستعداد الوراثي، وأن دور هذه الاضطرابات هو التعجيل بظهور المرض.(موريس عطية ، 1993 : 24) ، وهذا ما أكدته دراسة جيلبرت (Gilbert 1991) بعنوان " العلاقات النفس فسيولوجية للإنبساطية والعصابية والذهانية خلال التكيف والمواجهه النشطة أو الخاملة لمرضى السكر" ولاحظ الباحث أنه أثناء المهمة الخاملة وهي سرعة ضربات القلب وجد تغيرات ايجابية مرتبطة بحالة القلق والعصابية ، وتغيرات سلبية مع الإنبساطية ، أما في حالة الكلام وهي مهمة نشطة فإن معدل ضربات القلب ارتبط سلبياً بحالة القلق ولكن بارتباط ايجابي مع الإنبساطية ، أي أنه كلما زادت معدلات العصابية أو الإنبساطية زادت امكانية وجوب القلق مما يساعد علي رفع الجلوكوز بالدم .

وهناك عوامل أخرى تساعد علي ظهور النمط الثاني من السكر منها ارتفاع ضغط الدم ، ارتفاع نسبة الكوليسترول والدهنيات الثلاثية بالدم ، وارتفاع نسبة حمض البوليك بالدم ، كل هذه العوامل إذا توافر معها الاستعداد الوراثي فإن احتمال الإصابة بالنمط الثاني من السكر تكون كبيرة . (صلاح الغزالي ، 1999 : 20).

5- اكتشاف مرض السكر:

في أحيان كثيرة يتم اكتشاف السكر عن طريق ظهور بعض الأعراض التي قد تثير التساؤل عن إمكانية وجود مرض السكر والأمثلة علي ذلك عديدة منها :

الإرهاق والضعف العام مع كثرة التبول وخاصة أثناء الليل والإحساس المتزايد بالعطش وشرب الماء بكثرة وأحيانا زيادة الشهية للطعام ، وفي أحيان أخرى يتم الاكتشاف في عيادات أمراض غير أمراض الباطنه ومنها :

أ- في مجال العيون :

كثيرا ما يكون اكتشاف السكر في بدايته عند طبيب العيون ومن هذه الأعراض :

- كثرة الالتهابات الصديدية .
- زغللة العين دون سبب موضعي .
- الإصابة بالمياه البيضاء في سن مبكرة .
- إصابة شبكية العين ببعض المشاكل التي لا تحدث إلا نتيجة لمرض السكر .

ب- في مجال الأسنان :

يتم اكتشاف المرض عند طبيب الأسنان خاصة إذا كان هذا الطبيب ممن يهتمون بأخذ التاريخ المرضي وتتركز أعراض المرض في الآتي :

- إصابة اللثة إصابات متكررة .
- تكرار الإصابات الفطرية بالفم .
- تعرض الأسنان للسقوط دون سبب موضعي .
- وجود رائحة غير مقبولة بالفم.

ج- في مجال أمراض النساء :

أشهر الأعراض وجود حكة موضوعية مصحوبة ببعض الإفرازات مع العلم بأن من أجيديات التعامل مع السيدة الحامل عمل تحليل السكر بالدم في محاولة للتعامل مع المرض في بدايته .

د- في مجال الأمراض التناسلية :

يحدث في بعض الأحيان أن يشكو المريض من ضعف في الأداء الجنسي وبعد الفحص الدقيق يتبين الإصابة بمرض السكر .

هـ في مجال الجراحة :

كثير من الأحيان يتوجه المريض لعلاج جروح في قدمه ويكتشف الجراح من بعض مواصفات الجرح وتكرار حدوثه أن هناك احتمالاً لإصابة هذا الشخص بمرض السكر .

في جميع الأحوال يصبح التشخيص نهائياً بعد إجراء الفحوص التالية :

■ قياس نسبة الجلوكوز في الدم بعد فترة من الصيام لا تقل عن ثماني ساعات ومن المفترض ألا تزيد النسبة عن 110 مللي جرام في المائة ، فإذا زادت النسبة عن 126 مللي جرام في المائة أصبح مصاب .

■ قياس نسبة الجلوكوز في الدم بعد تناول خمسة وسبعين جراماً من الجلوكوز بالفم ، وتكون النسبة في غير المرضي 140 مللي جرام في المائة بعد ساعتين من تناول ، وإذا زادت النسبة عن 200 مللي جرام في المائة أصبح مصاب . (صلاح الغزالي ، 1999 : 23 - 31) .

مرض السكر وعلاقته ببعض الأمراض الأخرى :

أولاً : السكر وارتفاع ضغط الدم :

من أكثر الأمراض ارتباطاً بمرض السكر هو ارتفاع ضغط الدم مع ملاحظة أن العلاقة بين المرضين علاقة في اتجاهين فمن الثابت علمياً أن ارتفاع ضغط الدم يكون مصاحباً بما يسمى حالة مقاومة لمفعول هرمون الأنسولين حيث يرتفع مستوى الأنسولين بالدم لكي يؤدي وظيفته علي الوجه الأكمل ، ومن الناحية فإن مريض السكر يتعرض لمؤثرات كثيرة قد تؤدي لارتفاع ضغط الدم " فارتفاع نسبة السكر بالدم يصاحبه اتحاد الجلوكوز مع بعض البروتينات ثم ترسيب الناتج الكيماوي علي جدران الأوعية الدموية مما يؤدي إلي الإصابة المبكرة بتصلب الشرايين ومن ثم ارتفاع ضغط الدم .

ثانياً : السكر وأمراض الكبد :

يلعب الكبد دوراً أساسياً في المحافظة علي مستوى ثابت لنسبة الجلوكوز بالدم فالعلاقة وثيقة بين مرض السكر وأمراض الكبد ، فنسبة كبيرة من مرضي السكر خاصة النوع الثاني يعانون مما يطلق عليه " الكبد الدهني " وهذا اللفظ يطلق علي شكل الكبد عند تصويره بالموجات فوق الصوتية ، حيث تظهر الترسبات الدهنية بوضوح . (صلاح الغزالي ، 1999 : 34 - 39) .

ثالثاً : السكر وأمراض العين :

يتفق كل من (سمير شبل ، 1994 : 56) ، (فوقية رضوان ، 2006 : 19 - 21) ، (حازم يس وآخرون ، 2007 : 54 - 61) علي أنه ليس هناك مرض يصيب كل أجزاء العين مثلما يفعل مرض السكر وجدول (1) يوضح ذلك :

جدول (1)

يوضح تأثير مرض السكر على العين

أجزاء العين	تأثيرات مرض السكر
الجفون	- ترسيبات دهنية . - أكياس دهنية ودمامل .
الملتحمة	- احتقان دائم نتيجة ظهور أوعية دموية مستحدثة . - الالتهابات المتكررة .
القرنية	- تورم بالقرنية . - يكثر قرح القرنية .
القرحجية	- نمو الكثير من الأوعية الدموية . - ظهور المياه الزرقاء .
العدسة البلورية	- تصاب بالمياه البيضاء (الكتاركتا) بصورة مبكرة . - تغيرات وذبذبة بقوة الإبصار وسرعة تغير النظارة الطبية .
العصب البصري	- التهابات متكررة تؤدي إلى انخفاض في حدة الإبصار .
الشبكية	- المرحلة الأولى : (البسيطة) - تمدد شرياني في الأوعية الدموية بالإضافة لحدوث جلطات . - حدوث إرتشاح في الشبكية . - المرحلة الثانية : (ما بعد البسيطة) - حدوث تغير في الأوردة سواء في مسارها أو تركيب الجدران نفسها . - احتقان الأوردة وموت بعض خلايا الشبكية . - المرحلة الثالثة : (التغيرات المتقدمة أو التكاثر بالشبكية) في هذه المرحلة تقل كمية الدم الواردة بالشبكية فيعاني المريض من نقص الأوكسجين الوارد إليها وهنا تبدأ الشبكية في تكوين أوعية دموية تكاثرية لحل مشكلة نقص الغذاء مع ملاحظة أن هذه الأوعية تكون ذات جدران ضعيفة للغاية وقابلة للنزف تلقائيا دون أي مقدمات ، بالإضافة إلى أنه ثبت إنها لا تجلب الغذاء للشبكية أي مشكلة الغذاء مازالت موجودة دون حل ، أضف إلى ذلك إذا زادت الأمور سوءا فإن الأوعية الدموية التكاثرية

قد تنزف ويصب النزيف في الجسم الزجاجي ويبدأ النزف في التجلط وتكوين أنسجة ليفية عيفة لها القدرة والقابلية للانكماش وبالتالي تبدأ في الشد علي الشبكية فيحدث " الانفصال الشبكي " ، أضف إلي ذلك تكون أوعية دموية تكاثرية علي سطح القرنية بما يعرف بـ " القرنية العيقية " ويعني ذلك أيضا أن يصاب المريض بالمياه الزرقاء ذات الأوعية الدموية التكاثرية أي أن ضغط العين سيرتفع مما يدمر العصب البصري

- انسداد وريد الشبكية وتعني عدم تصريف الدم القادم للشبكية ، ويحدث هذا أثناء النوم ليستيقظ المريض علي انخفاض حاد في الإبصار.
- انسداد شريان الشبكية وهنا تحدث جلطة مفاجئة فتسد الشريان فينعدم الأبصار مباشرة ليصل إلي مرحلة عدم استقبال الضوء وتموت خلايا الشبكية في خلال ست ساعات

رابعا : السكر وأمراض الكلي:

إن اختلال الكلية الناتج عن مرضي السكر هو نفسه ناتج عن إصابة الأوعية الدموية الصغيرة بسبب المرض وبصفه خاصة الشعيرات الدموية داخل الكلية وتحدث إصابة الكلية (المصاحبة لمرض السكر) وتتطور ببطء شديد بدون التسبب في أية اضطرابا بات لعدة سنوات ويتم اكتشاف أول علامة تشير إلي وجودها بواسطة تحليل البول حيث يتبين وجود بروتين في البول خصوصا في الزلال ولهذا أطلق علي هذه الحالة زلال في البول. (مغازي محجوب ، 1989 : 58) .

يمكن تلخيص تأثير مرض السكر علي الجهاز البولي في النقاط التالية :

1- زيادة حساسية الجهاز البولي لبعض الأدوية المسكنة ومضادات الالتهاب وصبغات الأشعة

2- تقل قدرة الكلوتين علي ترشيح البلازما (نوع من أنواع البروتينات التي يحتفظ بها الدم بنسبة معينة تضمن له البقاء داخل الأوعية الدموية) وتدرجيا يظهر الزلال في البول فيؤدي إلي تورم جسم المريض " اوديميا " وتجمع المياه تحت الجلد ، وفي تجويف البطن " استسقاء " .

3- في حالة عدم الانتظام في علاج السكر وبعد فترة تتراوح ما بين 5 – 10 سنوات تبدأ وظائف الكلية في التدهور مما يؤدي إلي الفشل الكلوي مع ملاحظة أن هذه المدة بالنسبة لمريض السكر من النوع الأول ، أما مريض السكر من النوع الثاني فتكون احتمالات الإصابة أسرع نتيجة الاكتشاف المعلمي المتأخر لهذا النوع . (صلاح الغزالي ، 1999 : 40 - 42) .

خامسا : السكر وأمراض الأسنان :

العلاقة بين مرض السكر والأسنان معروفة منذ فترة بعيدة ومعروف أيضاً أن حالة اللثة تتدهور بسرعة عند مرضي السكر إذا لم يتلقوا العلاج المناسب ويلتزموا بتوجيهات الطبيب المعالج وكما يؤثر السكر علي سلامة اللثة والتهابها ، فإن مرض اللثة يؤثر بدوره علي صحة مريض السكر حيث أن الإصابة بالسكر تقلل من مقاومة اللثة لهجوم الجراثيم لأن المرض يتدخل في مقدرة أنسجة الجسم علي الالتئام فلا يستطيع إصلاح ما تتلفه الجراثيم والأسنان المريضة يشكلان معاً بؤراً صديديه تنفث سمومها في تيار الدم وتقلل من قدرة الجسم علي تمثيل المواد السكرية وبذلك ترتفع نسبة السكر في الدم وتزيد من كمية الأنسولين التي يحتاجها المريض يوميا. (فاروق مرشد ، كمال المتيتم ، 1995 ، 33) .

سادسا : السكر وأمراض القلب والأوعية الدموية :

يتفق كل من (صلاح الغزالي ، 1999 : 44 - 46) ، (فوقية رضوان ، 2006 : 19 - 22) علي أن مضاعفات مرض السكر في مجال القلب والأوعية الدموية تتلخص في الآتي :

- 1- إصابة الأوعية الدموية المغذية لعضلة القلب .
- 1- حدوث أزمات قلبية تتراوح في شدتها ما بين الذبحة الصدرية وجلطة القلب ، مع ملاحظة أن المريض في هذه الحالة لا يشكو من ألم الصدر المعروف وذلك بسبب إصابة الأعصاب المغذية للقلب بالتهابات مزمنة تمنعها من توصيل الإحساس بالألم وهنا تكمن الخطورة .
- 1- حدوث هبوط في القلب " نتيجة زيادة نسبة الجلوكوز في الدم " والذي يعني عدم مقدرة عضلة القلب علي ضخ الدم .
- 1- إصابة الجهاز العصبي الا إرادي بالخلل عند مريض السكر قد يؤدي إلي بعض التغير في كهرباء القلب وهنا يعاني المريض من زيادة غير مسببة لضربات القلب أو اضطراب في هذه الضربات .

سابعا : السكر والجهاز العصبي :

يتفق كل من ((مغازي محبوب ، 1996 : 86) ، (صلاح الغزالي ، 1999 : 47 - 52) علي أن مرض السكر يؤثر علي كل جزء من أجزاء الجهاز العصبي ويوضح الجدول (2) أهم تأثيرات مرض السكر على الجهاز العصبي .

تأثيرات مرض السكر	أجزاء الجهاز العصبي
<p>غيوبة السكر ولها نوعان :</p> <ul style="list-style-type: none"> • غيبوبة زيادة السكر في الدم • غيبوبة نقص السكر في الدم <p>ويمكن التفرقة فيما بينهما حيث في الحالة الأولى يكون النبض ضعيف ، والجلد واللسان جافان ، مع ظهور رائحة الأسيتون في الفم. أما الحالة الثانية - عند نقص السكر- يكون النبض قويا ، اللسان رطب ، مع وجود رعشة باليدين وعرق غزير .</p>	<p>الجهاز العصبي المركزي</p> <p>ينقسم إلى</p>
<ul style="list-style-type: none"> • التهاب الأعصاب الطرفية • حرقان شديد وتنميل القدمين خاصة أثناء الليل . • اعتلال الأعصاب الطرفية. 	<p>الجهاز العصبي الطرفي</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اعتلال الأعصاب الذاتية . 	<p>الجهاز العصبي الإرادي</p> <p>التهاب</p>

<ul style="list-style-type: none"> • اضطراب ضغط الدم عند تغير موضع المريض مع الإحساس بالدوخة • عدم التحكم السليم في المثانة البولية . • ضعف القدرة علي الانتصاب أثناء الجماع . 	<p>الجهاز العصبي الإرادي</p>	
---	----------------------------------	--

نصائح هامة لمرضى السكر :

أولاً : الأغذية :

1 أغذية تفيد مرضى سكر الدم :

البصل : الذى يحتوى على مادة فعالة تزيد من احتراق السكر فى الخلايا كما يحتوى أيضاً على مادة تتنافس مع الأنزيم الذى يتسبب فى تكسير الأنسولين فيتحد بدلاً منه ويترك الأنسولين حراً ليحرق السكر فى الخلايا فيخفض فى الدم.

الثوم : يخفض سكر الدم بنسبة كبيرة.

الترمس : ينشط البنكرياس لإفراز الأنسولين.

الحلبة : تزيد من احتراق السكر فى الدم.

الكرنب والقرنبيط : المادة الفعالة به تتحد مع مهبطات الأنسولين فيتركه حراً فى الدم.

2- أغذية مسموح بها بأى كمية :

المشروبات : الماء ، النعناع ، الينسون ، الكروية ، الحبهان ، الكركديه ، الليمون (جميعها بدون سكر ويمكن استعمال بدائل السكر للتحلية) ، المياه المعدنية ، ماء الصودا ، عصير الطماطم – الشورية الصافية.

السلطة: الخس ، الخيار ، القثاء ، الطماطم ، الجرجير ، الفجل ، الرجلة ، اللفت ، البصل ، الثوم ، الليمون .

البهارات : الكمون ، الفلفل ، القرفة ، القرنفل ، الزعتر ، الثوم ، المستردة ، ورقة اللورى.

الخضروات: الكوسة ، الكرنب ، القرنبيط ، الخبيزة ، السبانخ ، الباذنجان ، الفلفل الأخضر ، الخرشوف ، البامية ، الملوخية ، الفاصوليا الخضراء ، الكرفس ، الكرات.

3- أغذية يفضل الابتعاد عنها :

اللحوم الدسمة: المخ ، الكفتة ، النيفة ، الطرب ، الكلاوى ، الجلد.

الطيور الدسمة: الحمام ، البط و الأوز.

الأسماك الدسمة: القرموط والثعبان.

اللحوم المحفوظة: السجق والبسطرمة واللانسون.

المواد الدسمة: القشدة والزبد والجبن كامل الدسم والكاكاولو.

المواد الحريفة أو شديدة الملوحة: الشطة ، الفلفل الأحمر ، الجبن القديم ، الفسيخ ، الرنجة .

المسليات: اللب ، القول السوداني ، الحمص والمكسرات.

السكر وكل ما احتوى عليه: العسل بأنواعه ، المربي ، المياه الغازية ، القصب ، عصير الفاكهة ، الشربات.

القطائر: الحلويات – الأيس كريم – البون بون – الشيكولاته.

المشروبات الكحولية (مثل البيرة وخلافه) موقع المعهد القومي للتغذية (جمهورية مصر العربية)

http://www.nni.org.eg/Nutrition%20Education/Diabetes%20%20N_A_r.html

ثانياً : أهمية الرياضة :

1. تساعد في خفض نسبة السكر .
2. تزيد من فاعلية الأنسولين .
3. تساعد على إزالة التوتر والقلق .
4. تقوى عضلة القلب .
5. تجعلك تشعر انك في حالة أفضل .
6. تساعد على خفض نسبة الدهون في الدم .
7. تنشط الدورة الدموية .
8. تنشط الحالة العامة للجسم .

العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكر :

يعتبر مرض السكر من الأمراض المزمنة التي لها تأثيرات على الذين يعانون منه خاصة إذا كان المصاب من صغار السن وفي أرحل حياته وهي مرحلة المراهقة فهو يمثل حالة طويلة الأمد قد تهدد حياته في أي لحظة .

وقد قام إرفان وآخرون (Irvan et al (1992 بدراسة العلاقة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم وبعض الأعراض السيكولوجية والفسولوجية لدى عينة من مرضى النمط الأول Type1 ووجد الباحثون أن الانفعالات الناتجة تتراوح من عدم السعادة إلى التهديد بالموت المبكر ووجد الباحثون أن هناك علاقة داله بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم والضغط النفسية (Irvan et al,1992:135)

وفى دراسة قام بها (محمود أبو النيل 1984) عن المكانة السوسيو مترية لدى مرضى البول السكري ، وتم عرض السوسيو جرام sociogram الخاص بكل من القيادة والمكانة الاجتماعية لمرضى البول السكري ولقد طبق الاختبار السوسيو مترى على المجموعة التي يعمل معها مريض السكر وعلى مجموعة الفرد " الضابطة " المناظر لذلك المريض وكانت النتائج كالآتي :-

- بالنسبة للقيادة يتبين عزلة الفرد التجريبي (مريض السكر) مما يعكس عدم توافقه الاجتماعي مع أفراد الجماعة التي ينتمي إليها وإن كان من بين أفراد المجموعة من يماثله في ذلك.

- بالنسبة للمكانة الاجتماعية تبين عزلة الفرد التجريبي من أفراد المجموعة التي يعمل معها . (محمود أبو النيل ، 1994 : 314 - 317) .

وفي دراسة بعنوان " المشكلات النفسية عند الأطفال مرضى السكر " أوضح ضيائي حسين (1987) أن دور العامل النفسي يتمثل في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة ، ويحدد العامل النفسي أيضا قدرة المريض علي الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة لعلاج ويطيل فترة البقاء في المستشفى حتى يمكن التحكم في المريض في المستشفى حتى يمكن التحكم في المرض والحد من خطورته ومضاعفاته (ضيائي حسين ، 1987 : 63)

وكانت نتائج دراسة إبراهيم حامد (2006) التي هدفت إلي عقد مقارنة بين مرضى السكر من النوع الثاني والأصحاء في بعض متغيرات الشخصية { مواجهة الضغوط ، المراقبة الذاتية ، النمط السلوكي ، النضج الانفعالي } إلي أن الأصحاء أكثر قدرة علي مواجهة الضغوط عن مرضى السكر ، بينما المرضى أكثر نضجا انفعاليا ، في حين لا توجد فروق دالة بين المرضى والأصحاء في متغيري المراقبة الذاتية و النمط السلوكي .

وفي دراسة تاترسال (Tatte Sal - R, 1991) التي بدأ الباحث دراسته بسؤال : هل هناك شخصية سكرية تمتد من الطفولة إلي الرشد مرورا بالمراهقة ؟ وكانت أهم النتائج وجود 18 مريضا من أصل 21 مريضا يعانون من القلق و الاكتئاب كحالات انفعالية ، و 12 مريضا من أصل 18 مريضا يعانون من الوسواس القهري ، كما لاحظ الأطباء النفسيين أن هؤلاء الأشخاص المصابين بالسكر أكثر ميلا للامتلاء وزيادة الوزن والاستثارة الانفعالية (8 : 1991 , Tatte Sal – R

وترى الباحثة أن مريض السكر يعاني من ضغوط كثيرة ، قد يكون أهمها الضغط اليومي المتمثل في حقن الأنسولين أو أخذ الأقراص ، والحرمان المستمر من بعض الأكلات المحببة ، وزيارة معمل التحاليل بصفة دورية ، واللجوء للطبيب المعالج بين الحين والآخر بالإضافة للضغوط الانفعالية والمادية التي يتعرض لها الوالدان والتي تنعكس سلبيا على المريض وتسبب له الكثير من الآلام المعنوية ، لذلك يحتاج مريض السكر للكثير من أنواع ومصادر المساندة المختلفة للوصول به لجودة حياة أفضل في ظل ما يعانيه ، و لأن مرض السكر مرض مزمن يتم ضبطه ذاتيا بصورة كبيرة ، فإن الشعور بجودة الحياة يعتبر هام ومسئول عن تأجيل ظهور المضاعفات المصاحبة للمرض .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً: دراسات تناولت المساعدة الاجتماعية لدى مرضى السكر وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية .

ثانياً: دراسات تناولت جودة الحياة لدى مرضى السكر وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية.

ثالثاً : دراسات ربطت بين المساعدة الإجتماعية وجودة الحياة .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

مقدمة :

يشتمل هذا الفصل على الدراسات السابقة ونتائجها ، ثم تعقيب عام على الدراسات في مجملها ، من حيث الهدف والعينة والأدوات المستخدمة وأهم النتائج وتم تقسيمها إلى ثلاث محاور:

أولاً: دراسات تناولت المساندة الإجتماعية لدى مرضى السكر وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية .

ثانياً: دراسات تناولت جودة الحياة لدى مرضى السكر وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية.

ثالثاً : دراسات ربطت بين المساندة الإجتماعية وجودة الحياة .

وستتبع الدراسة الحالية الترتيب الزمني من القديم إلى الحديث عند عرض دراسات كل محور.

أولاً : دراسات تناولت المساندة الإجتماعية لدى مرضى السكر وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية .

(1)- دراسة لنتون (1990) Linton

بعنوان "المساندة الاجتماعية ومرض السكر الذي لا يعتمد في علاجه على الأنسولين : " مدخل متعدد الأبعاد "

هدفت الدراسة إلى فحص نوعين من المساندة الإنفاعلية والرضي من أشخاص آخرين ونمطين من المساندة النوعية لمرضى السكر (الإيجابية والسلبية) من أحد أفراد الأسرة وكان المفترض أن يرتبط كل منها بالعوامل التالية لرعاية مرضى السكر (مشكلات ضبط مرض السكر , مشكلات التكيف النفسي الإجتماعي , الالتزام بنظام غذائي , الالتزام بمراقبة السكر في الدم وضبط سكر الدم) كذلك هدفت لإكتشاف ما إذا كان للضغط النفسي تأثيراً علي ضبط السكر في الدم ، وتكونت عينة الدراسة من (88) مريض من مرضى السكر لا يعتمدون في علاجهم على الأنسولين والذين درسوا في معهد تعليم مرض السكر لمدة (18) شهراً , واستخدمت الدراسة البيانات التي تم جمعها من الإستبيانات المرسلّة بالبريد ومن مقابلات المرضى .

وكان من أهم النتائج :

إرتباط المساندة النوعية الإيجابية لمرضى السكر بنواحي أكثر برعاية مرضى السكر من أنواع المساندة الأخرى وإرتبطت المساندة الإيجابية بالنظام الغذائي الأفضل والالتزام بمراقبة سكر الدم ومشكلات أقل لمرضى السكر ومستويات سكر الدم الأكثر إنخفاضاً ، وإرتبطت المساندة السلبية بناحية واحدة من الإلتزام وهي مراقبة سكر الدم أي أن المرضى الذين أقروا بوجود مساندة سلبية يراقبون السكر في الدم في أحيان قليلة جداً . ووجود عدد كبير من الأفراد الذين يقدمون المساندة الإنفاعلية إرتبط فقط بالالتزام بنظام غذائي أفضل , ورغم أن الرضي عن المساندة الإنفاعلية يرتبط بوجود مشكلات أقل لمرضى السكر عند الأخذ في الإعتبار الضغط النفسي المدرك للمرضي إلا أن العلاقة كانت أقوى ، وعند تحليل الإنحدار أثبت الضغط النفسي

أنه المنبئ لهم عن مشاكل مرض السكر ومشكلات التكيف النفسي الإجتماعي , وإرتبط الضغط النفسي المدرك بمشاكل أكثر بضبط مرض السكر وأيضا نجد أن الذين يقرون بوجود المزيد من المشاحنات أقروا بوجود مشكلات أكثر في التكيف مع مرض السكر, ولم يرتبط أي نوع من أنواع الضغط النفسي بضبط سكر الدم ، وإرتبط نوع واحد فقط من المساندة الإجتماعية بمشكلات التكيف النفسي الإجتماعي وهو التأثير المحتمل للتحاق بمركز تعليم مرضي السكر مع شخص آخر والأمر المثير للدهشة هو أن هؤلاء المرضي الذين حضروا إلي المركز مع آخرين أقروا بوجود مشكلات أكثر في التكيف مع مرضي السكر أكثر مما أقر به المرضي الذين كانوا يدرسون وحدهم وتوضح النتائج الطبيعية متعددة الأبعاد بالمساندة الإجتماعية ورغم أن المساندة الإجتماعية ترتبط كما وجدت الدراسة مع كل متغير من المتغيرات المعيارية إلا أن نوع المساندة تنوع طبقا للمعيار الذي تم فحصه .

(2) دراسة هرنانديز (1994) Hernandez

بعنوان " تأثيرات المساندة الاجتماعية والمسئولية الوالدية المشتركة على العلاقة بين الإكتئاب الوالدي ونتائج مرض السكر "

تفحص هذه الدراسة من خلال نموذج التأثيرات المباشرة للتحليل الإحصائي تأثيرات مساندة الأسرة والمسئولية الوالديه المشتركة علي العلاقة بين مستويات الإكتئاب الملاحظة علي الآباء والأمهات ونوعين من المتغيرات ترتبط بممارسات التحكم في مرض السكر عند الأطفال وسلوكيات التحكم ومستويات الهيموجلوبين .

وتكونت عينة الدراسة من (50) من الإناث من الأطفال الصغار والمراهقين الذين تم تشخيصهن بأنهن مصابات بمرض السكر لعام واحد على الأقل وتم إختبار فرضين عن دور مستويات الإكتئاب في الآباء والأمهات على سلوكيات الإذعان والضبط الأيضي باستخدام نموذجين من التحليلات الإحصائية وهما:- نموذج التأثيرات المباشرة ونموذج التأثيرات المتفاعلة ، وتم اختبار كلا النموذجين بسلسلة من التحليلات الانحدارية الهرمية المتعددة .

كانت النتيجة الأساسية في هذه الدراسة هي أنه لا توجد أي تأثيرات مباشرة لمستويات الاكتئاب في الأمهات والآباء علي مستويات HbA1 وسلوكيات التحكم في أطفالهم المصابين بالسكر، ولم يكن الآباء والأمهات في العينة أكثر اكتئابا عن العينة العادية في المقياس ، فقد كان متوسط درجاتهم CES-D أقل من الدرجة القاطعة 16 ، ونقص العلاقة الداعمة للفرض يتفق مع النتائج التي توصلت إليها دراسة طويلة أجريت على الأطفال المصابين بمرض السكر حيث لم ينشأ الاكتئاب عن نفس المتغيرات الناتجة ، وقد أظهر التحليل الارتباطي أن المساندة الاجتماعية الوالدية والأسرية ترتبط بدرجات HbA1 أكثر انخفاضا ، وإرتبطت مستويات الاكتئاب الأكثر انخفاضا في الآباء بمصادر المساندة الأسرية المرتفعة ، وتوحي كل النتائج بأن الأسرة والمساندة الاجتماعية وتكامل الأسرة ترتبط بالضبط الجيد لمرض السكر .

(3) دراسة اوديل- ميكوليم- ديلورس- أن (1997)

O ' -DEL – Mecollum- Delores-Ann

بعنوان " العلاقة بين المساندة الاجتماعية والتكيف لدى المراهقين المصابين بمرض السكر "

تهدف الدراسة الى معرفة العلاقة بين المساندة المدركة للمراهقة ومتغيرات التكيف المتنوعة والتعرف على أنواع المساندة التي يتم تقديمها من مصادر متنوعة وتكونت عينة

الدراسة من (62) مراهق مصابون بمرض السكر بإكمال الأدوات المقننة معيارياً لقياس المساندة الاجتماعية المدركة والتكيف مع المرض واستجابوا إلى المقابلة شبه البنوية , وأكمل أبواهم أدوات مقننة معيارية تقيس التكيف العام والتكيف مع المرض.

وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي :

1. ارتباط المساندة الاجتماعية من زملاء حجرة الدراسة والوالدين والمعلمين والأصدقاء المهممين بمتغيرات التكيف .
2. المساندة الاجتماعية المدركة من زملاء الفصل هي أكثر المنبئات ثباتاً عن التكيف الإيجابي العام بينما مساندة الوالد والمعلم والصديق الحميم كانت منبئات عن التكيف الإيجابي مع المرض .
3. أنماط ووظائف المساندة الاجتماعية تتنوع حسب مصادر المساندة حيث كانت الأسرة هي المصدر الأول للمساندة في تناول الأنسولين واختبار سكر الدم والنظام الغذائي إلا أن الأسرة والأصدقاء كانوا متساوين في المساندة في الممارسات الرياضية والمشاعر، ووجد أن المعلمين مصدرًا قويًا للمساندة في اختبار سكر الدم , وكان أفراد الأسرة أكثر ميلاً لتقديم المساندة المادية والوجدانية بينما كان الأقران أكثر ميلاً لتقديم الصحة والمساندة الوجدانية الانفعالية .
4. وجود بعض التأثيرات الجنسية في التحليل إذ أقر الإناث بوجود مساندة اجتماعية أكثر من جانب كل من الأصدقاء والمعلمين.

(4) دراسة سورييت- باتاما (2002) Surit-Pattama

بعنوان " المعتقدات الصحية ، المساندة الاجتماعية ، وسلوكيات الرعاية الذاتية للتايلانديين المصابين بمرض السكر الذين لا يعتمد على الأنسولين في علاجه "

تهتم هذه الدراسة بدراسة المساندة الاجتماعية كعامل يحسن من الرعاية الذاتية ، وبجانب المساندة الاجتماعية تم طرح الاقتراح بأن المعتقدات الصحية تعتبر عاملاً يستخدم في تفسير السلوكيات المرتبطة بالصحة ، واعتمدت الدراسة على نظرية أورييم للرعاية الذاتية ، ونموذج المعتقدات الصحية (HBM)

تكونت عينة الدراسة من (85) فرداً من الكبار المصابين بمرض السكر من النوع الثاني.

استخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات وهي :

- 1- إستمارة البيانات السكانية .
 - 2- استبيان المساندة الاجتماعية (SSQ) .
 - 3- استبيان المعتقدات الصحية لمرض السكر (DHBQ) .
 - 4- مقياس مهارة التحليل البصري (VAS) .
 - 5- استبيان سلوك الرعاية الذاتية لمرضى السكر (DSCBQ) .
- وتم تلخيص البيانات السكانية باستخدام الإحصائيات الوصفية وتم اختبار فروض البحث باستخدام تحليل الإنحدار المتعدد النموذج الهرمي .

أظهرت نتائج الدراسة :

- 1- توجد علاقة دالة وإحصائية بين المساندة الاجتماعية وسلوكيات الرعاية الذاتية .

- 2- توجد علاقة داله واحصائية بين المعتقدات الصحية العامة وسلوكيات الرعاية الذاتية .
4- المعتقدات الصحية العامة هي أفضل عامل تنبؤي بالرعاية الذاتية في هذه الدراسة .

(5) دراسة الكور- نيمة - احمد (2003) Al-Acour- Nemeh-Ahmad

بعنوان " العلاقة بين معرفة مرض السكر والاتجاه نحو مرض السكر ومساندة الأسرة والأصدقاء وفوائد وعوائق العلاج والإذعان للنظم الغذائية الصحية بين المراهقين الأردنيين المصابين بمرض السكر الذى يعتمد في علاجة على الأنسولين "

تهدف هذه الدراسة إلى اكتشاف العلاقة بين معرفة مرض السكر الذى يعتمد في علاجة على الأنسولين IDDM والاتجاه نحو المرض ومساندة الأسرة والأصدقاء لتحديد مدى تنبؤ هذه المتغيرات بالإذعان للنظم الغذائية الصحية ، ويقدم نموذج المعتقدات الصحية " بيكر 1974 " الإطار المفاهيمي لهذه الدراسة .

تكونت عينة الدراسة من (93) مراهق ذوى IDDM ، (50) من الذكور ، (43) من الإناث من (13 – 19) عام بمتوسط عمري 15.9 عام من اربد بالأردن .

استخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات وهي : اختبار معرفة مرض السكر ، استبيان التمسك والالتزام بالنظم الغذائية ، أربعة مقاييس للصورة البيانية لرعاية مرض السكر وهي " الاتجاه نحو المرض ، مساندة الأسرة والأصدقاء ، فوائد الرعاية طويلة المدى ، والإلتزام بالرعاية الذاتية " وتم تحليل البيانات باستخدام تحليل الانحدار المتعدد .

أظهرت نتائج الدراسة :

- 1- مساندة الأسرة والأصدقاء هي عامل التنبؤ الوحيد ذو الدلالة عن الإلتزام المقرر ذاتياً للنظم الغذائية الصحية الموصى بها .
- 2- ارتبطت عوائق العلاج بعدد السنوات التي تم فيها تشخيص المرض وعدد الأفراد الذي يعيش المراهقين مرضى السكر معهم .

(6) دراسة جريكو داون - م (2004) Greco-Dawn-M

بعنوان "فحص العوامل الأسرية التي تؤثر في المساندة الاجتماعية المدركة في الأطفال المصابين بأمراض مزمنة "

تهدف هذه الدراسة إلى بحث عوامل البيئة الأسرية المرتبطة بالمساندة الاجتماعية المدركة من أسر الأطفال المصابين بأمراض مزمنة وتبحث أيضا ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة بين الجنسين ونوع المرض بين هذه العوامل .

ويتكون أفراد العينة المشاركين في هذه الدراسة من (45) طفل مصابين بالربو أو داء الخلايا المنجلية أو السكر وتتراوح أعمارهم ما بين (8 : 13) سنة 0 وتم جمع كل المشاركين في هذه الدراسة من مستشفى رايبدا للأطفال التابعة لجامعة شيكاغو وتستخدم هذه الدراسة المقاييس التالية :

1. المقياس الأسري للمساندة الاجتماعية المدركة (بروسيد انو- هيلر 1983) .
2. مقياس البيئة الأسرية الصيغة R (موس و وموس 1986) في بحث العلاقة بين المساندة الاجتماعية المدركة وعوامل البيئة الأسرية .
3. استبيان سكاني .

وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي :

1. المساندة الاجتماعية المدركة ترتبط ارتباطاً إيجابياً ودالاً مع التماسك الأسرى.
2. ارتبط الصراع ارتباطاً سلبياً ودالاً مع المساندة الاجتماعية المدركة والتماسك الأسرى.
3. المساندة الاجتماعية يمكن التنبؤ بها بدلالة من التماسك .
4. التماسك والصراع يبرران حوالي 20% من التباين في المساندة الاجتماعية , وعلي وجه العموم وجدت الدراسة ارتباطاً قويا بين التماسك والصراع الأمر الذي يوحي بأن الصراع يمكن أن يلعب دوراً أقوى في التنبؤ بالمساندة الاجتماعية حتى بالرغم من أن إسهامه في معادلة التنبؤ لم يكن ذو دلالة .
5. عدم وجود أي فروق ذات دلالة بين الأطفال الذكور والإناث المصابين بمرض مزمن عند فحص بيئتهم الأسرية والمساندة الاجتماعية .
6. لا توجد فروقا ذات دلالة بين الأطفال المشخصين بالإصابة بداء الخلايا المنجلية أو السكر أو الربو عند فحص بيئتهم الأسرية والمساندة الاجتماعية .

(7) دراسة بوسيلو- شارون- ل (2004) Pucillo – Sharon – L

بعنوان " المساندة الاجتماعية وممارسات الرعاية الذاتية للراشدين المصابين بالأنواع الثاني من السكر "

تهدف هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين المساندة الاجتماعية وممارسات الرعاية الذاتية للكبار المصابين بالأنواع الثاني من السكر الذي لا يعتمد في علاجه على الأنسولين، وتكونت عينة الدراسة من (31) فرداً من الراشدين ، وعن طريق البحث المسحي تم جمع البيانات اللازمة ، وأظهرت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين مستوى المساندة الاجتماعية وبين الخضوع للعلاج الطبي أي أن الذين يحظون بمساندة اجتماعية مرتفعة يميلو إلى إظهار التزاماً أكبر بالعلاج الطبي الأمر الذي يؤدي إلى استقرار أكبر للأعراض المرضية .

(8) دراسة كوفمان- مارين – جيل (2005) Coffman- Maren- Jill

بعنوان " علاقة الاكتئاب والمساندة الاجتماعية المدركة بفاعلية الذات في مجتمع احصائي من كبار السن المصابين بمرض السكر في بورتوريكا "

تهدف هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين الاكتئاب والمساندة الاجتماعية وتأثيرهما على فعالية الذات ، وتكونت عينة الدراسة من (115) كهلاً من الأسبان من المصابين بالأنواع الثاني من مرض السكر ، وقد استخدمت الدراسة التصميم الارتباطي الوصفي ، وفي المقابلة أكمل المرضى مقياس فعالية الذات ، الاختبار المبدئي للاكتئاب ، مقياس المساندة الاجتماعية ، والاستبيان السكاني ، مع ملاحظة أن المتغيرات التي كانت تنبأ عن تحسن الضبط الذاتي للسكر تشمل قيام المريض بدراسة برامج تربويه عن السكر ، أن يكون المريض على مستويات تعليمية عالية ، وأن يخلو من أعراض الاكتئاب ، وأشارات أهم النتائج إلى :

1. المتغير الأكثر تنبؤاً عن الضبط الذاتي للسكر هو المساندة الاجتماعية المدركة.
2. أكثر أنواع المساندة التي يحتاجها مرضى السكر الكبار تتمثل في النقل ، والإتصال.
3. يمثل أفراد الأسرة المصدر الأساسي للمساندة .

ثانياً : دراسات تناولت جودة الحياة لدى مرضى السكر وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية :

(1) دراسة نادو – ميسي- اس (NADEAU – MISSI – S (1994)

بعنوان " التعايش مع مرض السكر: العلاقة بين جودة الحياة وأسلوب المواجهة والالتزام والضبط الأيضي في المراهقة "

تهدف هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة وأسلوب المواجهة والالتزام والضبط الأيضي ، وتم إعادة بناء صياغة مفاهيم جودة الحياة مع الاستفادة من مصطلح جودة الحياة المرتبطة بالصحة ونجد أن مفهوم التعديل المرتبط بالصحة قد تم طرحه في هذه الدراسة لتعريف وقياس الأفكار والسلوكيات التي تؤثر في التحكم في المرض ، وتكونت عينة الدراسة من (55) فرداً من المراهقين المصابين بمرض السكر، وتستخدم هذه الدراسة المقاييس التالية :

مقياس جودة الحياة لمريض السكر الشاب (DQOLY) .

2 - KIDCORE وهي نسخة معدلة من مقياس التقرير الذاتي للالتزام عند الأطفال و المراهقين.

3 - قائمة مراجعة سلوك الطفل CBCL .

وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي :

- 1- علي عكس تنبؤات الدراسة لا ترتبط المتغيرات النفسية الاجتماعية بالضبط الأيضي .
- 2- يرتبط كل من عمر الفرد عند بداية مرض السكر وفترة مرض السكر بدلالة مع الضبط الأيضي ومشكلات السلوك .
- 3- أقرت الإناث بمعاناتها من هموم ترتبط بمرض السكر أكثر من معاناة الذكور .

(2) دراسة تشانج – رويو (CHANG – RUYU (1995)

بعنوان " تأثيرات العاملين في مجال الصحة بالمجتمع والذين تم تدريبهم علي الاستفادة من الرعاية الصحية وجودة الحياة للذين تم تسجيلهم لتناول العلاج الطبي من مرض السكر "

هدف هذه الدراسة هو قياس تأثير تدخلات العاملين في مجال الصحة بالمجتمع علي المسجلين في العلاج الطبي من مرض السكر ، وتم استخدام تصميم شبه تجريبي لاجتياز الغرض بأن تدخلات العاملين في مجال صحة المجتمع قد خفضوا من درجة الاستفادة من الرعاية الصحية وحسنوا من جودة الحياة للمسجلين في العلاج الطبي من مرضى السكر من سنة واحدة قبل بدء تدخل العاملين في مجال صحة المجتمع في خلال سنة واحدة من العمل ونجد أن أفراد مرضى العلاج الطبي الذين عبروا عن اهتمامهم ببرنامج العاملين في مجال صحة المجتمع قد تم تضمينهم في التقييم ، وتتكون جماعة التدخل من الذين كان لهم خمسة اتصالات أو أكثر مع العاملين في مجال صحة المجتمع ، وكانت جماعة عدم التدخل هم الذين عبروا عن الاهتمام ولكن كانت لهم أقل من خمسة اتصالات مع العاملين في مجال صحة المجتمع ، وبعد إكمال (40) ساعة من التدريب كحد أدنى بدأ العاملون في مجال صحة المجتمع بالاتصال بالمرضى مع تبادل الاتصالات التليفونية والزيارات المنزلية ، ويشمل التدخل ارتباط المرضى بمقدمي الرعاية الصحية الملائمة وتقديم المساندة الاجتماعية للمرضى ومراقبة سلوكيات الرعاية الذاتية للمرضى ومساعدة ومراقبة الحفاظ علي مواعيد الطبيب الذي يعالج المرضى ، وتم استخدام قاعدة بيانات العلاج الطبي في ماري لاند والعاملين في مجال صحة المجتمع في التحليلات .

وكانت المقاييس المستخدمة لجودة الحياة (استبيان Mos SF-36) في خط القاعدة ومتابعة لمدة ستة أشهر وعدد من زيارات حجرة الطوارئ وعدد من حالات العلاج داخل المستشفى وأيام الإقامة بالمستشفى وبدأت تعويضات الخدمة الصحية الطبية وعينات علاج السكر من سنة واحدة قبل سنة واحدة بعد التدخل ، وتم استخدام أزواج مقارنة من اختبارات تي T لإختبار الفروق في المقاييس القلبية والبعدية وتم استخدام تحليل الإنحدار المنفرد وتحليل التباين الإقتراني لتقييم التأثيرات الأساسية للتغيرات الإقترانية المزدوجة (مثل العمر والجنس والتشخيص) والمتغير المستقل (مثل عدد الاتصالات بالعاملين في مجال صحة المجتمع) وتفاعلاتهم بعد تعديل المتغير المزدوج (مثل مقاييس قبل التدخل لمتغيرات الدراسة) ومن المستجيبين الذين بلغ عددهم (543) مستجيب اكمل (184) مريض بالسكر استبيان Mos Sf-36 عند خط القاعدة وأكماله حوالي نصف هذا العدد (59) في ستة أشهر المتابعة ، ومن المستجيبين وهم (543) مستجيب استطاع (182) مستجيب من التناظر مع قاعدة البيانات الطبية بعد تطبيق معايير الإسبعاد بالدراسة .

وأظهرت النتائج أن تدخلات العاملين بمجال صحة المجتمع حسنت من جودة حياة المرضى في ستة أبعاد من ثمان أبعاد 1% إلى 14% بالرغم من أن هذا المجتمع الإحصائي من المرضى حصل علي درجات خط قاعدة أكثر انخفاضا مقارنة بهؤلاء الذين وردوا في تقارير الدراسات الأخرى المنشورة .

وفي تحليل الاستفادة من الرعاية أظهرت النتائج 49% أقل لزيارات حجرة الطوارئ للمرضى داخل المستشفى وخفضت من (عدد حالات العلاج بالمستشفى ، عدد الأيام في العلاج داخل المستشفى ، نفقات الخدمة الصحية الطبية) وكان لجماعة عدم التدخل زيادات في كل مقياس من هذه المقاييس.

(3) دراسة كولا ر – كاترين – راسنر

Kolar – Kathryn – Rassner (1996)

بعنوان " جودة الحياة في المراهقين المصابين بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين "

تصف هذه الدراسة جودة الحياة المقررة ذاتيا QOL بين المراهقين من عمر (11 – 14) سنة المصابين بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين IDDM مقارنة بجودة حياة الأفراد ذوي الأقران المناظرين لهم ذاتيا وحددت الارتباطات بين المتغيرات السكانية والمرتبطة بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين مع جودة الحياة المختلفة في الجماعات الفرعية من الشباب المصاب بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين.

وتم استخدام تصميم ارتباطي وصفي يشمل (60) فرداً من المصابين بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين و (27) من الأقران المناظرة لإكتشاف مشكلة هذا البحث ، وتم الحصول علي البيانات من أداتين : إحداهما خاصة بمرض السكر الذي يعتمد علي الأنسولين والأخرى نوعية شاملة ، وتم التحليل بالإحصائيات الوصفية وتحليل التباين وازدواج اختيارات وتحليل المتغير المتعدد المتباين .

وتدل متوسط درجات الفرد في مقياس الأداة علي جودة حياة متوسطة الجودة وعلي المقاييس النوعية لمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين وهي المقاييس ذات النقاط الخمس والتي تدل درجاتها الأكثر انخفاضا علي زيادة في جودة حياة أفضل نجد أن متوسط الدرجات التي حصلت عليها هذه العينة كانت 2ر06 (تأثير مرض السكر الذي يتم علاجه بالأنسولين) 1ر95 (القلق المرتبط بمرض السكر الذي يعتمد على الأنسولين) .

(4) دراسة واتكنز - كينيث - واين (1999) watkins - Kenneth Wayne

بعنوان " تأثير التنظيم الذاتي للسكر علي نتائج جودة الحياة "

يهدف هذا البحث إلى بحث العلاقات بين التمثيل المعرفي لمرض السكر والسلوكيات الصحية الخاصة بالسكر وجودة الحياة ، وقامت الدراسة على عينة قوامها (296) من الكبار المصابين بمرض السكر وتقوم النماذج المفسرة لهذه العلاقات علي أساس نموذج نفنشال وديفنباخ (1991) للتنظيم الذاتي للمرض ، ويوحى هذا النموذج للتنظيم الذاتي بأن التمثيل المعرفي للمرض عند الأفراد هو القوة الدافعة للسلوكيات الصحية وتقييم النتائج السلوكية والصحية ، وتم إجراء نموذج المعادلة التكوينية البنائية لبحث العلاقات بين التمثيلات المعرفية والسلوكيات الصحية الخاصة بمرض السكر وجودة الحياة ، وتم أيضا بحث الفروق النموذجية حسب نوع السكر ، مع إجراء تحليلات الانحدار التدريجي الهرمي المنفرد لتقييم المنبئات (عوامل التنبؤ) السكانية والصحية والنفسية والاجتماعية لتكوينات التمثيل المعرفي .

وتدل النتائج علي أن السلوكيات الصحية الخاصة بمرض السكر تتسم بتأثيرات سلبية عامة علي جودة الحياة ، ومع ذلك نجد أن تكوينات التمثيل المعرفي تؤثر إيجابيا في كل من نتائج السلوكيات الصحية الخاصة بمرض السكر وجودة الحياة . ويتم تشكيل هذه التمثيلات المعرفية جزئيا بالمساندة الاجتماعية المدركة (المساندة الانفعالية أساسا) من جانب الأسرة والأصدقاء وتسهم هذه النتائج في الدراسات الخاصة بالتنظيم الذاتي لمرض السكر . وبحث لبنية ومحددات التمثيلات المعرفية وفهم العلاقات بين التمثيلات المعرفية وجودة الحياة والنتائج السلوكية ويمكن أن تكون هذه المعلومات مفيدة في تحسين التدخلات بالنسبة للأفراد المصابين بمرض السكر .

5- دراسة بيروين - أمي - ريني (2000) Perwin – Amy – Renee

بعنوان " تقييم جودة الحياة لدي المراهقين المصابين بمرض السكر من النوع الأول:
فحص المقاييس النوعية الشاملة والخاصة بالمرض "

تفحص هذه الدراسة الثبات والبنية العاملية والحسابية والاستفادة من المقاييس النوعية الشاملة الخاصة بالمرض لدي المراهقين المصابين بمرض السكر ، تكونت عينه البحث من (160) فرد من عمر (11 - 18) سنة من المصابين بمرض السكر والذين أكملوا الصورة البيانية المختصرة " الرسوم البيانية لتقييم دارتمون للصحة الوظيفية C001 " والصورة البيانية النوعية الشاملة " استبيان صحة الطفل CHQ" ومقاييس جودة حياة مرضى السكر DQCL .

وأظهرت النتائج :

1- فيما عدا إدراكات الصحة العامة الضعيفة أقر المراهقون عموما بإحساسهم بجودة الحياة المرتفعة .

2 - أظهرت مقاييس CHQ و DQOL ثباتا داخليا جيدا وصدقا تميزيا للفقرات ،

3- أقر تحليل البنية العامة لاستبيان صحة الطفل بوجود مجالين واسعين وهما وظيفة الدور البدني والصحة النفسية والاجتماعية كما أظهرت ثلاث عوامل لمقياس جودة حياة مرضى السكر ترتبط بالرضي والتأثير والقلق .

4- أظهرت مقاييس جودة الحياة حساسية من جهة المتغيرات النفسية الاجتماعية كالتحصيل المدرسي ، التفاعلات الاجتماعية للاقران ، والازدواج في الصحة العقلية وخصائص المرض كضبط السكر

5 - أضاف استبيان صحة الطفل معلومات إضافية في النماذج التي تنتبأ بالتغيب عن المدرسة والصدقات ووجود وغياب الحالة النفسية المصاحبة للمرض .

6 - يقدم مقياس جودة حياة مريض السكر قوة تنبؤية أكبر للانحدارات التي تفحص المتغيرات الخاصة بمرض السكر وتشمل تكرار الاندماج في السلوكيات المرتبطة بمرض السكر ومتاعب وجود وغياب نقص السكر الشديد في الدم .

(6) دراسة جريج - أنجيلا (2004) Grigg – Angela

بعنوان " تأثير مرض السكر علي جودة الحياة للأشخاص الذين يعيشون في وادي بيبلا كولا "

تهدف الدراسة الحالية إلى بحث تأثير مرض السكر علي الصحة المقررة ذاتيا والرضا عن

مجالات الحياة النوعية المتعددة ، والرضا عن جودة الحياة إجمالا المتمثلة في السعادة

والرضا عن الحياة ككل .

وقد قام (968) فرد يعيشون في وادي بيلا كولا في كلومبيا البريطانية بإكمال مسح يشمل مقاييس ذات فقرة واحدة لهذه الخصائص وعقد الباحث مقارنة بين الأفراد غير المصابين بمرض السكر ، الأفراد المصابين بمرض السكر.

وكانت أهم النتائج بغض النظر عن مدى الأمراض المصاحبة ذات الارتباط بمرض السكر ، أن الأفراد المصابين بمرض السكر لا يوجد لديهم ميلاً إلى عدم الشعور بالسعادة أو الرضا عن الحياة ككل ، أو عن جودة حياتهم إجمالاً ، ومع ذلك يقرر الأفراد المصابين بالسكر صحتهم الحالية بأنها أسوأ بدلالة .

(7) دراسة ماديجان – شيري لين (2005) Maddigan – Sheri – Laine

بعنوان " التطبيقات الإكلينيكية والقائمة علي أساس المجتمع الإحصائي لمقاييس جودة الحياة

المرتبطة بالصحة النوعية الشاملة في النوع الثاني من مرض السكر"

جودة الحياة المرتبطة بالصحة MRQL هي نتيجة مهمة في الأمراض المزمنة مثل

السكر وخاصة من منظور المريض ، ولكن تكون بيانات جودة الحياة المرتبطة بالسكر مفيدة

في تقديم معلومات للقرارات السياسية أو العيادية فمن الضروري قياس هذه البيانات باستخدام

أداة صادقة للمرض المعين موضوع الدراسة .

وأهداف هذا البرنامج من البحث :

1- توليد واستخلاص أدلة مبدئية عن الصدق التكويني لثلاث مقاييس نوعية لجودة

الحياة المرتبطة بالصحة وخاصة RAND-12 ، دليل المنافع الصحية العلامة 2 والعلامة 3

في مرض السكر في النوع الثاني

2 - تقييم أهمية النطاق الواسع من محدودات الصحة في مرض السكر من النوع الثاني

علي مستوى المجتمع الإحصائي .

وإستخدام الباحث مصدرين للبيانات في التحليلات الأول عينة التجربة الكليينكية من

دراسة تعزيز امتداد وتجاوز بداية مرض السكر DOVE ، والثاني عينة علي أساس مجتمع

إحصائي تمثيلي من الكنديين المقيمين في المجتمع .

وكانت أهم النتائج :

1 - أدى الـ RAND-12 أداءً جيداً بصورة معقولة في التمييز بين الأفراد المتوقع أن يختلفوا في مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة طبقاً لفترة مرض السكر واستخدام الأنسولين وأيام عدم العمل مع مرضي السكر.

2 - تميز درجات HU 12 , HU 13 الإجمالية تميزاً جيداً طبقاً لفترة مرض السكر ونظام العلاج وأيام العطلة عن العمل وزيارات حجرة الطوارئ والأمراض المصاحبة مع فروق أكبر إكتشفتها HU 13 ، وهذا يوحي بأن HU 13 يمكن أن يكون مفضلاً في مرض السكر من النوع الثاني أكثر من HU 12 ، والدليل على قدرة HU 13 على التمييز حسب فترة مرض السكر ونظام العلاج ثم استخلاصها من كل مصدري البيانات الذي زادت من الثقة في أدائه في مرض السكر من النوع الثاني ، وأيضاً بالنسبة إلى HU 13 نجد أن الارتباط بين درجاته الإجمالية والاستفادة بمورد الرعاية الصحية تقدم مزيداً من الأدلة على الصدق التكويني ، وتلخيصاً لذلك نقول إنه تم استخلاص الأدلة لتأييد استخدام كل المقاييس HRQL النوعية الشاملة في مرض السكر من النوع الثاني .

3 - أوضحت محددات تحليل الصحة بأن العوامل المرتبطة بالمرض ، المحددات الاجتماعية للصحة ، والسلوكيات المرتبطة بالصحة ترتبط كلها بنواحي نقص HRQL المهمة إكلينيكية في مرض السكر من النوع الثاني ، والمحددات الكثيرة التي كانت مرتبطة بأوجه نقص HRQL المهمة إكلينيكية مثل الإحساس بالانتماء وضغوط الحياة النفسية وخطر الغذاء امتدت إلى ما يتجاوز البؤرة الطبية للمريض .

(8) دراسة رايبى - ماي - يونج (2006) Ryee – Mi – Young

بعنوان " جودة الحياة المرتبطة بالصحة في الأطفال في عمر المدرسة المصابين بمرض السكر من النوع الأول "

تم فحص تقارير الآباء والأطفال عن جودة الحياة والمرتبطة بمرض السكر في الأطفال من عمر (6 - 12) سنة المصابين بمرض السكر من النوع الأول ، وأظهرت النتائج أن الأطفال يؤكدون علي جودة حياة أكبر في كل من المقاييس العامة والمرتبطة بمرض السكر مقارنة لتقارير آباءهم عن جودة الحياة في الأطفال ، وفيما يتعلق بالتنبؤ عن جودة الحياة العامة والمرتبطة بمرض السكر في الأطفال المصابين بمرض السكر من النوع الأول نجد أن العلاقة بين الوالد والطفل من حيث الصراع والتقارب كانت منبنا ذو دلالة عن إدراكات الآباء لجودة حياة أطفالهم في المتغيرات الأساسية كالعمر، الجنس ، فترة تشخيص مرض السكر، والضبط الطبي لمرض السكر وأخيرا تجد أن العلاقة بين الوالد والطفل لا تنبأ بدلالة عن الضبط الأيضي لمرض السكر في هذه العينة .

ثالثاً : دراسات ربطت بين المساندة الإجتماعية وجودة الحياة .

(1) -دراسة بريديو - بلودجيت - ريكي (1996) Brideaux – Blogett - Becky –J

بعنوان " إدراك المراهقين لمساندة الأقران ، جودة الحياة ، وضبط السكر "

الغرض من هذه الدراسة الاستطلاعية التجريبية هو تحديد تأثيرات التفاعل المركز قصير المدى بين المراهقين الصغار المصابين بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين والذين يشتركون في معسكر للأطفال المصابين بمرض السكر ، وتتكون العينة من (13) مراهق في فترة المراهقة المبكرة والذين كانوا يحضرون معسكر في شمال غرب المحيط الهادي مخصص للأطفال المصابين بمرض السكر ، وتشمل أدوات جمع البيانات أربعة

استبيانات وقيمة الهيموجلوبين المشبع بالسكر، وتم تحليل البيانات باستخدام الإحصائيات الوصفية واختبار ت T .

وأشارت أهم النتائج إلى :

- 1- أقر الأفراد بأن الأمهات والآباء يقدمون أكبر مساندة في عملية ضبط مرض السكر .
- 2- استطاع ثلث الأفراد أن يتحدثوا مع أصدقائهم الشخصيين عن مرض السكر المصابين به . 3 - أكثر الأسباب التي ذكروها عن عدم أخذهم حقن الأنسولين أو عدم اختبارهم للسكر في الدم يعود الي عامل النسيان .
- 4- ومن الوجهة الإحصائية كانت هناك فروق ذات دلالة قبل وبعد المشاركة في المعسكر من ناحيتين الأولى المساندة الاجتماعية من المعلمين أما الثانية فكانت الحاجة إلي أنسولين إضافي لتعويض الطعام الذي لم يتم تناوله .

(2) -دراسة : ثياجرا جان – كرستيا – ديان (Thiagarajan – Kristin – Diann)

(1998)

بعنوان " الضغط النفسي ، المساندة الاجتماعية ، مواجهة حل المشكلات ، قبول مرض السكر والضبط الذاتي كمنبئات للضغط الأيضي وجودة الحياة بين الكبار المصابين بالسكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين"

الغرض من هذه الدراسة هو تقييم نموذج المسار الذي يطرح فكرة أن المتغيرات النفسية الاجتماعية المختارة مثل الضغط النفسي والمساندة الاجتماعية وأسلوب المواجهة يؤثر في نتائج صحية معينة وفي الضبط الأيضي أي القدرة علي الاحتفاظ بمستويات سكر الدم في حدود النطاق المقرر وجودة الحياة بين الكبار المصابين بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين DDM ، ويفترض نموذج المسار المقترح أيضا أن التأثيرات

المفترضة للمتغيرات النفسية الاجتماعية يتوسطها كل من قبول مرض السكر والضبط الذاتي أي تكرار مراقبة سكر الدم ، ويتوسط الضبط الأيضي تأثيرات كل المتغيرات الأخرى علي جودة الحياة ، وتم أيضا التوسع في نموذج المسار الأصلي ليشمل المتغيرات السكانية التي لها تأثيرات علي المتغيرات النفسية الاجتماعية والنتائج الصحية وتكونت عينة الدراسة من (90) فرداً من الكبار المصابين بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه علي الأنسولين .

وأظهرت النتائج :

- 1- قبول مرض السكر له تأثير إيجابي علي جودة الحياة ولكن هذا التأثير لا يتوسطه الضبط الأيضي ، والواقع أن الضبط الأيضي يحظى بتأثير إيجابي بسيط علي جودة الحياة .
- 2- علي عكس التوقعات الأولي يبدو أن الضغط النفسي يزيد من الضبط الذاتي بدلا من أن يسبب التضاؤل في هذا السلوك ، كذلك لا يؤثر الضبط الذاتي علي الضبط الأيضي
- 3- الاتجاه إلي استخدام حل المشكلات كاستراتيجية مواجهة لا يرتبط مع أي من المتغيرات الأخرى في النموذج الأصلي رغم ارتباطه ايجابيا بالتعليم.
- 4- الاتجاه لإدراك أن مرض السكر حقيقة واقعة من حقائق الحياة يلعب كما يبدو دورا مركزيا في تحقيق جودة حياة عالية نسبيا عما هو معروف .
- 5- قبول مرض السكر يتوسط تأثيرات الضغط النفسي والمساندة الاجتماعية علي جودة الحياة .

(3)- دراسة :آلتو- انا – ماري (1999) Aalto – Anna – Mari

بعنوان " معرفة مرض السكر والمساندة الاجتماعية فيما يتعلق بضبط السكر دراسة مستعرضة للمحدودات النفسية الاجتماعية لجودة الحياة والرعاية الذاتية في مجال الصحة بين الكبار المصابين بمرض السكر من النوع الأول"

تهدف هذه الدراسة إلى فحص الظروف المعيشية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة HRQOL للأشخاص المصابين بمرض السكر من النوع الأول مقارنة بالسكان عموماً ، نموذج المعتقدات الصحية HBM ، فاعلية الذات ، موضع الضبط لمرض السكر DLC ، ومتراطات جودة الحياة المرتبطة بالصحة HRQOL في مرض السكر من النوع الأول ، والرعاية الذاتية في إطار نموذج المعتقدات الصحية الموسع في مرض السكر النوع الأول .

وكانت عينة الدراسة تتكون من (953) مريضاً بالسكر من النوع الأول تتراوح أعمارهم ما بين (15- 64) سنة ، واستخدمت الدراسة استبياناً تم إرساله بالبريد مصحوباً بتحديد كمية السكر بالدم بالإضافة لمقياس سلوكيات الرعاية الذاتية المتمثلة في الغذاء والمراقبة الذاتية للسكر في الدم ، ومقياس لجودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة HRQOL والقبول الانفعالي لمرض السكر .

وكان من أهم النتائج :

- 1- لم يختلف الأفراد المصابون بمرض السكر من النوع الأول بصورة ملفتة للنظر عن الضوابط التي يفرضها المجتمع الإحصائي في عوامل القياس النفسي ولكنهم كانوا في الغالب أقل رضا عن المساندة الاجتماعية التي يتلقونها وأقروا بـ HRQOL أكثر انخفاضاً
- 2- تتميز معرفة المرض لدى كل المستجيبين بالاعتقاد الراسخ في الضبط الذاتي، والاعتقاد المنخفض في دور الصدفة أو الآخرين المؤثرين ، والاعتقاد المتوسط في دور المتخصصين في الصحة في مجال ضبط السكر.
- 3- نجد أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة HRQOL الجيدة بين المصابين بمرض السكر من النوع الأول ترتبط بالوظائف البدنية الجيدة ، نقص تعقيدات مرض السكر والمساندة الاجتماعية العامة الكافية ، المساندة الاجتماعية القوية في الرعاية الذاتية ، وفاعلية الذات القوية.
- 4- قبول مرض السكر أكثر ارتباطاً بالصحة الذاتية وبناتج الرعاية الذاتية عنها بعوامل الصحة الموضوعية وسلوكيات الرعاية الذاتية .
- 5- دعماً لنموذج المعتقدات الصحية بين المصابين بمرض السكر من النوع الأول نجد أن الفوائد الكبرى المدركة للرعاية الذاتية ترتبط ارتباطاً مباشراً بالرعاية الذاتية الأكثر صرامة، والعوامل المعرفية الأخرى مثل موضع الضبط لمرض السكر DLC ، فاعلية الذات ، والعوامل الأساسية لنموذج المعتقدات الصحية المعدل HBM (الفوائد المدركة والتهديد بالإصابة بالسكر) .

6- علي عكس نموذج المعتقدات الصحية HBM نجد أن متغير التهديد بالإصابة بالسكر لم يرتبط بالرعاية الذاتية والمؤشرات للعمل .

رابعاً: التعقيب على البحوث والدراسات السابقة

بعد إستعراض المحاور الثلاثة السابقة، تم إستخلاص أهم المعلومات من تحليل هذه الدراسات من حيث الموضوع، والهدف، والعينة، والأدوات المستخدمة، والنتائج وهي كما يلي:

(1) من حيث الهدف:

بالنسبة للمحور الأول المساندة الاجتماعية كانت أهم الأهداف :

- تحديد أنواع ومصادر المساندة الاجتماعية التي يمكن تقديمها لمرضى السكر كما في دراسة (لنتون (1990) ، اوديل (1997) .

- تأثير الضغط النفسي على ضبط السكر كما في دراسة لنتون (1990).

- تأثير المساندة الاجتماعية على الاكتئاب الوالدي وضبط السكر كما في دراسة (هرنانديز (1994) .

- العلاقة بين المساندة الاجتماعية والتكيف اوديل(1997) .

- أهمية المساندة الاجتماعية في تحسين الرعاية الذاتية كما في دراسة سوريث- باتاما (2002) ، الكور- نيمة – احمد (2003) ، بوسيلو- شارون- ل(2004) .

- أهم العوامل المؤثرة في المساندة الاجتماعية كما في دراسة جريكو داون - م (2004)

- العلاقة بين الاكتئاب والمساندة الاجتماعية وتأثيرهما على فعالية الذات كما في دراسة كوفمان- مارين – جيل (2005) .

بالنسبة للمحور الثاني جودة الحياة كانت أهم الأهداف :

- فحص العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة وأسلوب المواجهة والالتزام والضبط الأيضى كما في دراسة نادو – ميسى- اس (1994) .

- قياس تأثير تدخلات العاملين في مجال الصحة بالمجتمع علي المسجلين في العلاج الطبي من مرض السكر كما في دراسة تشانج – رويو (1995) .

- وصف جودة الحياة المقررة ذاتياً من قبل مرضى السكر كما في دراسة كولار – كاترين – راسنر(1996) .

- فحص الثبات والبنية العاملية والحسابية والاستفادة من المقاييس النوعية الشاملة الخاصة بمرض السكر كما في دراسة بيروين – أمى – ريني (2000) ، ماديجان – شيري لين (2005) .

- تأثير مرض السكر علي الصحة المقررة ذاتياً والرضا عن جودة الحياة كما في دراسة جريج – أنجيلا (2004).

- مقارنة بين تقارير الأباء والأطفال عن جودة الحياة المرتبطة بمرض السكر كما في دراسة رايبى – ماي – يونج (2006) .

(2) من حيث العينة :

بالنسبة للمحور الأول المساندة الاجتماعية :

- من حيث حجم العينة : تراوح حجم العينة من (31) فرداً إلى (115) فرداً مريضاً بالسكر .

- من حيث نوع العينة: تناولت بعض الدراسات عينة من الذكور فقط ، أو من الإناث فقط ، أو من الإناث والذكور معاً .

- من حيث عمر العينة : تناولت الدراسات مرحلة المراهقة حيث امتد العمر الزمني لأفراد العينة من (13- 19) عام ، فيما عدا دراسة كل من بوسيلو- شارون- ل (2004) كوفمان- مارين - جيل (2005) التي درست مرضى السكر الكبار ، ودراسة جريكو داوون - م (2004) التي درست مرضى السكر للأطفال من (8- 13) عام .

بالنسبة للمحور الثاني جودة الحياة :

- من حيث حجم العينة : تراوح حجم العينة من (55) فرداً إلى (968) فرداً مريضاً بالسكر .

- من حيث نوع العينة: تناولت بعض الدراسات عينة من الذكور فقط ، أو من الإناث فقط ، أو من الإناث والذكور معاً .

- من حيث عمر العينة : تناولت الدراسات مراحل عمرية مختلفة فهناك دراسات تناولت مرحلة الطفولة ومنها دراسة رايبى - ماي - يونج (2006) ، وركزت معظم الدراسات على مرحلة المراهقة ومنها دراسة بيروين - أمى - ريني (2000) ، ماديجان - شيري لين (2005) ، كما تناولت دراسة واتكنز - كينيث - واين (1999) مرضى السكر الكبار .

أما الدراسة الحالية فقد اعتمدت على عينة قوامها (101) مراهقاً مريضاً بالسكر (40 ذكور ، 61 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (13 - 21) عام ، من طلاب المراحل الإعدادية ، والثانوية والجامعية .

(3) من حيث الأدوات :

بالنسبة للمحور الأول المساندة الاجتماعية :

- المقابلات الشخصية كما في دراسة لنتون(1990) ، اوديل (1997) ، كوفمان- مارين - جيل (2005).

- استبيان المساندة الاجتماعية (SSQ) كما في دراسة سوريت- باتاما (2002) ،

- المقياس الأسري للمساندة الاجتماعية المدركة (بروسيدانو- هيلر 1983) كما في دراسة جريكو داوون - م (2004) .

- مقياس البيئة الأسرية الصيغة R (موس و وموس 1986) كما في دراسة جريكو داوون - م (2004) .

بالنسبة للمحور الثاني جودة الحياة :

- مقياس جودة الحياة لمريض السكر الشاب (DQOLY) كما في دراسة نادو - ميسى-

اس (1994) ، بيروين - أمى - ريني (2000) .

- استبيان Mos Sf-36 كما في دراسة تشانج - رويو (1995) .

- مقياس جودة الحياة المرتبط بالصحة RAND-12 كما في دراسة ماديجان - شيري لين (2005) .

(4) من حيث النتائج :

بالنسبة للمحور الأول المساندة الاجتماعية :

اتجهت بعض الدراسات إلى تقسيم المساندة الاجتماعية إلى نمطين : المساندة الايجابية ، المساندة السلبية ووجد أن المساندة الإيجابية ارتبطت بالنظام الغذائي الأفضل والالتزام بمراقبة سكر الدم ومشكلات أقل لمرضى السكر، بينما ارتبطت المساندة السلبية بناحية واحدة من الإلتزام وهي مراقبة سكر الدم أي أن المرضى الذين أفروا بوجود مساندة سلبية يراقبون السكر في الدم في أحيان قليلة جدا لنتون(1990).

يعتبر الضغط النفسي المنبئ عن مشاكل مرض السكر ومشكلات التكيف النفسي الإجتماعي لنتون(1990) .

وجود عدد كبير من الأفراد الذين يقدمون المساندة الإنفعالية يرتبط بالالتزام بنظام غذائي أفضل لنتون(1990) ، أوديل(1997) .

ربطت بعض الدراسات بين وجود مساندة اجتماعية من قبل الأسرة ومستويات الاكتئاب ، وأظهرت النتائج عدم وجود أي تأثيرات مباشرة لمستويات الاكتئاب في الأمهات والأباء علي مستويات HbA1 وسلوكيات التحكم في أطفالهم المصابين بالسكر، ولم يكن الأباء والأمهات في العينة أكثر اكتئابا عن العينة العادية في نفس المقياس ، ارتبطت مستويات الاكتئاب الأكثر انخفاضا في الأباء بمصادر المساندة الأسرية المرتفعة هرنانديز (1994) .

الأسرة والمساندة الاجتماعية وتكامل الأسرة ترتبط بالضبط الجيد لمرض السكر هرنانديز (1994) ، كوفمان- مارين - جيل (2005) .

ربطت بعض الدراسات بين المساندة اجتماعية والتكيف ووجد أن المساندة الاجتماعية المدركة من زملاء الفصل هي اكثر المنبئات ثباتاً عن التكيف الإيجابي العام ، بينما مساندة الوالد والمعلم والصدىء الحميم كانت منبئات عن التكيف الإيجابي مع المرض أوديل(1997) .

أنماط ووظائف المساندة الاجتماعية تتنوع حسب مصادر المساندة حيث كانت الأسرة هي المصدر الأول للمساندة في " تناول الأنسولين واختبار سكر الدم والنظام الغذائي " إلا أن الأسرة والأصدقاء كانوا متساوين في المساندة في " الممارسات الرياضية والمشاعر " ، ووجد أن المعلمين مصدرا قويا للمساندة في " اختبار سكر الدم " ، وكان أفراد الأسرة أكثر ميلا لتقديم المساندة " المادية والوجدانية " بينما كان الأقران أكثر ميلا لتقديم " الصحية والمساندة الوجدانية الانفعالية" أوديل(1997).

وجود بعض التأثيرات الجنسية في التحليل إذ أقر الإناث بوجود مساندة اجتماعية أكثر من جانب كل من الأصدقاء والمعلمين أوديل(1997) ، بينما أقرت دراسات أخرى بعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في متغير المساندة الاجتماعية جريكو داوون - م (2004) .

توجد علاقة داله واحصائية بين المساندة الاجتماعية وسلوكيات الرعاية الذاتية والضبط الذاتي للسكر سوريت- باتاما (2002) ، كوفمان- مارين - جيل (2005) .

مساندة الأسرة والأصدقاء هي عامل التنبؤ الوحيد ذو الدلالة عن الإلتزام المقرر ذاتياً للنظم الغذائية الصحية الموصى بها الكور- نيمة - احمد (2003) .

المساندة الاجتماعية المدركة ترتبط ارتباطاً إيجابياً ودالاً مع التماسك الأسرى بينما ارتبط الصراع ارتباطاً سلبياً ودالاً مع المساندة الاجتماعية المدركة والتماسك الأسرى جريكو داون - م (2004) .

وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين مستوى المساندة الاجتماعية وبين الخضوع للعلاج الطبي ، أي أن الذين يحظون بمساندة اجتماعية مرتفعة يميلو إلى إظهار التزاماً أكبر بالعلاج الطبي بوسيلو- شارون- ل(2004) .

بالنسبة للمحور الثاني جودة الحياة :

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

أقرت الإناث بمعاناتها من هموم ترتبط بمرض السكر أكثر من معاناة الذكور نادو - ميسي- اس (1994) .

تدخلات العاملين بمجال صحة المجتمع حسنت من جودة حياة المرضى وخفضت من (عدد حالات العلاج بالمستشفى ، عدد الأيام في العلاج داخل المستشفى ، نفقات الخدمة الصحية الطبية) تشانج - رويو (1995)

السلوكيات الصحية الخاصة بمرض السكر تتسم بتأثيرات سلبية عامة علي جودة الحياة واتكنز - كينيث - واين (1999)

ركزت بعض الدراسات على فهم جودة حياة مريض السكر من خلال فحص المقاييس الخاصة بالمرض ، وأظهرت ارتباط جودة الحياة ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية كالتحصيل المدرسي، التفاعلات الاجتماعية للاقران ، والازدواج في الصحة العقلية وخصائص المرض كضبط السكر، كما أظهرت أنه فيما عدا إدراكات الصحة العامة الضعيفة أقر المراهقون عموماً بإحساسهم بجودة الحياة المرتفعة بيروين - أمي - ريني (2000) .

أكدت بعض الدراسات على عدم تأثير الإصابة بمرض السكر على جودة حياة الفرد ، أي أن الأفراد المصابين بمرض السكر لا يوجد لديهم ميلاً إلي عدم الشعور بالسعادة أو الرضا عن الحياة ككل ، أو عن جودة حياتهم إجمالاً جريج - أنجيلا (2004).

العلاقة بين الوالد والطفل من حيث الصراع والتقارب كانت منبنا ذو دلالة عن إدراكات الآباء لجودة حياة أطفالهم رايبى - ماي - يونج (2006) .

وفي ضوء العرض السابق للإطار النظري والدراسات السابقة يمكن بناء فروض الدراسة كما يلي :

فروض الدراسة :

3- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين تقديم أنواع مختلفة للمساندة الاجتماعية وجودة الحياة لمريض السكر المراهق .

4- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مصادر المساندة المقدمه وجودة الحياة لمريض السكر المراهق .

5- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) في ادراك المساندة الاجتماعية .

6- لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) في الشعور بجودة الحياة

- 7- تنبئ بعض أنواع المساعدة الاجتماعية دون غيرها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر
- 8- تختلف شخصية مريض السكر المراهق باختلاف جودة الحياة لديه .

الفصل الرابع

خطة الدراسة وإجراءاتها

مقدمة .

أولاً : منهج الدراسة .

ثانياً : عينة الدراسة .

ثالثاً : أدوات الدراسة وتشمل :

أ- أدوات سيكومترية :

مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكر .

مقياس جودة الحياه للمراهقين مرضى السكر .

ب- أدوات اكلينيكية :

إستمارة دراسة الحالة .

إختبار تفهم الموضوع T.A.T

رابعاً : إجراءات تطبيق الدراسة .

خامساً : الأساليب الإحصائية المستخدمة .

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

مقدمة:

تقوم الباحثة في هذا الفصل بإستعراض إجراءات الدراسة الميدانية التي إتبعتها للتحقق من فروض الدراسة، حيث يتناول هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة، عينة الدراسة وأدواتها، إجراءات التطبيق، وأساليب المعالجة الإحصائية.

أولاً: منهج الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين مصادر وأنواع المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مريض السكر المراهق، وبين جودة الحياة التي يشعر بها، ولذلك إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الإرتباطي في تفسير هذه العلاقة، لأن المنهج الوصفي، وكما يقول (فؤاد أبو حطب، 1991) هو الذي يحدد طبيعة الظاهرة موضع البحث، ويشمل ذلك تحليل بنيتها وبيان العلاقة بين مكوناتها، والآراء حولها، والإتجاهات إزائها، وكذلك العمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها والمتجهات التي تنزع إليها. (فؤاد أبو حطب، آمال صادق، 1991: 105)

ثانياً: عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على عينة من المراهقين مرضى السكر من الذكور والإناث من طلاب المراحل الإعدادية والثانوية وبداية المرحلة الجامعية بمحافظات: الدقهلية والغربية ودمياط والجديدة.

(1) العينة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (30) طالباً وطالبة من المراهقين مرضى السكر (12 ذكور، 18 إناث) تراوحت اعمارهم من (13 – 21) عاماً بمتوسط عمري قدرة (16.5)، وتم اختيارهم من المراحل الإعدادية والثانوية وبداية المرحلة الجامعية بمحافظات: الدقهلية والغربية ودمياط والجديدة.

(2) العينة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (101) طالباً وطالبة من المراهقين مرضى السكر (40 ذكور، 61 إناث) تراوحت اعمارهم من (13 – 21) عاماً، وتم اختيارهم من المراحل الإعدادية والثانوية وبداية المرحلة الجامعية بمحافظات: الدقهلية والغربية ودمياط والجديدة، وفيما يلي جدول (3) يوضح البيانات الخاصة بالعينة الكلية بالبحث

جدول (3)

البيانات الخاصة بالعينة الكلية بالبحث

39	عدد طلاب المرحلة الإعدادية
32	عدد طلاب المرحلة الثانوية
30	عدد طلاب المرحلة الجامعية
40	عدد الذكور
61	عدد الإناث

ثالثاً: أدوات الدراسة

لدراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق إستخدمت الباحثة أدوات قياس سيكومترية ، و أدوات قياس كلينيكية .

(1) أدوات قياس سيكومترية وتشمل المقاييس التالية:

- أ- مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكر. (إعداد : الباحثة)
ب - مقياس جودة الحياه للمراهقين مرضى السكر. (إعداد : الباحثة)

أولاً: مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكر ، من إعداد الباحثة

أعدت الباحثة هذا المقياس بغرض قياس مصادر وأنواع المساندة الخاصة بمرضى السكر في مرحلة المراهقة ، وهى الفئة والمرحلة العمرية التى يهتم بها البحث الحالى ، ولإعداد المقياس اتبعت الباحثة الخطوات التالية :

1- أجريت الباحثة مسحاً لبعض المقاييس – فى حدود علم الباحثة – التى هدفت لقياس المساندة الاجتماعية ومنها :

1-1 / مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد (إدوين ساراسون وآخرون ، 1983) ، وقام بترجمته وتقنيته على البيئة العربية كل من (محمد محروس الشناوى ، سامى أبو بيه) ، ويشتمل المقياس على (27) فقرة تقيس بعددين الأول : عدد الأشخاص المدعمن بالمساندة الاجتماعية ، الثانى : مدى رضا الاشخاص عن المساندة الاجتماعية ، وما يقدمونه للآخرين من انعكاس تلك المساندة عليهم .

1- 2 / مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد (باربرا وإينلى ، 1983) ، وقام بترجمته وتقنيته على البيئة العربية كل من (شعبان جاب الله ، عادل هريدى) ، وقام الباحثان بتصنيف بنود المقياس إلى أربع فئات كمكونات فرعية للمساندة الاجتماعية

* المساندة المعرفية (12 بنداً)

* المساندة الوجدانية (10 بنود).

* المساندة السلوكية (6 بنود)

* المساندة المادية (6 بنود).

وتقع الإجابة على العبارات فى خمسة مستويات (1) لا يحدث على الإطلاق ، (2) يحدث نادراً ، (3) يحدث أحياناً ، (4) يحدث غالباً ، (5) يحدث دائماً.

1-3 / مقياس الإمداد بالعلاقات الاجتماعية من إعداد (تيرنر وآخرون 1983) وقام بترجمته وتقنيته على البيئة العربية كل من (محمد محروس الشناوى ، محمد السيد عبد الرحمن ، 1994) ، ويقيس المقياس المساندة الأسرية ، ومساندة الأصدقاء ويتكون من (15) عبارة ، وتقع الإجابة على العبارات فى خمسة مستويات وهى تنطبق تماماً ، تنطبق كثيراً ، تنطبق أحياناً ، تنطبق قليلاً ، لا تنطبق إطلاقاً ، وتتراوح الدرجات مابين خمس درجات إلى درجة واحدة ، بحيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع المساندة الاجتماعية والعكس صحيح

وبعد اطلاع الباحثة على المقاييس السابقة ودراسة أبعادها المختلفة ، وبعد الإطلاع على بعض الدراسات السابقة التى تناولت المساندة الاجتماعية للمراهقين ، قامت الباحثة بإعداد الصورة المبدئية للمقياس ، حيث يتكون من من (31) عبارة ، موزعة على ثلاثة أبعاد تمثل أنواع المساندة

الاجتماعية وهي : المساندة النفسية ، المساندة المادية ، المساندة بالمعلومات وذلك بالنسبة لأربع مصادر من مصادر المساندة الاجتماعية وهي : الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمون والطبيب المعالج ، وتقع الإجابة على العبارات في اربع مستويات يحدث دائماً ، يحدث أحياناً ، يحدث نادراً ، لا يحدث على الإطلاق .

2- تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين بلغت اثني عشر محكماً ، من أعضاء هيئة التدريس بأقسام الصحة النفسية وعلم النفس بكليات التربية في جامعة الزقازيق ، بنها ، والإسكندرية ، وقد اشتملت علي التعريف الاجرائي ، وتعريف لكل بعد من أبعاد المقياس ، وما يقبسة البعد بالنسبه لكل مصدر من مصادر المساندة الاجتماعية الأربعة. وطلب من سيادتهم الحكم على المقياس في ضوء ما يلي :

أ – مدى انتماء العبارات لكل بعد من أبعاد المقياس .

ب- مدى ملائمة عبارات كل بعد لمصادر المساندة الأربعة .

ج - مدى ملائمة الصياغة اللغوية .

ووضعت الباحثة شرطاً لقبول البند اتفاق عشرة من السادة المحكمين عليه ، وبيان بأسماء السادة المحكمين موضحة (ب- ملحق أ) ، والجدول رقم (4) يوضح التغيرات التي حدثت في الصورة المبدئية للمقياس .

جدول رقم (4)

التغيرات التي حدثت في الصورة المبدئية للمقياس بعد التحكيم

م	أبعاد المساندة	عدد البنود قبل التغيير	نوعية التغيير			عدد البنود بعد التغيير
			تعديل الصياغة اللغوية	حذف لعدم انتماء العبارة للبعد	حذف لعدم انتماء العبارة لمصدر المساندة	
1	المساندة النفسية	11	3	-	-	11
2	المساندة المادية	11	3	-	-	11
3	المساندة بالمعلومات	9	1	-	-	9
4	العدد الكلي للبنود	31	—————			31

3 – قامت الباحثة بإعداد الصورة المعدلة للمقياس ، بعد إجراء التعديلات في الصياغة اللغوية التي أشار إليها المحكمون ، وبالتالي يصبح المقياس في صورته المعدله يتكون من (31) عبارة موزعة على ثلاث أبعاد تمثل أنواع المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مريض السكر المراهق من أربع مصادر مختلفة وهي : الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمون والطبيب المعالج ، وقد توزعت العبارات على الثلاث أبعاد كما يلي :

1- **المساندة النفسية** : تمثلها العبارات (1 ، 4 ، 7 ، 10 ، 13 ، 16 ، 19 ، 22 ، 25 ، 28 ، 30) .

2- **المساندة المادية** : تمثلها العبارات (2 ، 5 ، 8 ، 11 ، 14 ، 17 ، 20 ، 23 ، 26 ، 29 ، 31) .

3- **المساندة بالمعلومات** : تمثلها العبارات (3 ، 6 ، 9 ، 12 ، 15 ، 18 ، 21 ، 24 ، 27) .

وكان **التعريف الإجرائي للمساندة الاجتماعية للمرضى** طبقاً للمقياس هو " الدرجة الكلية التي يحصل عليها مريض السكر المراهق والتي تمثل أهم أنواع المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض من مصادر مختلفة تمثل أهم مصادر المساندة بالنسبة له "

وفيما يلي عرض لأبعاد المقياس مع التعريف الخاص بكل بعد كما حددته الباحثة في هذه الدراسة:

المساندة النفسية : هي تلك المساندة التي تظهر في تقديم الرعاية والحب والتعاطف مع مريض السكر المراهق مما يؤدي لتعميق الثقة بالنفس والشعور بالأمن والطمأنينة الانفعالية مع الآخرين .

المساندة المادية : هي تلك المساندة التي تتمثل في تقديم المساعدات المادية والدعم المادي بكافة صورة سواء مكافآت مادية ، هدايا أو مساعدات دوائية وغيرها .

المساندة بالمعلومات : هي تلك المساندة التي تقوم على تقديم المعلومات المفيدة حول طبيعة مرض السكر ومضاعفاته بالإضافة لحل المشكلات الناتجة عنه .

4- تقنين المقياس

أ- تطبيق الصورة المبدئية للمقياس:

بعد أن تم إعداد الصورة المبدئية للمقياس، قامت الباحثة بتطبيقه على (30) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية والجامعية من مرضى السكر بغرض معرفة مدى وضوح المقاييس والعبارات، وكيفية الإجابة، بالإضافة إلى كتابة الآراء والمقترحات التي يدونها، حيث تم تغيير بعض الألفاظ الغير واضحة في المقياس وإستبدالها بأخرى أكثر وضوحاً.

ب- إجراءات الصدق والثبات:

(1) صدق المقياس Validity

يقصد بصدق أداة القياس النفسى أن تحقق الغرض الذى وضعت من أجله ، أى أن تقيس الأداة كل القدرة أو السمة التى تدعى أنها تقيسها ، ولا تقيس شيئاً آخر مختلفاً عنها أو بالإضافة إليها (عبد الله سليمان ، 1994 : 109) .

وللتأكد من صدق المقياس الحالي قامت الباحثة بالاعتماد على بعض الطرق الوصفية والإحصائية ، وهى :

• الصدق الظاهري :

يدل الصدق الظاهري على المظهر العام للاختبار كوسيلة من وسائل القياس ، كما أنه يعني ما إذا كان الاختبار يبدو صادقاً في نظر المفحوصين والفاحصين (فؤاد أبو حطب ، سيد عثمان ، 1976 : 98) .

وفي سبيل تحقيق هذا النوع من الصدق اعتمدت الباحثة على رأى (12) من المحكمين (ملحق أ) من أعضاء هيئة التدريس بأقسام الصحة النفسية وعلم النفس بكلية التربية وعلم النفس بكلية

الأداب جامعة الزقازيق ، وقسم الصحة النفسية و علم النفس بكلية التربية جامعة بنها ، وقسم الصحة النفسية و علم النفس بكلية التربية جامعة الإسكندرية للتأكد من مدى انتماء كل بند للبعد الذي ينتمي إليه ، ومدى انتماء الأبعاد للظاهرة موضوع القياس ، وقد أظهرت آراء المحكمين أن هذا النوع من الصدق يتوافر في هذا المقياس .

• صدق الإتساق الداخلي internal consistency

حيث حساب معامل الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه تلك العبارات من جانب ، والارتباط بين كل بعد على حدة والمقياس ككل من جانب آخر، أى أن هذه الطريقة تقيس مدى تماسك العبارات بالمقياس ككل أو كل بعد بالمقياس بحيث تعتبر درجة المقياس الكلية هي محك الصدق مع كل بعد من أبعاده.

حيث قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة ، واستخرجت مستويات الدلالة كما هو موضح بالجدول رقم من (1/5) إلى (12 /5) .

واعتمدت الباحثة فى حساب الاتساق الداخلى للبنود على معامل ارتباط "بيرسون " من خلال البرنامج الإحصائى SPSS .

جدول (1/5)

ارتباط المساندة النفسية بالمصدر الأول للمساندة " الأسرة "

العدد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة النفسية	1	.31	غير دال
	2	.60**	.01
	3	.51**	.01
	4	.16	غير دال
	5	.73**	.01
	6	.27	غير دال
	7	.49**	.01
	8	.58**	.01
	9	.49**	.01
	10	.69**	.01
	11	.41*	.05

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

جدول (2/5)

ارتباط المساندة المادية بالمصدر الأول للمساندة " الأسرة "

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة المادية	1	** .69	.01
	2	** .66	.01
	3	** .78	.01
	4	** .76	.01
	5	** .76	.01
	6	* .41	.05
	7	.34	غير دال
	8	.024	غير دال
	9	.34	غير دال
	10	** .66	.01
	11	.25	غير دال

جدول (3/5)

ارتباط المساندة بالمعلومات بالمصدر الأول للمساندة " الأسرة "

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة بالمعلومات	1	** .68	.01
	2	** .54	.01
	3	** .70	.01
	4	** .51	.01
	5	** .81	.01
	6	** .65	.01
	7	** .59	.01
	8	** .71	.01
	9	* .45	.05

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (1/5) إلى الجدول (3/5) ما يلي :

- 1 - بالنسبة للبعد الأول المساندة النفسية أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (1 ، 4 ، 6) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .

- 2- بالنسبة للبعد الثاني المساندة المادية أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (7 ، 8 ، 9 ، 11) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .
- 3 - بالنسبة للبعد الثالث المساندة بالمعلومات أن كل العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً .

جدول (4/5)

ارتباط المساندة النفسية بالمصدر الثاني للمساندة " الاصدقاء "

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة النفسية	1	.72**	.01
	2	.48**	.01
	3	.70**	.01
	4	.25	غير دال
	5	.68**	.01
	6	.048	غير دال
	7	.70**	.01
	8	.40*	.05
	9	.56**	.01
	10	.56**	.01
	11	.82**	.01

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

جدول (5/5)

ارتباط المساندة المادية بالمصدر الثاني للمساندة " الاصدقاء "

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة المادية	1	.70**	.01
	2	.64**	.01
	3	.74**	.01
	4	.71**	.01
	5	.39*	.05
	6	.30	غير دال
	7	.19	غير دال
	8	.21	غير دال
	9	.51**	.01
	10	.51**	.01
	11	.74**	.01

جدول (6/5)

ارتباط المساندة بالمعلومات بالمصدر الثاني للمساندة " الاصدقاء "

البيد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة بالمعلومات	1	.66**	.01
	2	.54**	.01
	3	.30	غير دال
	4	.29	غير دال
	5	.85**	.01
	6	.21	غير دال
	7	.68**	.01
	8	.71**	.01
	9	.45*	.05

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (4/5) إلى الحدود (6/5) ما يلي :

- 1 - بالنسبة للبيد الأول المساندة النفسية أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (4 ، 6) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .
- 2 - بالنسبة للبيد الثاني المساندة المادية أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (6 ، 7 ، 8 ، 9) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .
- 3 - بالنسبة للبيد الثالث المساندة بالمعلومات أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (3 ، 4 ، 6) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .

جدول (7/5)

ارتباط المساندة النفسية بالمصدر الثالث للمساندة " المعلمون "

البيد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة النفسية	1	.26	غير دال
	2	.70**	.01
	3	.63**	.01
	4	.050	غير دال
	5	.65**	.01
	6	.041	غير دال
	7	.38*	.05
	8	.39*	.05
	9	.48**	.01

غير دال	.25	10	
.01	** .72	11	

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

جدول (8/5)

ارتباط المساندة المادية بالمصدر الثالث للمساندة " المعلمون "

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة المادية	1	** .53	.01
	2	.22	غير دال
	3	** .51	.01
	4	.34	غير دال
	5	* .42	.05
	6	.30	غير دال
	7	** .70	.01
	8	** .70	.01
	9	** .70	.01
	10	** .58	.01
	11	** .80	.01

جدول (9/5)

ارتباط المساندة بالمعلومات بالمصدر الثالث للمساندة " المعلمون "

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة بالمعلومات	1	** .46	.01
	2	** .78	.01
	3	** .61	.01
	4	** .70	.01
	5	** .55	.01
	6	* .39	.05
	7	** .73	.01
	8	** .40	.05
	9	* .42	.05

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (7/5) إلى الجدول (9/5) ما يلي :

- 1 - بالنسبة للبعد الأول المساندة النفسية أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (1 ، 4 ، 6 ، 10) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .
- 2- بالنسبة للبعد الثانى المساندة المادية أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (2 ، 4 ، 6) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .
- 3 - بالنسبة للبعد الثالث المساندة بالمعلومات أن كل العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً .

جدول (10/5)

ارتباط المساندة النفسية بالمصدر الرابع للمساندة " الطبيب المعالج "

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة النفسية	1	.51**	.01
	2	.20	غير دال
	3	.44*	.05
	4	.10	غير دال
	5	.70**	.01
	6	.25	غير دال
	7	.64**	.01
	8	.17	غير دال
	9	.12	غير دال
	10	.11	غير دال
	11	.65**	.01

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

جدول (11/5)

ارتباط المساندة المادية بالمصدر الرابع للمساندة " الطبيب المعالج "

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة المادية	1	.039	غير دال
	2	.70**	.01
	3	.52**	.01
	4	.28	غير دال
	5	.24	غير دال
	6	.30	غير دال
	7	.46**	.01
	8	.67**	.01
	9	.17	غير دال
	10	.45*	.05
	11	.23	غير دال

جدول (12/5)

ارتباط المساندة بالمعلومات بالمصدر الرابع للمساندة " الطبيب المعالج "

البيد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة بالمعلومات	1	.65**	.01
	2	.24	غير دال
	3	.66**	.01
	4	.80**	.01
	5	.60**	.01
	6	.75**	.01
	7	.85**	.01
	8	.74**	.01
	9	.47*	.05

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (10/5) إلى الجدول (12/5) ما يلي :

- 1 - بالنسبة للبيد الأول المساندة النفسية أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (2 ، 4 ، 6 ، 8 ، 9 ، 10) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .
- 2 - بالنسبة للبيد الثاني المساندة المادية تم استبعاد .
- 3 - بالنسبة للبيد الثالث المساندة بالمعلومات أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً فيما عدا العبارات رقم (2) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس بالنسبة لهذا المصدر .

جدول (13/5)

يوضح الصورة النهائية لتوزيع أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية وعدد البنود التي تنتمي إليها

مصادر المساندة				أنواع المساندة
الطبيب المعالج	المعلمين	الأصدقاء	الأسرة	
3	5	7	6	مساندة نفسية
5	8	8	7	مساندة مادية
8	9	6	9	مساندة بالمعلومات
16	22	21	22	المجموع

مع ملاحظة أنه تم حذف العبارات (4 ، 6) من بعد المساندة النفسية لكل مصادر المساندة ، فأصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من 29 عبارة بدلاً من 31 عبارة .

(2) ثبات المقياس Reliability

• طريقة تحليل التباين (الفا- كرونباخ)

وتعتمد هذه الطريقة على فحص أراء الفرد في كل بند من بنود الإختبار كل على حده ، أي أن الثبات هنا يتعلق بمدى إستقرار إستجابات المفحوص على بنود الإختبار واحده بعد الأخرى، ويقدر شمول الإتساق بين هذه البنود بقدر ما نحصل على تقدير جيد لثبات الإختبار، ويتم حساب معامل الثبات بهذه الطريقة من خلال تحليل التباين من معادلات مثل : معادله كودر- رتشاردسون ، معادلة ألفا - كرونباخ (أحمد غنيم ، نصر محمود ، 2000 : 261) واعتمدت الباحثة في حساب معامل الثبات على معادلة ألفا - كرونباخ بإستخدام البرنامج الإحصائي SPSS .

• طريقة التجزئه النصفية:

إستخدمت الباحثة طريقة التجزئه النصفية بإستخدام معادله سبيرمان- بروان ومعادلة جتمان للتجزئه النصفية، حيث توصلت النتائج إلى أن معاملات ثبات المقياس الخاصه بكل بعد من أبعاده بطريقة سبيرمان- براون، متقاربه مع مثيلتها بطريقة جتمان، وكلها قيم مناسبة، مما يدل على ثبات المقياس والجدول التالي يوضح معاملات ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بطريقتي الفا كرونباخ، وطريقة التجزئه النصفية.

جدول (1/6) معاملات الثبات لمقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكرالمصدر الأول للمساندة " الأسرة "

م	الأبعاد	معامل الثبات بطريقة كرونباخ	التجزئه النصفية	
			سبيرمان بروان	جتمان
1	المساندة النفسية	.75	.65	.65
2	المساندة المادية	.80	.70	.69
3	المساندة بالمعلومات	.80	.79	.79

جدول (2/6) معاملات الثبات لمقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكرالمصدر الثاني للمساندة " الأصدقاء "

م	الأبعاد	معامل الثبات بطريقة كرونباخ	التجزئه النصفية	
			سبيرمان بروان	جتمان
1	المساندة النفسية	.85	.78	.74
2	المساندة المادية	.80	.63	.54
3	المساندة بالمعلومات	.80	.56	.56

جدول (3/6)

معاملات الثبات لمقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكر المصدر الثالث
للمساندة " المعلمين "

م	الأبعاد	معامل الثبات بطريقة كرونباخ	التجزئه النصفية	
			سبيرمان بروان	جتمان
1	المساندة النفسية	.73	.85	.80
2	المساندة المادية	.80	.85	.84
3	المساندة بالمعلومات	.72	.81	.77

جدول (4/6) معاملات الثبات لمقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكر
المصدر الرابع للمساندة " الطبيب المعالج "

م	الأبعاد	معامل الثبات بطريقة كرونباخ	التجزئه النصفية	
			سبيرمان بروان	جتمان
1	المساندة النفسية	.65	.51	.75
2	المساندة المادية	.50	.40	.37
3	المساندة بالمعلومات	.85	.81	.81

بالنسبة للمصادر الثلاث الأولى للمساندة (مساندة الأسرة ، مساندة الأصدقاء ، مساندة المعلمين) يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات الخاصه بأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية بطريقة ألفا كرونباخ تراوحت ما بين (.72 - .85) ، كما نلاحظ أيضاً تقارب متجه معاملات الثبات الخاصه بأبعاد المقياس في كل من طريقة سبيرمان- بروان، وطريقة جتمان وكلها مرتفعه ، مما يدل على تمتع المقياس بقدر مناسب من الثبات ، أما بالنسبة للمصدر الأخير للمساندة وهو الطبيب المعالج فتم استبعاد بعد المساندة المادية لتدنى معاملات الثبات ما بين (.37 - .50) ، وهي نتيجة منطقية لعدم تقديم مساندة مادية من الطبيب للمرضى فالدور الأمثل للطبيب يتمثل في تقديم المساندة بالمعلومات والمساندة النفسية.

وصف المقياس:

يتكون المقياس في صورته النهائية من (29) عبارة موزعة على ثلاث أبعاد تمثل أنواع المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مريض السكر المراهق من أربع مصادر مختلفة وهي : الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمون والطبيب المعالج ، وتقع الإجابة على العبارات في أربع مستويات يحدث دائماً ، يحدث أحياناً ، يحدث نادراً ، لا يحدث على الإطلاق ، ويتم تطبيق المقياس على الأفراد من (13 - 21) من المراهقين مرضى السكر ، وتم التطبيق بطريقة فردية ، وليس هناك زمن محدد للإجابة .

تعليمات المقياس:

1. يجب الحصول على موافقة المراهق مريض السكر على إجراء المقياس ، مع مراعاة خلق جو من الألفة مع المريض بحيث ينعكس على صدقة في الإجابة.

2. على القائم بتطبيق المقياس توضيح أنه ليس هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، وليس هناك زمن محدد للإجابة ، كما أن الإجابات ستحاط بسرية تامة .
3. يتم التطبيق بطريقة فردية ، وذلك للتأكد من عدم العشوائية في الإجابة .
4. يجب الإجابة على كل العبارات لأنه كلما زادت العبارات غير المجاب عنها كلما انخفضت دقة النتائج .

تصحيح المقياس :

اعتمدت طريقة التصحيح على وضع درجة لكل استجابة فكانت العبارات الإيجابية على النحو التالي :

- تتطبق دائماً = 4
- تتطبق أحياناً = 3
- تتطبق نادراً = 2
- لا تتطبق إطلاقاً = 1

أما العبارات السلبية فكانت على النحو التالي :

- تتطبق دائماً = 1
- تتطبق أحياناً = 2
- تتطبق نادراً = 3
- لا تتطبق إطلاقاً = 4

ويمكن معرفة أنواع ومصادر المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض ، بالإضافة لمعرفة أنواع المساندة التي يقدمها كل مصدر على حدى عن طريق جمع درجات كل بعد من أبعاد المقياس ، ثم جمع أبعاد المقياس ككل ليعطي الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية .

ثانياً: مقياس جودة الحياه للمراهقين مرضى السكر ، من إعداد الباحثة:

كان لظهور مفهوم جودة الحياة أثراً على الأبحاث التجريبية التى تمت لدراسة ذلك المفهوم مما ترتب عليه ظهور العديد من المقاييس الخاصة بقياس جودة الحياة من وجهات نظر مختلفة ، ولذلك فقد حاولت الباحثة إعداد مقياس قادر على قياس جودة الحياة خاص بالمرضى فى مرحلة المراهقة ، وهى الفئة والمرحلة العمرية التى يهتم بها البحث الحالى ، ولإعداد المقياس اتبعت الباحثة الخطوات التالية :

1- أجريت الباحثة مسحاً لبعض المقاييس - فى حدود علم الباحثة - التى هدفت لقياس جودة الحياة ومنها :

1-1 / مقياس جودة الحياة من إعداد (حسن مصطفى عبد المعطي : 2005)

هذا المقياس مقتبس من مقياس ويسكونسن لجودة الحياة الذي أعده ماريون بيكر ، بيرت شاو ، ليزا ريب (Marion A. Becker, Bert R. Shaw & Lisa M.Reib(1996) ، ويتكون المقياس في صورته النهائية من (87) فقرة تتضمن كل منها عنصراً من عناصر جودة الحياة وهى " الرضا عن الحياة ، الأنشطة المهنية ، أنشطة الحياة اليومية ، السعادة ، الأعراض النفسية ، الصحة البدنية ، المساندة والعلاقات الاجتماعية ، الحالة المادية " ، وتقع الإجابة على العبارات فى أربع مستويات : (4) بدرجة كبيرة ، (3) بدرجة متوسطة ، (2) بدرجة قليلة ، (1) غير موجود مطلقاً ، وذلك للأسئلة التى تتضمن عناصر إيجابية لجودة الحياة ، أما الاسئلة التى تتضمن عناصر

سلبية لجودة الحياة فإن تقدير الدرجات يسير (1) بدرجة كبيرة ، (2) بدرجة متوسطة ، (3) بدرجة قليلة ، (4) غير موجود مطلقاً .

2-1/ مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من إعداد (صلاح الدين عراقي : 2006)

يتكون هذا المقياس من مقياسين فرعيين :

المقياس الفرعي الأول يقيس أهمية جوانب جودة الحياة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ويتكون من (10) أبعاد هي " التفاعل الأسري ، الوالدية ، السعادة الانفعالية ، السعادة المادية ، الصحة البدنية ، المساندة المتعلقة بالعجز ، أنشطة الحياة اليومية ، السعادة الاجتماعية ، الأمان ، والخدمات التعليمية " ، ويتم الإستجابة على متصل يتدرج من : (1)

غير مهم جداً ، (2) غير مهم ، (3) غير مهم أحياناً ، (4) مهم ، (5) مهم جداً ، وتتراوح درجة الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعي الأول ما بين (10-50) ، وعلى المقياس الفرعي الثاني تتراوح الدرجة ما بين (50-250) .

المقياس الفرعي الثاني يقيس مدى رضا الأطفال وشعورهم بالاستمتاع ، على متصل يتدرج من : (1) غير مرضي جداً ، (2) غير مرضي ، (3) غير مرضي أحياناً ، (4) مرضي ، (5) مرضي جداً .

والطفل الذي يحصل على درجة تساوي أو أقل من 183 يكون منخفضاً في مستوى جودة الحياة والطفل الذي يحصل على درجة تساوي أو أكبر من 193 يكون مرتفعاً في مستوى جودة الحياة .

3-1 / مقياس جودة الحياة للراشدين من إعداد (هشام إبراهيم عبد الله : 2008)

يتكون هذا المقياس من (107) فقرة موزعة على سبعة أبعاد هي " الصحة الجسمية ، الرضا عن الحياة ، التفاعل الاجتماعي ، أنشطة الحياة اليومية ، الحالة المادية ، الصحة النفسية ، والسعادة " ، وهذا المقياس من نوع التقرير الذاتي حيث تتم الاستجابة على مفرداته في ضوء مقياس ثلاثي يبدأ بالاستجابة الأولى تنطبق تماماً ثم تنطبق أحياناً ثم لا تنطبق إطلاقاً ، وتصحح جميع المفردات في الاتجاه الايجابي (3 ، 2 ، 1) ، أما المفردات السلبية فتصحح في الاتجاه العكسي (1 ، 2 ، 3) .

وبعد اطلاع الباحثة على المقاييس السابقة ودراسة أبعادها المختلفة ، وبعد الإطلاع على بعض الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة للمراهقين ، قامت الباحثة بإعداد الصورة المبدئية للمقياس ، حيث يتكون من (96) عبارة ، موزعة على ستة أبعاد تمثل أبعاد جودة الحياة وهي : البعد الصحي ، البعد النفسي ، البعد الاجتماعي ، البعد المعرفي ، البعد المادي ، والبعد الديني .

2- تم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من المحكمين بلغت اثني عشر محكماً ، من أعضاء هيئة التدريس بأقسام الصحة النفسية وعلم النفس بكليات التربية في جامعة الزقازيق ، بنها ، والإسكندرية ، وقد اشتملت على التعريف الاجرائي ، وتعريف لكل بعد من أبعاد المقياس ، وما يقيسه البعد ، وطلب من سيادتهم الحكم على المقياس في ضوء ما يلي :

أ - مدى انتماء العبارات لكل بعد من أبعاد المقياس .

ب- مدى ملائمة عبارات كل بعد لمصادر المساندة الأربعة .

ج - مدى ملائمة الصياغة اللغوية .

ووضعت الباحثة شرطاً لقبول البند اتفاق عشرة من السادة المحكمين عليه ، وبيان بأسماء السادة المحكمين موضحة بـ (ملحق أ) ، والجدول رقم (7) يوضح التغييرات التي حدثت في الصورة المبدئية للمقياس .

جدول رقم (7)

التغييرات التي حدثت في الصورة المبدئية للمقياس بعد التحكيم

م	أبعاد جودة الحياة	عدد البنود قبل التغيير	نوعية التغيير		عدد البنود بعد التغيير
			تعديل الصياغة اللغوية	حذف لعدم انتماء العبارة للبعد	
1	البعد الصحي	16	4	-	16
2	البعد النفسي	16	3	-	16
3	البعد الاجتماعي	16	4	-	16
4	البعد المعرفي	16	6	-	16
5	البعد المادي	16	8	-	16
6	البعد الديني	16	8	-	16
7	العدد الكلي للبنود	96	—	-	96

3 - قامت الباحثة بإعداد الصورة المعدلة للمقياس ، بعد إجراء التعديلات في الصياغة اللغوية التي أشار إليها المحكمون ، وبالتالي يصبح المقياس في صورته المعدلة يتكون من (96) عبارة موزعة على ستة أبعاد تمثل أبعاد جودة الحياة وقد توزعت العبارات على الست أبعاد كما يلي :

- البعد الصحي** : تمثله العبارات (1 ، 7 ، 13 ، 19 ، 25 ، 31 ، 37 ، 43 ، 49 ، 55 ، 61 ، 67 ، 73 ، 79 ، 85 ، 91) .
- البعد المعرفي** : تمثله العبارات (2 ، 8 ، 14 ، 20 ، 26 ، 32 ، 38 ، 44 ، 50 ، 56 ، 62 ، 68 ، 74 ، 80 ، 86 ، 92) .
- البعد النفسي** : تمثله العبارات (3 ، 9 ، 15 ، 21 ، 27 ، 33 ، 39 ، 45 ، 51 ، 57 ، 63 ، 69 ، 75 ، 81 ، 87 ، 93) .
- البعد الاجتماعي** : تمثله العبارات (4 ، 10 ، 16 ، 22 ، 28 ، 34 ، 40 ، 46 ، 52 ، 58 ، 64 ، 70 ، 76 ، 82 ، 88 ، 94) .
- البعد المادي** : تمثله العبارات (5 ، 11 ، 17 ، 23 ، 29 ، 35 ، 41 ، 47 ، 53 ، 59 ، 65 ، 71 ، 77 ، 83 ، 89 ، 95) .
- البعد الديني** : تمثله العبارات (6 ، 12 ، 18 ، 24 ، 30 ، 36 ، 42 ، 48 ، 54 ، 60 ، 66 ، 72 ، 78 ، 84 ، 90 ، 96) .

وكان **التعريف الإجرائي لجودة الحياة للمرضى** طبقاً للمقياس هو " مدى شعور مريض السكر المراهق بجودة الحياة لديه والتي يعبر عنها بالدرجة الكلية التي يحصل عليها من خلال المقياس. وفيما يلي عرض لأبعاد المقياس مع التعريف الخاص بكل بعد كما حددته الباحثة في هذه الدراسة:

1 - البعد الصحي : يتضمن قياس الأعراض والمضاعفات الصحية الناجمة عن الإصابة بمرض السكر وتأثير ذلك علي جودة حياته الصحية.

2 - البعد النفسي : يتضمن تأثير الإصابة بمرض السكر على الناحية النفسية للمريض ، ومدى قدرته علي مواجهة المرض ومضاعفاته وأثر ذلك علي جودة حياته النفسية.

3 - البعد الاجتماعي : يتضمن علاقات الفرد بالآخرين ومدى تأثر هذه العلاقات بإصابته بمرض السكر بالإضافة لدور العلاقات الاجتماعية في التخفيف من حدة الشعور بالعجز وتأثير ذلك علي جودة حياة الفرد الاجتماعية.

4 - البعد المعرفي : يتضمن قياس قدرة المريض على التعرف على طبيعة مرضه والمضاعفات الناتجة عنه مما له أثر في إنماء جودة الحياة المعرفية .

5 - البعد المادي : يتضمن قياس قدرة المريض على تحمل الأعباء الاقتصادية الناتجة عن إصابته بمرض السكر وأثر ذلك علي جودة حياة الفرد الاقتصادية .

6 - البعد الديني : يتضمن قياس قدرة المريض على تحمل الآلام الصحية ومدى إيمانه ورضائه بقضاء الله عز وجل وتأثير ذلك علي جودة حياة الفرد الدينية .

4- تقنين المقياس:

أ- تطبيق الصورة المبدئية للمقياس:

بعد أن تم إعداد الصورة المبدئية للمقياس، قامت الباحثة بتطبيقه على (30) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية والجامعية من مرضى السكر بغرض معرفة مدى وضوح المقاييس والعبارات، وكيفية الإجابة، بالإضافة إلى كتابة الآراء والمقترحات التي يدونها، حيث تم تغيير بعض الألفاظ الغير واضحة في المقياس وإستبدالها بأخرى أكثر وضوحاً.

ب- إجراءات الصدق والثبات:

(1) صدق المقياس Validity

يقصد بصدق أداة القياس النفسي أن تحقق الغرض الذي وضعت من أجله ، أى أن تقيس الأداة كل القدرة أو السمة التي تدعى أنها تقيسها ، ولا تقيس شيئاً آخر مختلفاً عنها أو بالإضافة إليها (عبد الله سليمان ، 1994 : 109) .

وللتأكد من صدق المقياس الحالي قامت الباحثة بالاعتماد على بعض الطرق الوصفية والإحصائية ، وهي :

• الصدق الظاهري :

يدل الصدق الظاهري على المظهر العام للاختبار كوسيلة من وسائل القياس ، كما أنه يعني ما إذا كان الاختبار يبدو صادقاً في نظر المفحوصين والفاحصين (فؤاد أبو حطب ، سيد عثمان ، 1976 : 98) .

وفي سبيل تحقيق هذا النوع من الصدق اعتمدت الباحثة على رأى (12) من المحكمين (ملحق أ) من أعضاء هيئة التدريس بأقسام الصحة النفسية وعلم النفس بكلية التربية وعلم النفس بكلية

الأداب جامعة الزقازيق ، وقسم الصحة النفسية و علم النفس بكلية التربية جامعة بنها ، وقسم الصحة النفسية و علم النفس بكلية التربية جامعة الإسكندرية للتأكد من مدى انتماء كل بند للبعد الذي ينتمي إليه ، ومدى انتماء الأبعاد للظاهرة موضوع القياس ، وقد أظهرت آراء المحكمين أن هذا النوع من الصدق يتوافر في هذا المقياس كما هو موضح بالجدول رقم ()

• صدق الإتساق الداخلي internal consistency

حيث حساب معامل الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه تلك العبارات من جانب ، والارتباط بين كل بعد على حدة والمقياس ككل من جانب آخر، أى أن هذه الطريقة تقيس مدى تماسك العبارات بالمقياس ككل أو كل بعد بالمقياس بحيث تعتبر درجة المقياس الكلية هي محك الصدق مع كل بعد من أبعاده.

حيث قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة ، واعتمدت الباحثة في حساب الاتساق الداخلى للبنود على معامل ارتباط "بيرسون " من خلال البرنامج الإحصائى SPSS .

جدول (1/8)

يوضح ارتباط العبارات بالدرجة الكلية " للبعد الصحى " كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

العدد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العدد الصحى	1	*.44	.05
	2	** .78	.01
	3	* .40	.05
	4	** .61	.01
	5	* .41	.05
	6	** .72	.01
	7	** .79	.01
	8	** .47	.01
	9	** .65	.01
	10	** .75	.01
	11	.35	غير دال
	12	** .60	.01
	13	.30	غير دال
	14	** .66	.01
	15	** .58	.01
	16	** .58	.01

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (1/8) أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للبعد الصحى فيما عدا العبارات رقم (11 ، 13) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس .

جدول (2/8)

يوضح ارتباط العبارات بالدرجة الكلية " للبعد المعرفى " كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد المعرفى	1	** .69	.01
	2	** .67	.01
	3	** .76	.01
	4	.30	غير دال
	5	** .50	.01
	6	** .74	.01
	7	** .66	.01
	8	** .66	.01
	9	** .58	.01
	10	** .70	.01
	11	* .39	.05
	12	** .49	.01
	13	.06	غير دال
	14	** .49	.01
	15	** .64	.01
	16	** .45	.01

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (25/8) أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للبعد المعرفى فيما عدا العبارات رقم (4 ، 13) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس .

جدول (3/8)

يوضح ارتباط العبارات بالدرجة الكلية " للبعد النفسي " كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

البعد	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد النفسي	1	** .70	.01
	2	** .52	.01
	3	.30	غير دال
	4	** .58	.01
	5	** .52	.01
	6	** .67	.01
	7	** .67	.01
	8	** .64	.01
	9	** .50	.01
	10	** .66	.01
	11	** .69	.01
	12	** .67	.01
	13	** .62	.01
	14	** .64	.01
	15	** .54	.01
	16	** .77	.01

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (3/8) أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للبعد النفسي فيما عدا العبارة رقم (3) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس .

جدول (4/8)

يوضح ارتباط العبارات بالدرجة الكلية " للبعد الاجتماعي " كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

البيان	معامل الارتباط	رقم العبارة	البيان
غير دال	.24	1	البيان الاجتماعي
.01	** .73	2	
.01	** .76	3	
.01	** .74	4	
.01	** .62	5	
.01	** .70	6	
.01	** .60	7	
.01	** .63	8	
غير دال	.24	9	
غير دال	.35	10	
.01	** .79	11	
.01	** .76	12	
.01	** .89	13	
.01	** .62	14	
.01	** .58	15	
.01	** .80	16	

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (4 / 8) أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للبيان الاجتماعي فيما عدا العبارات رقم (1 ، 9 ، 10) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس .

جدول (5/8)

يوضح ارتباط العبارات بالدرجة الكلية " للبعد المادي " كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

البيان	معامل الارتباط	رقم العبارة	البيان
.01	** .81	1	البيان المادي
.05	* .37	2	
.01	** .79	3	
غير دال	.06	4	
.01	** .93	5	
.01	** .66	6	
.01	** .86	7	
.01	** .86	8	
.01	** .72	9	
.01	** .88	10	
.01	** .92	11	
.01	** .82	12	
.01	** .84	13	
.05	* .36	14	
.01	** .89	15	
.01	** .84	16	

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (5 / 8) أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للبيان المادي فيما عدا العبارة رقم (4) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس .

جدول (6/8)

يوضح ارتباط العبارات بالدرجة الكلية " للبعد الديني " كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة

البيان	معامل الارتباط	رقم العبارة	البيان
.01	** .74	1	البيان الديني
.05	* .40	2	
.01	** .65	3	
.05	* .37	4	
.01	** .73	5	
غير دال	.26	6	
غير دال	.34	7	
غير دال	.21	8	
.05	* .42	9	
.01	** .51	10	
.01	** .67	11	
غير دال	.27	12	
.01	** .78	13	
غير دال	.21	14	
.01	** .64	15	
.01	** .46	16	

** دال عند (.01) * دال عند (.05)

يتضح من الجدول رقم (6/8) أن العبارات ارتبطت ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للبعد الديني فيما عدا العبارات رقم (6 ، 7 ، 8 ، 12 ، 14) فتم حذفها من الصورة النهائية للمقياس .
والجدول التالي يوضح الصورة النهائية لتوزيع أبعاد المقياس وعدد البنود التي تنتمي إليها ، حيث كان عدد العبارات (96) وأصبحت (82) عبارته موزعه على ستة أبعاد فرعية.

جدول (9)

يوضح الصورة النهائية لتوزيع أبعاد مقياس جودة الحياة وعدد البنود التي تنتمي إليها

م	أبعاد المقياس	عدد البنود بعد الحذف
1	البعد الصحي	14
2	البعد المعرفي	14
3	البعد النفسي	15
4	البعد الاجتماعي	13
5	البعد المادي	15
6	البعد الديني	11
	المجموع الكلي	82

(2) حساب معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة

• طريقة تحليل التباين (الفا- كرونباخ)

وتعتمد هذه الطريقة على فحص آراء الفرد في كل بند من بنود الإختبار كل على حده ، أي أن الثبات هنا يتعلق بمدى إستقرار إستجابات المفحوص على بنود الإختبار واحده بعد الأخرى، وبقدر شمول الإتساق بين هذه البنود بقدر ما نحصل على تقدير جيد لثبات الإختبار، ويتم حساب معامل الثبات بهذه الطريقة من خلال تحليل التباين من معادلات مثل : معادله كودر- رتشاردسون ، معادلة ألفا - كرونباخ (أحمد غنيم ، نصر محمود ، 2000 : 261) واعتمدت الباحثة في حساب معامل الثبات على معادلة ألفا - كرونباخ بإستخدام البرنامج الإحصائي SPSS .

• طريقة التجزئه النصفية:

إستخدمت الباحثة طريقة التجزئه النصفية بإستخدام معادله سبيرمان- براون ومعادلة جتمان للتجزئه النصفية، حيث توصلت النتائج إلى أن معاملات ثبات المقياس الخاصه بكل بعد من أبعاده بطريقة سبيرمان- براون، متقاربه مع مثيلتها بطريقة جتمان، وكلها قيم مناسبة، مما يدل على ثبات المقياس والجدول التالي يوضح معاملات ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بطريقتي الفا كرونباخ، وطريقة التجزئه النصفية.

جدول (10)

يوضح معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة للمراهقين مرضى السكر

م	الأبعاد	معامل الثبات بطريقة كرونباخ	التجزئه النصفية	
			سبيرمان بروان	جتمان
1	البعد الصحى	.87	.87	.86
2	البعد المعرفى	.86	.90	.90
3	البعد النفسى	.89	.87	.87
4	البعد الاجتماعى	.91	.91	.90
5	البعد المادى	.95	.94	.93
6	البعد الدينى	.82	.73	.73

يتضح من الجدول رقم (10) أن معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ تراوحت ما بين (82) - .95) ، كما نلاحظ أيضاً تقارب متجه معاملات الثبات الخاصه بأبعاد المقياس في كل من طريقة سبيرمان- بروان ، وطريقة جتمان ، وكلها مرتفعه ، مما يدل على تمتع المقياس بقدر كبير من الثبات .

وصف المقياس :

يتكون مقياس جودة الحياة من (82) عبارة ، موزعة على ستة أبعاد تمثل أبعاد جودة الحياة وهي : البعد الصحى ، البعد المعرفى ، البعد النفسى ، البعد الاجتماعى ، البعد المادى ، والبعد الدينى ، وتقع الإجابة على العبارات فى اربع مستويات تنطبق دائماً ، تنطبق أحياناً ، تنطبق نادراً ، لا تنطبق إطلاقاً ، ويتم تطبيق المقياس على الأفراد من (13 - 21) من المراهقين مرضى السكر ، وتم التطبيق بطريقة فردية ، وليس هناك زمن محدد للإجابة .

تعليمات المقياس:

- 1- يجب الحصول على موافقة المراهق مريض السكر على إجراء المقياس ، مع مراعاة خلق جو من الألفة مع المريض بحيث ينعكس على صدقة في الإجابة.
- 2- على القائم بتطبيق المقياس توضيح أنه ليس هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، وليس هناك زمن محدد للإجابة ، كما أن الإجابات ستحاط بسرية تامة .
- 3- يتم التطبيق بطريقة فردية ، وذلك للتأكد من عدم العشوائية في الإجابة .
- 4- يجب الإجابة على كل العبارات لأنه كلما زادت العبارات غير المجاب عنها كلما انخفضت دقة النتائج .

تصحيح المقياس :

اعتمدت طريقة التصحيح على وضع درجة لكل استجابة فكانت العبارات الإيجابية على النحو التالي :

$$4 = \text{تنطبق دائماً}$$

تنطبق أحياناً = 3

تنطبق نادراً = 2

لا تنطبق إطلاقاً = 1

أما العبارات السلبية فكانت على النحو التالي :

تنطبق دائماً = 1

تنطبق أحياناً = 2

تنطبق نادراً = 3

لا تنطبق إطلاقاً = 4

ويمكن معرفة مدى ما يشعر به المريض من جودة الحياة عن طريق جمع درجات كل بعد من أبعاد المقياس على حدى ، ثم جمع أبعاد المقياس ليعطي الدرجة الكلية لجودة الحياة .

(2) أدوات قياس كLINيكية وتشمل :

أ- استمارة دراسة الحالة

قامت الباحثة بتصميم استمارة دراسة الحالة بهدف التعرف على المعلومات الآتية :

- 1- بيانات عامة عن الحالة : الاسم ، الجنس ، السن ، المستوى التعليمي ، ووصف المسكن من حيث الرقي وطبيعة الأثاث .
- 2- معلومات عن الأسرة : الوالدين والأخوه من حيث العدد ، المستوى التعليمي ، الوظيفة ، الحالة الصحية ، أهم الميول والعادات وأساليب الثواب والعقاب المتبعة ، ومعرفة ما إذا كان أحد الوالدين متوفي وسبب الوفاة .
- 3- معلومات عن التاريخ المرضي للحالة ، ومعرفة ما إذا كان يعاني من أي مضاعفات ناتجة عن المرض أو أي أمراض مصاحبة .
- 4- معلومات عن النمو الاجتماعي للحالة : الأصدقاء ، المعلمين ، وعلاقاته مع الجنس الآخر .

ب - اختبار تفهم الموضوع T.A.T

قام بإعداد هذا الاختبار هنرى موراي Murray وهيئة العيادة النفسية بجامعة هارفارد (1936) وأعدده ليتلائم مع البيئة العربية محمد نجاتي وأنور وجدي .

ويقوم هذا الاختبار بالكشف عن الدوافع ، الانفعالات ، العواطف ، رؤية الآخر ، والعلاقات الاجتماعية سواء الموجودة بالفعل أو تلك التي يتمناها المفحوص ، مع الكشف عن أهم الرغبات المكبوتة بداخله ، لذلك فهو طريقة مفيدة في الكشف عن شخصية الفرد ومدى شعوره بجودة الحياة .

رابعاً : إجراءات الدراسة :

(1) تم إجراء الدراسة الميدانية على مرحلتين هما :

أ - الدراسة الاستطلاعية:

- قامت الباحثة بتطبيق مقياسي المساندة الاجتماعية وجودة الحياة في صورتها الأولية تطبيقاً فردياً لحساب الثبات والصدق ، وذلك على عينة قوامها (30) طالباً وطالبة من المراهقين مرضى السكر (12 ذكور ، 18 إناث) تراوحت اعمارهم من (13 – 21) عاماً وتم اختيارهم من المراحل الإعدادية والثانوية وبداية المرحلة الجامعية بمحافظة : الدقهلية والغربية ودمياط ودمياط الجديدة .

- بالنسبة لمقياس المساندة الاجتماعية تم استبعاد بعض الأبعاد التي تمثل أنواع المساندة الاجتماعية بالنسبة لبعض مصادر المساندة الاجتماعية والتي تتمثل في الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين ، والطبيب المعالج ، وبذلك يكون المقياس في صورته النهائية مكون من (29) عبارة تقيس ثلاث أنواع للمساندة الاجتماعية " المساندة الانفعالية ، المساندة المادية ، والمساندة بالمعلومات " وذلك بالنسبة لأربع مصادر من مصادر المساندة الاجتماعية والتي تتمثل في الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين ، والطبيب المعالج .

- بالنسبة لمقياس جودة الحياة تم استبعاد (14) بنداً من بنود المقياس ، ومن ثم أصبح المقياس مكون من (82) بنداً بدلاً من (96) بنداً موزعة على ستة أبعاد تتمثل في " البعد الصحي ، البعد المعرفي ، البعد النفسي ، البعد الاجتماعي ، البعد المادي ، والبعد الديني " .

وفي ضوء ما سبق تم تطبيق مقياسي المساندة الاجتماعية وجودة الحياة للمراهقين مرضى السكر على العينة النهائية .

ب- الدراسة الأساسية:

- تكونت عينة الدراسة الأساسية من (101) طالباً وطالبة من المراهقين مرضى السكر (40) ذكور ، 61 إناث) تراوحت اعمارهم من (13 – 21) عاماً ، وتم اختيارهم من المراحل الإعدادية والثانوية وبداية المرحلة الجامعية بمحافظة : الدقهلية والغربية ودمياط ودمياط الجديدة .

- تم تطبيق مقياسي المساندة الاجتماعية وجودة الحياة في صورتها النهائية تطبيقاً فردياً ولم يكن هناك زمناً محدداً للإجابة .

(2) تم إجراء الدراسة الكلينيكية على عينة قوامها أربع حالات طرفية مقسمة كالاتي:

(2) ذوى الدرجة الأعلى على مقياس جودة الحياة (1 ذكور ، 1 إناث) .

(2) ذوى الدرجة الأقل على مقياس جودة الحياة (1 ذكور ، 1 إناث) .

خامساً : الأساليب الإحصائية :

في ضوء اهداف وفروض الدراسة الحالية استخدمت الباحثة بعض الأساليب الإحصائية الملائمة لإختبار صحة الفروض – باستخدام برنامج SPSS - وتمثلت فيما يلي :

4- معامل الارتباط لـ (بيرسون) .

5- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات .

6- تحليل التباين .

4- تحليل الانحدار متعدد الخطوات .

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

أولاً : نتائج الدراسة السيكومترية

- إختبار صحة الفرض الأول وتفسيره .
- إختبار صحة الفرض الثاني وتفسيره .
- إختبار صحة الفرض الثالث وتفسيره .
- إختبار صحة الفرض الرابع وتفسيره .
- إختبار صحة الفرض الخامس وتفسيره .
- تعقيب على نتائج الدراسة السيكومترية .

ثانياً : نتائج الدراسة الكلينية :

- . الحالة الأولى .
- . الحالة الثانية .
- . الحالة الثالثة .
- . الحالة الرابعة .

ثالثاً : تعقيب عام على نتائج الدراسة السيكومترية الكلينية

رابعاً : التوصيات

خامساً : البحوث المقترحة

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تعرض الباحثة في هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية من خلال ما كشفت عنه التحليلات الإحصائية المستخدمة لاختبار صحة الفروض والتحقق منها ، وتحليل هذه النتائج في ضوء الإطار النظري ، ونتائج الدراسات السابقة ، كما تعرض الباحثة لاستجابات الحالات الكلينية على اختبار تفهم الموضوع T.A.T مع وضع التفسير المناسب لها .

أولاً: نتائج الدراسة السيكومترية :

(1) اختبار صحة الفرض الأول:

أ- نص الفرض :

ينص الفرض الأول على أنه " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوع المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لمريض السكر المراهق " .

وقد افترضت الباحثة ارتباط نوع المساندة الاجتماعية المقدمة لمريض السكر سواء كانت " مساندة نفسية ، أو مساندة مادية ، أو مساندة بالمعلومات " ، ارتباطاً دالاً مع جودة الحياة التي يشعر بها .

ب- عرض نتائج الفرض :

للتحقق من صحة هذا الفرض ، قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجات المساندة الاجتماعية وجودة الحياة وذلك كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (11) : معامل الارتباط بين أنواع المساندة الاجتماعية وأبعاد جودة الحياة

الدرجة الكلية لجودة الحياة	الديني	المادي	الاجتماعي	النفسي	المعرفي	الصحّي	م أبعاد جودة الحياة أنواع المساندة الاجتماعية
1	*.52 *	*.40 *	*.26 *	** .62	*.55 *	** .36	** .50 المساندة النفسية
2	*.48 *	*.32 *	*.30 *	** .52	*.43 *	** .46	** .42 المساندة المادية
3	*.56 *	*.38 *	*.35 *	** .55	*.46 *	** .63	** .44 المساندة بالمعلومات
4	*.60 *	*.42 *	*.35 *	** .64	*.55 *	** .56	** .51 الدرجة الكلية لأنواع المساندة الاجتماعية

** دالة عند مستوى 0.01

ن = 101

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

1. توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين **المساندة النفسية** كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد مقياس جودة الحياة ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المساندة النفسية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة عند (0.01).

2. توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين **المساندة المادية** كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد مقياس جودة الحياة ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المساندة المادية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة عند (0.01).

3. توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين **المساندة بالمعلومات** كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد مقياس جودة الحياة ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المساندة بالمعلومات وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة عند (0.01).

4. توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لأنواع المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة عند (0.01).

ج- مناقشة نتائج الفرض :

أظهرت النتائج بشكل عام وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لأنواع المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية لجودة الحياة .

■ بالنسبة للمساندة النفسية :

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين **المساندة النفسية** كنوع من أنواع **المساندة الاجتماعية والبعد الاجتماعي** ، كأعلى معامل ارتباط (62) ، ويمكن تفسير هذه العلاقة القوية بأنه يمكن تعريف المساندة النفسية على أنها تتمثل في شعور الفرد بأنه محاط بالرعاية والحب من قبل الجماعة التي ينتمي إليها ، وعرفت الباحثة البعد الاجتماعي على أنه يتضمن علاقات الفرد بالآخرين ومدى تأثير هذه العلاقات بإصابته بمرض السكر بالإضافة لدور العلاقات الاجتماعية في التخفيف من حدة الشعور بالعجز وتأثير ذلك علي جودة حياة الفرد الاجتماعية ، وكل ذلك لا يتم إلا من خلال توافر المساندة النفسية من قبل الآخرين ، وأشارت نتائج دراسة شعبان جاب الله (2006) إلى أهمية المساندة الوجدانية في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين **المساندة النفسية** كنوع من أنواع **المساندة الاجتماعية والبعد النفسي** بمعامل ارتباط (55) ، ويمكن تفسير ذلك بأن البعد النفسي في مقياس جودة الحياة يتمثل في تأثير الإصابة بمرض السكر على الناحية النفسية للمريض ، ومدى قدرته علي مواجهة المرض ومضاعفاته وأثر ذلك علي جودة حياته النفسية ، وتعمل المساندة النفسية على التخفيف من الشعور باليأس والاحباط الناتج عن الإصابة بالمرض ، فالتدعيم النفسي هنا هام لوصول المريض إلى حالة من السواء والامن النفسي والرضا عن الحياة ويؤكد ذلك نتائج دراسة (شعبان جاب الله ، عادل هريدي ، 2001 : 98) التي أثبتت أن المساندة الوجدانية ترتبط ايجابياً بالرضا عن الحياة وتقدير الذات كجوانب مهمة من جوانب الصحة النفسية للفرد .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين **المساندة النفسية** كنوع من أنواع **المساندة الاجتماعية والبعد الصحي** بمعامل ارتباط (50) ، ويمكن تفسير ذلك بأن البعد الصحي في المقياس يتضمن قياس الأعراض والمضاعفات الصحية الناجمة عن الإصابة بمرض السكر وتأثير ذلك علي جودة حياته الصحية ، والمساندة النفسية وكما يؤكد جيمس دريفر J Drevier تعتبر ضرورة علاجية لأنها تنظر إلي المريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالة

مرضية ، وأنه من حقه أن يعيش في حالة من التوافق النفسي ، وان مساندته نفسياً واجتماعياً تؤدي إلي تقبل مرضه ، والرضا عن ذاته ، وتدعيم أمله في الحياة (محمد بيومي ، 1996 : 92 - 119).

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة النفسية كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية بالدرجة الكلية لجودة الحياة بمعامل ارتباط (52) ، ويمكن تفسير ذلك بأن مساندة المريض نفسياً تدعم من قدرته على تحمل الآلام ومواجهه مضاعفات المرض بنوع من الرضا عن الذات وعن الحياة بشكل عام مما يساهم في رفع شعور الفرد بجودة الحياة .

■ بالنسبة للمساندة المادية :

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة المادية كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد المادي كأحد أبعاد مقياس جودة الحياة بدرجة منخفضة لحد ما (30) . ويرجع ذلك لسببين أولهما أنه تم حذف عبارات المساندة المادية من أحد مصادر المساندة وهو الطبيب المعالج ، ثانيهما أن الفرد المريض بمرض مزمن كالسكر يحتاج باستمرار لمساعدات مادية ، وذلك أما لإرتفاع تكاليف العلاج ، أو لإرتفاع أسعار المجلات والدوريات الطبية ، أضف لذلك ارتفاع أسعار الوجبات والمشروبات الخالية من السكر والتي يعتمد عليها المريض ، أي أن المريض يشعر بنقص في جودة حياته المادية حتى مع توافر المساندة المادية فالارتباط على الرغم من دلالاته فهو ضعيف لحد ما .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة المادية كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد الاجتماعي بمعامل ارتباط (52) ، ويمكن تفسير ذلك بأن المساندة المادية تتمثل في تقديم المساعدات المادية والدعم المادي بكافة صورته سواء مكافآت مادية ، هدايا أو مساعدات دوائية وغيرها ، وهذا الدعم المادي يقوي من علاقات الفرد بالآخرين كما أخبرنا نبينا محمد صلى الله عليه وسلم " تهادوا تحابوا " بالإضافة لدور الدعم المادي في التخفيف من حدة الشعور بالحاجة التي تصاحب الأمراض المزمنة والتي تمثل نقصاً إضافياً للنقص الصحي الذي يعاني منه المريض .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة المادية كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد المعرفي بمعامل ارتباط (46) ، ويمكن تفسير ذلك بأن الجانب المعرفي بالنسبة لمريض السكر جانب مكلف يستمد من المجلات والنشرات الطبية فيحتاج معها لمساندات مادية ، وهذا يفسر العلاقة القوية بين تقديم مساندة مادية وشعور الفرد بجودة الحياة المعرفية .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة المادية كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد النفسي بمعامل ارتباط (43) ، ويمكن تفسير ذلك بأن الاستقرار المادي النابع من ارتفاع مستوى المعيشة أو المساندة المادية ، وخاصة في حالة الضغوط تعتبر مصدراً للشعور بالأمان ، وترفع من ثقة الفرد بنفسه على مواجهة الصعاب مما يؤثر ايجابياً على تقدير المريض لذاته والرضا عن الحياة بشكل عام ، ويؤكد ذلك دراسة أويشي (Oishi, Sh. 1999) بعنوان " الاختلافات الثقافية في العوامل المنبئة بالرضا عن الحياة: دراسة من منظور الحاجات والقيم " وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الرضا الناتج عن أشباع حاجات الأمان كان عاملاً منبئاً عن الرضا عن الحياة بشكل عام حتى في الدول الرأسمالية ، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية بين الرضا عن الذات والرضا عن الحياة في الدول الرأسمالية ، وأن هذه الدرجة من الارتباط تختلف من دولة لأخرى ، وعلى الرغم من أهمية حاجات التقدير esteem needs في الدول الرأسمالية ، وقد أيدت دراسته ما جاءت به

نظرية ماسلو من أن إشباع حاجات الأمان ترتبط بقوة بالرضا العالمي عن الحياة في الدول الأكثر فقراً ، بينما يرتبط إشباع الحاجات العليا مثل الحاجة إلى الحب والتقدير بالرضا عن الحياة في الدول الأكثر ثراءً ، وأن الشعوب في الدول الرأسمالية الثرية يقيسون رضاهم عن حياتهم من خلال إشباعهم لحاجات التقدير بصورة أكثر كثيراً من الشعوب في الدول الشيوعية .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة المادية كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد الصحي بمعامل ارتباط (42) ، ويمكن تفسير ذلك بأن البعد الصحي يتضمن قياس الأعراض والمضاعفات الصحية الناجمة عن الإصابة بمرض السكر وتأثير ذلك علي جودة حياته الصحية ، ولكي يتعرف المريض على حالته الصحية وما آلت إليه يحتاج لكثير من المساندة المادية كي يستطيع عمل الكشف الدوري والمتابعة الصحية بانتظام ، دون تأخير نتيجة القصور المادي .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة المادية كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية بالدرجة الكلية لجودة الحياة بمعامل ارتباط (48) ، ويمكن تفسير ذلك بأن الجانب المادي بالنسبة للمريض بمرض مزمن يمثل أحد الجوانب الهامة لشعوره بجودة الحياة ، فهي عنصر أمن بالنسبة له وتمده بنوع من الصلابة عند مواجهه المتطلبات المادية اليومية ، وهذا ما أكدته دراسة شيك ولي Shek & Lee (2007) حيث وجدوا تأثيراً للعامل الاقتصادي في الأسر الفقيرة على مستوى الشعور بجودة الحياة .

■ بالنسبة للمساندة بالمعلومات :

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة بالمعلومات كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد المعرفي بمعامل ارتباط (63) ، ويمكن تفسير هذه العلاقة القوية إلى تعدد مصادر المساندة بالمعلومات في هذه المرحلة العمرية سواء من قبل الأسرة أو الأصدقاء ، أو من قبل المعلمون والطبيب المعالج ، ففي مرحلة المراهقة يقضي المريض فترة طويلة من يومه في المدرسة بين المعلمون فيلجأ إليهم لطلب المعلومات والأبحاث الخاصة بمرضه ، كما يمثل الطبيب المعالج المصدر الرئيسي للمعلومات ، بالإضافة لمشاركة الأسرة التي تمثل مصدر الرعاية الأول والأصدقاء الممثلين للجماعة المرجعية للفرد ، فكلما شعر المريض بمساندة معلوماتية أعلى أثر ذلك إيجابياً على جودة حياته المعرفية .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة بالمعلومات كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد الاجتماعي بمعامل ارتباط (55) ، وتعدد مصادر المساندة بالمعلومات يفسر الارتباط القوي بينها كنوع من أنواع المساندة وبين البعد الاجتماعي ، فتعدد الأفراد الممثلين لمصادر المعرفة والمعلومات بالنسبة للمريض يزيد من علاقاته الاجتماعية مما يرفع من درجة شعوره بجودة الحياة الاجتماعية .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة بالمعلومات كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد النفسي بمعامل ارتباط (46) ، ويمكن تفسير ذلك بأن مريض السكر يسعى دائماً لمعرفة كل ما هو جديد عن حالته مما يعطيه شعور بالأمل والطمأنينة النفسية ، مع ملاحظة أن هذه النتيجة تختلف مع دراسة شعبان جاب الله (2006) حيث أشارت إلى أن المساندة المعرفية ليس لها تأثير دال لدى المرضى "الفصامين والاكنتابين" أو الأسوياء في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة بالمعلومات كنوع من أنواع المساندة الاجتماعية والبعد الصحي بمعامل ارتباط (44) ، ويمكن تفسير ذلك بأن المساندة بالمعلومات هي تلك المساندة التي تقوم على تقديم المعلومات المفيدة حول طبيعة مرض السكر ومضاعفاته بالإضافة لحل المشكلات الناتجة عنه وهذا ما يقيسه البعد الصحي حيث

يتضمن قياس الأعراض والمضاعفات الصحية الناجمة عن الإصابة بمرض السكر فبدون المعلومات الكافية لا يستطيع الفرد الشعور بجودة حياته الصحية .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساعدة بالمعلومات كنوع من أنواع المساعدة الاجتماعية والدرجة الكلية لجودة الحياة بمعامل ارتباط (.56)، ويمكن تفسير ذلك بأن المساعدة بالمعلومات بالنسبة للمريض من أهم أنواع المساعدة التي يمكن تلقيها ، فالفرد هنا في حاجة مستمرة إلى من يواليه بأهم الفحوص الدورية التي يجب إجراؤها ، نظم التغذية العلاجية الملائمة لحالته ، كما أنه في حاجة لمعرفة كل جديد حول حالته وعلاجه ، فكلما زادت لديه المعلومات قلت المضاعفات الناجمة عن المرض وبالتالي شعر بجودة حياة أفضل ، وهذا يفسر ارتباط المساعدة بالمعلومات بكل أبعاد جودة الحياة بمعاملات ارتباط تتراوح ما بين (.35 - .63) .

كما نجد من خلال العرض السابق للنتائج أن الارتباط بين أنواع المساعدة الاجتماعية وجودة الحياة لا يتوقف عند حد الارتباط بين الدرجات الكلية لأنواع المساعدة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة ، بل تعدى ذلك ليصل إلى وجود ارتباط موجب ودال احصائياً بين جميع أنواع المساعدة الاجتماعية وبين جميع أبعاد مقياس جودة الحياة .

(2) إختبار صحة الفرض الثاني:

أ- نص الفرض :

ينص الفرض الثاني على أنه " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مصادر المساعدة المقدمه وجودة الحياة لمريض السكر المراهق " .

وقد افترضت الباحثة ارتباط مصادر المساعدة الاجتماعية المختلفة سواء من قبل الأسرة ، أو الأصدقاء ، أو المعلمون ، أو الطبيب المعالج ارتباطاً دالاً مع جودة الحياة التي يشعر بها المراهق مريض السكر .

ب- عرض نتائج الفرض :

للتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجات المساعدة الاجتماعية وجودة الحياة وذلك كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (12) :

معامل الارتباط بين مصادر المساعدة الاجتماعية وأبعاد جودة الحياة

م	أبعاد جودة الحياة أنواع المساعدة الاجتماعية	الصحي	المعرفي	النفسي	الاجتماعي	المادي	الديني	الدرجة الكلية لجودة الحياة
1	الأسرة	** .49	** .67	** .54	** .61	** .59	** .50	** .69
2	الأصدقاء	** .46	** .40	** .53	** .64	** .28	** .39	** .53
3	المعلمون	** .35	** .32	** .35	** .35	.06	* .23	** .31
4	الطبيب المعالج	* .20	* .23	.16	** .27	.03	.06	.18
5	الدرجة الكلية لمصادر المساعدة الاجتماعية	** .51	** .56	** .55	** .64	** .35	** .42	** .60

ن = 101 ** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05
يتضح من الجدول السابق ما يلي:

1- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة الأسرة كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد مقياس جودة الحياة ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة الأسرة وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة عند (0.01) .

2- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة الاصدقاء كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد مقياس جودة الحياة ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة الأصدقاء وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة عند (0.01) .

3- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة المعلمون كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين البعد الصحي ، البعد المعرفي ، البعد النفسي ، البعد الاجتماعي عند (0.01) ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة المعلمون وبين البعد الديني عند (0.05) ، ولا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مساندة المعلمون والبعد المادي ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة المعلمون وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة عند (0.01).

4- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة الطبيب المعالج كمصادر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد الاجتماعي عند (0.01) ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين مساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين البعد الصحي ، البعد المعرفي عند (0.05) ، ولا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مساندة الطبيب المعالج كمصادر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين البعد النفسي ، البعد المادي ، البعد الديني ، ولا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مساندة الطبيب المعالج كمصادر من مصادر المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية لجودة الحياة .

ج- مناقشة نتائج الفرض :

أظهرت النتائج بشكل عام وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمصادر المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية لجودة الحياة ، وهذا ما تؤيده بعض الدراسات السابقة ومنها دراسة أركار وآخرون (2004) ، Arkar et al .، حيث أسفرت النتائج عن وجود علاقة ايجابية بين إدراك المساندة الاجتماعية وجودة الحياة ووجود علاقة سلبية بين هذين المتغيرين ومتغير الوحدة النفسية ، كما أثبتت دراسة زينب شقير (1993) وجود علاقة ايجابية بين العلاقات الايجابية المتبادلة كمؤشر للمساندة الاجتماعية وتقدير الذات ، كذلك أثبتت أيستن وآخرون (2005) Austin, et al أنه يمكن التنبؤ بالسعادة من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية ، ويرى حسين فايد (1998) أن غياب المساندة الاجتماعية أو انخفاضها تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد مما يؤدي لاختلال الصحة النفسية لديه ، كما كشفت دراسات برمان Berman وسميس Symes أن شبكة العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن تدعم المريض تساهم بقدر كبير في علاجه ، وتعزز من مراحل شفائه من مرضه . (محمد بيومي ، 1996 : 92 - 119) .

■ بالنسبة للأسرة :

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأسرة كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد المعرفي بمعامل ارتباط (67)، ويمكن تفسير هذه العلاقة القوية بأن جودة الحياة المعرفية بالنسبة لمريض السكر تتمثل في قدرة المريض على التعرف على طبيعة مرضه ، والمضاعفات الناتجة عنه وكيفية التعامل معها ، والأسرة هي مصدر الرعاية الأول للمراهق وهذا ما أكدته نتائج دراسة (هرنانديز، 1994) بأن الأسرة والمساندة الاجتماعية وتكامل الأسرة ترتبط بالضبط الجيد لمرض السكر.

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأسرة كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد الاجتماعي بمعامل ارتباط (61)، ويمكن تفسير ذلك بأن أساليب المعاملة الوالدية كما تعرفها (هدى قناوي ، 2005 : 75) "بأنها الأساليب والإجراءات التي يتبعها الوالدان في تطبيع وتنشئة أبنائهما اجتماعياً أي تحويلهم من مجرد كائنات بيولوجية إلى كائنات اجتماعية " ، وجودة الحياة الاجتماعية تتمثل في مدى نجاح الفرد في إقامة علاقات بالآخرين ، بالإضافة لدور هذه العلاقات الاجتماعية في التخفيف من حدة الشعور بالعجز، ويعتمد تفاعل الفرد مع الآخرين على تفاعله مع أفراد أسرته بنجاح ، وهذا ما أكدته (راوية دسوقي ، 2003 : 68-69) " فالعلاقات الأسرية داخل الأسرة بين الوالدين أو الأبناء تمثل عاملاً أساسياً في نمو شخصية الطفل سلباً أو إيجاباً " .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأسرة كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد المادي بمعامل ارتباط (59)، ويمكن تفسير ذلك بأن الأسرة في هذه المرحلة تعتبر مصدر الأمن المادي للمراهق وعائلته الأول ، ففي هذه المرحلة المبكرة من حياة الفرد يعتمد بشكل أساسي على الأسرة في توفير المتطلبات المادية التي يحتاجها .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأسرة كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد النفسي بمعامل ارتباط (54)، ويمكن تفسير ذلك بأن الفرد في نموه النفسي يعتمد على الجو الأسري القائم على الحب والمساندة وأن الأسرة السوية نفسياً تقوم برعاية أبنائها وتوفير عوامل الأمن والطمأنينة النفسية ، ويؤكد على ما سبق (عماد مخيمر ، 2004 : 226) " فإذا نظرنا إلى العلاقة بين الآباء والأبناء في مرحلة المراهقة نجد أن الوالدين اللذان يشعران بالأمن النفسي يمثلان قاعدة أمن للابن " كما أثبتت دراسة على عبد السلام (2000) وجود فروق ذات دلالة احصائية لصالح المدعمين بالمساندة الاجتماعية الأسرة في كل من التفاعل الايجابي مع أحداث الحياة الضاغطة ، التوافق الشخصي – العاطفي ، والالتزام بتحقيق الأهداف .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأسرة كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد الديني بمعامل ارتباط (50)، ويمكن تفسير ذلك بأن أساليب المعاملة الوالدية كما يعرفها ولمان (Wolman, 1989 : 317) بأنها تلك العمليات التي يتم من خلالها تعليم الفرد الأفكار أو المعتقدات أو القيم أو المعايير الثقافية حتى يتكيف معها وتصبح جزءاً من شخصيته ، وكما يرى تشامبان (Champan, W, 1993:14) أن الأسرة تعتبر موصلاً جيداً لثقافة المجتمع ، فهي الجماعة المرجعية التي يعتمد على قيمها ومعاييرها ، ومن هنا تتضح العلاقة بين الأسرة وما تبثه من أفكار ومعتقدات وبين مدى شعور الفرد بجودة الحياة من الناحية الدينية .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأسرة كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد الصحي بمعامل ارتباط (49)، ويمكن تفسير ذلك بأن الأسرة في هذه المرحلة الحرجة تمثل مصدراً للإمداد بالمعلومات الصحية التي يحتاجها المريض باستمرار مما يؤثر في جودة حياته الصحية ، فالأسرة بالنسبة للمراهق هي مصدر

المساندة الأول ، ويتفق مع ذلك نتائج دراسة (هرنانديز 1994) التي أثبتت أن المساندة الاجتماعية وتكامل الأسرة ترتبط بالضبط الجيد لمرض السكر.

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأسرة كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية لجودة الحياة بمعامل ارتباط (.69) ، وهذا ما يؤكد عليه كل من بون وشابمان (1996) أن أهم مصادر المساندة الاجتماعية تأثيراً على الفرد هي المساندة من الوالدين. (Bowen & Chapman , 1996 : 641-666) ، كما دلت نتائج دراسة كوستيليسكي وليمبرس (1998) Kostecky & Lempers على وجود ارتباط سالب بين الضغوط الأسرية وضعف المساندة الاجتماعية وكل من الرفاهية والرضا عن الحياة .

■ بالنسبة للأصدقاء

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأصدقاء كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد الاجتماعي بمعامل ارتباط (.64) ، ويمكن تفسير هذه العلاقة القوية بأن المساندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء في هذه المرحلة العمرية تعتبر من أكثر العوامل ارتباطاً بالتوافق الاجتماعي ، وأن زيادة المساندة والتفاعل مع الأصدقاء يزيد من شعور الفرد بأهميته داخل جماعته المرجعية فيحسن من تفاعلاته الاجتماعية ويحسن من الشعور بجودة الحياة الاجتماعية ، وتشير نتائج دراسة (محمد محروس ، محمد السيد ، 1994 : 127) على وجود علاقة ارتباطية سالبة وذات دلالة بين مساندة الأصدقاء والتبرم الاجتماعي من قبل المرء الحامل .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأصدقاء كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد النفسي بمعامل ارتباط (53%) ، ويمكن تفسير ذلك بأن جماعة الأقران لها دور هام في تكيف المراهق وإعداده لحياة الاعتماد على الذات ، فجماعة الأقران تعد المراهق للحياة الانفعالية الاستقلالية ، وتنقذه من كثير من التناقض النفسي والاجتماعي (حامد الفقي ، 1995 : 391) ، ويؤكد ذلك نتائج دراسة (شعبان جاب الله ، عادل هريدي ، 2001 : 98) بأن المساندة التي يتلقاها الفرد بأشكالها المختلفة من مصادر متعددة كالأسرة والأصدقاء وجماعات الأقران يمكن أن تكون واقية للفرد من التعرض لأشكال الاضطراب النفسي بدرجاته وأنواعه المختلفة ، ويشير (عماد عبد الرازق ، 1998 : 33) إلى نتائج دراسات هولان وموس ، حيث أشارت إلى أن افتقاد الفرد للمساندة الاجتماعية من الوالدين أو الأصدقاء أو الزوجة من شأنه أن يجعل الفرد أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والسلوكية ، كما أشارت نتائج دراسة شو (1999) Chou إلى أن المساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء تعد منبأ جيداً للتوافق الشخصي والنفسي والاجتماعي .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأصدقاء كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد الصحي بمعامل ارتباط (.46) ، والبعد المعرفي بمعامل ارتباط (.40) ، ويمكن تفسير ذلك بأن المراهق في هذه المرحلة يتأثر كثيراً بالأصدقاء ويقضي معهم الكثير من الوقت ، فيكتسب كثير من المعلومات الخاصة بحالته من أصدقاءه ، كما أن وجود حالات مرضية بمرض مزمن في هذا السن تثير لدى الآخرين حب الاستطلاع والمعرفة فيبدأوا في البحث عن كل ما هو متاح من معلومات خاصة بالمرض وأعراضه ، وكيفية التعامل معه ، فيتم تقديمه للمريض كنوع من المساندة مما يؤثر على جودة حياته الصحية والمعرفية بنسبة كبيرة .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأصدقاء كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد المادي بمعامل ارتباط (.28) ، وعلى الرغم من وجود علاقة ارتباطية إلا أنها ضعيفة لحد ما ، ويمكن تفسير ذلك أن جودة الحياة المادية تعتمد إما على دخل الفرد وهذا صعب تحقيقه بسبب طبيعة المرحلة العمرية ، أو على المساندة المادية ، وفي

مرحلة المراهقة يعتمد المريض على أسرته أكثر من اعتماده على الأصدقاء ، فالكل يشترك في عدم وجود دخل ثابت يمكن أن يساند به أصدقاء الآخرين .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الأصدقاء كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية لجودة الحياة بمعامل ارتباط (53) ، ويمكن تفسير ذلك بأن معظم الباحثين يتفقوا على أن دور الأصدقاء في المساندة يتلازم مع دور الأسرة ومن هؤلاء الباحثين 948 : 1995 ، Emmons & Colby ، كذلك أكد (عماد مخيمر ، 1997 : 108) أن مصادر المساندة تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد ، ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة (الأم ، الأب ، الأصدقاء) ، وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في الرفاق والأسرة ، وتؤكد (ممدوحة سلامة ، 1991 : 145) على أن جماعة الأقران ذات أهمية كبيرة للمراهق ، وذلك نتيجة لما تتيحه من حرية التعبير عن انفعالات الخوف والغضب ، وبما تهيئه من اطمئنان ينشأ عن وعى المراهق بأن الآخرين لديهم نفس المخاوف والشكوك والأمال ، وهذه الأمور قد لا يحققها داخل أسرته .

وترى الباحثة أن الصداقة تمثل قدرة الإنسان على أن يتوافق مع نفسه ومع الآخرين وأن يقبل نفسه ويقبل الآخرين ، وهذا هو جوهر السعادة والصحة النفسية كما أن الصداقة لها أهمية كبرى في التخفيف عن النفس وإلقاء الهموم عن كاهل المريض وخفض مشاعر الوحدة مما يحقق له الشعور بجودة الحياة .

■ بالنسبة للمعلمين

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة المعلمون كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وكل من البعد الصحي ، البعد النفسي و البعد الاجتماعي بمعامل ارتباط (35) ، ويمكن تفسير ذلك بأن الفرد في هذه المرحلة – مرحلة المراهقة - يمكث بين أصدقاءه ومعلميه فترات طويلة فيتأثر بهم ، ويتأثر كذلك بالبيئة المدرسية بكل ما فيها من خلال التفاعلات الاجتماعية المتبالة ، الأنشطة المختلفة ، الهوايات والرياضات التي يستطيع الفرد المشاركة فيها ، كما يؤثر المعلم بشخصيته في حياة الطالب نفسياً واجتماعياً .

ويشير جود (good , 1994) إلى أهمية البيئة المدرسية في تحديد جودة الحياة لدى التلاميذ ، وتحسينها لديهم من خلال ما تتيحه لهم من : تحديات مفيدة من خلال المنهج ، المرح والاستمتاع بالمدرسة ، الفرصة في تحقيق إنجازات إيجابية ، إشباع الرغبات في حب الاستطلاع ، الاستقلالية ، والإحساس بقيمة الذات . (سامي هاشم ، 2001 : 141) .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة المعلمون كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد المعرفي بمعامل ارتباط (32) ، ويمكن تفسير هذه العلاقة بأن البعد المعرفي كبعد من أبعاد جودة الحياة لدى المرضى ذو أهمية بالغة فيحرص المريض على تلقي المعلومات المفيدة من مصادر مختلفة وخاصة ممن يثق بهم ، ولاشك أن المعلم يعتبر مصدر أساسي للمعلومات الصحيحة والمفيدة ، ومساندة المعلم في هذه الحالة ذات تأثير رئيسي ومباشر على مدى ما يشعر به الفرد من جودة حياته خاصة في الجانب المعرفي .

كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطية بين مساندة المعلمون كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد المادي ، ويمكن تفسير ذلك بأن العلاقة بين المعلم والطالب لا تعتمد على المساندة المادية ، فلا تؤثر على مدى ما يشعر به المريض من جودة الحياة في الجانب المادي ، أي أن المعلم يظهر تأثيره في جودة الحياة في كافة أبعادها ماعدا الجانب المادي .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة المعلمون كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية لجودة الحياة بمعامل ارتباط (31) ، ويمكن

تفسير ذلك بأن المعلم كمصدر من مصادر المساندة يمثل جانب هام للمريض ، فيستطيع أن يؤثر فيه اجتماعياً ونفسياً ، كما يؤثر فيه صحياً ومعرفياً ، وكل ذلك يصب في بوقه الشعور بجودة الحياة عامة .

■ بالنسبة للطبيب المعالج :

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد الاجتماعي بمعامل ارتباط (27) ، ويمكن تفسير ذلك بأن البعد الاجتماعي يتضمن علاقات الفرد بالآخرين ومدى تأثر هذه العلاقات بإصابته بمرض السكر بالإضافة لدور العلاقات الاجتماعية في التخفيف من حدة الشعور بالعجز وتأثير ذلك علي جودة حياة الفرد الاجتماعية ، والطبيب المعالج هو المسؤول عن التخفيف من حدة الشعور بالألم من خلال ما يقدمه من مساندات نفسية ، ومعلوماتية ، والعلاقة بين الطبيب والمريض تمثل مصدراً لإقامة علاقات جيدة مع أناس آخرين غير الأسرة والأصدقاء ، مع ملاحظة أن هذه العلاقة الارتباطية ضعيفة لحد ما ، فالطبيب يمثل مصدراً للضغط النفسي .

كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والبعد المعرفي بمعامل ارتباط (23) ، والبعد الصحي بمعامل ارتباط (20) ، ويمكن تفسير ذلك بأن الطبيب المعالج يمثل للمريض مصدر المعلومات الموثوق به ، والذي يعتمد عليه في التعرف على طبيعة مرضه والمضاعفات الناتجة عنه وكيفية تجنبها ، ويرى (عزت عبد الحميد ، 1996 : 19) أن المساندة الاجتماعية ترتبط أساساً بالمجال الذي تعطى فيه ، وهناك أدلة توحى بأن بعض مصادر المساندة أكثر ملائمة من المصادر الأخرى في مواقف معينة ، مثال ذلك مرضى السرطان الذين سجلوا معلومات ونصائح من الذين يوفرون لهم الرعاية الصحية واعتبروا أنها نصائح مفيدة ، وعندما قدمت نفس نفس نوعية المساندة لهؤلاء المرضى من الأسرة والأصدقاء أدركوها على أنها غير مفيدة .

كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وكل من البعد النفسي ، البعد المادي ، البعد الديني ويمكن تفسير ذلك بأن الفترة التي يقضيها المريض مع الطبيب المعالج تمثل مصدراً للضغط النفسي والشعور بالألم فيقل تأثير الطبيب المعالج على الجانب النفسي ، أما البعد المادي في جودة الحياة ، فالعلاقة بين المريض و الطبيب المعالج لا تعتمد على مساندة الطبيب مادياً ولذلك تم حذف عبارات المساندة المادية من قبل الطبيب المعالج في الصورة النهائية لمقياس المساندة الاجتماعية ، بل الأكثر من ذلك فإن الطبيب المعالج يمثل مصدراً للضغط المادي على المريض ، كذلك يتعد تأثير الطبيب المعالج علي جودة الحياة الدينية بالنسبة للمريض ، فالمعتقدات والممارسات الدينية لا يمكنها أن تكون عامل ربط بين المريض وطبيبه المعالج .

كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة ويمكن تفسير ذلك بأن النتائج السابقة أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية بين مساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين ثلاث أبعاد من أبعاد جودة الحياة من مجموع الأبعاد البالغة ست أبعاد ، كما ارتبطت مساندة الطبيب المعالج بباقي أبعاد المقياس بنسب ضعيفة تتراوح ما بين (20-27) ، فالفترة التي يقضيها المريض مع الطبيب المعالج لا تكفي للتأثير في الشعور بجودة الحياة .

(3) إختبار صحة الفرض الثالث:

أ- نص الفرض:

ينص الفرض الثالث على أنه " لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث في ادراك المساندة الاجتماعية " .

وقد افترضت الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من مرضى السكر في ادراك المساندة الاجتماعية المقدمة .

ب- عرض نتائج الفرض :

للتحقق من صحة هذا الفرض ، تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وفقاً للجنس (ذكور – إناث) ، وذلك وفقاً لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية ودرجته الكلية ، ويوضح الجدول (13) البيانات الوصفية للمراهقين من مرضى السكر (ذكور – إناث) ، وحساب اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين (ذكور – إناث) وذلك وفقاً لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية ودرجته الكلية ، ويوضح الجدول (14) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية .

جدول (13)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعينة من المراهقين مرضى السكر وفقاً للجنس

(ذكور – إناث) في متغير المساندة الاجتماعية

مصدر المساندة	أنواع المساندة الاجتماعية	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأسرة	المساندة النفسية	ذكور	40	28.30	3.32
		إناث	61	28.59	2.98
	المساندة المادية	ذكور	40	18.60	4.92
		إناث	61	19.97	3.47
	المساندة بالمعلومات	ذكور	40	25.58	5.95
		إناث	61	26.92	5.24
الدرجة الكلية للمصدر الأول للمساندة الأسرة	ذكور	40	72.48	12.36	
	إناث	61	75.48	9.65	
الأصدقاء	المساندة النفسية	ذكور	40	27.20	5.20
		إناث	61	29.50	4.20
	المساندة المادية	ذكور	40	13.65	4.29
		إناث	61	16.13	3.61
	المساندة بالمعلومات	ذكور	40	13.68	4.41
		إناث	61	15.50	3.35
الدرجة الكلية للمصدر الثاني للمساندة	ذكور	40	54.52	12.01	
	إناث	61	61.31	8.99	
المعلمون	الاصدقاء المساندة النفسية	ذكور	40	18.40	4.10
		إناث	61	18.79	4.19
	المساندة المادية	ذكور	40	10.78	3.30
		إناث	61	10.87	2.70
	المساندة بالمعلومات	ذكور	40	17.98	4.91

4.51	18.69	61	إناث		
9.94	47.15	40	ذكور	الدرجة الكلية للمصدر الثالث للمساندة	
9.66	48.34	61	إناث		
3.39	13.07	40	ذكور	المعلمون المساندة النفسية	الطبيب المعالج
3.56	13.18	61	إناث		
—	—	40	ذكور	المساندة المادية	
—	—	61	إناث		
24.65	24.65	40	ذكور	المساندة بالمعلومات	
23.63	23.64	61	إناث		
37.73	37.73	40	ذكور	الدرجة الكلية للمصدر الرابع للمساندة الطبيب المعالج	
36.82	36.82	61	إناث		
86.98	86.98	40	ذكور	الدرجة الكلية للمساندة النفسية	
90.06	90.06	61	إناث		
43.02	43.02	40	ذكور	الدرجة الكلية للمساندة المادية	
47.14	47.15	61	إناث		
81.87	81.87	40	ذكور	الدرجة الكلية للمساندة بالمعلومات	
84.74	84.73	61	إناث		
211.88	211.87	40	ذكور	الدرجة الكلية للمساندة	
221.95	221.95	61	إناث		

جدول (14)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الذكور والاثاث في ادراك المساندة الاجتماعية المقدمة

مصدر المساندة	أنواع المساندة الاجتماعية	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الأسرة	المساندة النفسية	99	-0.48	غير دال
	المساندة المادية	99	-1.64	غير دال
	المساندة بالمعلومات	99	-1.20	غير دال
الدرجة الكلية للمصدر الأول للمساندة الأسرة				
الأصدقاء	المساندة النفسية	99	-2.45	دال (.05)
	المساندة المادية	99	-3.23	دال (.01)
	المساندة بالمعلومات	99	-2.34	دال (.05)
الدرجة الكلية للمصدر الثاني للمساندة الأصدقاء				
المعلمون	المساندة النفسية	99	-0.45	غير دال
	المساندة المادية	99	-0.16	غير دال
	المساندة بالمعلومات	99	-0.75	غير دال
الدرجة الكلية للمصدر الثالث للمساندة المعلمون				
الطبيب المعالج	المساندة النفسية	99	-0.15	غير دال
	المساندة المادية	99	-	-
	المساندة بالمعلومات	99	0.93	غير دال
الدرجة الكلية للمصدر الرابع للمساندة الطبيب المعالج				
الدرجة الكلية للمساندة النفسية				
الدرجة الكلية للمساندة المادية				
الدرجة الكلية للمساندة بالمعلومات				
الدرجة الكلية للمساندة				

يتضح من الجدول السابق ما يلي :

1. عدم وجود تأثير دال إحصائياً للجنس (ذكور ، اناث) في ادراك المساندة الاجتماعية باختلاف أنواعها المقدمة من الأسرة ، المعلمين ، وكذلك الطبيب المعالج.
2. يوجد تأثير دال إحصائياً للجنس (ذكور ، اناث) في ادراك المساندة الاجتماعية باختلاف أنواعها المقدمة من الأصدقاء عند (.01) لصالح الإناث.

المساندة النفسية من الأصدقاء : يوجد تأثير دال إحصائياً للجنس (ذكور ، اناث) في ادراك المساندة النفسية من الأصدقاء عند (05). لصالح الإناث.

المساندة المادية من الأصدقاء : يوجد تأثير دال إحصائياً للجنس (ذكور ، اناث) في ادراك المساندة المادية من الأصدقاء عند (01). لصالح الإناث.

المساندة بالمعلومات من الأصدقاء : يوجد تأثير دال إحصائياً للجنس (ذكور ، اناث) في ادراك المساندة بالمعلومات من الأصدقاء عند (05). لصالح الإناث.

وهذه النتائج تحقق صحة الفرض جزئياً ، حيث لم يوجد تأثير دال إحصائياً للجنس (ذكور ، اناث) من مرضى السكر في ادراك المساندة الاجتماعية باختلاف أنواعها المقدمة من الأسرة ، المعلمين ، وكذلك الطبيب المعالج ، بينما وجد تأثير دال إحصائياً في ادراك المساندة الاجتماعية المقدمة من الأصدقاء لصالح الإناث .

ج- مناقشة نتائج الفرض :

أظهرت النتائج بشكل عام عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكر في ادراك المساندة الاجتماعية المقدمة باختلاف أنواعها ومن مصادرها المختلفة ، بينما وجد تأثير دال إحصائياً لصالح الإناث في ادراك المساندة الاجتماعية المقدمة من الأصدقاء وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض جزئياً ، واتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسات عديدة منها دراسة كولاروسي Colarossi (2000) التي أظهرت أن الذكور يدركون المساندة الاجتماعية من الآباء أكثر من الإناث ، بينما الإناث يدركن المساندة من الأصدقاء أكثر ، ولا يوجد فروق بين الجنسين في ادراك المساندة من الأمهات والعائلة الممتدة ، كما أظهرت نتائج دراسة لوبز وآخرون Lopez,et al (2000) وجود فروق بين الذكور والإناث في ادراك المساندة الاجتماعية من الوالدين ، المعلمين والأقران لصالح الإناث ، كما أظهرت نتائج دراسة كل من الشناوي عبد المنعم (1998) ، دراسة مالكوش Mallkoush (2000) ، في أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث من ادراك المساندة الاجتماعية بشكل عام .

(4) اختبار صحة الفرض الرابع:

أ- نص الفرض :

9- ينص الفرض الرابع على أنه " لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) في الشعور بجودة الحياة "

وقد افترضت الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكر في الشعور بجودة الحياة .

ب- عرض نتائج الفرض :

للتحقق من صحة هذا الفرض ، تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وفقاً للجنس (ذكور - إناث) ، وذلك وفقاً لأبعاد مقياس جودة الحياة ودرجته الكلية ، ويوضح الجدول (15) البيانات الوصفية للمراهقين من مرضى السكر (ذكور - إناث) ، وحساب اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين (ذكور - إناث) وذلك وفقاً لأبعاد مقياس جودة الحياة ودرجته الكلية ، ويوضح الجدول (16) قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية .

جدول (15)
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعينة من المراهقين مرضى السكر وفقا للجنس (ذكور
- إناث) في متغير جودة الحياة

م	أبعاد جودة الحياة	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	البعد الصحي	ذكور	40	36.18	6.84
		إناث	61	37.16	5.49
2	البعد المعرفي	ذكور	40	35.50	8.62
		إناث	61	36.26	7.56
3	البعد النفسي	ذكور	40	43.22	7.51
		إناث	61	46.09	6.56
4	البعد الاجتماعي	ذكور	40	37.40	8.02
		إناث	61	39.68	5.84
5	البعد المادي	ذكور	40	40.92	11.28
		إناث	61	43.65	8.28
6	البعد الديني	ذكور	40	32.80	5.19
		إناث	61	34.47	5.37
7	الدرجة الكلية	ذكور	40	226.02	42.43
		إناث	61	237.34	30.68

جدول (16)
دلالة الفروق بين الذكور والإناث في الشعور بجودة الحياة

م	أبعاد جودة الحياة	درجات الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
1	البعد الصحي	99	-.80	غير دال
2	البعد المعرفي	99	-.47	غير دال
3	البعد النفسي	99	-.203	دال (.05)
4	البعد الاجتماعي	99	-.155	غير دال
5	البعد المادي	99	-.132	غير دال
6	البعد الديني	99	-.156	غير دال
7	الدرجة الكلية	99	-.146	غير دال

يتضح من الجدول السابق

1. عدم وجود تأثير دال إحصائياً للجنس (ذكور ، اناث) من مرضى السكر فى ادراك جودة الحياة بشكل عام .
2. يوجد تأثير دال إحصائياً للجنس (ذكور ، اناث) فى ادراك جودة الحياة النفسية كأحد أبعاد جودة الحياة لصالح الإناث .

ج- مناقشة نتائج الفرض :

أظهرت النتائج بشكل عام عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكر فى الشعور بجودة الحياة بشكل عام ، بينما وجد تأثير دال إحصائياً لصالح الإناث فى ادراك جودة الحياة النفسية ، وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض جزئياً ، واتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة سامي هاشم (2001) التي تناولت جودة الحياة لدى المعوقين جسدياً والمسنين وطلاب الجامعة ، وأثبتت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث فى جودة الحياة ، واتفقت كذلك مع نتائج دراسة صلاح الدين العراقي ومصطفى رمضان (2005) حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب والطالبات على مقياس جودة الحياة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي الهادف لرفع جودة الحياة لديهم ، واتفقت كذلك مع نتائج دراسة هشام عبد الله (2008) التي تناولت جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية وأظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث فى بعض أبعاد جودة الحياة ومنها الصحة الجسمية ، أنشطة الحياة اليومية ، والصحة النفسية لصالح الذكور ، بينما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث فى أربعة أبعاد لجودة الحياة وهي : الرضا عن الحياة ، التفاعل الاجتماعي ، الحالة المادية ، السعادة .

بينما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة صفاء عجاة (2007) التي توصلت بشكل عام إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث فى الدرجة الكلية لجودة الحياة .

(5) إختبار صحة الفرض الخامس:

أ- نص الفرض :

ينص الفرض الخامس على أنه " تنبئ بعض أنواع المساندة الاجتماعية من بعض مصادر المساندة دون غيرها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر " .

وقد افترضت الباحثة وجود أنواع من المساندة الاجتماعية يقدمها بعض مصادر المساندة ، نستطيع من خلالها التنبؤ بجودة الحياة لمريض السكر .

ب- عرض نتائج الفرض :

للتحقق من صحة هذا الفرض ، قامت الباحثة باستخدام تحليل الانحدار متعدد الخطوات (Stepwise Regression) ، على اعتبار أن المساندة الاجتماعية متغيرات مستقلة وأبعاد جودة الحياة متغيرات تابعة ، كذلك تم حساب معادلة الانحدار المتعدد لتحديد مدى تنبؤ المساندة الاجتماعية بأبعاد جودة الحياة ودرجته الكلية لدى المراهقين مرضى السكر ، ويوضح الجدول (16) معاملات الارتباط المتعدد ونسبة مساهمة وقيمة بيتا وقيمة (ت) ودالاتها لأبعاد مقياس جودة الحياة ودرجته الكلية مع المساندة الاجتماعية المنبئة بها .

جدول (16) بعض أنواع المساعدة الاجتماعية المنبئة بأبعاد جودة الحياة

أبعاد جودة الحياة	أبعاد المساعدة الاجتماعية المنبئة	الارتباط المتعدد R	نسبة المساهمة R ²	قيمة بيتا B	قيمة ت	مستوى الدلالة
البعد الصحي	المساعدة بالمعلومات من قبل الأصدقاء	.47	.22	.37	4.2	0.01
	المساعدة النفسية من قبل الأسرة	.57	.32	.33	3.8	0.01
	الثابت العام = 9.87					
البعد المعرفي	المساعدة بالمعلومات من قبل الأسرة	0.68	0.46	0.57	6.77	0.01
	المساعدة بالمعلومات من قبل الأصدقاء	0.71	0.50	0.22	2.56	0.05
	الثابت العام = 7.89					
البعد النفسي	المساعدة النفسية من قبل الأسرة	0.58	0.33	0.40	4.62	0.01
	المساعدة بالمعلومات من قبل الأصدقاء	0.66	0.45	0.27	2.95	0.01
	المساعدة النفسية من قبل الأصدقاء	0.68	0.47	0.20	1.99	0.05
	الثابت العام = 3.9					
البعد الاجتماعي	المساعدة النفسية من قبل الأصدقاء	0.65	0.42	0.33	3.8	0.01
	المساعدة المادية من قبل الأسرة	0.75	0.56	0.23	2.8	0.01

0.01	2.97	0.24	0.58	0.76	المساندة النفسية من قبل الأسرة	
0.05	2.6	0.23	0.61	0.87	المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء	
الثابت العام = 2.72-						
0.01	6.1	0.53	0.38	0.62	المساندة المادية من قبل الأسرة	البعد المادي
0.01	3.3	0.27-	0.42	0.65	المساندة المادية من قبل المعلمون	
0.05	2.2	0.21	0.45	0.67	المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء	
20.70						
0.01	4.36	0.39	0.22	0.47	المساندة النفسية من قبل الأسرة	البعد الديني
0.01	2.71	0.25	0.28	0.52	المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء	
الثابت العام = 9.60						
0.01	3.07	0.30	0.39	0.63	المساندة المادية من قبل الأسرة	الدرجة الكلية لجودة الحياة
0.01	4.55	0.34	0.48	0.69	المساندة النفسية من قبل الأصدقاء	
0.01	3.30	0.31	0.53	0.72	المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة	
الثابت العام = 54.60						

ويتضح من الجدول السابق ما يلي :

1. بالنسبة للبعد المعرفي كأحد أبعاد جودة الحياة تنبئ كل من الدرجة الكلية للمساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 22% ، المساندة النفسية من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 32% للثاني ويمكن صياغة معادلة الانحدار المتعدد في الصورة التالية :

$$\text{البعد الصحي} = (0.37 \times \text{المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء}) + (0.33 \times \text{المساندة النفسية من قبل الأسرة}) + 9.87$$

2. بالنسبة للبعد المعرفي كأحد أبعاد جودة الحياة تنبئ كل من الدرجة الكلية للمساندة بالمعلومات من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 46% ، المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 50% للثاني ويمكن صياغة معادلة الانحدار المتعدد في الصورة التالية :

$$\text{البعد المعرفي} = (0.57 \times \text{المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة}) + (0.22 \times \text{المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء}) + 7.89$$

3. بالنسبة للبعد النفسي كأحد أبعاد جودة الحياة تنبئ كل من الدرجة الكلية للمساندة النفسية من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 33% ، المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 45% والمساندة النفسية من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 47% ويمكن صياغة معادلة الانحدار المتعدد في الصورة التالية :

$$\text{البعد النفسي} = (0.40 \times \text{المساندة النفسية من قبل الأسرة}) + (0.27 \times \text{المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء}) + 3.9$$

4. بالنسبة للبعد الاجتماعي كأحد أبعاد جودة الحياة تنبئ كل من الدرجة الكلية للمساندة النفسية من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 42% ، المساندة المادية من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 56% ، المساندة النفسية من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 58% ، والمساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 61% ، ويمكن صياغة معادلة الانحدار المتعدد في الصورة التالية :

$$\text{البعد الاجتماعي} = (0.33 \times \text{المساندة النفسية من قبل الأصدقاء}) + (0.23 \times \text{المساندة المادية من قبل الأسرة}) + (0.24 \times \text{المساندة النفسية من قبل الأسرة}) + (0.23 \times \text{المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء}) - 2.72$$

5. بالنسبة للبعد المادي كأحد أبعاد جودة الحياة تنبئ كل من الدرجة الكلية للمساندة المادية من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 38% ، المساندة المادية من قبل المعلمون بنسبة مساهمة 42% ، المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 45% ويمكن صياغة معادلة الانحدار المتعدد في الصورة التالية :

$$\text{البعد المادي} = (0.53 \times \text{المساندة المادية من قبل الأسرة}) + (0.27 \times \text{المساندة المادية من قبل المعلمون}) + (0.21 \times \text{المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء}) + 20.70$$

6. بالنسبة للبعد الديني كأحد أبعاد جودة الحياة تنبئ كل من الدرجة الكلية للمساندة النفسية من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 22% للمساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 28% ، ويمكن صياغة معادلة الانحدار المتعدد في الصورة التالية :

البعد الديني = (0.39 × المساندة النفسية من قبل الأسرة) + (0.25 × المساندة بالمعلومات من قبل الأصدقاء) + 9.60

7. بالنسبة للدرجة الكلية لجودة الحياة تنبئ كل من الدرجة الكلية للمساندة المادية من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 39% ، المساندة النفسية من قبل الأصدقاء بنسبة مساهمة 48% المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة بنسبة مساهمة 53% ويمكن صياغة معادلة الانحدار المتعدد في الصورة التالية :

الدرجة الكلية لجودة الحياة = (0.30 × المساندة المادية من قبل الأسرة) + (0.34 × المساندة النفسية من قبل الأصدقاء) + (0.31 × المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة) + 54.60

وهذه النتائج تحقق صحة الفرض الخامس الذي نص على " تنبئ بعض أنواع المساندة الاجتماعية من بعض مصادر المساندة دون غيرها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر "

ج- مناقشة نتائج الفرض :

أظهرت النتائج بشكل عام قدرة بعض أنواع المساندة الاجتماعية التي تقدم من بعض مصادر المساندة دون غيرها على التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها ، وتم التوصل لمجموعة من المعادلات التنبؤية التي توضح هذه العلاقة ، حيث تمثل أنواع المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض من بعض مصادر المساندة دون غيرها أهمية كبرى في شعور الفرد بجودة الحياة بشكل عام .

كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية لجودة الحياة أمكننا التنبؤ بها من خلال المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة فهي أكثر المنبئات لجودة الحياة ، فالمعلومات بالنسبة للمريض تحتل مكانة هامة في مدى شعوره بجودة الحياة ، والأسرة في هذه المرحلة مصدر الرعاية الأول فكل أسرة تهتم بمعرفة كل ما هو جديد عن حالة أبنائها ، أهم الفحوصات الدورية والحفاظ على مواعيد الحقن بالأنسولين والكمية الواجب إعطائها بالإضافة للأدوية المصاحبة ، كذلك تهتم بمعرفة النظم الغذائية التي يجب اتباعها داخل المنزل ، والأنشطة المسموح للمريض القيام بها ، كما تهتم بمعرفة الفرق بين غيبوبة انخفاض وارتفاع السكر ، أهم الاحتياطات الواجب اتباعها في المنزل عند حدوث الإصابات ، والحرص على تفادي حدوث المضاعفات في سن مبكرة ، فكلما زادت لديه المعلومات قلت المضاعفات الناجمة عن المرض وبالتالي شعر بجودة حياة أفضل .

كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية لجودة الحياة أمكننا التنبؤ بها من خلال المساندة النفسية من قبل الأصدقاء ، حيث أن جماعة الأقران ذات أهمية كبيرة للمراهق ، وذلك نتيجة لما تنتجه من حرية التعبير عن انفعالات الخوف والغضب ، ومشاعر الشك وبما تهينه من اطمئنان ينشأ عن وعى المراهق بأن الآخرين لديهم نفس المخاوف والشكوك والأمال ، وهذه الأمور قد لا يحققها داخل أسرته (ممدوحة سلامة ، 1991 : 145) ، وبالنسبة للمريض يحتاج دائماً للمساندات النفسية بعيداً عن الأسرة التي يشعر بأنه يمثل عبءاً عليها ، كما أن المساندة النفسية هي أكثر أنواع المساندة التي يمكن تلقاها من الأصدقاء في هذه المرحلة ، وتمثل كذلك أكثر أنواع المساندة التي يحتاجها المريض من قبل أصدقائه للشعور بقيمته داخل جماعته

المرجعية ، مع ملاحظة أن المساندة النفسية من قبل الأصدقاء تقوم بأكثر من دور ايجابي للشعور بجودة الحياة فهي تساعد في التخفيف عن النفس وإلقاء الهموم عن كاهل المريض ، كما تقلل من مشاعر الوحدة والعزلة التي تصيب بعض المرضى .

ويشير (مايكل أرجايل ، 1993 : 50 - 51) إلى أن من لهم عدد اكبر من الأصدقاء ، أو من يقضون وقتاً أطول بين أصدقائهم يميلون إلى أن يكونوا أكثر سعادة ، وأول ما يوفره الأصدقاء لبعضهم البعض هو التحسن الفوري للحالة المعنوية

و يعتقد أرسطو مقارنة لطيفة بين قيمتي العدل والصدقة فيشير إلى أنه متى أحب الناس بعضهم البعض لم تعد حاجة إلى العدل ، غير أنهم مهما عدلوا فإنهم لا غنى لهم عن الصداقة وأن أعدل ما وجد في الدنيا بلا جدال هو العدل الذي يستمد من العطف والمحبة (أسامة أبو سريع ، 1993 : 15) .

وترى الباحثة أن الصداقة والعلاقات الايجابية مع الآخرين يجب أن تتخذ كقيمة يؤمن الفرد بها ويسعى لتحقيقها ، فكل ما هو قائم على الحب والتعاون بين الأفراد يحقق السعادة والرضا عن الذات وعن الآخرين ، وبالتالي يؤثر بشكل مباشر على الشعور بجودة الحياة التي يعيشها الإنسان حتى مع الشعور بالآلام النفسية والجسدية .

كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن الدرجة الكلية لجودة الحياة أمكننا التنبؤ بها من خلال المساندة المادية من قبل الأسرة ، ويمكن تفسير ذلك من خلال طبيعة المرحلة التي تتناولها الدراسة بالبحث ، فالمراهق لم يستقل مادياً بعد عن أسرته ، فهي مصدر الأمن المادي له والتي يعتمد عليها بشكل أساسي ومباشر في تحقيق رغباته المادية ، ونظراً لما يمثله المرض من ضغط مادي فإن المساندة المادية هامة بالنسبة للمريض للوصول إلى جودة حياة أفضل .

تعليق على نتائج الدراسة السيكومترية :

الفرض الأول :

والذي ينص على أن " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوع المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لمريض السكر المراهق "

وقد أظهرت النتائج بشكل عام وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية المقدمة والدرجة الكلية لجودة الحياة ، بل تعدى ذلك ليصل إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين جميع أبعاد جودة الحياة .

الفرض الثاني :

والذي ينص على أن " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مصادر المساندة المقدمه وجودة الحياة لمريض السكر المراهق "

وقد أظهرت النتائج بشكل عام وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين جميع مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة ، بينما كانت العلاقة غير دالة بالنسبة لمساندة الطبيب المعالج كمصدر من مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة .

الفرض الثالث :

والذي ينص على أن " لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) في ادراك المساندة الاجتماعية "

وقد أظهرت النتائج بشكل عام عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكر فى ادراك المساندة الاجتماعية ، بينما وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكر فى ادراك المساندة من قبل الأصدقاء لصالح الإناث .

الفرض الرابع :

10- **والذي ينص على أن " لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور _ إناث) فى الشعور بجودة الحياة "**

وقد أظهرت النتائج بشكل عام عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكر فى الشعور بجودة الحياة بينما وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث من مرضى السكر فى الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث .

الفرض الخامس :

والذي ينص على أن " تنبئ بعض أنواع المساندة الاجتماعية من بعض مصادر المساندة دون غيرها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر "

أظهرت النتائج بشكل عام قدرة بعض أنواع المساندة الاجتماعية التي تقدم من بعض مصادر المساندة دون غيرها على التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها ، وكانت على الترتيب المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة يليها المساندة النفسية من قبل الأصدقاء يليها المساندة المادية من قبل الأسرة .

ثانياً :نتائج الدراسة الكلينيكية :

أ- نص الفرض :

ينص الفرض الكلينيكي على أنه " تختلف شخصية مريض السكر المراهق باختلاف جودة الحياة لديه " .

وقد افترضت الباحثة أن المراهقين من مرضى السكر المتمتعين بجودة حياة أعلى تختلف شخصياتهم عن من يشعرون بجودة حياة أقل طبقاً لأنواع وتعدد مصادر المساندة التي يتلقاها المريض .

ب- عرض نتائج الفرض :

للتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بدراسة أربع حالات طرفية مقسمة كالاتي :

(2) ذوى الدرجة الأعلى على مقياس جودة الحياة (1 ذكور ، 1 إناث) .

(2) ذوى الدرجة الأقل على مقياس جودة الحياة (1 ذكور ، 1 إناث) .

وقد اعتمدت الباحثة على الأدوات التالية :

- استمارة دراسة الحالة إعداد الباحثة .

- اختبار تفهم الموضوع T.A.T إعداد هنرى موراي .

وسوف تتبع الباحثة عدة خطوات في سرد ومناقشة وتفسير استجابات المفحوصين على اختبار T.A.T ، وذلك في الخطوات التالية :

1. عرض درجات المفحوصين تبعاً لمقياسي الدراسة السيكموترية وهي : درجات مقياس المساندة الاجتماعية ، درجات مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثة .

2. عرض ملخص لإستمارة لدراسة الحالة بهدف الحصول على بيانات عامة عن الحالة وعن نموها الاجتماعي ، ومعلومات عن الأسرة ، ووصف التاريخ المرضي للحالة .
3. عرض القصص التي قصها المفحوصون ، ثم تحليلها وذكر الدلالات المستمدة منها .
4. تعقيب عام على لوحات اختبار تفهم الموضوع T.A.T .
5. التشخيص الكلينيكي .

وذلك على النحو التالي :

الحالة الأولى : م. م

العمر الزمني : 19 عام .

الجنس : ذكر .

مستوى التعليم : الفرقة الأولى - كلية الهندسة .

أولاً : درجات الحالة على مقياس الدراسة :

1- درجة الحالة على مقياس المساندة الاجتماعية : 336 / 251

جدول (17)

يوضح درجات الحالة الأولى على مقياس المساندة الاجتماعية

الدرجة الكلية لأنواع المساندة	الطبيب المعالج	المعلمون	الأصدقاء	الأسرة	مصدر المساندة نوع المساندة
96	12	18	31	35	المساندة النفسية
56	—	10	18	28	المساندة المادية
95	24	20	21	30	المساندة بالمعلومات
36		48	74	93	الدرجة الكلية لمصادر المساندة

تفسير درجات الحالة على مقياس المساندة الاجتماعية :

بالنسبة لأنواع المساندة الاجتماعية المقدمة لمريض السكر المراهق :

1. **المساندة النفسية** : حصل (م. م) على 96 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 116 وهي درجة مرتفعة ، وتعبر هذه الدرجة عن المساندة النفسية التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين ، والطبيب المعالج " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة النفسية يتلقاها المريض من الأسرة يليها الأصدقاء بفارق ضئيل ، ثم تأتي المساندة النفسية من قبل المعلمون و الطبيب المعالج في درجة متأخرة .

2. **المساندة المادية** : حصل (م. م) على 56 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 92 ، وتعبر هذه الدرجة عن المساندة المادية التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين

" ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساعدة المادية تلقاها المريض من الأسرة يليها الأصدقاء والمعلمون في درجة متأخرة .

3. المساعدة بالمعلومات : حصل (م.م) على 95 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 128 ، وتعتبر هذه الدرجة عن المساعدة بالمعلومات التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين والطبيب المعالج " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساعدة بالمعلومات تلقاها المريض من الأسرة يليها الطبيب المعالج ثم الأصدقاء والمعلمون .

مما سبق يمكننا ملاحظة أن المساعدة النفسية تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 83% ، يليها المساعدة بالمعلومات بنسبة 74% ، ثم تأتي المساعدة المادية في المرتبة الأخيرة بنسبة 61%

بالنسبة لمصادر المساعدة الاجتماعية لمريض السكر المراهق :

1. الأسرة : حصل (م.م) على 93 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 97 .
 2. الأصدقاء : حصل (م.م) على 74 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 92 .
 3. المعلمون : حصل (م.م) على 48 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 96 .
 4. الطبيب المعالج : حصل (م.م) على 36 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 52 .
- مما سبق يمكننا ملاحظة أن الأسرة تعتبر مصدر المساعدة الأول بنسبة 96% ، يليها الأصدقاء بنسبة 80% ، ثم يأتي الطبيب المعالج بنسبة 69% ، وتقع المساعدة من قبل المعلمون في المرتبة الأخيرة بنسبة 50% .

2- درجة الحالة على مقياس جودة الحياة : 328 / 272 .

جدول (18)

يوضح درجات الحالة الأولى على مقياس جودة الحياة

المجموع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	البعد
328	الديني	المادي	الاجتماعي	النفسي	المعرفي	الصحي	
272	38	49	45	52	43	45	الدرجة

تفسير درجات الحالة على مقياس جودة الحياة:

1. البعد الصحي : حصل (م.م) على 45 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 56 .
 2. البعد المعرفي : حصل (م.م) على 43 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 56 .
 3. البعد النفسي : حصل (م.م) على 55 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 60 .
 4. البعد الاجتماعي : حصل (م.م) على 45 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 52 .
 5. البعد المادي : حصل (م.م) على 49 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 60 .
 6. البعد الديني : حصل (م.م) على 38 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 44 .
- مما سبق يمكننا ملاحظة أن هذه الحالة يتساوى عندها الشعور بجودة الحياة النفسية ، جودة الحياة الاجتماعية ، جودة الحياة الدينية بنسبة 87% ، يلي ذلك الشعور بجودة الحياة

المادية بنسبة 82% ، يلي ذلك الشعور بجودة الحياة الصحية بنسبة 80% ، ويأتي البعد المعرفي في النهاية بنسبة 76% .

ثانياً : دراسة الحالة :

- الأب " متوفي "

العمر الزمني عند الوفاة : 56 عام .

المستوى التعليمي : بكالوريوس زراعة .

المهنة قبل الوفاة : مدير عام .

الحالة الصحية قبل الوفاة : مريض بالقلب .

أهم الهوايات : قراءة القرآن الكريم ، قراءة الكتب الدينية .

الشخصية : طيب ، عصبى .

- الأم :

العمر الزمني: 49 عام .

المستوى التعليمي : بكالوريوس زراعة ، حاصلة على درجة الدكتوراة.

المهنة : باحثة في مركز البحوث الزراعية .

الحالة الصحية : جيدة .

أهم الهوايات : قراءة القرآن الكريم ، الصلاة .

الشخصية : طيبة جداً ، حازمة .

- ترتيب الحالة في الأسرة :

ترتيب (م) في الأسرة الأول ، في أسرة مكونة من فردين ، الأخ ذكر يبلغ 15 عاماً ، ولا يعاني من أية أمراض .

- مرحلة الطفولة :

يذكر (م) أن حمل والدته كان عادياً والولادة تمت بشكل طبيعي ، تمت التربية بطريقة متوازنة تميل للشدة أحياناً ، طريقة العقاب تمثلت في التجاهل والمقاطعة ، لا يستمر الشجار بين الأبوين طويلاً وينتهي عادة بالمصالحة ، حظيت الحالة بتفضيل الاب قبل الوفاة بينما يحظى الأخ بتفضيل الأم ، وبعد الإصابة بمرض السكر زاد اهتمام الأم بالحالة .

- العادات والاهتمامات الشخصية :

يذكر (م) أن أهم الهوايات تتمثل في السفر واللعب بالكرة .

- التاريخ الاجتماعي :

يذكر (م) أن له عدد كبير من الاصدقاء ، ولم تؤثر اصابته بمرض السكر على علاقاته بالآخرين .

- تعقيب على دراسة الحالة

بيدي (م) مشاعر الحب تجاه الأب والأم على حد سواء ، تشعر الحالة بالاستقرار النفسي والمادي داخل الأسرة ، يشعر (م) بان أسرته مترابطة ومتحابه ، لديه علاقات اجتماعية جيدة مع الأقارب والأصدقاء ، يظهر لديه الحفاظ على الشعائر الدينية ، لديه طموح علمي بأن

يصبح مهندساً ناجحاً ومشهوراً ، يتميز بشخصية هادئة وخجولة لحد ما فلم يبدي أى اهتمامات بالجنس الآخر .

ثالثاً : الدلالات المستمدة من اختبار تفهم الموضوع T.A.T :

البطاقة رقم 3 : BM

عنوان للصورة " رجل على الأرض "

وصف الصورة " رجل ملقى على الأرض يستند برأسه على أريكة وربما يكون هذا الرجل ميتاً أو ملقى على الأرض من شدة التعب والإرهاق وقد يكون حزيناً ومستند برأسه على الأريكة ويكي على نفسه " .

التفسير :

تعكس استجابة (م) الاحباط الناتج عن الحالة الصحية ويظهر ذلك في " ملقى على الأرض " ، " شدة التعب والإرهاق " ، " يبكي على نفسه " .

كما اوضحت الاستجابة قلق الموت كما يظهر في " الرجل ميتاً " كما تعكس الاستجابة مشاعر الحزن لوفاة الأب .

كما اوضحت الاستجابة ضعف المساندة بالمعلومات ، ضعف جودة الحياة المعرفية كما يظهر في عنوان الصورة " رجل على الأرض " فلم يحاول أحداً انقاذه لضعف المعلومات اللازمة في هذه الحالة .

البطاقة رقم 6 : BM

عنوان للصورة " غضب الأم "

وصف الصورة " أم غاضبة من ابنها لا تنتظر إليه والأبن حزين لشيء ما قد فعله وأدى إلى حزن الأم وهو حزين لغضبها وحزنها أو لإقترافه هذا الخطأ الذى أدى إلى حزن أمه وغضبها منه " .

التفسير :

تعكس استجابة (م) شدة التعلق بالأم ومراعاة عدم محاوله إغضاها ويظهر ذلك في " وهو حزين لغضبها وحزنها " .

كما اوضحت الاستجابة ادراك (م) لطريقة عقاب الأم واتضح ذلك في " لا تنتظر إليه " كما اوضحت الاستجابة بعض مشاعر الذنب لدى (م) كما اتضح في " والأبن حزين لشيء ما قد فعله " و " لإقترافه هذا الخطأ " .

البطاقة رقم 7 : BM

عنوان للصورة " الرجلان "

وصف الصورة " رجلان يفكران تفكيراً عميقاً في شيء ما فقد يكونا من الأبطال أثناء الاحتلال ويفكران في مصير أمتهم أو من الزعماء ويفكران في مصير شعبهم وقد يكونا رجلان عاديان كل منهما يفكر في أسرته " .

التفسير :

تعكس استجابة (م) مدى طموحه ورغبته في النجاح والشهرة ويتضح ذلك في تعبيره بـ " الأبطال " ، " الزعماء " .

كما اوضحت الاستجابة قدرة الحالة على الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية ويظهر ذلك في عنوان للصورة " الرجال " ولم يفصح عن العلاقة بينهما .

كما اوضحت الاستجابة شعور (م) بقلق المستقبل كما يظهر في " يفكران في مصير أمتهم " ، " يفكران في مصير شعبهم " ، " يفكر في أسرته " ، فالحالة هنا تمثل عائل الأسرة المنتظر فهو الأخ الأكبر والأب متوفي .

البطاقة رقم 12 : M

عنوان للصورة " الأبوة "

وصف الصورة " أرى أمامي أباً وأبنة أمامه على السرير ميتاً والأب حزين على فراق ابنه ، أو قد يكون الأب نائماً ويذهب الأب ليطمئن عليه ويرعاه وهو ما يبين حنان هذا الأب تجاه ابنه "

التفسير :

تعكس استجابة (م) الصورة الايجابية للأب الحنون الذي يقوم برعاية أبنائه ويظهر ذلك في عنوان الصورة " الأبوة " كما يظهر في " حنان هذا الأب " ، كما تعكس الجو الاسري العام القائم على تقديم المساندة النفسية للأبن الملقى على السرير ويظهر ذلك في " يطمئن عليه ويرعاه "

كما أظهرت الاستجابة مشاعر القلق والتوتر بسبب الحالة المرضية ويظهر ذلك في " وأبنة ميتاً "

كما أظهرت الاستجابة مشاعر الحزن على فراق الأب في إسقاطة بأن " الأب حزين على فراق ابنه " حيث أن الأب متوفي وكانت الحالة تحظى بإهتمام وتفصيل الأب قبل الوفاة .

البطاقة رقم 13 : MF

عنوان للصورة " آلام الفراق "

وصف الصورة " رجل (زوج) يبكي لفراق لموت زوجته ويتوجع من آلام الفراق وبعدها عنه ويمسح دموعه وأحزانه ولكنه لا يستطيع أن يخفيها أو يحبس دموعه داخله "

التفسير :

تعكس استجابة (م) مشاعر الوفاء والأخلاص التي ظهرت في " يبكي لموت زوجته " ، " يتوجع من آلام " ، " يمسح دموعه وأحزانه " .

كما تعكس الاستجابة مشاعر الحزن لموت والده كما اتضح في عنوان الصورة " آلام الفراق " ، " لا يستطيع أن يحبس دموعه داخله "

كما تعكس الاستجابة قلق الموت والتأكيد على فكرة الموت بدلاً من الفراق لأي سبباً آخر .

رابعاً : تعقيب عام على اختبار تفهم الموضوع :

أ- أنواع المساندة الاجتماعية :

- **المساندة النفسية** : تظهر في الصورة الايجابية للأب الحنون الذي يقوم برعاية أبنائه (القصة 12) ، كما تظهر في مشاعر الوفاء والأخلاص (القصة 13) ، وظهرت في عدم الرغبة في إغضاب الأم فهي مصدر المساندة الأول بعد وفاة الأب (القصة 6) .

- **المساندة المادية** : تبدو ضعيفة فظهرت رغبات الحالة في الاعتماد على النفس وتحقيق الطوح في النجاح والشهرة (القصة 7) .

- **المساندة بالمعلومات** : تبدو ضعيفة فظهرت في عدم توافر المساندة اللازمة عند إلقاء الرجل على الأرض (القصة 3) .

ب- مصادر المساندة الاجتماعية :

يظهر دور الأسرة بوضوح في استجابات الحالة (قصة 6 ، 12 ، 13) ، وتم إغفال دور كل من الأصدقاء ، المعلمون ، والطبيب المعالج .

ج- الشعور بجودة الحياة :

- **البعد الصحي** : يظهر تأثير الإصابة بالمرض بوضوح في استجابات الحالة (قصة 3 ، 12 ، 13) .

- **البعد النفسي** : تظهر استجابات الحالة رغبة في الاعتماد على النفس والاستقلالية (قصة 7) ، كما ظهرت مشاعر الحزن (قصة 12 ، 13) ، مشاعر الإحباط (قصة 3) ، كذلك ظهرت مشاعر القلق والتأكيد على فكرة الموت (قصة 3 ، 7 ، 12 ، 13) .

- **البعد الاجتماعي** : ظهرت مشاعر الوفاء والإخلاص للآخر (قصة 13) .

- **البعد المادي** : تظهر الحالة طموحاً مادياً ورغبة في تحقيق النجاح والشهرة (قصة 7) .

خامساً : التشخيص :

1- الأسرة : هي مصدر المساندة الأول وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد الأسرة تحتل المكانة الأولى في تقديم كل أنواع المساندة الاجتماعية بنسبة 96% ، يليها الأصدقاء بنسبة 80% ، ثم يأتي الطبيب المعالج بنسبة 69% ، وتقع المساندة من قبل المعلمون في المرتبة الأخيرة بنسبة 50% .

2- الحالة الصحية : يعاني (م) من عدم الاستقرار الصحي وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته الصحية تحتل المكانة قبل الأخيرة بالنسبة لشعوره بجودة الحياة عامة .

3- قلق الموت ، مشاعر الحزن : يعاني (م) قلق شديد من فكرة الموت وتسيطر عليه مشاعر الحزن ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد السبب يعود إلى فقدان الأب بالإضافة لعدم استقرار الحالة الصحية .

4- الحياة الاجتماعية : يظهر (م) صورة ايجابية لكل من الأب والأم ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد أنه يشعر بأن أسرته مترابطة ومتحابه ، كما لم تؤثر إصابته بمرض السكر على علاقاته بالآخرين ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن المساندة النفسية تأتي في المرتبة الأولى من الأسرة يليها الأصدقاء بفارق ضئيل ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته النفسية تتساوى مع جودة حياته الاجتماعية وكلاهما في المرتبة الأولى بنسبة 87% .

5- المعلومات المتاحة : تعاني الحالة من قلة المعلومات المتاحة فلم يظهر الجانب المعرفي في استجابات الحالة بوضوح ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن المساندة بالمعلومات تأتي في المرتبة الثانية بعد المساندة النفسية بنسبة 74% ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته المعرفية تأتي في المرتبة الأخيرة بنسبة 76% .

6- الطموح المادي والعلمي : تظهر الحالة طموحاً علمياً ورغبة في النجاح والشهرة ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد إصراراً أثناء مرحلة الطفولة على أن يصبح مهندساً وبالفعل التحق بكلية الهندسة ، فالحالة لديها إصرار واضح على تحقيق الذات ، الاعتماد

على النفس وتحمل مسئولية الأسرة بعد وفاة الأب ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد الحالة تتمتع بمستوى معيشة مرتفع لذلك نلاحظ على مقياس جودة الحياة أن جودة حياته المادية تأتي في المرتبة الثانية بنسبة 82%.

6- الناحية الدينية : لم يظهر بوضوح في استجابات الحالة لكن بالرجوع إلى دراسة الحالة نجد أن أهم هوايات الأب والأم هي قراءة القرآن الكريم ، قراءة الكتب الدينية ، كما أن الحالة تظهر اهتماماً بالحفاظ على الشعائر الدينية وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته الدينية تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 87% .

الحالة الثانية : ل . أ .

العمر الزمني : 21 عام .

الجنس : أنثى .

مستوى التعليم : ليسانس آداب .

أولاً : درجات الحالة على مقياس الدراسة :

1- درجة الحالة على مقياس المساندة الاجتماعية : 336 / 212

جدول (19)

يوضح درجات الحالة الثانية على مقياس المساندة الاجتماعية

الدرجة الكلية لأنواع المساندة	الطبيب المعالج	المعلمون	الأصدقاء	الأسرة	مصدر المساندة نوع المساندة
116/89	12	18	28	31	المساندة النفسية
92/46	—	12	13	21	المساندة المادية
128/77	13	20	17	27	المساندة بالمعلومات
52/25		96/50	92/58	96/79	الدرجة الكلية لمصادر المساندة
		212			الدرجة الكلية للمقياس

تفسير درجات الحالة على مقياس المساندة الاجتماعية :

بالنسبة لأنواع المساندة الاجتماعية المقدمة لمريض السكر المراهق :

1- **المساندة النفسية :** حصلت (ل . أ) على 89 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 116 وهي درجة مرتفعة ، وتعتبر هذه الدرجة عن المساندة النفسية التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين ، والطبيب المعالج " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة النفسية تلقتها المريضة من الأسرة يليها الأصدقاء بفارق ضئيل ، ثم تأتي المساندة النفسية من قبل المعلمون و الطبيب المعالج في درجة متأخرة .

2- **المساندة المادية :** حصلت (ل.أ) على 46 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 92 ، وتعتبر هذه الدرجة عن المساندة المادية التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة المادية تلقتها المريضة من الأسرة يليها الأصدقاء ثم المعلمون بفارق ضئيل .

3- **المساندة بالمعلومات :** حصلت (ل.أ) على 77 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 128 ، وتعتبر هذه الدرجة عن المساندة بالمعلومات التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين والطبيب المعالج " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة بالمعلومات تلقتها المريضة من الأسرة يليها الطبيب المعالج ثم المعلمون ، ويأتي الأصدقاء في المرتبة الأخيرة.

مما سبق يمكننا ملاحظة أن المساندة النفسية تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 76% ، يليها المساندة بالمعلومات بنسبة 60% ، ثم تأتي المساندة المادية في المرتبة الأخيرة بنسبة 50%

بالنسبة لمصادر المساندة الاجتماعية لمريض السكر المراهق :

1- **الأسرة :** حصلت (ل.أ) على 79 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 96 .

2- **الأصدقاء :** حصلت (ل.أ) على 58 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 92 .

3- **المعلمون :** حصلت (ل.أ) على 50 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 96 .

4- **الطبيب المعالج :** حصلت (ل.أ) على 25 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 52 .

مما سبق يمكننا ملاحظة أن الأسرة تعتبر مصدر المساندة الأول بنسبة 82% ، يليها الأصدقاء بنسبة 63% ، ثم يأتي المعلمون بنسبة 52% ، وتقع المساندة من قبل الطبيب المعالج في المرتبة الأخيرة بنسبة 48%.

2 - درجة الحالة على مقياس جودة الحياة : 328 / 263 .

جدول (20)

يوضح درجات الحالة الثانية على مقياس جودة الحياة

المجموع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	البعد
328	الديني	المادي	الاجتماعي	النفسي	المعرفي	الصحي	
263	42	44	43	52	41	41	الدرجة

تفسير درجات الحالة على مقياس جودة الحياة:

1. **البعد الصحي :** حصلت (ل.أ) على 41 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 56 .

2. **البعد المعرفي :** حصلت (ل.أ) على 41 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 56 .

3. **البعد النفسي :** حصلت (ل.أ) على 52 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 60 .

4. البعد الاجتماعي: حصلت (ل.أ.) على 43 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 52 .
5. البعد المادي : حصلت (ل.أ.) على 44 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 60 .
6. البعد الديني : حصلت (ل.أ.) على 42 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 44 .

مما سبق يمكننا ملاحظة أن هذه الحالة تشعر بجودة الحياة الدينية بنسبة 95% ، يلي ذلك الشعور بجودة الحياة النفسية بنسبة 87% ، ثم تأتي جودة الحياة الاجتماعية بنسبة 83% ، ويتساوى عندها الشعور بجودة الحياة الصحية ، جودة الحياة المعرفية ، جودة الحياة المادية بنسبة 73% .

ثانياً : دراسة الحالة :

- الأب " متوفي "

- العمر الزمني عند الوفاة : 56 عام .
- المستوى التعليمي : بكالوريوس تجارة .
- المهنة قبل الوفاة : محاسب .
- الحالة الصحية قبل الوفاة : جيدة .
- الشخصية : طيب ، حازم .

- الأم :

- العمر الزمني: 50 عام .
- المستوى التعليمي : بكالوريوس تربية .
- المهنة : مدرسة .
- الحالة الصحية : تعاني من انزلاق غضروفي .
- الشخصية : طيبة جداً ، متساهلة .

- ترتيب الحالة في الأسرة :

ترتيب (ل) في الأسرة الثانية ، في أسرة مكونة من ستة أفراد ، ثلاثة من الذكور ، وثلاثة من الإناث ، ولا يعاني أحدهم من أية أمراض .

- مرحلة الطفولة :

تذكر (ل) أن حمل والدتها كان عادياً والولادة تمت بشكل طبيعي ، تمت التربية بطريقة متوازنة ، مزيج من الشدة واللين والالتزام ، لم تتذكر (ل) أن الوالدان تشاجرا في حياتهما ، لم يحظي احد من الأخوات على تفضيل الأب أو الام .

- العادات والاهتمامات الشخصية :

تذكر (ل) أن أهم الهوايات تتمثل في السفر.

- التاريخ الاجتماعي :

تذكر (ل) أن لها عدد كبير من الاصدقاء ، ولم تؤثر اصابتها بمرض السكر على علاقاتها بزوجها أو أبنائها .

- تعقيب على دراسة الحالة :

تبدي (ل) مشاعر الحب تجاه الأب والأم على حد سواء ، تشعر الحالة بالاستقرار النفسي والمادي داخل الأسرة ، تشعر (ل) بان اسرتها مترابطة ومتحابه وتشعر بسعادة بين أفراد أسرتها ، لديها علاقات اجتماعية جيدة مع الأقارب والأصدقاء ، يظهر لديها الحفاظ على الشعائر الدينية ، تتميز بشخصية هادئة واجتماعية لحد ما .

ثالثاً : الدلالات المستمدة من اختبار تفهم الموضوع T.A.T

البطاقة رقم 3 : FG

عنوان للصورة " ألم وشجن ودموع "

وصف الصورة " هذه صورة ربما تكون لإمرأة اعتصرها الحزن ربما جراء ألم أو مشكلة ملكت عليها كل نفسها ، فإخرطت في بكاء مرير ، ربما تكون مشكلة اجتماعية في محيط الأسرة أو مشكلة خاصة بها أو موقف صعب تعرضت له "

التفسير :

تعكس استجابة (ل) مشاعر الحزن والأسى كما اتضح في اختيار العنوان " ألم وشجن ودموع " ، " اعتصرها الحزن " ، " بكاء مرير " ، " موقف صعب " .

كما تعكس الاستجابة أسباب الشعور بالحزن والتي ظهرت في " مشكلة اجتماعية " ، " مشكلة خاصة " .

كما تعكس الاستجابة تأثير الحالة الصحية والتي ظهرت في " اعتصرها الحزن ربما جراء ألم "

البطاقة رقم 7 : FG

عنوان للصورة " أمومه "

وصف الصورة " أم وأبنتها تتجاذبان حديثاً ممتعاً يتضح ذلك من تركيز الأبنه فيما يدور من حديث حولها ، وأرجح أن تكون هذه الأم تحكي وتقرأ قصة شيقة لأبنتها "

التفسير :

تعكس استجابة (ل) العلاقة الايجابية بين الام وأبنائها كما اتضح في اختيار العنوان " أمومه " ، " تتجاذبان حديثاً ممتعاً " ، " تقرأ قصة شيقة " .

كما تعكس الاستجابة المستوى الثقافي داخل الأسرة كما اتضح في " تحكي وتقرأ قصة " .

كما تعكس الاستجابة مشاعر الحب والاحترام تجاه الأم كما اتضح في " تركيز الأبنه "

البطاقة رقم 8 : FG

عنوان للصورة " تفكير عميق "

وصف الصورة " تواجه هذه السيدة مشكلة ربما تكون حزينة وتبحث عن حل لها بمفردها دون مساعدة الغير ، تجلس بمفردها ربما تكون منعزلة عن المجتمع من حولها ، تفكيرها المتأمل يدل على عظمة ما تواجهه "

التفسير :

تعكس استجابة (ل) مشاعر الوحدة النفسية والتي ظهرت في " تبحث عن حل لها بمفردها " ، " تجلس بمفردها " ، " منعزلة عن المجتمع " .

كما تعكس مشاعر الحاجة للمساندة من الغير والتي ظهرت في " حزينة " ، " دون مساعدة الغير " .

كما تعكس مشاعر الإحباط نتيجة صعوبة الموقف الذي تعاني منه وعدم وجود بدائل لحل المشكلة والتي ظهرت في عنوان الصورة " تفكير عميق " ، " تفكيرها المتأمل " ، " عظمة ما تواجهه " .

البطاقة رقم 12 : F

عنوان للصورة " ست الحبايب "

وصف الصورة " صورة معبرة عن مدى حنان الام بأولادها ، فهي صورة تجمع الحب والحنان مع العرفان بالجميل ، وربما تكون الفتاة صغيرة على مشكلة واجهتها فلجأت للملاذ وينبوع الحنان لتعينها على إيجاد حل لما يؤرقها أو يؤلمها "

التفسير :

تعكس استجابة (ل) الصورة الايجابية للأم والتي ظهرت في عنوان الصورة " ست الحبايب " ، " حنان الام بأولادها " ، " الحب والحنان مع العرفان بالجميل " ، " لجأت للملاذ وينبوع الحنان "

كما تعكس الاستجابة بعض مشاعر المعاناة والتي اتضحت في " مشكلة واجهتها " ، " ما يؤرقها " ، " يؤلمها " .

البطاقة رقم 18 : FG

عنوان للصورة " إنتقام "

وصف الصورة " يبدو أن هذه السيدة تعاني مشكلة مع إبنتها وعلى الأرجح أن تكون مشكلة شرف ، هذه المشكلة والتي أرجح أن تكون مشكلة أخلاقية كانت سبباً في إختيار المكان الموجودتين فيه حيث يدل على ذلك وضع السلم نفسه ، فربما يكون بدروم أو مدخل المنزل ، هذا يدل على عنصر المفاجأة بالنسبة للأم تجاه الأبنه "

التفسير :

تعكس استجابة (ل) أسلوب تربية الأبناء والقائم على الإلتزام والخوف الشديد على الإبناء، والتي اتضحت في " عنصر المفاجأة بالنسبة للأم "

كما تعكس الاستجابة مصادر الشعور بالذنب المرتبط بالسلوكيات الأخلاقية والتي اتضحت في " مشكلة شرف " ، " مشكلة أخلاقية "

البطاقة رقم 13 : MF

عنوان للصورة " مفاجأة وإثارة "

وصف الصورة " هذه الصورة تدل على عدة احتمالات :

الأول : ربما حدثت مفاجأة لهذا الشاب إذ شاهد أمه أو اخته في وضع غير لائق .

الثاني : ربما فوجئ بهذه المرأة متوفاة .

الثالث : ربما تكون هذه السيدة أو الفتاة حبيبته وتصرف معها بما يخزيه ويحزنه "

التفسير :

تعكس استجابة (ل) مشاعر الإحساس بالذنب كما اتضح في " وضع غير لائق " ، " تصرف معها بما يخزيه "

كما تعكس الاستجابة قلق الموت كما اتضح في " المرأة متوفاة "

رابعاً : تعقيب عام على اختبار تفهم الموضوع :

أ- أنواع المساندة الاجتماعية :

- **المساندة النفسية** : تظهر في الصورة الايجابية للأم ، العلاقة الايجابية بين الأم وأبنائها القائمة على الحب المتبادل (القصة 7 ، 12) ، كما تظهر في الاهتمام الشديد بالأبناء ، العرفان بالجميل (القصة 12) .

- **المساندة بالمعلومات** : ظهرت في الحرص على قراءة الكتب للأبناء (القصة 7) .

ب- مصادر المساندة الاجتماعية :

يظهر دور الأسرة بوضوح في استجابات الحالة (قصة 7 ، 12 ، 18) ، وتم إغفال دور كل من الأصدقاء ، المعلمون ، والطبيب المعالج .

ج- الشعور بجودة الحياة :

- **البعد الصحي** : يظهر تأثير الإصابة بالمرض بوضوح في استجابات الحالة (قصة 3 ، 12 ، 13) .

- **البعد النفسي** : تظهر استجابات الحالة المشاعر الإيجابية تجاه الأم (قصة 7 ، 12) ، كما ظهرت مشاعر الحزن والأسى (قصة 3) ، مشاعر الإحباط والوحدة النفسية (قصة 8) ، كذلك ظهرت مشاعر القلق والتأكيد على فكرة الموت (قصة 13) ، الشعور بالذنب (قصة 13 ، 18) .

- **البعد الاجتماعي** : ظهرت الحاجة للمساندة الاجتماعية (قصة 8) ، كما ظهرت المعاناة من المشكلات الاجتماعية (قصة 18) ، كما ظهرت مشاعر الإهتمام بالأبناء واسلوب التربية القائم على الالتزام .

البعد المعرفي : تظهر الحالة اهتماماً بالقراءة (قصة 7) .

خامساً : التشخيص الكلينيكي :

1- الأسرة : هي مصدر المساندة الأول ، فظهرت مشاعر الحب والرعاية والعرفان بالجميل تجاه الأسرة وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد الأسرة تحتل المكانة الأولى في تقديم كل أنواع المساندة الاجتماعية بنسبة 82% ، يليها الأصدقاء بنسبة 63% ، ثم يأتي المعلمون بنسبة 52% ، وتقع المساندة من قبل الطبيب المعالج في المرتبة الأخيرة بنسبة 48% .

2- الحالة الصحية : تعاني (ل) من عدم الاستقرار الصحي وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياتها الصحية تحتل المكانة الأخيرة بالتساوي مع كل من جودة الحياة المعرفية والمادية بنسبة 73% .

3- قلق الموت ، مشاعر الحزن ، الإحباط : تعاني (ل) قلق شديد من فكرة الموت وتسيطر عليها بعض مشاعر الحزن والوحدة النفسية ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد السبب يعود إلى فقدان الأب بالإضافة لعدم استقرار الحالة الصحية ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياتها النفسية تأتي في المرتبة الثانية .

4- الحياة الاجتماعية : تظهر (ل) صورة ايجابية للأم مع العرفان بالجميل تجاه الأسرة ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد أن الحالة تشعر بان اسرتها مترابطة وتشعر بسعادة بين أفراد أسرتها ، كما أن لديها علاقات اجتماعية جيدة مع الأقارب والأصدقاء ، ولم تؤثر

اصابتها بمرض السكر على علاقاتها بالزوج ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن المساندة النفسية تأتي في المرتبة الأولى من الأسرة يليها الأصدقاء بفارق ضئيل ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياتها الاجتماعية تأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 83 % .

5- المعلومات المتاحة : تعاني الحالة من قلة المعلومات المتاحة فلم يظهر الجانب المعرفي في استجابات الحالة بوضوح ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن المساندة بالمعلومات تأتي في المرتبة الثانية بعد المساندة النفسية بنسبة 74% وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته المعرفية تأتي في المرتبة الأخيرة بنسبة 76 % .

- الناحية الدينية : تظهر الحالة بعض مشاعر الذنب بالإضافة إلى التأكيد على اسلوب التربية القائم على الالتزام الأخلاقي ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد أن اسلوب التربية كان مزيجاً من الشدة واللين والالتزام ، كما أن حاله تظهر اهتماماً بالحفاظ على الشعائر الدينية وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياتها الدينية تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 95% .

الحالة الثالثة : (م . أ)

العمر الزمني : 16 عام .

الجنس : ذكر .

مستوى التعليم : ثانوي عام .

أولاً درجات الحالة على مقياس الدراسة :

1- درجة الحالة على مقياس المساندة الاجتماعية : 336 / 176

جدول (21)

يوضح درجات الحالة الثالثة على مقياس المساندة الاجتماعية

الدرجة الكلية لأنواع المساندة	الطبيب المعالج	المعلمون	الأصدقاء	الأسرة	مصدر المساندة نوع المساندة
116/62	13	10	11	28	المساندة النفسية
92/36	—	9	7	20	المساندة المادية
128/78	23	12	11	32	المساندة بالمعلومات
52/36		96/31	92/29	96/80	الدرجة الكلية لمصادر المساندة
		176			الدرجة الكلية للمقياس

تفسير درجات الحالة على مقياس المساندة الاجتماعية :

بالنسبة لأنواع المساندة الاجتماعية المقدمة لمريض السكر المراهق :

1. **المساندة النفسية :** حصل (م) على 62 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 116 وهي درجة مرتفعة ، وتعتبر هذه الدرجة عن المساندة النفسية التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين ، والطبيب المعالج " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة النفسية تلقاها المريض من الأسرة يليها الأصدقاء بفارق ضئيل ، ثم تأتي المساندة النفسية من قبل المعلمون و الطبيب المعالج في درجة متأخرة .
 2. **المساندة المادية :** حصل (م) على 36 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 92 ، وتعتبر هذه الدرجة عن المساندة المادية التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة المادية تلقاها المريض من الأسرة يليها الأصدقاء والمعلمون في درجة متأخرة .
 3. **المساندة بالمعلومات :** حصل (م) على 78 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 128 وهي درجة منخفضة ، وتعتبر هذه الدرجة عن المساندة بالمعلومات التي يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين والطبيب المعالج " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة بالمعلومات تلقتها المريضة من الأسرة يليها الطبيب المعالج ثم المعلمون ، ويأتي الأصدقاء في المرتبة الأخيرة .
- مما سبق يمكننا ملاحظة أن المساندة بالمعلومات تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 60% يليها المساندة النفسية بنسبة 53% ، ثم تأتي المساندة المادية في المرتبة الأخيرة بنسبة 39% . بالنسبة لمصادر المساندة الاجتماعية لمريض السكر المراهق :
1. **الأسرة :** حصل (م) على 80 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 96 .
 2. **الأصدقاء :** حصل (م) على 29 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 92 .
 3. **المعلمون :** حصل (م) على 31 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 96 .
 4. **الطبيب المعالج :** حصل (م) على 36 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 52 .

مما سبق يمكننا ملاحظة أن الأسرة تعتبر مصدر المساندة الأول بنسبة 83% ، يليها الطبيب المعالج بنسبة 69% ، ثم يأتي المعلمون بنسبة 32% ، وتقع المساندة من قبل في الأصدقاء المرتبة الأخيرة بنسبة 31% .

2-درجة الحالة على مقياس جودة الحياة : / 328 .

جدول (22)

يوضح درجات الحالة الثالثة على مقياس جودة الحياة

المجموع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	البعد
328	الديني	المادي	الاجتماعي	النفسي	المعرفي	الصحي	
182	32	31	21	31	34	33	الدرجة

تفسير درجات الحالة على مقياس جودة الحياة:

1. **البعد الصحي :** حصل (م) على 33 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 56 .
2. **البعد المعرفي :** حصل (م) على 34 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 56 .
3. **البعد النفسي :** حصل (م) على 31 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 60 .
4. **البعد الاجتماعي :** حصل (م) على 21 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 52 .
5. **البعد المادي :** حصل (م) على 31 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 60 .

6. البعد الديني : حصل (م) على 32 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 44 .

مما سبق يمكننا ملاحظة أن هذه الحالة تشعر بجودة الحياة الدينية بنسبة 72%، ويتساوى عنده الشعور بجودة الحياة الصحية ، جودة الحياة المعرفية بنسبة 60%، يلي ذلك بالتساوي الشعور بجودة الحياة النفسية وجودة الحياة المادية بنسبة 51% ، ويأتي في المرتبة الأخيرة جودة الحياة الاجتماعية بنسبة 40% .

ثانياً : دراسة الحالة :

- الأب " متوفي "

العمر الزمني عند الوفاة : 60 عام .

المستوى التعليمي : بكالوريوس تربية .

المهنة قبل الوفاة : وكيل مدرسة .

الحالة الصحية قبل الوفاة : مريض بالسكر .

أهم الهوايات : القراءة .

الشخصية : حازم ، عصبي .

- الأم :

العمر الزمني : 53 عام .

المستوى التعليمي : ليسانس آداب .

المهنة : أخصائية مكتبات .

الحالة الصحية : جيدة .

أهم الهوايات : القراءة .

الشخصية : طيبة ، حازمة .

- ترتيب الحالة في الأسرة :

ترتيب (م) في الأسرة قبل الأخير ، في أسرة مكونة من أربعة أفراد ، إثنين من الإناث ، اثنين من الذكور ، ولا يعاني أحدهم من أية أمراض .

- مرحلة الطفولة :

يذكر (م) أن حمل والدته كان عادياً والولادة تمت بشكل متعثر ، تمت التربية بطريقة حازمة وتميل للشدة .

- العادات والاهتمامات الشخصية :

يذكر (م) أن أهم الهوايات تتمثل في القراءة .

- التاريخ الاجتماعي :

يذكر (م) أن له عدد محدود من الاصدقاء .

- تعقيب على دراسة الحالة

بيدي (م) مشاعر الحب تجاه الأب والأم على حد سواء ، تشعر الحالة بالاستقرار النفسي والمادي داخل الأسرة ، يشعر (م) بان أسرته مترابطة ، لديه علاقات اجتماعية محدودة مع الأقارب والأصدقاء ، ويفضل البقاء وحيداً ، يظهر لديه الحفاظ على الشعائر الدينية ، لديه طموح علمي بأن يصبح طبيباً ، يتميز بشخصية هادئة وخجولة لحد كبير .

ثالثاً : الدلالات المستمدة من اختبار تفهم الموضوع T.A.T :

البطاقة رقم 3 : BM

عنوان للصورة " أحمال ثقيلة"

وصف الصورة " أرى شاباً ملقى على الأريكة من التعب ، ومن هول ما يشعر به من الألم ، يحاول أن ينادي على أحد لكن يبدو أنه لا يوجد أحد في المنزل فحاول أن يستريح على الأريكة لحين إنقازة " .

التفسير :

تعكس استجابة (م) مشاعر الاحباط نتيجة الحالة الصحية كما اتضح في " التعب " ، " الألم " ، كما ظهرت في عنوان الصورة " أحمال ثقيلة" .

كما اوضحت الاستجابة الحاجة للمساندة كما اتضح في " ينادي على أحد" وتعكس كذلك نقص المساندة الذي ظهر في "لا يوجد أحد في المنزل" ، " يستريح على الأريكة لحين إنقازة" .

البطاقة رقم 6 : BM

عنوان للصورة " الأم وأبنها"

وصف الصورة " أرى الأم تدعو الله ، أو تنظر من الشباك تدعو لإبنها الواقف حزين بجوارها ، ربما تدعو له بالشفاء أو التخلص من مشكلة ما "

التفسير :

تعكس استجابة (م) " الصورة الايجابية للأم الحنون ظهرت في " تدعو لإبنها" كما اوضحت الاستجابة مشاعر الاحباط نتيجة الحالة الصحية كما اتضح في " تدعو بالشفاء "

كما تظهر الاستجابة البعد الديني في حياة الحالة حيث كرر كلمة الدعاء أكثر من مرة .

البطاقة رقم 7 : BM

عنوان للصورة " عتاب ولوم "

وصف الصورة " أرى أب وأبنة ، الأب ظلم الأبن في شيء ما يظهر في نظرة الندم في عينيه ، قد يكون الدافع للظلم كثرة حب الأب للأبن ، الأبن عاتب الأب لكن دون أن يفقد حبه وثقته فيه ، كما أن الأبن يحول عيناه عن والده من شدة خجله منه "

التفسير :

تعكس استجابة (م) **مشاعر الذنب** التي اتضحت في اختيار العنوان " عتاب ولوم " ، " نظرة الندم" كما ظهر في احساس الخجل " الأبن يحول عيناه عن والده ".
كما ظهرت **المشاعر المتناقضة** تجاه الأب في " ظلم الأبن" و " كثرة حب الأب للأبن " و " الأبن عاتب الأب لكن دون أن يفقد حبه وثقته فيه " .

البطاقة رقم 12 : M

عنوان للصورة " إغماء "

وصف الصورة " أرى رجل مغمى عليه أو نائم ، وأرى الأب يحنو على أبنه ويطمئن عليه في هدوء بعد عودته من عمله ، أو قد يكون الطبيب يحاول إفاقته "

التفسير :

تعكس استجابة (م) **مشاعر الاحباط** نتيجة الحالة الصحية كما اتضح في عنوان الصورة " إغماء "
كما أظهرت الاستجابة **الحاجة إلى المساندة** والتي ظهرت في " الأب يطمئن عليه " ، " بعد عودته من عمله " ، " يحاول إفاقته " .
كما أظهرت الاستجابة **المشاعر الايجابية** تجاه الأب والتي ظهرت في " الأب يحنو على أبنه " ، كما أظهرت الاستجابة **المشاعر الايجابية** تجاه الطبيب المعالج .

البطاقة رقم 13 : MF

عنوان للصورة " فراق "

وصف الصورة " أرى رجل يبكي على زوجته المريضة بمرض خطير وربما تكون في اللحظات الأخيرة ولا يستطيع مساعدتها "

التفسير :

تعكس استجابة (م) **مشاعر الاحباط** نتيجة الحالة الصحية كما اتضح في " المريضة بمرض خطير "
كما تعكس الاستجابة **مشاعر الحزن والألم** كما اتضح في " رجل يبكي "
كما تعكس الاستجابة **القلق نتيجة الحالة الصحية** كما اتضح في عنوان الصورة " فراق " ، " اللحظات الأخيرة "

كما أظهرت الاستجابة **الحاجة إلى المساندة** والتي ظهرت في " لا يستطيع مساعدتها "

رابعاً : تعقيب عام على اختبار تفهم الموضوع :

أ- أنواع المساندة الاجتماعية :

- **المساندة النفسية** : تظهر في الصورة الايجابية للأب الحنون الذي يقوم برعاية أبنائه (القصة 12) ، كما تظهر في الصورة الايجابية للأم الحنون التي تدعو لابنها (القصة 6) ، وتم إغفال باقي أنواع المساندة .

ب- مصادر المساندة الاجتماعية :

يظهر دور الأسرة في استجابات الحالة (قصة 6 ، 12) ، كما ظهر دور الطبيب المعالج (القصة 12) وتم إغفال دور كل من الأصدقاء ، المعلمون .

ج- الشعور بجودة الحياة :

- **البعد الصحي** : يظهر تأثير الإصابة بالمرض بوضوح في استجابات الحالة (قصة 3 ، 6 ، 12 ، 13) .

- **البعد النفسي** : تظهر مشاعر الإحباط (قصة 3 ، 6 ، 12 ، 13) كما ظهرت مشاعر الحزن (قصة 13) ، كذلك ظهرت مشاعر قلق المستقبل (قصة 13) ، كما ظهرت مشاعر الذنب (قصة 7) .

- **البعد الاجتماعي** : يظهر الحاجة إلى المساندة (قصة 3 ، 12 ، 13) .

- **البعد الديني** : أظهرت الاستجابة البعد الديني (القصة 6) .

خامساً : التشخيص :

- **الأسرة** : هي مصدر المساندة الأول وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد الأسرة تحتل المكانة الأولى في تقديم كل أنواع المساندة الاجتماعية بنسبة 83% ، يليها الطبيب المعالج بنسبة 69% ، ثم يأتي المعلمون بنسبة 32% ، وتقع المساندة من قبل الأصدقاء في المرتبة الأخيرة بنسبة 31% .

- **الحالة الصحية** : يعاني (م) من عدم الإستقرار الصحي وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته الصحية تحتل المرتبة الثانية بنسبة 60% بالنسبة لشعوره بجودة الحياة عامة .

- **قلق الموت ، مشاعر الحزن والاحباط** : يعاني (م) قلق الموت وتسيطر عليه مشاعر الحزن والاحباط ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد السبب يعود إلى فقدان الأب بالإضافة لعدم استقرار الحالة الصحية وقد يرجع ذلك إلى نقص المساندة الظاهر بوضوح في استجابات الحالة ، بالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن درجة الحالة على مقياس المساندة 167 من الدرجة الكلية البالغة 336 أي بنسبة 52% وهي درجة ضعيفة تدل على نقص أنواع ومصادر المساندة التي يتلقاها المريض ، وبالنظر إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة الحياة النفسية تحتل المرتبة قبل الأخيرة بنسبة 51% .

- **الحياة الاجتماعية** : يظهر (م) صورة ايجابية لكل من الأب والأم ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد أنه يشعر بأن أسرته مترابطة ، إلا أن لديه عدد محدود من الاصدقاء ويفضل البقاء وحيداً كما يتميز بشخصية هادئة وخجولة لحد كبير ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن المساندة النفسية تأتي في المرتبة الأولى من الأسرة ، وتحتل المساندة من الأصدقاء المرتبة الأخيرة ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته الاجتماعية تأتي في المرتبة الأخيرة بنسبة 40% .

- **الطموح العلمي** : تظهر الحالة طموحاً بأن يصبح طبيباً كما اتضح في دراسة الحالة ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن المساندة الاجتماعية من الطبيب المعالج تحتل المرتبة الثانية بنسبة 69% .

- **الناحية الدينية** : ظهرت في استجابات الحالة ، و بالرجوع إلى دراسة الحالة نجد أن حاله تظهر اهتماماً بالحفاظ على الشعائر الدينية وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته الدينية تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 72% .

الحالة الرابعة : ح . ح

العمر الزمني : 20 عام .

الجنس : أنثى .

مستوى التعليم : ليسانس آداب .

أولاً : درجات الحالة على مقاييس الدراسة :

1-درجة الحالة على مقياس المساندة الاجتماعية : 336 / 168

جدول (23)

يوضح درجات الحالة الرابعة على مقياس المساندة الاجتماعية

الدرجة الكلية لأنواع المساندة	الطبيب المعالج	المعلمون	الأصدقاء	الأسرة	مصدر المساندة نوع المساندة
116/59	11	10	10	28	المساندة النفسية
92/35	—	9	7	19	المساندة المادية
128/74	20	12	10	32	المساندة بالمعلومات
52/31		96/31	92/27	96/79	الدرجة الكلية لمصادر المساندة
168					الدرجة الكلية للمقياس

تفسير درجات الحالة على مقياس المساندة الاجتماعية :

بالنسبة لأنواع المساندة الاجتماعية المقدمة لمريض السكر المراهق :

1. المساندة النفسية : حصلت (ح . ح) على 59 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغه 116 وهى درجة منخفضة جداً ، وتعبّر هذه الدرجة عن المساندة النفسية التى يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين ، والطبيب المعالج " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة النفسية تلقتها المريضة من الأسرة ، ثم تأتى المساندة النفسية من قبل الطبيب المعالج ثم المعلمون ، و فى درجة متأخرة الأصدقاء بفارق كبير عن مساندة الأسرة .

2. المساندة المادية : حصلت (ح . ح) على 35 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغه 92 وهى درجة منخفضة جداً ، وتعبّر هذه الدرجة عن المساندة المادية التى يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة المادية تلقتها المريضة من الأسرة يليها الأصدقاء والمعلمون .

3. المساندة بالمعلومات : حصلت (ح . ح) على 74 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغه 128 ، وتعبّر هذه الدرجة عن المساندة بالمعلومات التى يتلقاها المريض من " الأسرة ، الأصدقاء ، المعلمين والطبيب المعالج " ، مع ملاحظة أن أعلى درجات المساندة

بالمعلومات تلقتها المريضة من الأسرة يليها الطبيب المعالج ثم المعلمون ، ويأتي الأصدقاء في المرتبة الأخيرة .
 مما سبق يمكننا ملاحظة أن المساندة بالمعلومات تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 57% ، يليها المساندة النفسية بنسبة 51% ، ثم تأتي المساندة المادية في المرتبة الأخيرة بنسبة 38% .

بالنسبة لمصادر المساندة الاجتماعية لمريض السكر المراهق :

1. الأسرة : حصلت (ح. ح) على 79 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 96
 2. الأصدقاء : حصلت (ح. ح) على 27 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 92
 3. المعلمون : حصلت (ح. ح) على 31 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 96
 4. الطبيب المعالج : حصلت (ح. ح) على 31 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 52.
- مما سبق يمكننا ملاحظة أن الأسرة تعتبر مصدر المساندة الأول بنسبة 82% ، يليها الطبيب المعالج بنسبة 60% ، المعلمون بنسبة 32% ، وتقع المساندة من قبل الأصدقاء في المرتبة الأخيرة بنسبة 29%.

2- درجة الحالة على مقياس جودة الحياة : 328 / 175 .

جدول ()

يوضح درجات الحالة الرابعة على مقياس جودة الحياة

المجموع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	البعد
328	الديني	المادي	الاجتماعي	النفسي	المعرفي	الصحي	
175	30	32	20	31	33	29	الدرجة

تفسير درجات الحالة على مقياس جودة الحياة:

1. البعد الصحي : حصلت (ح. ح) على 29 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 56.
 2. البعد المعرفي : حصلت (ح. ح) على 33 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 56.
 3. البعد النفسي : حصلت (ح. ح) على 31 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 60.
 4. البعد الاجتماعي : حصلت (ح. ح) على 20 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 52.
 5. البعد المادي : حصلت (ح. ح) على 27 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 60
 6. البعد الديني : حصلت (ح. ح) على 30 درجة من الدرجة الكلية للبعد والبالغة 44 .
- مما سبق يمكننا ملاحظة أن هذه الحالة تشعر بجودة الحياة الدينية بنسبة 68% ، يلي ذلك الشعور جودة الحياة المعرفية بنسبة 59% ، جودة الحياة المادية بنسبة 53% ، ويتساوى عندها الشعور بجودة الحياة الصحية وجودة الحياة النفسية بنسبة 51% ، ثم تأتي جودة الحياة الاجتماعية بنسبة 38% في المرتبة الأخيرة .

ثانياً : دراسة الحالة :

- الأب " متوفي "

- العمر الزمني عند الوفاة : 48 عام .
- المستوى التعليمي : بكالوريوس تجارة .
- المهنة قبل الوفاة : محاسب .
- الحالة الصحية قبل الوفاة : جيدة .
- الشخصية : حازم .

- الأم :

- العمر الزمني: 45 عام .
- المستوى التعليمي : بكالوريوس تجارة .
- المهنة : لا تعمل .
- الحالة الصحية : جيدة .
- الشخصية : حازمه ، طيبة .

- ترتيب الحالة في الأسرة :

ترتيب (ح) في الأسرة الثانية ، في أسرة مكونة من أربعة أفراد ، واحد من الذكور ، وثلاثة من الإناث ، ولا يعاني أحدهم من أية أمراض .

- مرحلة الطفولة :

تذكر (ح) أن حمل والدتها كان عادياً والولادة تمت بشكل طبيعي ، تمت التربية بطريقة تميل للشدة واللين أحياناً ، لم يحظي احد من الأخوات على تفضيل الأب أو الأم .

- العادات والاهتمامات الشخصية :

تذكر (ح) أن أهم الهوايات تتمثل في القراءة .

- التاريخ الاجتماعي :

تذكر (ح) أن لها عدد محدود جداً من الاصدقاء ، وتشعر بان علاقاتها بالآخرين تأثرت كثيراً بعد الإصابة بالسكر .

- تعقيب على دراسة الحالة :

تبدي (ح) مشاعر الحب تجاه الأب المتوفي ، تشعر الحالة بالاستقرار النفسي داخل الأسرة فقط ، لديها علاقات اجتماعية محدودة وترى أن العلاقة بالأقارب والأصدقاء تتأثر كثيراً بالمصالح الشخصية ، يظهر لديها الحفاظ على الشعائر الدينية ، تتميز بشخصية منطوية ولا تحرص على إقامة صداقات جديدة .

ثالثاً : الدلالات المستمدة من اختبار تفهم الموضوع T.A.T

البطاقة رقم 3 : FG

عنوان للصورة " سيدة في بداية نوبة سكرية "

وصف الصورة " أرى سيدة تمسك برأسها من شدة الصداع ، والشعور بالألم ، وتمسك بالباب تنتظر المساعدة من أي شخص "

التفسير :

تعكس استجابة(ح) مشاعر الإحباط نتيجة الحالة الصحية كما اتضح في اختيار العنوان " سيدة في بداية نوبة سكرية " ، " شدة الصداع " ، " الشعور بالألم " .

كما تعكس الاستجابة مشاعر الوحدة ونقص المساندة الاجتماعية والتي ظهرت في " تنتظر المساعدة من أي شخص " .

البطاقة رقم 7 : FG

عنوان للصورة " أم وابنتها "

وصف الصورة " أرى أم وابنتها كل منهما مشغول بشيء ، الأم مشغولة بقراءة كتاب والبنت تفكر في شيء ما ، أعتقد أنهما قريبان من بعضهما ولا يوجد مشاكل أو خلافات بينهما "

التفسير :

تعكس استجابة (ح) العلاقة السلبية بين الام وأبنائها كما اتضح في " كل منهما مشغول بشيء " .

كما تعكس الاستجابة المشاعر السلبية وعدم الإهتمام من قبل الأم كما اتضح في " الأم مشغولة " ، كما تشير الاستجابة إلى اتجاه الحالة السلبية نحو ذاتها حيث انشغالها عن الأم والتفكير في مشكلاتها الخاصة والذي ظهر في " البنت تفكر في شيء ما " .

كذلك يظهر التناقض في الاستجابة ما بين الانشغال والقرب ، وهذا يعكس مقدار الصراع الداخلي بين الذات المثالية التي تتضح في " قريبان من بعضهما " والذات الواقعية التي تتضح في " الأم مشغولة " .

البطاقة رقم 8 : FG

عنوان للصورة " التفكير بعمق "

وصف الصورة " أرى سيدة حزينة ، تفكر بعمق في مشكلة ما أو في أشياء مصيرية ولا تستطيع التحدث مع أحد ، تفكر بعمق في المشكلة ، تفكر في المشكلة من وقت لآخر حتي ينتهي "

التفسير :

تعكس استجابة (ح) مشاعر الحزن كما اتضح في " سيدة حزينة " .

كما تعكس الاستجابة أسباب الشعور بالحزن والتي ظهرت في " مشكلة ما " ، " أشياء مصيرية "

كما تعكس الاستجابة مشاعر الوحدة ونقص المساندة الاجتماعية والتي ظهرت في " لا تستطيع التحدث مع أحد " .

كما تعكس الاستجابة الواقع الذي تعيشه الحالة والذي يبدو مضطرباً بسبب معاناتها من مشكلات عديدة ، واتضح ذلك في تكرار كلمة " مشكلة " ثلاث مرات ، كما أنها تعكس دوام انشغال الحالة بالمشكلات كما ظهر في قولها " تفكر في المشكلة من وقت لآخر "

البطاقة رقم 12 : F

عنوان للصورة " الجدة والحفيدة "

وصف الصورة " أرى جدة وحفيدتها ، الجدة تفكر بإستغراب ، وكل منهما ينظر في اتجاه مخالف للآخر ، وكل منهما يفكر في مشكلة مصيرية "

التفسير :

تعكس استجابة (ح) الصورة السلبية للأم أو الجدة " كما تعكس الاستجابة مشاعر الوحدة ونقص المساندة الاجتماعية والتي ظهرت في " وكل منهما ينظر في اتجاه مخالف للآخر "

كما تعكس الاستجابة مشاعر المعاناه وقلق المستقبل والتي اتضحت في " يفكر في مشكلة مصيرية "

كما تعكس الاستجابة استغراق الحالة في مشكلة ما ويبدو أن هذه المشكلة كانت غير متوقعة ، كما اتضح في " تفكر بإستغراب "

البطاقة رقم 13 : MF

عنوان للصورة " سيدة مريضة "

وصف الصورة " أرى سيدة مغمى عليها أو نائمة مريضة ، يقف بجوارها ابنها أو زوجها أو أخيها ، حائراً ماذا يفعل ، وغالباً لن يستطيع أحداً منهم إنقاذها باستمرار لأنه سيصاب بالملل بعد فترة ، وغالباً الأقرب في هذه الحالة هو الزوج "

التفسير :

تعكس استجابة (ح) مشاعر الإحباط الواضحة نتيجة الحالة المرضية كما اتضح في عنوان الصورة " سيدة مريضة " ، " مغمى عليها " ، " نائمة مريضة " .

كما تعكس الاستجابة نقص المساندة النفسية كما اتضح في " سيصاب بالملل بعد فترة " وتعكس الاستجابة كذلك نقص المساندة بالمعلومات كما اتضح في " لن يستطيع أحداً منهم إنقاذها "

وتعكس الاستجابة كذلك قلق المستقبل للحالة التي ستكون عيها فيما بعد ، حيث تقمصت شخصية " سيدة مغمى عليها أو نائمة مريضة "

كما تعكس الاستجابة الصورة الإيجابية للزوج والتي ظهرت في " الأقرب في هذه الحالة هو الزوج " .

البطاقة رقم 18 : FG

عنوان للصورة " الإحتضان "

وصف الصورة " أرى سيدة تحضن سيدة مريضة ، تشفق عليها ربما تكون فاقدة الوعي بسبب مرضها أو تشعر بالإرهاق نتيجة نزول السلم "

التفسير :

تعكس استجابة (ح) تجاهل دور الأم فلم توضح العلاقة بين السيدتين ، التي ربما تكون أمها ، أو أحد أقاربها .

كما تعكس الاستجابة الحاجة للمساندة النفسية كما اتضح في اختيار العنوان " الإحتضان " ، " تشفق عليها "

كما تعكس الاستجابة مشاعر الإحباط نتيجة الحالة الصحية كما اتضح في " سيدة مريضة " ، " فاقدة الوعي " ، " تشعر بالإرهاق " .

رابعاً : تعقيب عام على اختبار تفهم الموضوع :

أ- أنواع المساندة الاجتماعية :

- **المساندة النفسية** : يظهر نقص واضح في الشعور بالمساندة النفسية ، الصورة السلبية للأم ، العلاقة السلبية بين الأم وأبنائها وذلك في كل القصص (القصة 3 ، 7 ، 8 ، 12 ، 13 ، 18) .

- **المساندة بالمعلومات** : ظهرت في عدم قدرة الآخرين على مساعدتها عند فقدان الوعي (القصة 13) .

ب- مصادر المساندة الاجتماعية :

لم يظهر دور أي مصدر من مصادر المساندة باستثناء الزوج او الابن والأخ (القصة 13) .

ج- الشعور بجودة الحياة :

- **البعد الصحي** : يظهر تأثير الإصابة بالمرض بوضوح في استجابات الحالة (قصة 3 ، 13 ، 18) .

- **البعد النفسي** : تظهر استجابات الحالة المشاعر الإيجابية تجاه الزوج (قصة 13) ، كما ظهرت مشاعر الحزن والأسى (قصة 8) ، مشاعر الإحباط والوحدة النفسية (قصة 3 ، 8 ، 13 ، 18) ، كذلك ظهرت مشاعر القلق والمعاناة بالإضافة لمفاجأة المرض (قصة 12) .

- **البعد الاجتماعي** : ظهرت الحاجة للمساندة الاجتماعية (القصة 3 ، 7 ، 8 ، 12 ، 13 ، 18) ، كما ظهرت مشاعر عدم الإهتمام بالأبناء ، والمشاعر السلبية تجاه الأم (قصة 7 ، 12 ، 18) .

خامساً : التشخيص الكلينيكي :

1- الأسرة : هي مصدر المساندة الأول ، على الرغم من المشاعر السلبية الموجهة تجاه الأم ، إلا أن وجود الزوج خفف من الحاجة إلى المساندة من الأم والأخوات حيث الوالد متوفى ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد الأسرة تحتل المكانة الأولى في تقديم كل أنواع المساندة الاجتماعية بنسبة 82% ، يليها الطبيب المعالج بنسبة 60% ، ثم يأتي المعلمون بنسبة 32% ، وتقع المساندة من قبل الأصدقاء في المرتبة الأخيرة بنسبة 29% .

2- الحالة الصحية : تعاني (ح) من عدم الإستقرار الصحي وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياتها الصحية تحتل المكانة قبل الأخيرة بالتساوي مع جودة الحياة النفسية بنسبة 51% .

3- قلق المستقبل ، مشاعر الحزن ، الإحباط ، الوحدة النفسية : تعاني (ح) من قلق المستقبل وتسيطر عليها مشاعر الحزن والوحدة النفسية ، وتعاني احباطاً شديداً نتيجة الحالة الصحية ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد السبب يعود إلى فقدان الأب بالإضافة لعدم استقرار الحالة الصحية ، وبالنظر إلى استجابات الحالة ، نلاحظ الصورة السلبية للأم ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن المساندة النفسية تحتل المرتبة الثانية بنسبة 51% ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياتها النفسية تأتي في المرتبة قبل الأخيرة بنفس النسبة السابقة .

4- الحياة الاجتماعية : تظهر (ح) صورة سلبية للأم ، وتظهر حاجة شديدة للمساندة الاجتماعية بأنواعها المختلفة ، وبالرجوع إلى دراسة الحالة نجد أن الحالة تشعر بان

العلاقات الاجتماعية مع الأقارب والأصدقاء تخضع للمصالح الشخصية ، لا تحرص على إقامة صداقات جديدة ، ولم تؤثر اصابتها بمرض السكر على علاقاتها بالزوج ، وبالرجوع إلى مقياس المساندة الاجتماعية نجد أن المساندة الاجتماعية تأتي في المرتبة الأولى من الأسرة ، وتقع المساندة من الأصدقاء في المرتبة الأخيرة ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياتها الاجتماعية تأتي في المرتبة الأخيرة بنسبة 38 %

5- المعلومات المتاحة : تعاني الحالة من قلة المعلومات المتاحة فلم يظهر الجانب المعرفي في استجابات الحالة بوضوح ، على الرغم من أن المساندة بالمعلومات تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 57% على مقياس المساندة الاجتماعية ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياته المعرفية تأتي في المرتبة الثانية بنسبة 59 % .

- الناحية الدينية : تظهر الحالة اهتماماً بالحفاظ على الشعائر الدينية وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نجد أن جودة حياتها الدينية تأتي في المرتبة الأولى بنسبة 68 % .

ثالثاً : ملخص نتائج الدراسة السيكومترية الكلينيكية :

هدفت الدراسة الحالية التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق ، لذا قامت الباحثة بدراسة سيكومترية كلينيكية في محاولة للتحقق من هذا الهدف .

توصلت نتائج الدراسة السيكومترية إلي :

1. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوع المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لمريض السكر المراهق .
2. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مصادر المساندة المقدمه وجودة الحياة لمريض السكر المراهق .
3. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث بشكل عام من مرضى السكر في ادراك المساندة الاجتماعية .
4. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث بشكل عام من مرضى السكر في جودة الحياة .
5. تنبئ بعض أنواع المساندة الاجتماعية من بعض مصادر المساندة دون غيرها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر ، وكانت على الترتيب المساندة بالمعلومات من قبل الأسرة يليها المساندة النفسية من قبل الأصدقاء يليها المساندة المادية من قبل الأسرة .

كشفت الدراسة الكلينيكية عن بعض العوامل المؤثرة في جودة الحياة لمرضى السكر، يتضح ذلك فيما يلي :

1. **جودة الحياة الصحية :** عامل المرض يؤثر على مدى ما يشعر به الفرد من جودة حياة من الناحية الصحية بشكل كبير، كما يؤثر مدى ما يشعر به الفرد من جودة الحياة الصحية على الشعور بجودة الحياة عامة ، سواء معرفية ، أو نفسية واجتماعية ، أو مادية ودينية ، فنلاحظ تأثير العامل الصحي في جميع الحالات الكلينيكية سواء الأعلى أو الأقل شعوراً بجودة الحياة .
2. **جودة الحياة المعرفية :** تتأثر جودة الحياة المعرفية بالمساندة بالمعلومات التي يتلقاها المريض من مصادر مختلفة ، وبتعدد المصادر سواء البشرية المتمثلة في الأسرة ، الأصدقاء ،

المعلمون ، والطبيب المعالج ، أو الغير بشرية المتمثلة في المجالات والنشرات الطبية ترتفع جودة حياة المريض المعرفية .

3. جودة الحياة النفسية : تتأثر جودة الحياة النفسية بالمسندة الاجتماعية بكافة أنواعها ، سواء مسندة نفسية أو مسندة مادية وكذلك المسندة بالمعلومات ، كما تتأثر جودة الحياة النفسية بتعدد مصادر المسندة ، ويظهر ذلك بوضوح في حالة فقدان مصدر من مصادر المسندة خاصة داخل الأسرة مثل غياب الأب ، وتتأثر كذلك بعامل الصحة ومدى ما يشعر به المريض من استقرار في حالته الصحية حيث تظهر بوضوح مشاعر القلق سواء من المستقبل خوفاً من حدوث مضاعفات أو قلق الموت ، فيتقارب مستوى شعور الفرد بجودة حياته النفسية مع ما يشعر به من جودة حياته الصحية والمعرفية .

4. جودة الحياة الاجتماعية : تتأثر جودة الحياة الاجتماعية لمرضى السكر بشكل كبير بالمسندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء ، ومدى تأثير المرض على علاقة المريض بالآخرين من حيث عزلة المريض أو ردود أفعال الأصدقاء تجاه المرض ، فبالنظر إلى الحالات الكلينيكية الأعلى شعوراً بجودة الحياة نجد أن مسندة الأصدقاء تحتل المرتبة الثانية مباشرة بعد الأسرة بنسبة تتراوح ما بين 63- 80 % ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نلاحظ أن هذه الحالات تتمتع بجودة حياة اجتماعية بنسبة تتراوح ما بين 83- 87 % أما الحالات الكلينيكية الأقل شعوراً بجودة الحياة فنجد أن مسندة الأصدقاء تحتل المرتبة الأخيرة بنسبة تتراوح ما بين 29- 31 % فيظهر تأثير ذلك على جودة الحياة الاجتماعية حيث تتراوح النسبة ما بين 38- 40 % .

5. جودة الحياة المادية : يؤثر مستوى المعيشة والاستقرار المادي على ما يشعر به المريض من جودة الحياة ، كما يؤثر فقدان الأب على ما يشعر به المريض من استقرار مادي حتى مع عمل الأم ، مع ملاحظة ظهور البعد المادي في استجابات الحالات الكلينيكية الأعلى شعوراً بجودة الحياة ، أما الحالات الكلينيكية الأقل شعوراً بجودة الحياة فلم يظهر في استجاباتها البعد المادي على الإطلاق ، ويؤثر مدى ما يشعر به المريض من مسندة مادية في مدى ما يشعر به المريض من جودة حياة مادية ، فبالنظر إلى درجات المسندة المادية في الحالات الأعلى شعوراً بجودة الحياة نجدها تتراوح ما بين 50- 61 % ، وبالرجوع إلى مقياس جودة الحياة نلاحظ أن هذه الحالات تتمتع بجودة حياة مادية تتراوح ما بين 73- 82 % ، أما الحالات الكلينيكية الأقل شعوراً بجودة الحياة فنجد درجات المسندة المادية تتراوح ما بين 38- 39 % وتتمتع بجودة حياة مادية تتراوح ما بين 51- 53 % ، أي أن المسندة المادية تؤثر بشكل كبير في جودة الحياة المادية ، وجودة الحياة بشكل عام .

6. جودة الحياة الدينية : الجانب الديني هو جانب مؤثر وفعال في الشعور بجودة الحياة ، وعلى الرغم من أن الحالات الأعلى والأقل شعوراً بجودة الحياة يأتي الشعور بجودة الحياة الدينية في المرتبة الأولى ، إلا أن النسبة تختلف كثيراً ، فالحالات الأعلى شعوراً بجودة الحياة يتراوح عندها الشعور بجودة الحياة الدينية ما بين 87% - 95% ، أما الحالات الأقل شعوراً بجودة الحياة يتراوح عندها الشعور بجودة الحياة الدينية ما بين 68% - 72% ، فالعامل الديني هام في التخفيف من حدة الشعور بالألم ، وتنمية الشعور بالرضا عن الحياة وهي عامل منبئ قوي بالشعور بجودة الحياة .

بناءً على ما سبق نلاحظ أن جودة الحياة تتأثر كثيراً بالناحية الصحية ، فعامل المرض هنا مؤثر على قدرات واهتمامات المريض فتظهر الميول للقراءة ومعرفة الجديد حول المرض ويؤثر هذا في جودة حياته المعرفية ، كما يؤثر المرض على الناحية النفسية والحاجة للمسندة باستمرار ، وتلازم مشاعر الاحباط وقلق المستقبل مع الشعور بالألام العضوية ، فيظهر تأثير الحالة الصحية على جودة الحياة النفسية ، كذلك تتأثر علاقات المريض بالآخرين فتظهر لديه مشاعر متناقضة إما الحاجة للمسندة وانتظارها ، أو أنه يشعر بالشفقة ممن حوله فتظهر مشاعر

العداء والابتعاد عن الآخرين ، فيؤثر على جودة الحياة الاجتماعية ، كما أن المرض يمثل ضغطاً مادياً على الأسرة بأكملها ، فيظهر التأثير على ما يشعر به المريض من جودة الحياة المادية .

إلا أن جودة الحياة الدينية تحتل المرتبة الأولى لدى كل المرضى ، فعامل المرض له أثره الايجابي على الحياة الدينية للمريض ، فالشعور بالألم ونقص مساندة الغير يجعل بالجوء إلى الله ، فيشعر المريض بقدرة الله عز وجل ، فهو القادر الشافي ومجيب الدعاء ، كما أن الجوء إلى الله يعطي شعوراً بالرضا عن الحياة بما فيها من عقبات وضغوط ، ويرفع من شعور الفرد بجودة الحياة .

كما يمكن ملاحظة الدور الحيوي الذي تقوم به المساندة الاجتماعية بتعدد أنواعها ومصادرها في التخفيف من حدة الشعور بالقصور الناتج عن الحالة الصحية ، فبشكل عام كلما زادت المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مريض السكر في هذه المرحلة الحرجة من حياته كلما ازداد لديه الشعور بالأمن النفسي ، تقدير الذات ، الرضا عن الحياة وعن الآخرين ، كما تنمي لديه معاني ايجابية للحياة وتزداد قيمة التفاؤل في حياة هؤلاء المرضى بما يخفف من وطأة الضغوط الناجمة عن المرض وبالتالي يقلل من ظهور المضاعفات نتيجة التكيف الجيد مع الحالة الصحية ، وكل ذلك عوامل منبئة بجودة الحياة بشكل عام .

وهناك العديد من الدراسات التي أثبتت العلاقة السلبية بين المساندة الاجتماعية ومظاهر سوء التوافق ، ومنها دراسة هشام عبد الله (1995) التي أثبتت علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب ، كما أثبتت دراسة فهد الربيعة (1997) وجود علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والوحدة النفسية ، كما أثبتت دراسة حسين الفايد (2005) وجود علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والأعراض السيكوسوماتية ، كما أثبتت دراسات عديدة العلاقة الايجابية بين المساندة الاجتماعية ومظاهر الصحة النفسية ، ومنها دراسة زينب شقير (1993) التي أثبتت وجود علاقة ايجابية بين العلاقات الاجتماعية المتبادلة وبين تقدير الذات ودراسة شعبان جاب الله و عادل هريدي (2001) التي أثبتت وجود علاقة ايجابية بين المساندة الوجدانية وتقدير الذات والرضا عن الحياة .

رابعاً : التوصيات :

- 1- تشجيع المراهقين مرضى السكر على تحقيق التكيف والتعايش مع المرض ، والخروج من العزلة النفسية .
- 2- تشجيع المراهقين مرضى السكر على تحقيق الاستقلال النفسي .
- 3- مساعدة المراهقين مرضى السكر على مواجهة ضغوط الحياة ، واستغلال القدرات المتاحة في تحقيق جودة الحياة .
- 4- تشجيع المراهقين مرضى السكر على الإنضمام لمنتديات خاصة بمرضى السكر ، على سبيل المثال موقع أصدقاء مرضى السكر

www.dmeducation.com/vb/showthread.php?t=978399 - k

، وجمعية رعاية شباب مرضى السكر على موقع <http://www.diabetes-eg.org>

خامساً : البحوث المقترحة :

- 1- دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتنمية الذات لدى المراهقين مرضى الأمراض المزمنة .
- 2- دراسة العلاقة بين الصلابة النفسية وقلق الموت لدى المراهقين مرضى الأمراض المزمنة .
- 3- دراسة العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية وجودة الحياة لدى المراهقين مرضى الأمراض المزمنة .
- 4- دراسة العلاقة بين أساليب مواجهة الضغوط والسعادة لدى المراهقين مرضى الأمراض المزمنة .
- 5- إعداد برنامج إرشادي ديني لتنمية جودة الحياة لدى المراهقين مرضى الأمراض المزمنة .
- 6- إعداد برنامج إرشادي لتنمية جودة الحياة لدى آباء المراهقين مرضى الأمراض المزمنة .

ملاحق الدراسة

ملحق (أ)

قائمة بأسماء السادة المحكمين

ملحق (أ)

قائمة بأسماء السادة المحكمين

م	الاسم	الوظيفة	جهة العمل
1	د / أحمد عبد الرحمن عثمان	أستاذ علم النفس التربوي المساعد	كلية التربية جامعة الزقازيق
2	أ.د / أشرف عبد القادر	أستاذ الصحة النفسية ووكيل كلية التربية للدراستات العليا	كلية التربية جامعة بنها
3	أ.د / اسماعيل بدر	أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية	كلية التربية جامعة بنها
4	أ.د / عماد محمد أحمد مخيمر	أستاذ علم النفس	كلية الآداب
5	أ.د / فوقية حسن عبد الحميد	أستاذ الصحة النفسية	كلية التربية جامعة الزقازيق
6	أ.د / محمد ابراهيم سغان	أستاذ الصحة النفسية	كلية التربية جامعة الزقازيق
7	أ.د / محمد بيومي	أستاذ الصحة النفسية	كلية التربية جامعة الزقازيق
8	د / محمد رشدي		
9	د / محمد عبد المؤمن حسين	أستاذ الصحة النفسية المساعد	كلية التربية جامعة الزقازيق
10	د / منى خليفة حسن	أستاذ الصحة النفسية المساعد	كلية التربية جامعة الزقازيق
11	د / هشام عبد الله	أستاذ الصحة النفسية	كلية التربية جامعة الزقازيق
12	أ.د / هويدة حنفي محمود	أستاذ الصحة النفسية	كلية التربية جامعة الإسكندرية

ملحوظة : تم ترتيب أسماء السادة المحكمين ترتيباً أبجدياً هجائياً

ملحق (ب)
الصورة النهائية لمقياس المساعدة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكر
إعداد الباحثة

البيانات الأولية:-

الاسم :-
السن :-
المدرسة :-
الصف الدراسي :-
الجنس :-
العنوان :-

عزيزي الطالب :

فيما يلي مجموعة من العبارات أرجو أن تحدد ممن يستطيعوا تقديم يد العون والمساعدة لك سواء في الأسرة ، الأصدقاء ، المعلم ، والطبيب المعالج ، أرجو قراءة العبارات جيدا والإجابة عن كل العبارات

- إذا كانت العبارة تحدث باستمرار ضع علامة أمام " دائما"
 - إذا كانت العبارة تحدث في بعض الأوقات ضع علامة أمام " أحيانا"
 - إذا كانت العبارة تحدث في أوقات قليلة ضع علامة أمام " نادرا "
 - إذا كانت العبارة لا تحدث على الإطلاق ضع علامة أمام " لا تحدث إطلاقا"
- تأكد أن هذه المعلومات محاطة بسرية ولن يطلع عليها أحد ، ولن تستخدم إلا بغرض البحث العلمي .

مصدر المساعدة														العبارة	م		
الطبيب المعالج				المعلمين				الأصدقاء				الأسرة					
مطلقا	نادرا	أحيانا	دائما	مطلقا	نادرا	أحيانا	دائما	مطلقا	نادرا	أحيانا	دائما	مطلقا	نادرا			أحيانا	دائما
																يحاولون التخفيف عنى وقت الحاجة	1
																يقدمون لي الهدايا المناسبة في المناسبات المختلفة	2
																يقدمون لي النصائح والإرشاد الصحي	3
																أشعر بالوحدة بينهم	4
																لا يتم توفير العصائر الملانمة	5
																لا أستطيع التحدث معهم عن حالتي	6
																يساعدوني في حل مشكلاتي	7
																يحضرون لي الوجبات الملانمة	8
																يحضرون لي بعض المجالات الطبية	9
																أجد العون والمساندة المادية وقت الحاجة	10
																لا يزودوني بنشرات طبية حول الأغذية الملانمة	11
																يفرحون لفرحي ويحزنون لحزني	12
																يشاركون لي في الرحلات المختلفة	13
																يقدمون لي المعلومات المفيدة	14

مصدر المساندة														العبارة	م		
الطبيب المعالج				المعلمين				الأصدقاء				الأسرة					
مطلقا	نادرا	أحيانا	دائما	مطلقا	نادرا	أحيانا	دائما	مطلقا	نادرا	أحيانا	دائما	مطلقا	نادرا			أحيانا	دائما
																لا يأخذوني بالسيارة إلى المدرسة	15
																لا يزودوني بأبحاث علمية ملائمة	16
																أشعر بالاطمئنان معهم	17
																يقدمون لي أدوية مجانية	18
																يقدمون لي المعلومات حول الأنشطة الملائمة	19
																أشعر بحرية التصرف عندما أبتعد عنهم	20
																لا يوفرون لي نفقات العلاج الكافية	21
																يزودوني برعاية تثقيفية صحية	22
																يشاركوني فيما يؤلمني أو ضايقتني	23
																أعتمد عليهم ماديا	24
																يبحثوا دائما عن الجديد في علاجي	25
																أجد منهم من يستهزأ بي	26
																لا يتم تزويدي بالأجهزة المعاونة	27
																أشعر بالعطف الشديد من قبلهم	28
																يضحوا من أجلي بالكثير من المال	29

ملحق (ج)
الصورة النهائية لمقياس جودة الحياة للمراهقين مرضى السكر
إعداد الباحثة

البيانات الأولية:-

الاسم :-
السن :-
المدرسة :-
الصف الدراسي:-.....
الجنس:-.....
العنوان:-.....

عزيزي الطالب :

فيما يلي مجموعة من العبارات أرجو أن تحدد مدى انطباقها عليك

- إذا كانت العبارة تحدث باستمرار ضع علامة أمام " تنطبق دائما"
- إذا كانت العبارة تحدث في بعض الأوقات ضع علامة أمام " تنطبق أحيانا"
- إذا كانت العبارة تحدث في أوقات قليلة ضع علامة أمام " تنطبق نادرا "
- إذا كانت العبارة لا تحدث ضع علامة أمام " لا تنطبق إطلاقا"
- تأكد أن هذه المعلومات محاطة بسرية ولن يطلع عليها أحد ، ولن تستخدم إلا بغرض البحث العلمي

م	العبرة	تنطبق دائما	تنطبق أحيانا	تنطبق نادرا	لا تنطبق إطلاقا
1.	حالي 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.	حالي الصحية تتعارض مع حياتي الشخصية				
7.	أحرص علي أن يكون طعامي متوازن				
8.	أشعر بالرضا عن حياتي				
9.	أستطيع المشاركة في الرحلات والحفلات				
10.	أجد من يساندني ماديا				
11.	أتمتع بمستوي مرتفع من الإيمان				
12.	أشعر أن جسمي نشيط				
13.	غير راضي عن ثقافتي الصحية				
14.	أشعر بأنني عبء علي أسرتي				
15.	أحتاج لأجهزة تحاليل منزلية				
16.	لا أستطيع الصبر علي حالي				
17.	أشعر بالتوتر قبل إجراء الكشف الدوري				
18.	أشعر بالسعادة عند ملاقة 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.	أعرض باستمرار لضائقة مالية				
26.	أشعر بعدم الرضا				
27.	أحرص علي تناول الطعام الملائم				
28.	أحرص علي معرفة الوجبات الملائمة				

م	العبرة	تنطبق دائما	تنطبق أحيانا	تنطبق نادرا	لا تنطبق إطلاقا
.29	أشعر بمعني إيجابي لحياتي				
.30	أجد من يساعدني في حل مشكلاتي				
.31	أستطيع ادخار بعض المال				
.32	حالي الصحية تتعارض مع ذهابي للمدرسة				
.33	غير مهتم بمعرفة الجديد حول حالي				
.34	أشعر بالغضب ممن يحاول مساعدتي				
.35	أتجنب حضور المناسبات العامة				
.36	غير قادر علي إجراء التحاليل اللازمة				
.37	أبتعد عن المواقف التي تمثل خطورة على صحتي				
.38	أحرص علي اقتناء المجالات الطبية				
.39	أشعر بالاهتمام ممن حولي				
.40	أشعر بالاطمئنان بين الناس				
.41	يكفي دخلي متطلبات حياتي				
.42	أشعر بالإرهاق معظم الوقت				
.43	لا أعرف كيفية إجراء التحاليل المنزلية				
.44	لست راضيا عن أسلوبني في الحياة				
.45	أمثل عبء علي أسرتي				
.46	أتمنى الموت قبل حدوث مضاعفات				
.47	حالي الصحية في اتزان مستمر				
.48	أقرأ جيدا حول طبيعة حالي				
.49	لدي أمل في المستقبل				
.50	حالي المالية مستقرة				
.51	أؤمن بالقدر خيرة وشره				
.52	لا أهتم بمشاهدة البرامج الطبية المتخصصة				
.53	أشعر بالإحباط نتيجة حالي				
.54	لا أجد من يتفهم حالي				
.55	غير قادر علي إجراء الكشف الدوري				

م	العبرة	تنطبق دائما	تنطبق أحيانا	تنطبق نادرا	لا تنطبق إطلاقا
.56	أشعر بأن الله يعاقبني				
.57	لدي القدرة علي القيام بالنشاطات المختلفة				
.58	أكثر من استشارة الأطباء				
.59	أشعر برضا عن علاقتي بالآخرين				
.60	علاقتي الأسرية علي ما يرام				
.61	أستطيع شراء المجالات الطبية				
.62	أقبل علي الحياة بتشاؤم				
.63	أشعر بالوحدة بين أصدقائي				
.64	أحتاج للمساعدات المادية				
.65	أشعر بعدم رضا الله عليا				
.66	أبتعد عن الوجبات غير الملائمة				
.67	أحرص علي قراءة الأعراض الجانبية لكل دواء أتناوله				
.68	أبحث عن مواطن الجمال في حياتي				
.69	أتواصل بسهولة مع الآخرين				
.70	أخطط لزيادة دخلي في المستقبل				
.71	أشعر بقلق عند حدوث أي جرح				
.72	غير مهتم بإجراء الكشف الدوري				
.73	لا أستطيع حل مشكلاتي بمفردي				
.74	لا أجد من يساندني وقت الحاجة				
.75	غير راضي عن تكاليف العلاج				
.76	أشعر بأن الله لا يجيب دعائي				
.77	أستطيع التعايش مع حالتي				
.78	أطلب أبحاث خاصة بحالتي				
.79	حالتي النفسية مستقرة				
.80	أنفاعل بإيجابية مع أسرتي				
.81	أستطيع شراء الوجبات الملائمة				
.82	أقرأ في ابتلاءات الأنبياء				

المراجع

أولاً : المراجع العربية

- 1- القرآن الكريم .
- 2- الأحاديث النبوية الشريفة .
- 3- إبراهيم حامد سليمان المغربي (2006) : تباين بعض متغيرات الشخصية باختلاف النوع والإصابة بمرض السكر ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة بنها .
- 4- ابراهيم محمود ابراهيم بدر (2003) " مستوى التوجه نحو المستقبل وعلاقتة ببعض الاضطرابات لدى الشباب الجامعي دراسة مقارنة بين عينات مصرية وسعودية " **المجلة المصرية للدراسات النفسية** تصدرها الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، المجلد 13- العدد 40 – يولية 2003، ص ص 34 – 82 .
- 5- أحمد السيد محمد إسماعيل (1990) : دراسة لبعض أساليب التنشئة الوالديه المسئولة عن رفع مستوى الطموح في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية ، **مجلة علم النفس** ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 13.
- 6- أحمد شعبان عطية (1994) : الحاجات النفسية ومصادر إشباعها لدى طلاب المرحلة الثانوية ، **مجلة كلية التربية** ، جامعة طنطا ، ع 20
- 7- أحمد عبد الخالق ، بدر محمد الأنصاري (1995) : التفاؤل والتشاؤم ، دراسة عربية في الشخصية ، القاهرة ، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس .
- 8- أحمد عكاشة (1982) : **علم النفس الفسيولوجي** ، القاهرة : دار المعارف .
- 9- أسامه أبو سريع (1993) : **الصدائة من منظور علم النفس** ، الكويت ، سلسلة عالم المعرفة ، ع 179 ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- 10- أشرف أحمد عبد القادر (2005) : تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة ، **كتاب جامعي** .
- 11- السيد كامل الشر بيبي (2007) : جودة الحياة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي وسمة ما وراء المزاج والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية والقلق، **المجلة المصرية للدراسات النفسية** ، مج 17، ع 57 أكتوبر .
- 12- الشناوي عبد المنعم (1998) : **دراسات في علم النفس التربوي** ، القاهرة : دار النهضة العربية .
- 13- العارف بالله الغندور (1999) : أسلوب حل المشكلات وعلاقة بنوعية الحياة " دراسة نظرية " **المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي** ، جامعة عين شمس "جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرين " القاهرة من 10 – 12 نوفمبر 1999 ، ص ص 1-177 .
- 14- المؤتمر العربي السابع للغدد الصماء والسكري
<http://www.do3n.com/vb/showthread.php?p=138385>

- 15- آمال فهمي فرغلي (1994) : مفهوم الذات وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى طلاب الكليات العملية والنظرية بجامعة القاهرة ، رسالة ماجستير ، جامعة القاهرة .
- 16- إيمان فوزي سعد شاهين (1992) : دراسة نقدية للأسس النظرية للعلاج الوجودي ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
- 17- إيمان محمد صبرى . (2003) " التفكير الخرافى لدى المراهقين وعلاقته بقلق المستقبل والدافعية للإنجاز . مؤتمر علم النفس السابع عشر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية وكلية الآداب جامعة القاهرة . الجيزة .
- 18- أمين عامر (1997) : الكفاءة الوظيفية لبعض أساليب تنمية الإبداع . دراسة تجريبية مقارنة ، رسالة ماجستير ، جامعة القاهرة .
- 19- إيناس شلتوت (2007) : 30 دقيقة رياضة تقي طفلك من السكر ، طبيبك الخاص ، القاهرة : مؤسسة دار الهلال ، ع 458 .
- 20- بدر محمد الأنصاري (2002) : التفاؤل غير الواقعي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت ، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، مج 3 ، ع 4 ، ديسمبر .
- 21- بدرية كمال أحمد (1995) : دراسة نفسية لبعض مرضى الفشل الكلوي وزارعي الكلى ، مجلة علم النفس ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 34 .
- 22- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي (1993) : معجم علم النفس والطب النفسي ، ط4 ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
- 23- _____ (1995) : معجم علم النفس والطب النفسي ، ج 7 ، القاهرة ، دار النهضة العربية .
- 24- جبر محمد جبر (2005) : علم النفس الإيجابي ، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية ، جامعة الزقازيق " الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة " الزقازيق 15 – 16 مارس 2005 .
- 25- جمال مختار حمزة (1996) : التنشئة الوالديه وشعور الأبناء بالفقدان ، مجلة علم النفس ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 39 .
- 26- جولمان ، د . (2004) : ذكاء المشاعر ، ترجمة هشام الحناوي ، مكتبة الأسرة ، دار هلا للنشر والتوزيع .
- 27- جيهان حمزة (2002) : دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في ادراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة .
- 28- حازم يس (2007) : السكر سارق الأبصار ، طبيبك الخاص ، القاهرة : مؤسسة دار الهلال ، ع 458 .
- 29- حامد عبد العزيز الفقي (1995) : دراسات في سيكولوجية النمو ، ط6 ، الكويت ، دار القلم للنشر والتوزيع .

- 30- حسن مصطفى عبد المعطى (2005 أ) : الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر ، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية ، جامعة الزقازيق " الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة " الزقازيق 15 – 16 مارس 2005 .
- 31- ——— (2005 ب) : **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها** ، مكتبة زهراء الشرق .
- 32- حسين علي فايد (1998) : الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية ، **مجلة دراسات نفسية** ، مج 8 ، ع 2 ، ص ص 153-193 .
- 33- ——— (2005) : **ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية** كمنبئات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غير اكلينيكية ، **مجلة دراسات نفسية** ، مج 15 ، ع 1 ، ص ص 5-53 .
- 34- خضر عباس بارون (2007) : العلاقات بين التدين ، والصحة ، والسعادة ، والقلق لدى المراهقين الكويتيين ، **المؤتمر السنوي الثالث والعشرون لعلم النفس في مصر والخامس عشر العربي للجمعية المصرية للدراسات النفسية** .
- 35- دائرة المعارف الطبية (1995) : القاهرة. كتاب الجمهورية.
- 36- راوية محمود دسوقي (2003) : **علم النفس الاجتماعي المعاصر** ، ط2 ، الزقازيق : دار إسلام للطباعة .
- 37- رشاد علي موسي ، عبد الحميد إبراهيم (2001) : دور الصلاة كاستراتيجية دينية في تخفيف حدة بعض مصادر الضغوط لدى عينة من طلبة الجامعة ، **مجلة كلية التربية** ، جامعة الأزهر ، ع 102 .
- 38- زينب محمود شقير (1993) : تقدير الذات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة والشعور بالوحدة لدى عينتين من تلميذات المرحلة الإعدادية في كل من مصر والمملكة العربية السعودية ، **مجلة العلوم الاجتماعية** ، مج 21 ، ع 2، 1 ، ص ص 123-149 .
- 39- ——— (2005) " **مقياس قلق المستقبل** " ط1 . مكتبة الانجلو المصرية . القاهرة .
- 40- سامي محمد موسى هاشم (2001) : جودة الحياة لدى المعوقين جسماً والمسنين وطلاب الجامعة ، جامعة عين شمس ، **مجلة الإرشاد النفسي** ، ع 13 ، ص ص 125-180 .
- 41- سهير فهيم الغباشي (1995) : الأداء المزاجي لدى مرضى الكبد ، **مجلة كلية التربية** ، جامعة الزقازيق ، مج 2 سبتمبر ، ع 24 .
- 42- سهير كامل (2002) : **تنشئة الطفل وحاجته بين النظرية والتطبيق** ، الإسكندرية ، مركز الإسكندرية للكتاب .
- 43- سهير محمد سالم (2005): معنى الحياة وبعض المتغيرات النفسية. رسالة دكتوراه . معهد الدراسات التربوية. جامعة القاهرة.
- 44- سمير الأنصاري (1995) : **الجديد في مرض السكر القاهرة** : مؤسسة دار الهلال ، ع 458 .
- 45- سمير سعيد شبل (1994) : مرض السكر والعين ، **مجلة المعلومات** ، تصدر عن جامعة طنطا.

- 46- سميرة حسن عبد الله أبكر (2000) : الرضا عن الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى العميان المراهقين من الجنسين في المجتمع السعودي ، **مجلة البحث في التربية** ، ع 8 .
- 47- سيد عبد العظيم محمد (2001): خواء المعنى في علاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة. **مجلة البحث في التربية وعلم النفس** ، كلية التربية جامعة المنيا . ع 2 . ص 76- 106 .
- 48- شعبان جاب الله رضوان (2006) : دور المساندة الاجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي لدى الفصاميين والاكتئابيين ، **مجلة دراسات نفسية** ، مج 16 ، ع 2 ، ص ص 171-221 .
- 49- شعبان جاب الله رضوان ، عادل محمد هريدي (2001) : العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة ، **مجلة علم النفس** ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 58 ص ص 72-109 .
- 50- صفاء أحمد عجاجه (2007) : النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة ، **رسالة ماجستير** ، جامعة الزقازيق
- 51- صلاح الدين العراقي (2006) : فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة ، **مجلة كلية التربية بنها** ، مج 16 ، ع 66 ص ص 219-258 .
- 52- صلاح الغزالي حرب (1999) : **مرض السكر بين الوهم والحقيقة** ، كتاب الشعب الطبي : القاهرة ، مؤسسة دار الشعب للصحافة والنشر ، ع الثامن .
- 53- ضيائي حسين (1987): المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكر، **مجلة علم النفس** ، ع (3) .
- 54- عادل عز الدين الأشول (2005): نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي ، **المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية ، جامعة الزقازيق " الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة " الزقازيق 15 – 16 مارس 2005**
- 55- عادل محمد هريدي ، طريف شوقي فرج (2002) : مصادر ومستويات السعادة المدركة في ضوء العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ، والتدين ، وبعض المتغيرات الأخرى ، **مجلة علم النفس** ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 61 0
- 56- عامر محمد حسن (2003) : التوافق النفسي وعلاقته بمعنى الحياة لدى المراهقين من الجنسين ، **رسالة ماجستير** ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .
- 57- عبد الله سليمان إبراهيم (1994) : **في الذكاء الإنساني وقياسه** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- 58- عبد السلام الشيخ (1995) : المقارنة بين المشاعر الجمالية في حالات التدوق الجمالي لحالات الإدمان عند الأسوياء والمدمنين ، **مجلة علم النفس** ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 33 .
- 59- عبد اللطيف خليفة (1992) : ارتقاء القيم - دراسة نفسية ، الكويت ، سلسلة عالم المعرفة ، ع 160 إبريل ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .

- 60- عزت عبد الحميد (1996) : المساندة الاجتماعية وضغوط العمل وعلاقة كل منهما برضا المعلم عن العمل ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- 61- عفاف عبد الفادى دانيال (1997) : تطبيق برنامج لتنمية مهارات العمل الاستقلالي والنضج الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من (9 – 12) ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- 62- علي عبد السلام علي (1997) : المساندة الاجتماعية ومواجهة الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات ، مجلة دراسات نفسية ، مج 7، ع 2.
- 63- — (2000) : المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق الجامعي مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية ، مجلة علم النفس ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 53 ، ص ص 22-6 .
- 64- — (2005) : المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا اليومية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- 65- عماد علي عبد الرازق (1998) : المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، مج 8 ، ع 1 ، ص ص 17-39 .
- 66- عماد محمد مخيمر (1997) : الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية كمتغيرات وسيطة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، مج 7 ، ع 17 .
- 67- — (2004) : قلق الانفصال لدى الوالدين وعلاقته باعتمادية الأبناء في مرحلة المراهقة ، المؤتمر السنوى الحادى عشر (الشباب من أجل مستقبل أفضل) ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ص ص 223-266 .
- 68- فاروق السيد عثمان (2001) : القلق وإدارة الضغوط النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
- 69- فضل إبراهيم عبد الصمد (2002) : الصلابة النفسية وعلاقتها بالوعي الديني ومعنى الحياة لدى عينة من طلاب الدبلوم العام بكلية التربية بالمنيا ، دراسة سيكومترية – كليلينكية ، مجلة البحث في التربية وعلم النفس ، مج 17 ، ع 2 .
- 70- فهد بن عبد الله الربيعة (1997) : الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة ، دراسة ميدانية ، مجلة علم النفس ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 43 0
- 71- فؤاد أبو حطب ، سيد عثمان (1976) : التقويم النفسي ، ط2 ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- 72- فوفية حسن رضوان (2005) : علم النفس التطبيقي وجودة الحياة المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية ، جامعة الزقازيق " الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة " الزقازيق 15 – 16 مارس 2005 .
- 73- — (2006) : الإعاقة الصحية ، القاهرة : دار الكتاب الحديث .
- 74- — (2008) : التعريف والتشخيص لذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

- 75- فوقية محمد راضي (2007) :معني الحياة لدى عينة من خريجي الجامعة العاطلين عن العمل وعلاقته بالقيم و العدائية ، المؤتمر السنوي الثالث والعشرون لعلم النفس في مصر والخامس عشر العربي للجمعية المصرية للدراسات النفسية .
- 76- لويس كامل مليكه : قراءات في علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي ، مج 5 ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- 77- مايكل أرجايل ، (1993) : سيكولوجية السعادة ، ترجمة فيصل يونس ، الكويت ، سلسلة عالم المعرفة ، ع 175 يوليو ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- 78- ماريو رحال بن جرجس (1995): المعنى الوجودي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية. رسالة ماجستير، كلية النبات، جامعة عين شمس.
- 79- مجدي محمد الدسوقي (1998) : دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، مج 8 ، ع ٢٠ سبتمبر .
- 80- محمد السيد عبد الرحمن (1998) : نظريات الشخصية ، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- 81- محمد بيومي حسن (1990) : الشعور بالوحدة لدى أطفال يفتقرون إلى أصدقاء ، مجلة علم النفس ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 15
- 82- محمد بيومي خليل (1996) : المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض للموت ، مجلة علم النفس ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 37 .
- 83- محمد محروس الشناوي و محمد السيد عبد الرحمن (1994) : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- 84- محمد صلاح الدين إبراهيم (1993) السكر. أسبابه ، ومضاعفاته ، وعلاجه. القاهرة . مركز الأهرام للترجمة والنشر.
- 85- محمد عبد الظاهر الطيب و عبد المنصف غازي (1984) : الأمراض السيكوسوماتية ، الإسكندرية : دار المعارف.
- 86- محمد عثمان نجاتي ، أنور وجدي (ب.ب) : اختبار تفهم الموضوع ، القاهرة : مكتبة النهضة العربية .
- 87- محمود أبو النيل (1994) : سلسلة علم النفس الأمراض السيكوسوماتية ، المجلد الثاني، دراسات وبحوث عربية وعالمية ، بيروت : دار النهضة العربية.
- 88- محي الدين توق ، يوسف القطامي ، عبد الرحمن عدس (2001) : أسس علم النفس التربوي ، عمان : دار الفكر .
- 89- مصطفى خياطي (1990) الداء السكري لدى الطفل (ترجمة مروان القنواطي) الكويت. المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.
- 90- مغازي محجوب (1996) : الأنسولين وعلاج السكر، القاهرة. كتاب اليوم الطبي ، ع 152
- 91- ممدوحة محمد سلامة (1991) : الإرشاد النفسي من منظور إنمائي ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

- 92- . موريس عطية (1993): **الداء السكري وكيف نتعايش معه** ، الرياض: دار الشواف.
- 93- موقع صحة - <http://www.sehha.com/diseases/diabetes/salt-sugar1.htm>
- 94- موقع الوكالة العربية للأخبار العلمية
http://www.arabsn.net/index.php?option=com_content&view=article&id=137:2008-11-28-13-53-55&catid=4
- 95- موقع المعهد القومي للتغذية : جمهورية مصر العربية
<http://www.mni.org.eg/Nutrition%20Education/Diabetes%20%20NAr.html>
- 96- موقع وزارة الصحة : جمهورية مصر العربية
<http://www.mohip.gov.eg/sec/News/Soker.asp>
- 97- ناهد صالح (1990) : مؤشرات نوعية الحياة ، نظرة عامة علي المفهوم والمدخل ، **المجلة الاجتماعية القومية** ، مج 28 ، ع 2 .
- 98- نجوى اليحفوفى (2002) : التفاؤل والتشاؤم وعلاقته ببغض المتغيرات الديموغرافية لدى طلاب الجامعة ، **مجلة علم النفس** ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ع 62
- 99-نعمة محمد (1999) : الاستراتيجية الدينية وأحداث الحياة الضاغطة ، **المجلة المصرية للدراسات النفسية** ، مج 9، ع 4 ، ص ص 585-613 .
- 100- هبة جمال الدين (1991) : مؤشرات نوعية الحياة بين البعد الموضوعي ، والبعد الذاتي ، **المجلة الاجتماعية القومية** ، مج 28 ، ع 3 .
- 101- هدى عاصم خليفة (2004) : نوعية الحياة وعلاقتها بالضغط لدى المرأة العاملة ، **رسالة دكتوراه** ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
- 102- هشام إبراهيم عبد الله (2008) : جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية ، **مجلة دراسات تربوية واجتماعية** ، ع4 ، القاهرة ، كلية التربية ، جامعة حلوان .
- 103- هناء الجوهري (1994) : المتغيرات الاجتماعية الثقافية المؤثرة علي نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينيات ، دراسة ميدانية علي عينة من الأسر بمدينة القاهرة ، **رسالة دكتوراه** ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة.
- 104- هويدة حنفي محمود (2007) : المساندة الاجتماعية كما يدركها المكفوفون والمبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لديهم ، **المجلة المصرية للدراسات النفسية** ، مج 17، ع 55 أبريل .
- 105-وزارة الشؤون الاجتماعية (ب.ت) : **مرض السكر ومضاعفاته** ، القاهرة.

1. Al-Acour- Nemeh-Ahmad (2003): The relationships among knowledge of diabetes, attitude toward diabetes, family and friends support, benefits of and barriers to treatment and compliance with health regimens of Jordanian adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. **Dissertation abstracts international**, Vol. 64-03B, No. AA13082998, P. 1173.
2. Alto – Anna – Mari (1990): Diabetes cognitions and social support in management of diabetes: across – sectional study on social psychological determinants of health – related quality of life and self – care among adults with type1diabetes .**Dissertation abstracts international**, Vol. 61-01C, No. AA1C801188, P. 345.
3. American Thoracic Society (2000): Key Concepts: Quality of life (QOL). (on line) Available: <http://www.Atsql.org/key/htm>.
4. Austin, E., Saklofsk, D., & Egan, V., (2005) : Personality , well – being and health correlates of trait emotional intelligence , **Personality and Individual Differences** , Vol.38 No.3, pp :547-558.
5. Borjeson, B; Lithner. F; (1993) 'Living with diabetes: relation ship to gender, duration and complications" *Diabetic Medicine*, Vol.10 No.8, pp: 768-773.
6. Bowen , Gary & Chapman , Mimi (1996) : Poverty , neighborhood , danger , social support , and the individual adoption among at risk youth in urban areas . **Journal of Family Issues**, Vol .17, No. 5, pp: 641-666.
7. Brend, J. Blanz; Beatrices, S. Rensch; A; (1993) "IDDM as a risk Factor for adolescent psychiatric disorder" *Diabetes Care*, Vol. 16, No .12, pp: 1579 - 1587.
8. Chang – Ruyun (1995): The impacts of trained community health workers on health care utilization and quality of life for diabetic Medicaid enrollees. **Dissertation abstracts international**, Vol.56-08B, No. AAI9541547, P. 4270.
9. Chmblar, N.R (1996): An Empirical Test of A Theory of Factors Affecting Life Satisfaction: Understanding the Role of Religious Experience. **Journal of psychology and Theology**, Vol.24, No.3, PP.220-232.S

- 10.Coffman- Maren- Jill (2005): The relation of depression and tangible social support on the self- efficacy of an elderly Puerto Rican diabetic population, **Dissertation abstracts international**, Vol.66-06B, No. AA13180192, P.3055.
- 11.Colarossi , Liza G . (2000): Gender differences in social support from parents, teacher, and peer: Implications for adolescent development, **Dissertation abstracts international**, Vol.61 No. 2, P.767.
- 12.Davidson , Tinothy A. et al (1999) : Reduced Quality of life in survivors of acute respiratory distress syndrome compared with critically ill control patients JAMA , **Journal of The American Medical Association** , Vol. 281(4) , pp : 354- 360 .
- 13.Dennis, R & Rebecca, R & Ivan, B and Irving, R (1996): Quality of life Indicators and Health: Current and Status and Emerging Conceptions. **Journal of Social Indicators Research**, Vol. 39, PP: 55 – 88.
- 14.Diener E. suh E., (1998): Health - Related Quality of life and Activity limitation - Eight States, 1995. (on line) Available <http://www.ede.gov/mmwr/mmwrhtm/000051443> .
- 15.Duck, S. W & Silver, R. C (1995): **Personal relationships and social support** .John wily & Sons Ltd., London .
- 16.Emmons , Robert & Colby , Patricia (1995) : Emotional conflict and well – being : Relation to viability , daily utilization , and observer reports of social support . **Journal of Personality and Social psychology**, Vol. 68, No. 5, pp 947 – 959.
- 17.Fuligni , A, Eccles, J, Bather, B. & Clements , P (2001) : Early adolescents peer orientation and adjustment during high school , **Developmental psychology**, Vol. 37, No. 5, pp 28 – 36.
- 18.Funk S.C, (1992) : Hardiness : Areview of theory and research , **Journal of Health Survey** , Vol.11 , N. 5, PP. 535-545 .
- 19.Furman, Wynold . & Buhrmester, Duane (1992): Age and sex differences in perception of networks of personal relationships. **Child Development**, Vol. 63, No. 1, pp 103 - 115.
- 20.Gilbert, S , (1991) : Psychophysiological and non verbal correlates of Extraversion , Neuroticism and Psychoticism during active and passive coping among diabetics Personality individuals difference **Journal of Internal Medicine** , Vol.12 , N. 12, PP. 4-9.

21. Goode, D. (1994): Quality of life for Persons with disabilities: International Perspectives and issues; in: Mitchell, D. (1997) : Book Review; **Journal of Intellectual & Developmental Disability**; Vol.22, N. 1, PP. 63-75.
22. Greco – Dawn- M (2004) : Examining family factors that influence perceived social support in children with chronic illness. **Dissertation abstracts international**, Vol. 65-08B, No AAI3143915, P 4285..
23. Grigg – Angela (2004) Impact of diabetes on quality of life for persons living in the bella coola valley. **Dissertation abstracts international**, Vol. 44-01, No. AAIMR04680, P. 330.
24. Giuliano, D. (2001): The Relationship Among Boredom, Lack of Life Meaning and Adolescent Violence. **Dissertation Abstracts international**, Vol. 62. No (11-A), p. 3689.
25. Hernandez – Vargas – Jose-Guadalupe (1994): The effects of social support and shared parental responsibility of the relationship between parental depression and diabetes outcomes. **Dissertation abstracts international**, Vol. 55-07B, No. AAI9431618, P. 3063.
26. Herzog, A. Regula. , Franks, Melissa M., Markus, Hazel R. & Holmberg, Dinal (1998): Activities and Well- Being in Old Age: Effects of self concept and educational attainment. **Psychology and Aging**, Vol. 13, No. 2, pp: 179-185.
27. Hubner, E. S & Dew, T (1996): The Inter relationship of Positive Affect, Negative Affect and Life Satisfaction in Adolescent Sample. **Journal of Social Indicators Research**, Vol. 38, N. 2, pp: 129- 137.
28. Jacobs – Jennifer – R (2000): Health – related quality of life Adolescents with diabetes mellitus. **Dissertation abstracts international**, Vol.61-06B, No. AAI9976552, P. 3280.
29. Kaplan, R.M., Sallis, J.F. & Patterson, T.L., (1993): **Health and Human Behavior**, McGraw Hill Inc Publisher, New York, pp.141-145.
30. Keith, K.D. & Heal, L. W. (1996): Cross – Cultural Measurement of Critical Quality of Life Concepts; **Journal of Intellectual & Developmental Disability**, Vol. 21 (4), PP. 273-294.
31. Kojima, Hideo & Miyakawa, Juji (1993) : social support and school adjustment in Japanese elementary school children **.Paper Present at Biennial Meeting of the Society for**

Research in Child Development , (60 th New Orleans ,
March , 25- 28)

- 32.Kolark-Kathryn-Rassner (1996): Quality of life, in youths with insulin – dependent diabetes mellitus (adolescents). **Dissertation abstracts international**, Vol. 57-10B, No. AAI9708791, P. 6178.
- 33.Langeveld , Johannes H , et al (1999) : Do experienced street and trail negative affectivity moderate the relationship between Headache and Quality of life , in adolescents **Journal of pediatric psychology** , Vol. 24, No 1 , pp: 1-11 .
- 34.Linton- Weiss- Nancy (1990): Social support and non- insulin dependent diabetes mellitus: a multidimensional approach. **Dissertation abstracts international**, Vol .51-10B, No .AAI9030822, P. 5074.
- 35.Llyod,C.E; Mattews, K.A.; (1992) psychosocial factors and complications of IDDM Diabetes care, vol. 15, No. 2, pp: 166-172.
- 36.Llyod, C.E; Andrews, B; (1993) "Are the social relationship of young insulin dependent diabetic potions affected by their conditions? Diabetic Medicine, vol. 10, No. 5, pp: 481-485.
- 37.Lu- Ning(1995) : PSY Co logical Well- Bing with personality characteristic of patient with diabetes .**Mental health Journal** , Vol.9 , No. 2 , PP : 2-11.
- 38.Maddigan – Sheri- Laine (2005): Clinical and population – based applications of generic health – related quality of life measures in type 2 diabetes. **Dissertation abstracts international**, Vol. 66-10B, No. AAINR08271, P. 5348.
- 39.Malkous, R (2000) : Social support and scholastic adjustment among student of University of Jordan . **Educational Science**, Vol .27, No. 1, PP: 161-172.
- 40.Martin, L.L (19940 : Validity and Reliability of Quality of life Instrument , **Clinical Nursing Research** , Vol .3 , No. 2 , PP : 146-157.
- 41.Mendlowiez ,M.D & Stein, M.D (2000): Quality of life in Individuals with anxiety disorders. Amj psychiatry, Vol. 157, No. 5, pp. 669-682.
- 42.Michael, R. (2003): The Quality of life instrument; **Clinical Nussing Research**, Vol. 12 (2), PP. 246-257.

43. Monjezi- Siamak (2005): A qualitative study of diabetic people's experience of neurofeedback training and its effect on their quality of life. **Dissertation abstracts international**, Vol.66-05A, No. AAI3175014, P. 1650.
44. Nadeau – Missi – S (1994): Living with diabetes: the relationship between quality of life, coping style, adherence, and metabolic control in adolescence (diabetes mellitus). **Dissertation abstracts international**, Vol.56-02B, No. AAI9513441, P. 1117.
45. Natalio , E., & Pablo ,F ., (2002) :Relation of perceived emotional intelligence and health – related quality of life of middle aged women , **Psychological Reports** , Vol. 91 (1) , PP: 47-59.
46. O'Connor Rod (1998): Issues in The Measurement of Health-Related Quality of life. (on line) Available [http : // www.redoconnorassoc.com /./issues-in-measurement-Of-QUA-HTML](http://www.redoconnorassoc.com/./issues-in-measurement-Of-QUA-HTML)
47. Odell – Mccollum- Delores – Ann (1997) : The relationship between social support and adjustment in adolescents with diabetes. **Dissertation abstracts international**, Vol. 58-05B, No.AAI9731852, P. 2693.
48. Oishi, Sh., Diener, E.F., Lucas., R.E., Suh, E.M. (1999): Cross-Cultural Variations in Predictors of Life Satisfaction: Perspectives from Needs and Values, **Social Psychology Bull.** .N. 25, PP.980-990.
49. Orlandini , F (1997) : Personality traits and metabolic control ASUDY in diabetes Mellitus , **psychotherapy and psychosomatics** , Vol. 66, No 6 , PP: 307-313.
50. Perwien – Amy – Renee (2000): Assessing quality of life in adolescents with type 1 diabetes an examination of generic and disease specific measures. **Dissertation abstracts international**, Vol. 61-08b, No. AA19984470, P. 4422 .
51. Pridesaux- Blodgett – Becky – J (1996) : Adolescent's perception of per support, quality of life and diabetes management. **Dissertation abstracts international**, Vol. 35-01, No. AAI1381166, P. 219.
52. Pucillo – Sharon – L(2004) : social support and self- care practices of adults with type 2 diabetes , **Dissertation abstracts international**, Vol43-02, No. AAI1423232, P. 448 .

53. Ring, L., Hofer, S., McGee, H., Hickey, A., & OBoyle, C. (2007) Individual quality of Life : Can it be accounted for by psychological or subjective well-being , **Social Indicators Research** , Vol. 82, No .3, pp. 443 – 461.
54. Rogerson, R. J. (1999): Quality of Life and City Competitiveness; **Urban Studies**; Vol. 36 PP: 969-986.
55. Rubin, Kenneth , Coplan, Robert , Chen, Xinyin , and Mckinnon , Jo-Ann (1994) : Peer relationships and influences in childhood . In Ramachan – dran , V . **Encyclopedia of Human Behavior**, San Diego: Academic Press Inc. Vol. 3, pp: 431- 439.
56. RYEES – MI-YOUNG (2006): HEALTH – related quality of life in school – aged children with type 1 2 diabetes. **Dissertation abstracts international**, Vol.66-09B, No. AAI3189348, P. 5103.
57. Salovey, P. & Mayer, J.D. & Caruso, (2002): The Positive Psychology of Emotional Intelligence. **Hand Book of Positive Psychology**, pp 159- 171.
58. Schalock, R.L. (2004): The concept of quality of life: What we know and do not know. **Journal of Intellectual Disabilities Research**, Vol.48, No .3, pp. 203 – 216.
59. Shek, D., Lee, T.(2007) : Family life quality and emotional quality of life in Chinese adolescent with and without economic disadvantage , **Social Indicators Research** , Vol. 80, No .2, pp. 393 – 410.
60. Simon, M.K., (2003): Meaning, coping, and life satisfaction Among Individuals with Neurofibromatosis type .1 (NFI) .M.A. Thesis, The faculty of Graduates. Ontario, Canada.
61. Surit-Pattama (2002) :Health beliefs, social support, and self- care behaviors of older Thai persons with non- insulin- dependent diabetes mellitus (NIDDM), **Dissertation abstracts international**, Vol.63-03B, No. AA131047162, P.1276.
62. Tatte Sal – R, B (1991): Psychiatric aspects of diabetes, A physician s view **British Journal of psychiatry**, vol. 193, pp: 2-11.
63. T.K. Daradkeh1 and T. Al Habeeb (2005): Quality of life of patients with schizophrenia 2, **Eastern Mediterranean Health Journal**, Vol. 11, No 5 & 6 September , 2005

64. Taylor, S et. al (1992) : Optimism , Coping psychology distress , and high risk sexual behavior among men at risk for Aids , Quality of life , vol .36 , pp: 460- 473 .
65. THIAGARAJAN- KRISTINA – DIANN (1998): STRESS social support , problem – solving coping , acceptance of diabetes and self – management as predictors of metabolic control and quality of life among adults with insulin – dependent diabetes mellitus .**Dissertation abstracts international**, Vol. 59-06B, No. AAI9836262, P. 2688.
66. Tran, Thanh V. Wright , Roosevelt . & Chatters , Linda (1991) : Health , Stress , Psychological Resources, and Subjective well being Among Older Blacks Psychology and Aging , Vol.6, No. 1 , PP :100-108 .
67. White , & Hastings , R.P.(2004) Social and professional support for parents of adolescents with sever intellectual disabilities , **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities** , Vol.17, pp:181-190.