



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: D.PS/3C/02/18

الوعي الصحي وعلاقته بنوعية الحياة

لدى مرضى السكري

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في علم النفس

تخصص: علم نفس الصحة

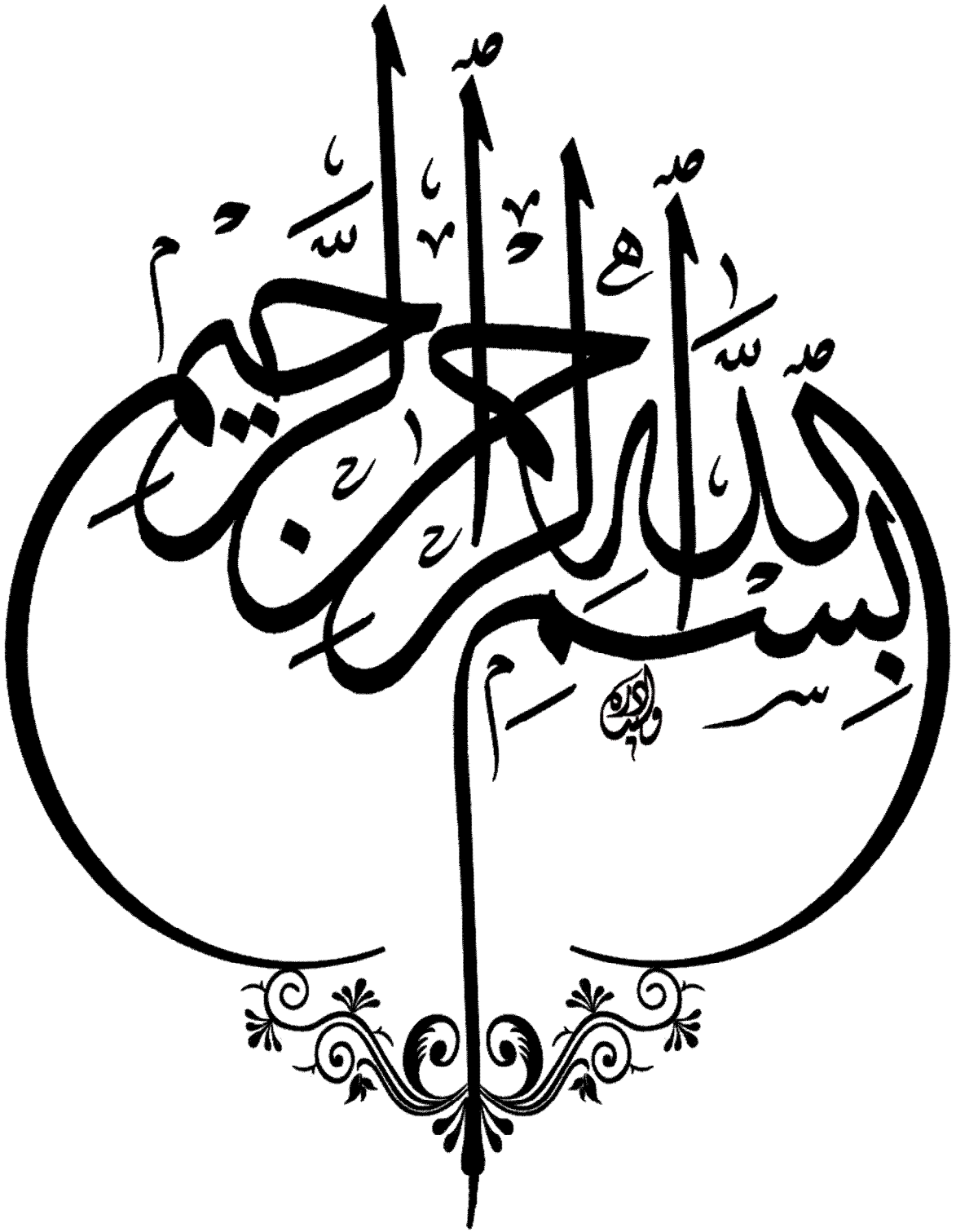
إعداد الطالبة:

- عائشة شلابي

لجنة المناقشة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
01				رئيسا
02	د. سامية بورنان	أستاذ محاضر	جامعة المسيلة	مشرفا ومقررا
03				ممتحنا
04				ممتحنا
05				ممتحنا
06				ممتحنا

السنة الجامعية: 2021-2022م



شكر وعرفان

حمدا لله القائل في كتابه الكريم: «لئن شكرتم لأزيدنكم» "إبراهيم 7".
وصلاة وسلاما على خاتم الأنبياء والمرسلين القائل: "من لا يشكر الناس لا يشكر الله"
الحمد والشكر لله عز وجل الذي أعانني ووفقني في إنجاز هذا البحث المتواضع .
أقدم بفاثق الشكر والعرفان والتقدير إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة "سامية بومرنان"
التي تفضلت بالإشراف على هذه الأطروحة والتي لم تبخل عليا بتوجيهاتها القيمة ونصائحها وإرشاداتها
السديدة .

وكذلك أخص بالشكر الأستاذة الدكتورة: "يامنة إسماعيلي" على توجيهاتها القيمة لي

وإلى كل أساتذتي بجامعة المسيلة

وإلى كل زملائي

وطاقم مكتبة البيان الذين ساعدوني في طباعة هذا البحث .

وكل من ساعدني من قريب أو بعيد

عائشة شلابي

فهرس المحتويات

شكر و عرفان

فهرس المحتويات

قائمة الأشكال

قائمة الجداول

مقدمة 5-2

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة 07
- 2- تساؤلات الدراسة 11
- 3- فرضيات الدراسة 11
- 4- دوافع اختيار الموضوع: 12
- 5- أهمية الدراسة 12
- 6- أهداف الدراسة 14
- 7- مفاهيم ومصطلحات الدراسة 15
- 8- الدراسات السابقة: 17

الفصل الثاني

الوعي الصحي

- تمهيد: 40
- 1- الصحة: 40
- 1-1 تعريف الصحة 40
- 1-2 مكونات الصحة 42
- 1-3 علامات الصحة 43
- 1-4 درجات الصحة 44
- 1-5 مستويات الصحة 44
- 1-6 مؤشرات قياس الصحة 45
- 1-7 النظريات المفسرة للصحة والمرض 45

50	2- المرض
50	1-2 مفهوم المرض
50	2-2 العوامل المسببة للمرض
53	3- الوعي
53	1-3 تعريف الوعي
54	2-3 أنواع الوعي
55	3-3 التوعية
55	4- الوعي الصحي
55	1-4 تعريف الوعي الصحي
58	2-4 أهداف الوعي الصحي
58	3-4 أهمية الوعي الصحي
59	4-4 مجالات الوعي الصحي
72	5-4 النظريات والنماذج المفسرة للوعي الصحي
74	6-4 مواصفات الفرد الواعي صحيا
75	7-4 نشر الوعي الصحي
77	5- التربية الصحية
84	6- السلوك الصحي
86	7- التثقيف الصحي
90	- خلاصة

الفصل الثالث نوعية الحياة

92	- تمهيد:
92	1- نبذة تاريخية عن ظهور مصطلح نوعية الحياة
93	2- تعريف نوعية الحياة
96	3- قياس نوعية الحياة
100	4- النظريات والنماذج المفسرة لنوعية الحياة
108	5- مجالات نوعية الحياة

109	6- مظاهر نوعية الحياة
110	7- مناحي نوعية الحياة
112	8- مؤشرات نوعية الحياة
113	9- أبعاد نوعية الحياة
115	10- مقومات نوعية الحياة
116	11- نوعية الحياة والصحة
117	خلاصة

الفصل الرابع

داء السكري

119	- تمهيد:
119	1- تاريخ مرض السكري
120	2- تعريف مرض السكري
122	3- أنواع مرض السكري
123	4- أسباب مرض السكري
126	5- مضاعفات ومشكلات مرض السكري
129	6- تشخيص مرض السكري
129	7- علاج مرض السكري
130	8- مراحل تقبل العلاج
131	9- التكيف مع المرض
132	10- المهارات النفسية والاجتماعية للمرضى
135	11- مرض السكري في الجزائر
136	خلاصة

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

138	تمهيد:
139	1- الدراسة الاستطلاعية:
139	1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية

139	2-1 إجراءات الدراسة الاستطلاعية
139	3-1 خصائص العينة الاستطلاعية
140	4-1 نتائج الدراسة الاستطلاعية
140	5-1 الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية
148	2- الدراسة الأساسية:
148	1-2 منهج الدراسة
149	2-2 عينة الدراسة الأساسية
155	3-2 حدود ومجالات الدراسة الأساسية
155	4-2 أدوات الدراسة
162	5-2 الأساليب الإحصائية للدراسة
164	خلاصة:

الفصل السادس

عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

166	- تمهيد:
166	1- التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة
167	2- عرض وتفسير نتائج الدراسة
167	1-2 عرض وتفسير نتائج الفرضية الأولى
168	2-2 عرض وتفسير نتائج الفرضية الثانية
169	3-2 عرض وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
170	4-2 عرض وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
171	5-2 عرض وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
173	6-2 عرض وتفسير نتائج الفرضية السادسة
174	7-2 عرض وتفسير نتائج الفرضية السابعة
176	3- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة
176	1-3 مناقشة نتائج الفرضية الأولى
177	2-3 مناقشة نتائج الفرضية الثانية
179	3-3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

181	4-3 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
184	5-3 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
187	6-3 مناقشة نتائج الفرضية السادسة
188	7-3 مناقشة نتائج الفرضية السابعة
190	- الاستنتاجات والاقتراحات
194	- خاتمة
197	- قائمة المصادر والمراجع
212	- الملاحق

ملخص

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
121	مقطع عرضي للبنكرياس	01
150	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	02
150	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	03
151	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض	04
152	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع العلاج	05
153	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	06
153	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية	07
154	يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية	08
170	يوضح ترتيب أبعاد الوعي الصحي لدى عينة الدراسة	09
172	يوضح ترتيب أبعاد نوعية الحياة لدى عينة الدراسة	10

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح مجالات البحث في علم النفس الإيجابي	105
02	يوضح الأسباب الرئيسة للموت	128
03	يوضح خصائص العينة الاستطلاعية:	139
04	يوضح ثبات مقياس الوعي الصحي عن طريق ألفا كرونباخ	140
05	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي الجسمي مع درجته الكلية	141
06	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي الاجتماعي مع درجته الكلية	142
07	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي الرياضي مع درجته الكلية	142
08	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي الغذائي مع درجته الكلية	143
09	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي النفسي مع درجته الكلية	144
10	يوضح مصفوفة ارتباطات محاور مقياس الوعي الصحي مع درجته الكلية	144
11	يوضح ثبات مقياس نوعية الحياة عن طريق ألفا كرونباخ	145
12	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الصحة الجسمية مع درجته الكلية	146
13	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الصحة النفسية مع درجته الكلية	146
14	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الصحة البيئية مع درجته الكلية	147
15	يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور العلاقات الاجتماعية مع درجته الكلية	147
16	يوضح مصفوفة ارتباطات محاور مقياس نوعية الحياة مع درجته الكلية	148
17	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	149
18	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	149
19	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض	151
20	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع العلاج	151
21	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	152
22	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية	153
23	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية	154
24	أبعاد استبيان الوعي الصحي في صورته الأوليّة:	156
25	يوضح المحاور لاستبيان الوعي الصحي بعد التصحيح	159
26	يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة	166
27	يوضح العلاقة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة	167

قائمة الجداول:

168	يوضح اختبار كا ² للكشف عن مستوى الوعي الصحي لدى مرضى السكري	28
169	يوضح اختبار كا ² للكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري	29
170	يوضح اختبار فريدمان لترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي	30
171	يوضح اختبار ويلكوكسن للتحقق من ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي	31
171	يوضح اختبار فريدمان لترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة	32
172	يوضح اختبار ويلكوكسن للتحقق من ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة	33
173	اختبار مان ويتي لدلالة الفروق في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة تبعاً لمتغير نوع العلاج.	34
174	يوضح اختبار كروسكال واليز للكشف عن الفرق في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة تبعاً لمتغير مدة المرض	35

قائمة المخططات

الصفحة	العنوان	الرقم
42	يوضح جوانب الوعي الصحي	01
49	يوضح الأبعاد الرئيسية للصحة العامة	02
56	مراحل تشكل الصحة الجيدة	03
72	يوضح مجالات الوعي الصحي	04
106	يوضح النموذج الطبي النفسي الاجتماعي المطور من طرف أنجل (Engel 1977-1980)	05
124	يوضح عوامل ظهور مرض السكري النمط الأول (IDDM)	06
126	يوضح عوامل ظهور مرض السكري النمط الثاني (NIDDM)	07
135	يوضح المهارات النفسية والاجتماعية لمرضى السكري	08

مقدمة

يشكل موضوع الصحة أهمية كبيرة على مستوى الأفراد والمجتمعات، حيث أنه يؤثر على تطورها وتقدمها وتقاس تطور الشعوب بمعايير كثيرة أهمها الصحة، حيث شهد العالم تغييرا على مستوى الخريطة الصحية، بالنسبة للانتشار الأمراض من حيث نوعيتها وخطورتها والأعباء التي تتحملها الأسر والهيئات الصحية في العالم المتقدم والنامي معا، فقد كان في القرن الماضي حسب Anne Francois et al (2007) السبب الرئيسي لارتفاع نسبة الوفيات يعود إلى الأمراض المتنقلة (المعدية) مثل الملاريا، التيفوئيد، السل الرئوي، وغيرها من الأمراض أما حديثا، فقد انتشرت العديد من الأمراض المزمنة والخبیثة مثل أمراض القلب، السكتة الدماغية والسرطان والسكري حيث تعتبر المسبب الأول للوفاة هذه الأمراض أدت إلى وفاة الملايين سنويا فقد أحصت منظمة الصحة العالمية أن الأمراض غير المتنقلة تسبب 60% من الوفيات في تقديرها السنوي سنة 2005. (anne, francois, et al. 2007)

وكشفت منظمة الصحة العالمية عن الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز عام 2020 يعود إلى الأمراض السارية، وتعتبر العيب السابع من الأسباب العشرة الأولى للوفاة في العالم، ووفقا لتقديرها لعام 2019 شكلت زيادة قياسا بعام 2000 حيث أصبحت هذه الأمراض تشكل أربعة من الأسباب العشرة للوفاة. وكشفت التقديرات أن أمراض القلب والسكري لا تزال القاتل الأول حيث تسببت أمراض القلب 16% من مجموع الوفيات أما السكري فقد ارتفعت نسبة الوفيات إلى 70% على الصعيد الدولي العالمي بين فترة 2000 و 2019 مع زيادة نسبة 80% في وفيات الذكور (OMS, 2020).

هذه الأرقام المخيفة جعلت المختصين في مجال الطب يبحثون في أسباب هذا الانتشار وقد واجهوا صعوبات في تفسيرها وضبط أسبابها ليتجاوز التفسير الطبي ونظرته الكلاسيكية للمرض، حيث وجد الطب نفسه عاجزا في تفسير انتشار الأمراض المزمنة وقد تجاوز تعريف منظمة الصحة العالمية عام 1964 حسب عثمان يخلق "بأنها حالة من الراحة الجسمية والعقلية" إلى تعريف آخر ورؤية جديدة للصحة عام (1984) "كحالة من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض ولعجز" (عثمان يخلف، 2001).

هذا التغيير في مفهوم الصحة، فتح المجال إلى مقاربات أخرى في تفسير الصحة والمرض كالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (1977) I.engel والتفسير السيكوسوماتي ليدمج متغيرات أخرى في تفسير المرض، هذه الوضعية الجديدة غيرت من أساليب العلاج والتكفل الصحي للمرضى ومع بروز علم نفس الصحة كتخصص، جديد طرح جانبا تفاعليا متعدد الجوانب، مركزا على الجوانب الاجتماعية وللمحيط وأحداث الحياة الضاغطة وخصائص الشخصية.

هذا التغير والتحول في تفسير المرض، جعل المختصين في الميدان الصحي والهيئات والمنظمات الصحية يعودون إلى جانب مهم قبل تشخيص المرض وحتى أثناء اكتشاف المرض ومراحل العلاج، إلى الجانب الوقائي المتمثل في الوعي الصحي ليدخل هذا المتغير في المجال الصحي والعلاجي كشريك في لعملية لعلاجية، فالوعي الصحي أداة للتخفيف وللحد من انتشار الأمراض ومضاعفاته، والتقليل من تكاليف العلاج. وهدفه توعية الأفراد والمجتمع بالجوانب الصحية والحفاظ على مستوى صحي جيد، وانتهاج أسلوب ونمط حياة صحي، من خلال السلوكيات الصحية والابتعاد عن عوامل الخطر المسببة للأمراض كنوع الغذاء وكميته والنشاط البدني ونوع العلاقات الاجتماعية وتجنب الضغوطات النفسية فالوعي الصحي بهذه الجوانب يُمكن للمريض من التحكم في تفاقم المرض ومضاعفاته التي تحدث خلل في توازنه الجسمي والنفسي والاجتماعي والسكري من الأمراض المزمنة التي أصبحت تهدد حياة المرضى نتيجة لمضاعفاته الخطيرة وأزماته.

والجزائر ضمن هذه المجتمعات التي انتشر فيها مرض السكري انتشارا سريعا فقد وصلت الإحصائيات في الجزائر إلى قرابة أربع ملايين مصاب بنوعيه الأول والثاني هذه الفئة التي تعاني من المرض ومضاعفاته كتصلب الشرايين وأمراض الكلى وكذا تأثيره على البصر والتقرحات الجلدية التي قد تسبب في بتر القدم بما يعرف بالقدم السكري، هذه المضاعفات الخطيرة جعلت موضوع الوعي موضوعا له وزنه في المنظومة الصحية المحلية والعالمية لما له من أهمية في الحد من انتشار الأمراض خاصة المزمنة ومرض السكري الذي يرشح ارتفاعه لعام 2030 إلى 550 مليون إصابة حسب (منظمة الصحة العالمية) والوعي الصحي لا يأتي هكذا بل يتطلب جهد وتضافر كل الجهات بداية من الأسرة والمدرسة والوعي الصحي يُكتسب عبر مراحل حياة الإنسان وتبقى الهيئات الصحية كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات ووزارة الصحة خاصة مع وسائل الإعلام كلها تشارك في عملية الوعي الصحي ليصبح جزءا من ثقافة المجتمع والحفاظ على درجة جيدة من نوعية الحياة، ولأن الأمراض تؤثر على نوعية حياة المريض خاصة مرضى السكري هذا المتغير الذي يمثل الجزء الثاني من هذه الدراسة فإن نوعية الحياة *Qualité Of Life* بمفهومها الضيق تركز على الحياة المادية وتلبية الحاجيات كمستوى المعيشة، الدخل، المواصلات... الخ.

هذا ما يمثل الجانب الموضوعي لنوعية الحياة لكن اليوم أصبح الجانب الذاتي مهما في حياة الإنسان خاصة المريض له الحق في العيش بسلام ومعايشة مرضه بكل أمان ورضا وسعادة وقد عرف (Rubin 2000) نوعية الحياة "هي الدمج والتعامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من الناحية

الصحية والجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية متضمنة المكونات الإدراكية لتشمل الرضا والمكونات العاطفية التي تشمل السعادة " (يزيد شعيل، 2018).

هذا التعريف الشامل لروبن Rubin يوضح أن الوصول إلى نوعية حياة جيدة يجب أن يكون فيها الدمج بين الجانب الجسمي بما فيه العلاج والتكفل الصحي الجيد مع وجود توازن نفسي مع علاقات اجتماعية جيدة داخل الأسرة والمجتمع، مع إدراك المريض لوضعيته حتى يكون راضيا بوضعه الصحي. هنا تقبل المريض لمرضه مهم لمعايشته للمرض وفي للحفاظ على ذاته ووجوده ليصل إلى مكون مهم هو السعادة ونوعية حياة جيدة، وبما أن نوعية الحياة تشمل الصحة كموضوع مهم لبلوغ حياة جيدة.

فقد ذكر Pedinele (1999) "أن من المهم دراسة مفهوم وتمثيل المفحوصين لسبب مرضهم للفهم أحسن للكيفية التي تتكون بها الخبرة الذاتية للمرض، وكذا معنى المرض للفرد. (عمران لخضر، 2009، ص14)

كذلك إنصب الاهتمام من طرف عاملي الصحة من أطباء وممرضين وحتى أخصائيين نفسانيين وأخصائيين تغذية بالجانب الوقائي هدفهم منع الإصابة ومنع مضاعفات المرض وتحديد عوامل الخطر مع منع الانتكاسة وبمشاركة المريض وإدراكه لحالته، وفق نسق معياري وثقافي للصحة المدركة مرتبطة بالصحة المقدره من المريض نفسه أو مع الطبيب وبمقاييس خاصة أعدت لهذا الغرض.

وعلى هذا الأساس وضمن هذا الإطار يندرج هذا البحث الذي يركز على محاولة دراسة وتقدير الوعي الصحي ونوعية الحياة ونوع العلاقة بينهما لمرضى السكري، ولفهم أكثر، استخدمنا استبيان للوعي الصحي لمرضى السكري المعد من طرف الباحثة ومقياس نوعية الحياة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004).

ولهذا تم تقسيم البحث إلى قسمين:

قسم نظري يضم فصولاً أربعة: فصل تمهيدي ويضم الإشكالية، دوافع البحث، أهدافه، أهميته، التعريفات الإجرائية، الدراسات السابقة، وفصل تناول الوعي الصحي ويضم: مفهوم الصحة -علامات الصحة- درجات الصحة- مستويات الصحة- نظريات ونماذج مفسرة للصحة- العوامل المسببة للمرض- مفهوم الوعي الصحي أهدافه، أهميته، مجالاته، مؤشرات، النظريات المفسرة للوعي الصحي، طرق نشر الوعي الصحي مصادر الوعي الصحي، التربية الصحية، التنقيف الصحي، السلوك الصحي وفصل ثالث لنوعية الحياة يتضمن نبذة تاريخية عن ظهور مصطلح نوعية الحياة،

مفاهيم لنوعية الحياة، مناحي نوعية الحياة، أبعاد نوعية الحياة، الاتجاهات والنظريات المفسرة لنوعية الحياة، مجالات نوعية الحياة، نوعية الحياة والصحة، مؤشرات نوعية الحياة، وفصل رابع خاص بمرض السكري.

أما الجانب التطبيقي يضم فصلين:

فصل خاص بالإجراءات الميدانية للدراسة.

وفصل يحتوي على عرض نتائج الدراسة، ومناقشتها، إضافة إلى الخاتمة والتوصيات وقائمة

المراجع وأخيرا الملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- تساؤلات الدراسة
- 3- فرضيات الدراسة
- 4- دوافع اختيار الموضوع:
- 5- أهمية الدراسة
- 6- أهداف الدراسة
- 7- مفاهيم ومصطلحات الدراسة
- 8- الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

إن مرض السكري من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا وتأثيرا على حياة المريض حيث يدخله في نمط جديد متعب ومراقبة ذاتية في سلوكاته اليومية مثل قياس نسبة السكري، تناول الأدوية، الرجيم، الالتزام بمواعيد الطبيب، كلها تؤثر على جوانب حياته النفسية والاجتماعية وحتى المهنية خلافا على مضاعفات المرض فنجد مضاعفات حادة تؤثر على أجهزة الجسم منها مضاعفات آنية كتدهور مفاجئ لمريض السكري مثل غيبوبة السكري وارتفاع السكر الحاد وكذلك تغييرات على مستوى عمل الكليتين.

وهناك مضاعفات أخرى مصاحبة للمرض ذكرها عمران لخضر (2009) "كتخلل وسقوط الأسنان، تقرحات جلدية، ضعف الرؤية، وتقرحات حادة في مستوى القدمين قد تصل إلى البتر، مما يترك آثار سلبية على حياته العائلية والأسرية والمهنية والنفسية والاجتماعية" (ص.18).

إن السكري Diabete مرض مزمن خطير يهدد حياة الأفراد والمجتمعات وقد عرف طبيا من طرف (Ayano Et Al 2005) على انه "ارتفاع مزمن لنسبة الجلوكوز في الدم الناتج عن عدم قدرة الجسم على تمثيل الكربوهيدرات Les Hydrate De Carboe فيسبب اضطراب ثانوي في عملية الأيض المعقدة الخاصة بالدهون lapides والبروتينات protides كما إن نسبة السكري في الدم عند الإنسان العادي تتراوح من 0.7 غ إلى 1.3 غ وعند مصاب السكري تكون النسبة مرتفعة أو منخفضة" (17-15 pp) وقد تم تصنيف السكري سنة 2008 حسب تقرير منظمة الصحة العالمية ضمن الأمراض المزمنة الغير السارية (الغير المعدية) المميتة بعد كل من أمراض القلب، والسرطان.

وتتابعاً لهذه الإحصائيات والدراسات سجلت منظمة الصحة العالمية في ماي 2019 41 مليون وفاة سنة 2016 نتيجة الأمراض غير السارية بما يمثل 71% من إجمالي عدد الوفيات البالغ 59 مليون على مستوى العالم وغالبية الوفيات سببها الأمراض المزمنة منها أمراض القلب والأوعية الدموية بـ(17.9) مليون حالة وفاة بنسبة 44% من نسبة الأمراض المزمنة ثم السرطان بـ9 مليون حالة وفاة أي بنسبة 22% ثم أمراض جهاز التنفسي بـ3.7 مليون حالة وفاة ما يعادل 9% والسكري 1.6 مليون حالة وفاة ما يمثل 4% ضمن الأمراض المزمنة. (منظمة الصحة العالمية، 2019)

ومن المتوقع أن يرتفع معدل مرض السكري إلى 592 حالة بحلول عام 2035 والجزائر كسائر البلدان يشكل مرض السكري تحديا كبير لها حسب وزارة الصحة أن السكري يشكل نسبة 12.13% من بين مجمل الأمراض الأكثر انتشارا بعد الضغط الدموي حيث قدر عند الإناث بـ 11.39% وعند الذكور

ب13.60% وإجمالاً يقدر بـ4 ملايين مصاباً، وتوزيعهم حسب الفئات العمرية بـ2.5 للأفراد الأقل من 15 سنة و12.89% للفئات الأكثر من سن 15 سنة. (الديوان الوطني للإحصائيات، 2004، ص38)

وأحصت الجزائر في نوفمبر 2018 بمناسبة اليوم العالمي لمكافحة السكري في دراسة تتبعية حيث أظهرت أن الإصابة بداء السكري ارتفعت من 8% خلال سنة 2003 إلى 10% سنة 2012 لتبلغ 14% خلال سنة 2017 وأشارت النتائج إلى أن 53.50% من الأشخاص الذين شملتهم الدراسة لم يستفيدوا ولو لمرة واحدة من قياس نسبة السكر في الدم وان 29.7% منهم يعالجون بمادة الأنسولين أي الحقن و78.2% يعالجون بالأدوية التي تتناول عن طريق الفم، هذا الارتفاع السريع لنسبة مرضى السكري جعل الدارسين والباحثين في مجال الصحة وخاصة مجال علم نفس الصحة يولون الاهتمام لهذه الظاهرة والبحث فيها وتقصي أسبابها للوصول إلى حلول للتحكم في انتشارها فقد كشفت بعض الدراسات أن من أهم هذه الأسباب هو إتباع السلوكات الخاطئة في نظام حياتهم كنوع وطريقة تناول الغذاء مع قلة الحركة وانعدام النشاط البدني الذي يسبب السمنة، وكثرة الضغوطات النفسية مع تلوث البيئة، وقلت الوعي الصحي هذا ما جعل الهيئات والمنظمات الصحية العالمية تسعى إلى إيجاد حلول لهذا التزايد المتسارع بوضع استراتيجيات وقائية أهمها نشر الوعي الصحي ويتفق الخبراء على أن المجال الصحي من أكثر مجالات التنمية الاجتماعية وقد تأكد كذلك حينما بدأت المجتمعات المتقدمة خطواتها الصحية في استعدادها لدخول القرن العشرين بالاتجاه نحو الوعي الصحي لشعورهم أن تحقيق الصحة للجميع، ويرتكز على التنقيف الصحي قبل الاعتماد على الانجاز الطبي (رشا، 2015، ص27).

ورغم أن الأمراض العضوية تفسر معظمها من الجوانب البيولوجية أو الكيميائية لكن الآن تغير تفسير الصحة والمرض بعوامل تشترك مع الجانب الطبي كالعوامل الاجتماعية والنفسية وبعض العوامل الأخرى التي لها دور في المرض والصحة ك الوعي الصحي الذي يعتبر أداة لتعزيز الصحة وتعديل السلوك. وقد عرفه زيدان وآخرون (2017) بأنه هو السلوك الايجابي الذي يؤثر إيجاباً على الصحة والقدرة على تطبيق المعلومات الصحية في الحياة اليومية بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المتكاملة والتي تحافظ على صحته وحيويته وذلك حسب إمكاناته" (ص31).

وحسب عبد السلام مصطفى (2003) "أن انخفاض مستوى الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع يزيد في انتشار الأمراض وأضرارها مما يوضح ضرورة العناية بتنمية الوعي الصحي لأفراد المجتمع" (ص.32).

وفي دراسة السير وويليام وأسلوه IIsir, William, Oslo حول مرض السل أن علاج المرضى لا يعتمد على العلاج الدوائي فقط بل يعتمد أساسا على تعديل ما في أدمغتهم من أفكار سلبية ومشاعر مؤلمة وميول عدائي أكثر مما يعتمد على علاج المرض نفسه. (محمد، عز الدين توفيق، 2002، ص337) وفي دراسة (1972) Bresloux Et Belloc أن سبع سلوكيات مهمة يمكن أن تقي الإنسان من كل الأمراض والمشكلات الصحية من بينها التغذية الصحية والنشاط الرياضي. (Antonia c-I, kerry.c, 2005, p72)

وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن ذوي الوعي الصحي المرتفع يتمتعون بصحة جسمية ونفسية جيدة وحتى في علاقتهم الاجتماعية ويظهر هذا من خلال سلوكياتهم الصحية، وبالعكس فإن أصحاب الوعي الصحي المنخفض يتميزون بالمرض وظهور مضاعفاته، ففي دراسة لعربي محمد وحريري حكيم (2015) والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الوعي الصحي واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة أظهرت أنها توجد علاقة بين مستوى الوعي الصحي، ومكونات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

وقد جاء في تقرير المعهد الطبي (IOM) Institut Of Medecine (2004) أن ما يقارب نصف البالغين في الولايات المتحدة حوالي 90 مليون فرد يعانون من مشكلات في فهم المعلومات الصحية واستخدامها ما أدى إلى ارتفاع معدلات دخول المستشفيات والتردد على خدمات الطوارئ من المرضى محدودي الوعي الصحي. (I.wielsen-bohlman, panze am, kinding,2007).

إن، الوعي الصحي بجوانبه المتعددة الجسمي والنفسي والاجتماعي والغذائي والرياضي... الخ كلها تشكل جانبا وقائيا لتحديد قدرة المريض على مواجهة المرض، والوصول إلى مستوى جيد من الصحة والرضا ونوعية حياة جيدة هذه الأخيرة أصبحت اليوم غاية لا هدفا يطمح إليها الإنسان، خاصة المريض ويسعى إلى تحقيقها من خلال الاهتمام بجوانب الحياة الصحية، الجسمية والنفسية وعلاقته الاجتماعية وقد عرف Rubin نوعية الحياة أنها "دمج وتعامل بين عدة اتجاهات الفرد من الناحية الصحية والجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية منتظمة كلا من مكونات الإدراكية لتشمل الرضا والمكونات العاطفية التي تشمل السعادة" (يزيد شعيل، 2018).

وعلى هذا الأساس، فإن نوعية الحياة موضوع مهم بمكوناته الموضوعية الذي تهتم بشروط الحياة والصحة والمهنة... الخ.

والذاتية والتي تدرس الإحساس بالرضا والسعادة والشعور بالراحة والرفاهية... الخ هذا يسمح بتقييم وتقدير الوضع العام للشخص وبصورة ديناميكية (Francois, Anne francois, 2006)

فتقدير نوعية الحياة تكون من طرف المريض نفسه أو الطبيب الذي يتكفل بعلاجه لذلك تقييم نوعية الحياة للفرد ما هو إلا تقييم ذاتي لدرجة رضاه عن وضعه الصحي من جوانب عدة الجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية التي يعيش فيها.

فقد أشارت بعض الدراسات عن تقييم نوعية الحياة للمرضى المزمنين وخاصة مرضى السكري ومدى تأثيرهما ففي دراسة لجمال كرم شاكور (2015) أظهرت أن تقييم نوعية الحياة للمرضى المصابين بداء السكري والمصابين بارتفاع ضغط الدم في كردستان كانت سيئة.

كما بينت دراسة (Greiser & Tamyo, R Eitmier Ladwing, 2015) أن مستوى نوعية الحياة لمرضى السكري النوع الثاني تبعاً لمتغير الجنس لصالح مرضى السكري الذكور والعوامل الاجتماعية والاقتصادية لها أثر على نوعية الحياة لمرضى السكري.

وأضافت دراسة علي شلاش، الإبراهيمي، وحيد، فخري التكمجي (2017) بالنجف العراق في تقييم نوعية الحياة لمرضى السكري للنمط الثاني وارتفاع ضغط الدم بمقارنة الأصحاء والمرضى أظهرت النتائج أن مرضى السكري وضغط الدم لديهم نوعية حياة منخفضة أي أن الأمراض المزمنة تؤثر سلباً على نوعية الحياة .

هذا ما يؤكد علماء الاقتصاد من خلال دراسة، تبين فيها وزن وأهمية بعض المؤشرات المكونة لنوعية الحياة عن طريق مسح شارك فيه 3000 مشترك، توصلوا إلى أن أهم مؤشر يمكن أن يعبر عن نوعية الحياة ويقيسها بشكل كبير من بين 7 مؤشرات ألا وهو الإحساس بالأمان والحرية السياسية وهذا بـ2.26 درجة ثم مؤشر الصحة في المرتبة الثانية كثاني أهم مؤشر لقياس مستوى نوعية الحياة.

وتصنف الجزائر على مقياس نوعية الحياة في الترتيب العالمي بـ139 وفقاً لتقرير جودة الحياة التي تضعها المجلة العالمية الأيرلندية، والذي أعطى للجزائر 52 نقطة سنة 2011، وبذلك احتلت الجزائر المرتبة 13 عربياً في جودة الحياة (بوعيشة، 2014، ص32)

إن، الوعي الصحي أصبح من أهم استراتيجيات المتبعة في الحد من تفاقم مرض السكري من خلال ما يقدمه القائمون على هذه العملية من توجيهات وإرشادات تمس جميع نواحي ما يهيم المصاب

بداء السكري، بذلك يعمل الوعي الصحي على تنمية بعض جوانب الحياة لدى السكري خاصة نوعية حياته، فكلما زاد الوعي الصحي للمريض وبحالاته وكيفية التعامل معها تحسن في نمط حياته، وينطبق هذا في دراسة جعفر العرجان (2005) بوجود علاقة طردية بين الوعي الصحي والرضا عن الحياة فالموضوعان لا ينفصلان فأهميتهما في حياة مريض السكري وباقي الأمراض المزمنة هذه الأهمية أوجبت علينا البحث في هذه الموضوع وهذه العلاقة التي قد تكشف لنا نتائج نستفيد منها في المجال الصحي والمختصين في علم نفس الصحة، فالوعي الصحي ونوعية الحياة نادتا بهما المنظمات الصحية الدولية، والهيئات الصحية لأهميتهم وللحفاظ على الصحة ولتكون مبدأ الصحة للجميع، وعلى هذا الأساس جاء بحثنا استجابة لهذه المطالب للبحث عن نوع العلاقة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري في ظل بعض المتغيرات الأخرى.

2- تساؤلات الدراسة:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري (نمط 2,1)؟
- ما مستوى الوعي الصحي لدى مرضى السكري نمط (2,1)؟
- ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري نمط (2,1)؟
- هل هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري نمط (2,1)؟
- هل هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري نمط (2,1)؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعا لنوع العلاج (الأنسولين، الأقراص)؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعا لمدة الإصابة بالسكري نمط (2,1)؟

3- فرضيات الدراسة:

- 3-1 توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.
- 3-2 مستوى الوعي الصحي لدى مرضى السكري مرتفع.
- 3-3 مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري مرتفع.
- 3-4 هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري.

3-5 هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

3-6 توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير نوع العلاج (الأنسولين، الأقراص).

3-7 توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمدة الإصابة بالسكري.

4- دوافع اختيار الموضوع:

هناك عدة أسباب دفعت بالباحثة لاختيار هذا الموضوع نذكر منها:

- التخصص لان الموضوع يصب في التخصص (علم نفس الصحة) والذي يهتم بدراسة العمليات النفسية والسلوكية في الصحة والمرض والرعاية الصحية وفهم الكيفية التي تساهم فيها العوامل النفسية والسلوكية والثقافية ومن خلال هذا الفهم يتمكن من تحسين الصحة ببناء برامج صحية وتدريب أخصائيين في الرعاية الصحية مثل الممرضين والأطباء والاستفادة من هذه المعرفة.
- أهمية الموضوع ومتغيراته وحدثته.
- رغبة وفضول الباحثة للغور في دراسة هذا الموضوع.

5- أهمية الدراسة:

تكتسي أهمية الدراسة تبعاً لمتغيراتها ولها جانبان من الأهمية:

5-1 الأهمية النظرية: تتبثق أهمية الدراسة من الموضوع ذاته الوعي الصحي وعلاقته بنوعية الحياة لمرضى السكري مع بعض المتغيرات (مدة المرض ونوع المرض).

- الوعي الصحي متغير له أهمية في حياة الأفراد والمجتمعات، حيث نادى به الهيئات والمنظمات الصحية العالمية لنشره في أوساط المجتمعات لأهميته، التي تعود على صحة الأفراد والمجتمعات، ويشكل جانبا وقائيا للمريض خاصة مريض السكري ويساهم في تنمية وتفعيل المهارات لأجل الحفاظ على التوازن الجسدي والاجتماعي والنفسي له.

- هذه الدراسة من الدراسات الحديثة والتي تعتبر منطلقا لباحثين آخرين تمكنهم من الاستفادة منها من جوانب عدة، وتناولها من متغيرات مختلفة للأمراض المزمنة، كأمراض القلب والكلية وغيرها.

- تدعيم الباحثين في تناول مجال متغيرات الدراسة بالمادة العلمية خاصة متغير الوعي الصحي لمرضى السكري الذي تم بناء استبيان خاص به من طرف الباحثة.

- نقص الدراسات لمتغيرين الوعي الصحي، ونوعية الحياة هذان المصطلحان الحديثان للذان ينتميان لعلم نفس الصحة وعلم النفس الايجابي.
- اكتشاف السمات الايجابية له ومنها: تنمية المهارات والكفاءة الذاتية للمريض.
- الوصول بالمريض إلى مستويات مرتفعة من الرضا والكفاءة في حياته.
- من الناحية الاقتصادية: زيادة فاعلية الإنتاجية في ميدان العمل وبالتالي تكون المشاركة الاقتصادية.
- التقليل من استيراد الأدوية الخاصة بمرض السكري والتي تقدر بملايين الدولارات.
- من الناحية الاجتماعية: اكتساب أنماط سلوكية جديدة ايجابية تساهم في تفعيل دور المريض في المجتمع إبراز أهمية الوعي الصحي لما يلعبه من دور في المجالات الوقائية والعلاجية والتي تهدف إلى تعزيز الوعي الصحي للمرضى، خاصة مرضى السكري وتحسين قدراتهم الصحية من خلال وعيهم الصحي من جوانب عدة: الجسمية، الغذائية، الرياضية، الاجتماعية وحتى النفسية.
- كذلك تكمن أهميتها بتناولها لمتغيرات، لها الانعكاس الايجابي على صحة المصابين بداء السكري حيث أن الوعي الصحي للمريض يؤدي إلى السلوك الصحي ويخفض مضاعفات المرض ويساهم في تحسين نوعية حياته، وهذا ليس للمريض فقط بل يكون بمشاركة تفاعلية داخل الأسرة والفريق الطبي والمجتمع ككل.
- أهمية هذه الدراسة: من ندرة مصادرها، لمتغيري الوعي الصحي ونوعية الحياة، ف الوعي الصحي يعتبر السبيل الرئيسي للارتقاء بالمرضى المزمنين، ومن خلاله، يستطيع المريض اكتساب أسلوب حياة جيد وإدارة المرض بفاعلية، كالعلاج وممارسة الرياضة والاهتمام بالنظام الغذائي والتفاعل الاجتماعي وبالتالي، الارتقاء إلى نوعية حياة جيدة وهي ما يطمح اليها المريض من أجل إكمال حياته بكل أمان ورضا.
- الأهمية السيكومترية: تقدم الدراسة مقاييس تشخيصية لباحثين، وللمكتبة الجامعية الجزائرية والعربية والتي تشمل استبيان الوعي الصحي لمرضى السكري، المُعدّ من طرف الباحثة ومقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (2004) والمترجم بالعربية.
- أهمية المجال البحثي: تعود أهمية الدراسة إلى أن متغيراتها تضعها في أكثر من مجال بحثي، فمن حيث المتغيرات: فالوعي الصحي ونوعية الحياة ينتميان إلى مجال علم النفس الصحي وعلم النفس الايجابي، أما من حيث العينة فتقع في مجال علم نفس الصحة، هذه المجالات تضيف لهذه الدراسة أهمية خاصة.

5-2 الأهمية التطبيقية:

- تكمن الأهمية العلمية للدراسة في أنها تتدرج تحت الدراسات التي تنتمي إلى علم نفس الصحة وعلم نفس الايجابي والتي هدفها الوصول إلى الرضا والسعادة للمرضى أو الأصحاء، ويتجه نحو نشر ثقافة الوعي الصحي والوقاية من الأمراض، خاصة مرض السكري والوصول إلى نوعية حياة جيدة تمكنهم من العيش داخل مجتمعاتهم، برضا وسعادة من خلال تمتعهم بصحة جيدة.
- تأمل الباحثة للوصول إلى نتائج علمية تضعها في أيدي المختصين في الميدان الصحي لأجل وضع خطط وبرامج توعية ووقائية وحتى علاجية، لفئة المرضى المزمنين خاصة مرضى السكري.
- إعطاء فكرة عن دور الوعي الصحي والتكفل الصحيح للمختصين، في مجال الصحة، سواء مصحات عامة أو خاصة، مستشفيات وحتى جمعيات ومديريات الصحة... الخ، لان الهدف هو تحسين نوعية حياة المرضى من نواح مختلفة الجسمية منها والنفسية والاجتماعية لما لها من تأثير على صحة المريض .

6- أهداف الدراسة:

- لكل دراسة أهداف يسعى إليها الباحث لتحقيقها، وعليه جاءت أهداف هذه الدراسة كما يلي:
- معرفة نوع العلاقة الارتباطية بين المتغير المستقل الوعي الصحي ومتغير التابع نوعية الحياة لمرضى السكري.
- الكشف عن مستوى الوعي الصحي لمرضى السكري.
- الكشف عن مستوى نوعية الحياة لمرضى السكري.
- معرفة درجات تفاوت أبعاد الوعي الصحي لمرضى السكري.
- معرفة درجات تفاوت أبعاد نوعية الحياة لمرضى السكري.
- الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية لدى مرضى السكري تبعا لمتغير نوع العلاج (الأنسولين أو الأقراص) .
- الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية لدى مرضى السكري تبعا لمتغير مدة الإصابة بالسكري.
- بناء استبيان للوعي الصحي لمرضى السكري بهدف معرفة مستوى الوعي الصحي.
- لفت انتباه الأفراد والمسؤولين إلى قيمة الوعي الصحي ونشره في المجتمع، خاصة لفئة مرضى السكري.
- الوصول بالمريض إلى مستويات مرتفعة من الرضا في حياتهم .

- نشر الوعي الصحي وتحسين نوعية حياة المرضى، مع التكفل الجيد لهم خاصة مرضى السكري من ناحية اقتناء الأدوية والمتابعة الطبية وتوفير الضمان الاجتماعي الذي يضمن لهم حقوقهم المادية مع ضبط تكاليف الرعاية الصحية .

7- المفاهيم الإجرائية للدراسة:

جاء في قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، التعريف الإجرائي أنه "وصف محدد للظاهرة، وكيف تدرس في مفاهيم توضح كيف سيتم قياسها" (زرواتي، رشيد، 2002، ص86).

وكذلك عرفها عزوز كتفي(2002) "هو توظيف الأنشطة التي يستخدمها الباحث في قياس متغير ما، ومعالجته فيعرف المفاهيم والتكوينات بطريقة نشطة أي يحدد الباحث معنى المفهوم أو التكوين بذكر الإجراءات التي يستخدمها لقياسه"(ص15).

إذن يتوجب علينا تعريف المفاهيم والمصطلحات الواردة في عنوان الدراسة، وكذا تعريفها إجرائيا لكي ترسم طريقة واضحة في قياسها ودراستها.

1- تعريف الوعي الصحي: عرفه شلدان (2006) Chalden أنه "معرفة أفراد المجتمع للمعلومات، والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة الآخرين، وإدراك المشكلات الصحية التي يعاني منها المجتمع وكيفية علاجها والإرشاد والنتائج الطبية الأزمة لها" (ص.22).

- **التعريف الإجرائي للوعي الصحي:** هو الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري نمط (2,1) على استبيان الوعي الصحي لمرضى السكري الذي أعدته الباحثة والذي احتوى على خمسة أبعاد نعرفها إجرائيا كما يلي:

- **الوعي الصحي الجسدي:** وهو الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد الوعي الصحي الجسدي المكون من 12 عبارة.

- **الوعي الصحي النفسي:** وهو الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد الوعي الصحي النفسي والمكون من 10 عبارات.

- **الوعي الصحي الاجتماعي:** وهو الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد الوعي الصحي الاجتماعي والمكون من 08 عبارات.

- **الوعي الصحي لرياضي:** وهو الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد الوعي الصحي الاجتماعي والمكون من 09 عبارات.

- الوعي الصحي الغذائي: وهو الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد الوعي الصحي والمكون من 11 عبارة.

2- تعريف نوعية الحياة: عرفت منظمة الصحة العالمية (1995) OMS أنها "أدرك الفرد لوضعه في الحياة، في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته، قيمه، اهتماماته المتعلقة بالصحة البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلالته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة". (Whoqol, Greep,1995)

- التعريف الإجرائي لنوعية الحياة: تعرف الباحثة نوعية الحياة إجرائيا بما يليق بدراستها: هي الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري نمط (2,1) على مقياس نوعية الحياة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004) والمترجم إلى العربية من طرف رامي طشوش ومحمد القشار (2016) بالأردن.

- من خلال أبعاده الأربعة ونعرفها إجرائيا كما يلي:

- الصحة الجسمية: هي الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد لصحة الجسمية والمكون من 08 عبارات

- الصحة النفسية: هي الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد الصحة النفسية والمكون من 07 عبارات

- الصحة البيئية: هي الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد الصحة النفسية والمكون من 08 عبارات .

- العلاقات الاجتماعية: وهي الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري في بعد العلاقات الاجتماعية والمكون من 03 عبارات .

- تعريف مرض السكري إجرائيا:

3- مرضى السكري: وتعرف الباحثة مرضى لسكري إجرائيا على أنهم الأشخاص المصابين بداء لسكري نمط (2,1) والتي تتراوح أعمارهم ما بين 20 سنة إلى 60 سنة والمنتمين إلى جمعية مرضى السكري بولاية المسيلة.

4- داء السكري:

- تعريف داء السكري: عرفه بوزيوت مراد (1994) على أنه "ارتفاع مزمن لنسبة السكر في الدم ناجم عن عدم قدرة الجسم على تمثيل الكربوهيدرات، فيسبب اضطراب ثانوي في عملية الايض المعقدة

الخاصة بالدهون والبروتينات، كم أن نسبة السكر في الدم عند الإنسان العادي تتراوح ما بين 0,7 غ و1,30 غ وعند المصابين بداء السكري فأنها تفوق ذلك" (ص.8)

- السكري النمط الأول (Iddm) (المعتمد على الأنسولين) عرفه نيتان (1996) Nittina على أنه "خلل في عملية تحصل الغلوكوز داخل جسم الإنسان، ويكون بسبب نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس أو انعدام إفرازه أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زياد في نسبة السكر في الدم وبالتالي، اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون" (P.1303).

- السكري النمط الثاني (Niddm) المعتمد على الأقراص: وعرفته شيلي تيلور (2008) "انه يحدث عادة بعد الأربعين وهو النمط الأكثر شيوعا وفي هذا النوع فان الجسم ينتج الأنسولين ولكن ليس بالقدر الكافي، أو أن الجسم لا يتجاوب مع الأنسولين المنتج وينشأ على الأغلب بسبب نمط الحياة ويتضمن اضطراب في أيض الغلوكوز وفي توازن ما بين إنتاج الأنسولين واستجابة الجسم له وانشح أن هذا التوازن قد يتعرض للاختلال، بسبب عوامل تساهم في حدوثه منها السمنة والتعرض للضغط" (ص.8).

8- الدراسات السابقة: قسمت الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور هي:

8-1 محور الوعي الصحي:

1- دراسة ناهض سالم العودة (2020):

بعنوان: الوعي الصحي لدى مرضى السكري في منطقة الإحساء وعوامل الخطورة المرتبطة بإدارة المرض، وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن درجة الوعي الصحي لدى مرضى السكري في منطقة الإحساء بعوامل الخطورة بإدارة المرض حسب المتغيرات الآتية: العادات الشخصية والصحية، التغذية، العلاج، الدواء، الجانب النفسي والاجتماعي وتكونت العينة من 220 فرد مصاب بداء السكري فوق سن 15 سنة، المنهج المتبع المنهج الوصفي التحليلي، وقد استخدمت أداة تمثلت في استبيان للوعي الصحي، وكانت النتائج المتوصل إليها أن درجة الوعي الصحي لدى مرضى السكري في منطقة الإحساء بعوامل الخطورة المرتبطة بإدارة المرض جاءت متوسطة وبدرجة وعي صحي متوسطة حيث تحصل مجال (الوعي بعوامل الخطورة ذات صلة بالجانب النفسي والاجتماعي المرتبة الأولى)، ثم يليه مجال (الوعي بعوامل الخطورة ذات الصلة بالعادات الشخصية والصحية)، ثم مجال (الوعي بعوامل الخطورة ذات الصلة بالعلاج والدواء)، مع وجود فروق دالة إحصائية في درجة الوعي

الصحي لدى مرضى السكري التي تعزى إلى الجنس وذلك في الدرجة الكلية والمجال الاول لصالح الذكور وعدم وجود فروق تعزى إلى متغيري(العمر، المستوى التعليمي) وكافة المجالات الأربعة.
(ناهض، سالم العودة، 2020)

2- دراسة وفاء جاسم سلمان (2019):

بعنوان: الوعي الصحي والثقافة الصحية لدى عينة من الأمهات (20-43) سنة بمنطقتي المدينة والريف في بغداد، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الوعي الصحي والثقافة الصحية لدى الأمهات بمنطقتي المدينة والريف إضافة إلى تحديد الفروق بينهما وقد تمت الدراسة على عينة قوامها 121 تم اختيارهن بطريقة عشوائية تراوحت أعمارهن بين (20-43) سنة أما الأدوات المستعملة طبقت في هذه الدراسة إستبانة لقياس الوعي الصحي والتي تكونت من مجموعة من الفقرات، وكانت النتائج المتوصل إليها بلغت الفئة العمرية تتراوح بين (20-30) أعلى نسبة بالنسبة إلى الحضر حيث بلغت (40.51%)، بينما في الريف تقابلها الفئة العمرية (31-40)، واتضح أن نسبة الأمهات اللواتي يقرأن الإرشادات الملصقة في المراكز الصحية في الريف أعلى من نسبتها في الحضر حيث بلغت النسبة (38.10%) في الحضر ونسبة (62.57%) في الريف. (وفاء، جاسم سلمان، 2019)

3- دراسة رشيد القوي (2019):

بعنوان: مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالحفاظ على الوزن الطبيعي لدى طلبة الجامعة، هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة السنة لثانية والثالثة ليسانس والكشف عن الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعا لمتغير الجنس ومستوى الدراسي، وكذلك تحديد الفروق حسب متغير مؤشر كتلة الجسم وأجريت هذه الدراسة على 479 طالب وطالبة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية أما المنهج المتبع هو الوصفي بالأسلوب المسحي، الأدوات المستعملة مقياس الوعي الصحي واختبار مؤشر كتلة الجسم، أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الصحي العام للطلبة الجامعيين مرتفع ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى طلبة تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة في مؤشر كتلة الجسم. (رشيد، القوي، 2019)

4- دراسة العربي محمد وحريتي حكيم (2018):

بعنوان الدراسة: الوعي الصحي وعلاقته باللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، هدفت الدراسة إلى التعرف على نوع العلاقة بين الوعي الصحي واللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، وقد أجريت على 67 طالب

مقسمة 20 طالب سنة أولى و 47 طالب سنة ثانية تم اختيارهم بطريقة عشوائية مع إتباع المنهج الوصفي، وتم تطبيق استبيان الوعي الصحي، بالإضافة إلى اختبارات اللياقة البدنية وكانت النتائج المتوصل وجود علاقة بين الوعي الصحي ومكونات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة بما فيها التركيب الجسمي والمتمثل في كتلة الجسم، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي بين طلبة السنة أولى ليسانس والسنة الثانية. (العربي محمد، حريتي حكيم، 2018)

5- دراسة العنزي وآخرون (2017):

بعنوان: درجة الوعي الصحي لدى السكان بمختلف جوانب مرض السكري لمنطقة عرعر بالمملكة العربية السعودية، هدفت الدراسة إلى التعرف على درجة الوعي الصحي لدى السكان لمنطقة عرعر بالمملكة العربية السعودية بمختلف جوانب مرض السكري وتكونت العينة من 702 فرد تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مختلف الفئات العمرية وكان المنهج عبارة عن دراسة مقطعية مع تطبيق استبيان للوعي الصحي، حيث أظهرت النتائج أن (78.9%) من أفراد العينة لم يخضعوا للفحص الطبي الدوري وان (58.5%) لم يقوموا بأي تمارين منتظمة و(12.4%) فقط من أفراد العينة لديهم وعي بان عدم ممارسة الرياضة والسمنة تعد من أحد العوامل الرئيسية لمرض السكري وان (24.5%) فقط لديهم وعي بان مرض السكري لديه مضاعفات في اعتلال الشبكية وفقدان الرؤية. (العنزي وآخرون، 2017)

6- دراسة (Kaely.Sharma.Single) سينجل، وشارما، وكايلي (2017):

بعنوان: تقييم الوعي الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الوعي الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني بعدد من الجوانب المتعلقة بالمرض وتقييم الالتزام بالعلاج واعتمد على عينة قوامها 100 فرد من مرضى السكري النوع الثاني في مدينة دهرادون بالهند على فترة 6 أشهر وتم استخدام المنهج الوصفي، أما الأداة هي إستبانة للوعي الصحي وبينت النتائج أن الوعي العام كان متوسطا على العموم بنسبة (56%) من المرضى كما اتضح أن (28%) فقط من المرضى كانوا ملتزمين بالأدوية العلاجية لمرض السكري. (سينجل، شارما، كايلي، 2017)

7- دراسة بن زيدان حسن، مقراني جمال، سيفي بالقاسم (2017):

بعنوان: مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي، هدفت هذه الدراسة على التعرف إلى مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي، قصد توضيح أهمية الممارسة الرياضية في المحافظة على الصحة، واشتملت العينة على

100 معاق حركيا منهم 50 ممارسا للنشاط الرياضي (كرة السلة على الكراسي) و50 معاقا حركيا غير ممارس لأي نشاط رياضي، وتم استخدام المنهج الوصفي وباستعمال مقياس الوعي الصحي كأداة للقياس، توصلت النتائج إلى أن المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي لديهم وعي صحي عالي مقارنة بالمعاقين حركيا غير ممارسين لنشاط الرياضي كما توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي. (بن زيدان حسن، مقراني جمال، سيفي بالقاسم، 2017)

8- دراسة أمل الهداني، خالد الحميدي، سامية الوهبي (2017):

بعنوان: علاقة الوعي الذاتي بالعوامل الخمس لتقييم نمط الحياة الصحي (5F-WEL) في المجتمع العماني، هدفت الدراسة إلى تحديد مستويات أنواع الوعي الذاتي والعلاقة بين أنواعه والعوامل الخمسة لتقييم نمط الحياة بدلالة لنوع الاجتماعي، وقدرت العينة بـ640 فرد، باستخدام المنهج الوصفي وتم تطبيق مقياس الوعي الذاتي والعوامل الخمس، أظهرت النتائج وجود فروق في مستوى أنواع الوعي الذاتي، حيث أكثر الأنواع شيوعا التأملية وقلها الدفاعية، كما توصلوا إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين الوعي الفردي والتأملي مع كافة العوامل لخمسة ماعدا الذات لجسدية، ووجود فروق دالة إحصائية في الوعي الفردي والتأملي والذات الاجتماعية والجوهرية والجسدية. (أمل الهداني، خالد الحميدي، سامية الوهبي، 2017)

9- دراسة حمدي محمد ياسين، رنا على عاشور، هيام صابر شاهين (2016)

بعنوان: الوعي الصحي والتنبؤ بإدارة الذات لدى عينة من مرضى السكري، هدفت إلى معرفة العلاقة بين الوعي الصحي وإدارة الذات لدى مرضى السكري وقد طبقت على عينة تكونت من 147 مصاب بالسكري النمط الأول والثاني، 55 ذكور و92 إناث منهم بين (26 إلى سن 62 سنة) بتطبيق المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدم مقياس الوعي الصحي ومقياس إدارة الذات من إعداد الباحثين وكانت النتائج أن الوعي الصحي يرتبط مع تحسين إدارة الذات وتحسين النتائج السريرية، ولا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من مرضى السكري في الوعي الصحي، وأيضا لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث مرضى السكري في إدارة الذات، ولا توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى النوع الأول والنوع الثاني من مرضى السكري في الوعي الصحي، وكذلك لا توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى النوع الأول والثاني من مرضى السكري في إدارة الذات. (حمدي، محمد ياسين، رنا، علي عاشور، هيام صابر شاهين، 2016)

10- دراسة جعفر العرجان (2015):

بعنوان: مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى المسنين في الأردن، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نوع العلاقة بين مستوى الوعي الصحي والرضا عن الحياة لدى عينة من الأفراد المسنين في مدينة عمان بالأردن، وضمت العينة 3400 فرد لعمر (60 ≥) سنة بواقع (1845) ذكور (1555) إناث تم اختيارهم بطريقة عشوائية من مراكز اللياقة البدنية والصحية، وطبق المنهج الوصفي المسحي، مع استعمال مقياس الوعي الصحي ومقياس الرضا عن الحياة، فكانت النتائج المتوصل إليها إن المستوى العام للوعي الصحي جاء متوسطا لجميع عينة الدراسة إلا انه يتباين تبعا لمتغير الجنس ولصالح الإناث حيث بلغت نسبة الإناث اللواتي حصلن على مستوى عالٍ (39.39%) وبالنسبة للذكور (22.33%) كما بينت انه هناك فروق إحصائية دالة في مستوى الرضا عن الحياة ولصالح الذكور، فيما كان المستوى العام للرضا عن الحياة متوسطا لجميع أفراد العينة والى وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية ما بين الوعي الصحي والرضا عن الحياة. (جعفر العرجان، 2015)

11- دراسة فوما، وسعيدو، واموليك، وجفالي (2013):

بعنوان: تقييم درجة الوعي الصحي بمرض السكري بين المرضى المصابين بدولة غامبيا، هدفت الدراسة معرفة درجة المعرفة العامة بمرض السكري وأسبابه ومضاعفاته والوقاية منه، واشتملت العينة على 200 مريض سكري من مستشفى رويال فيكتوريا، بتطبيق المنهج الوصفي واستعمال أداة المتمثلة في المقابلة الشخصية وكانت النتائج المتوصل إليها أن (47%) فقط يعرفون ماهية مرض السكري، بينما (53%) من المشاركين في الدراسة ليس لديهم معلومات بأسباب المرض وأن (50%) لم يكونوا على علم بطرق الوقاية، وكذلك اتضح أن مستوى التعليم من العوامل المهمة للتنبؤ بوجود وعي صحي بالمرض. (فوما، سعيدو، اموليك، جفالي، 2013)

12- دراسة حسام عباس، وسهر علي (2013):

بعنوان: الوعي الصحي للمرضى المصابين بأمراض الشرايين التاجية حول التغيير لنمط الحياة، وقد هدفت الدراسة إلى تقييم الوعي الصحي للمرضى المصابين بأمراض الشرايين التاجية حول التغيير لنمط الحياة وضمت العينة 108 مصاب بمرض الشرايين التاجية في مستشفى مرجان بمدينة الحلة بتطبيق المنهج الوصفي المسحي والأدوات المستعملة هي إستبانة لجمع المعلومات، وكانت النتائج المتوصل إليها أن معظم أفراد العينة هم من الذكور بنسبة (57.7%) وان نسبة المدخنين كانت (61%)

وأن نسبة (38%) منهم يعانون من ضغط الدم وتوصلت الدراسة إلى أن معظم المرضى لم يغيروا من نمط حياتهم وكان اغلب المرضى من فئة الأميين. (حسام عباس، سهر علي، 2013)

13- دراسة ربا السيد ومحمد أبو كميل (2011):

بعنوان: مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة، وشملت العينة على 322 طالب وطالبة مع إتباع المنهج الوصفي وتم استخدام اختبار مفاهيم الصحة الإيجابية، وكانت النتائج المتوصل إليها أن مستوى الوعي الصحي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا، يقل عن الحد الافتراضي (75%) ومستوى الوعي الصحي بالجوانب الوجدانية لمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا، يقل عن الحد الافتراضي (75%) ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإيجابية، وكذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، في مستوى الوعي الصحي بالجوانب الوجدانية لمفاهيم الصحة الإيجابية مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية، في مستوى الوعي الصحي لمفاهيم الصحة الإيجابية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث. (ربا السيد، محمد أبو كميل، 2011)

14- دراسة سوزان دريد احمد زنكنة (2009):

بعنوان: مستوى الوعي الصحي ومصادره لدى طلبة كلية التربية بالعراق، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الوعي الصحي لطلبة الكيمياء، ومعرفة مصادر الوعي الصحي للطلبة في كلية التربية بالعراق، أما العينة تكونت من 180 طالب وطالبة مع تطبيق المنهج الوصفي التحليلي، الأداة المستعملة هي مقياس الوعي الصحي، أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الصحي، لطلبة الكيمياء كان أعلى من مستوى طلبة قسم علوم الحياة، على الرغم من دراسة طلبة علوم الحياة لمادة الصحة العامة وتدرجت مصادر الحصول على المعلومات الصحية من الأهل في المرتبة الأولى وفي المرتبة الأخيرة من النشاطات الثقافية. (سوزان دريد، أحمد زنكنة، 2009)

8-2 الدراسات السابقة لنوعية الحياة:

1- دراسة رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي (2018):

بعنوان: نوعية الحياة وعلاقتها بالتدخين والكرب النفسي لدى مرضى السرطان، وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان ومعرفة العلاقة بين نوعية الحياة والتدخين والكرب النفسي وعلاقته بالنوع، الحالة العائلية، المستوى الاقتصادي وضمت العينة 100 فرد مريض

بالسرطان و100 فرد من الأصحاء اختياريهم كان قصديا، وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي، أما الأدوات التي استعملت هي ثلاثة مقاييس، مقياس التدخين، مقياس الصحة العامة، مقياس نوعية الحياة، وكانت النتائج المتحصل عليها أن 12% من مرضى السرطان ذو نوعية حياة منخفضة و88% ذو نوعية حياة مرتفعة ووجود علاقة دالة بين نوعية الحياة والتدخين والكرب النفسي لدى المرضى الأصحاء، ووجود فروق دالة بين الذكور والإناث لصالح الذكور في نوعية الحياة، والعزاب أفضل في نوعية الحياة وأقل كربا من المتزوجين وأصحاب المستوي التعليمي المنخفض لديهم مستوي كرب مرتفع. (رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي، 2018)

2- دراسة علي، شلاش الابراهيمى، وحيد، فخري التكمجي (2017)

بعنوان: تقييم نوعية الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النوع الثاني وارتفاع ضغط الدم في محافظة النجف (العراق)، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن تقييم نوعية الحياة لمرضى السكري النوع الثاني وارتفاع ضغط الدم، تكونت العينة من 775 فرد موزعين بين أصحاء ومرضى بالسكري ومرضى بارتفاع ضغط الدم، أما المنهج المتبع هو التجريبي (مسح مقطعي) وتم تطبيق استبيان لنوعية الحياة النسخة العربية المختصرة لمنظمة الصحة العالمية كأداة، أظهرت النتائج أن مرض السكري لديه تأثير على جميع مجالات نوعية الحياة مقارنة إلى المجموعة الضابطة (الأصحاء) وكذلك أن مرض ضغط الدم لديه تأثير على نوعية الحياة مقارنة إلى المجموعة الضابطة الأصحاء، النتيجة أن الأمراض المزمنة كالسكري وضغط الدم يساهموا في انخفاض في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. (علي، شلاش الابراهيمى، وحيد، فخري التكمجي، 2017)

3- دراسة مجذوب أحمد (2016):

بعنوان: نوعية الحياة عند المصابين بمرض الايدز بولاية نهر النيل -السودان، وهدفت إلى: الكشف عن نوعية الحياة عند المصابين بمرض الايدز بولاية نهر النيل السودان بالإضافة إلى معرفة تأثير بعض المتغيرات كالنوع الاجتماعي، الحالة الاجتماعية، ومدة الإصابة، تكونت العينة من 24 مفحوصا منهم 18 ذكور و6 إناث تم اختيارهم بطريقة عشوائية، أما المنهج المتبع هو المنهج الوصفي، والأداة المستعملة تمثلت في مقياس نوعية الحياة، النتائج المتوصل إليها انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ومدة الإصابة، ولا يوجد تفاعل دال إحصائيا بين الحالة الاجتماعية ومدة الإصابة بالمرض. (مجذوب، أحمد، 2016)

4- دراسة واكد رابح (2016):

بعنوان: الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة سمات الضغوط النفسية لدى المصابين بداء السكري لنوع الثاني والكشف عن طبيعية العلاقات بين الضغوط ونوعية الحياة، تكونت العينة من 100 مصاب بمرض السكري من كلا الجنسين 32 ذكور و68 إناث من فئات عمرية مختلفة المنهج المستخدم الوصفي أما الأدوات المستعملة هي مقياس الضغوط النفسية ومقياس نوعية الحياة، والنتائج كانت وجود ضغوط نفسية بدرجة متوسطة لدى مصابين بمرض السكري ووجود علاقة ارتباطية طردية ضعيفة بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة، وعدم وجود فروق بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة تعزى إلى الجنس. (واكد، رابح، 2016)

5- دراسة رامي طشوش، محمد القشار (2016):

بعنوان: نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن، هدفت هذه الدراسة الكشف عن مستوى نوعية الحياة، ومعرفة مستوى تقدير الذات والعلاقة بينهما لدى مرضى السكري، وقدرت العينة ب360 مريضا بداء السكري باستخدام المنهج الوصفي أما الأداة فكان مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (the world health organization quality of life)

- ومقياس تقدير الذات لروزنبرغ (Rosenberg Self-Esteem Scale):

وكانت النتائج المتوصل إليها أن مستوى نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري مرتفع وهناك فروق دالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير العمر، كما توصل إلى أن هناك فروق دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعاً لمتغير الجنس والمؤهل العلمي ومدة الإصابة بالمرض كما أظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائية بين مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري. (رامي طشوش، محمد القشار، 2016)

6- دراسة Josepcomin-Colet, Manuel Aguita And Others (2016):

بعنوان: نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من فشل القلب المزمن الانقباضي، هدفت إلى معرفة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والفشل القلبي وتأثيره، على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، تكونت العينة من 1037 مريضاً تم اختيارهم عشوائياً وأُعيد على المنهج الوصفي التحليلي ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاستعانة باستبيان نوعية الحياة وقد بينت النتائج أن معظم المرضى يعانون من سوء نوعية الحياة وكانت معدلات الألم/الانزعاج والقلق أعلى للمرضى الذين شملتهم الدراسة من بين عامة السكان، وكذلك المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وقد استنتج أن مستوى نوعية الحياة من

سكان الإسبان والمرضى من جنس إناث منخفض مقارنة بالذكور (josepcomin-colet, manuel, aguita, otheers, 2016)

7- دراسة فاطمة عبد الجبار (2015):

بعنوان: تقييم نوعية الحياة لدى مرضى المصابين بالقصور الكلوي، وهدفت إلى تقييم نوعية الحياة لدى مرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، العينة اشتملت على 30 مريضا 18 ذكور و 12 إناث، مع إتباع المنهج الوصفي وباستخدام أداة مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية وأظهرت النتائج أن مستوى نوعية الحياة متوسط لمرضى القصور الكلوي لكلا الجنسين ومنخفض في مجال الصحة البدنية لدى المرضى، وكانوا يشعرون بالرضا عن طاقتهم في العمل ومستوى متوسط في الصحة النفسية وكذلك في الخدمات الصحية المقدمة لهم.(فاطمة عبد الجبار، 2015)

8- دراسة: أمل إبراهيم أبو بكر (2015):

بعنوان: الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لمرضى السكري وعلاقتها بجودة الحياة أجرت الدراسة على عينة تكونت من 66 مريض بالسكري تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة في مراكز السكري التابعة لوزارة الصحة محلية أم درمان بالسودان حيث طبق المنهج الوصفي أما الأدوات المستعملة هي مقياس الضغوط النفسية لمرضى السكري من إعداد جاسم المرزوقي 2008 ومقياس جودة الحياة الصورة المختصرة لمنظمة الصحة العالمية المعدة من طرف الباحثة وكانت النتائج التي توصلت إليها تتسم الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بالارتفاع، وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة ولا توجد فروق دالة في الضغوط النفسية تبعا للنوع والعمر.(أمل إبراهيم، 2015)

9- دراسة جمال، كريم شاكور Shakor Jamal Karrem (2015):

بعنوان: تقييم نوعية الحياة للمرضى المصابين بارتفاع الدم وداء السكري، والتي هدفت إلى تقييم نوعية الحياة للمرضى المصابين بارتفاع الدم وداء السكري من خلال قياس حالتهم الاجتماعية والاقتصادية وحالتهم الطبية، وطبقت هذه الدراسة على عينة من المرضى في إقليم كردستان العراق وتم استخدام دراسة مسحية مقطعية مع الاستعانة باستبيان لنوعية الحياة الصحية وطبق مقياس الصحة لنوعية الحياة sf-12. النتائج المتوصل إليها أن نوعية الحياة للمصابين بارتفاع الدم والسكري، كانت سيئة في كردستان بالمقارنة مع بلدان أخرى.(جمال كريم شاكور، 2015)

10 - دراسة (Reitmier, p. Ladwing,k,-H.,Greiser,Griser,g, & Tamyo,t. (2015)

بعنوان: مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري النوع الثاني تبعاً لمتغير الجنس حيث هدفت الدراسة الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري النوع الثاني تبعاً لمتغير الجنس وتم تطبيق هذه الدراسة على عينة تكونت من 846 مريضاً في ألمانيا، وبلغت نسبة الإناث 47% أما الذكور 53%، وسجلت النتائج المتوصل إليها بوجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى للجنس ولصالح الذكور كما انه توجد فروق في مستوى نوعية الحياة بالنسبة لمدة الإصابة وكذلك وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية لدى مرضى السكري.

(Reitmier, P: Ladwing, K,H.Greiser Tamyo, Y,2015)

11 - دراسة (Spasie, A, Velicjovic, et all (2014)

بعنوان: نوعية الحياة والعوامل المؤثرة فيها لدى مرضى السكري النوع الثاني، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري النوع الثاني والعوامل المؤثرة فيه تكونت العينة من 86 مريضاً في مدينة نيش الصربية. وتم الاعتماد على المنهج الوصفي باستخدام مقياس نوعية الحياة وكانت النتائج المتوصل إليها أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كان مرتفعاً عند الذين مدة إصابتهم أقل من 10 سنوات والذين تقل أعمارهم عن 65 ولم يكن هناك فروق دالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي. (Spasic, velickovic, dordervic, 2014).

12 - دراسة غولامي، وبورجي، وشيرازي(2013):

بعنوان: نوعية الحياة لدى مرضى السكري بالمناطق الريفية في نيشابور بشمال شرق إيران وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري بالمناطق الريفية في نيشابور شمال شرق إيران، وطبقت على عينة مكونة من 1847 مريضاً بداء السكري النوع الثاني تتراوح أعمارهم من 30-97 سنة من كلا الجنسين، وكانت النتائج هي وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى إلى العمر ولصالح الأقل عمراً، كما أن مستوى نوعية الحياة يزداد بزيادة المؤهل التعليمي لمرضى السكري. (غولامي، بورجي، شيرازي، 2013)

13 - دراسة رشا، خميس (2013):

بعنوان: نوعية الحياة وأساليب التعامل للإجهاد لعينة من كبار السن، هدفت هذه الدراسة إلى تطبيق فعالية برنامج تدريبي لتحسين نوعية الحياة، وطبقت هذه الدراسة على عينة تكونت من 80 من المسنين تم اختيارهم بطريقة قصدية وتتراوح أعمارهم ما بين 60-70 سنة باستخدام المنهج التجريبي، والاستعانة باستبيان لنوعية الحياة لأجل الوصول إلى أهداف الدراسة، وكانت النتائج وجود علاقة

طردية ذات دلالة إحصائية بين نوعية الحياة وأساليب التعامل الإجهاد لعينة من كبار السن وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كبار السن والنساء المسنات في نوعية الحياة في اتجاه الذكور كبار السن، هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كبار السن والنساء المسنات في أساليب التعامل والضغط في اتجاه الذكور. (رشا، خميس، 2013)

14- دراسة شادية عمر، وادم مسرة (2012):

بعنوان: نوعية الحياة لدى مرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم وعلاقته ببعض المتغيرات، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة درجة تمتع مرضى ارتفاع ضغط الدم بنوعية الحياة كما هدفت إلى معرفة الفروق في نوعية الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم لمتغير النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، تكونت العينة من 34 مريض بالضغط الدموي، أما الأداة المستعملة فهي استمارة البيانات الأولية ومقياس فريش (Friche) لنوعية الحياة، النتائج المتوصل إليها هي يتمتع مرضى ارتفاع ضغط الدم بنوعية حياة جيدة ولا توجد فروق دالة في نوعية الحياة لدى المرضى تعزى لمتغير النوع وكذلك لا توجد فروق دالة في نوعية الحياة لدى المرضى تعزى لمتغير العمر ولا توجد فروق دالة في نوعية الحياة لدى المرضى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ولا توجد فروق دالة في نوعية الحياة لدى المرضى تعزى لمتغير المستوى التعليمي. (شادية، عمر، ادم مسرة، 2012)

15- دراسة وفاء، عبد العزيز مصطفى، ومحمد، يوسف المختار (2011):

بعنوان: نوعية الحياة لمرضى السكري من النوع الثاني وتحديد العوامل الاجتماعية والسكانية المؤثرة فيها، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم نوعية الحياة لمرضى السكري من النوع الثاني وتحديد العوامل الاجتماعية والسكانية التي تؤثر على نوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، تكونت العينة من 300 مريض بالسكري النوع الثاني، أما المنهج المتبع هو المنهج الوصفي بتطبيق مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية، وكانت النتائج أن نسبة 41% من المرضى يمتلكون نوعية حياة جيدة و46% متوسطة و13% نوعية حياة رديئة وان العلاقات الاجتماعية كانت بنسبة 14% رديئة وأما النشاط البدني 30% فكانت نتيجة أن مرض السكري يؤثر على الجانب البدني أكثر من الجوانب الأخرى لمرضى السكري النوع الثاني. (وفاء، عبد العزيز مصطفى، محمد، يوسف المختار، 2011)

16- دراسة عمران، لخضر (2009):

بعنوان: الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى مصابين وقد هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الإصابة بداء السكري وتدهور جودة الحياة لدى مصابين خلال التقدير الذاتي، وتمت

الدراسة على 40 مريضا بنمط (1) و(2) 20 حالة لكل فئة، باستخدام مقياس عيادية مقننة في شكل استبيان، وفي الأخير تحصل على النتائج التالية تقدير ضعيف ومنخفض بين أفراد العينة لجودة حياتهم متمثلا في متوسط 33.80% وتقدير ضعيف ومنخفض بين نمط 1,2 مقدرا بـ 33.78% لدى فئة 1 و 35.90 للفئة 2 وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تقدير الفئتين لجودة الحياة ممثلا في نتيجة الاختبار ت Test المقدر بـ 0.36 وكذلك عدم وجود فروق دالة بين تقدير المصابين بأمراض مصاحبة وغير المصاب من السكر لصالح غير لمصابين ووجود علاقة سلبية دالة إحصائيا بين مدة الإصابة وتقدير جودة الحياة لدى المصابين وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين من المصابين.(عمران، لخضر، 2009)

17- دراسة R. Dorairay (2009):

بعنوان: تقييم نوعية الحياة بعد التعرض للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري الايدز، حيث هدفت الدراسة إلى تقييم نوعية الحياة بعد التعرض للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري الايدز، العينة اشتملت على 60 مريضا، تم الاستعانة بمقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية، أسفرت النتائج أن نوعية الحياة المتعلقة بالنواحي البيئية سجلت أعلى نسبة من الدرجات ووجد أن النساء المصابات سجلن أقل نسبة من التوعية وأن المرضى الذين لديهم مستوى تعليمي جامعي لديهم في النواحي النفسية والعاطفية استقرار أكثر من الذين تتخفف لديهم مستوى التعليمي كما وجد أن الأسر الداعمة قد تساهم في زيادة الوعي.(R, Dorairay,2009)

18- دراسة بن غدقة، شريفة (2007):

بعنوان: السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة بولاية سطيف، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن نوع العلاقة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة وكذا الكشف عن الفروق في درجات بعض المتغيرات (الأصحاء، المرضى) الجنس، (العاملين، البطالين)، المستوى الدراسي وتكونت العينة من 317 فرد واستخدمت المنهج المقارن أما الأدوات التي استعملتها هي مقياس السلوك الصحي، مقياس نوعية الحياة، وكانت النتائج المتوصل إليها وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا بين السلوك الصحي ونوعية الحياة ووجود فروق في درجات السلوك الصحي بين سكان الريف وسكان المدينة وأيضا وجود فروق في درجات السلوك الصحي بين الأصحاء والمرضى، ولا توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الإناث والذكور ووجود

فروق في درجات السلوك الصحي بين العاملين والباطلين ولا توجد فروق في درجات السلوك الصحي حسب المستوى التعليمي. (بن غدقة، شريفة، 2007)

3-8 الدراسات المشابهة:

1- دراسة صورية، عبد الصمد (2020):

بعنوان: السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بالسكري النوع الأول هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية لمرضى المصابين بداء السكري النوع الأول في السلوك الصحي أما العينة فقد تكونت من 60 مريض بالسكري من النوع الأول تتراوح أعمارهم من 22-60 سنة، وباستخدام المنهج الوصفي، بالنسبة للأدوات المستعملة مقياس السلوك الصحي وكانت النتائج المتوصل إليها لا توجد فروق دالة في السلوك الصحي لمرضى السكري النوع الأول والتي تعزى للجنس وكذا السن، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمرضى السكري في السلوك الصحي والتي تعزى إلى المستوى التعليمي. (صورية، عبد الصمد، 2020)

2- دراسة مساني فاطمة (2020):

بعنوان: الثقافة الصحية وتسيير المرض المزمن في الجزائر أين هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير الثقافة الصحية على عملية العلاج والوقاية من مضاعفات داء السكري في الجزائر واشتملت العينة على 150 مريضا بداء السكري وكان المنهج المتبع هو المنهج الكمي الوصفي مع استعمال أداتين للقياس تمثلت في استمارة ومقابلة، النتائج المتوصل إليها أن أغلبية المرضى لا يتمتعون بمعرفة صحية حول داء السكري خاصة فئة الأميين وهم أقل وعيا صحيا، لا يتخذون الاحتياطات الوقائية اللازمة لتفادي مضاعفات داء السكري، ولا يمارسون الرياضة والمشي، و92.05% من الأميين لا يمتلكون معلومات عن المرض، وهناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي وامتلاك المعلومات (مساني، فاطمة، 2020)

3- دراسة بختية محمد زين علي، محمد عذبة، صلاح خضر خلف الله (2018):

بعنوان: نوعية الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على نوعية الحياة لدى أسر أطفال ذوي الإعاقة الذهنية وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية من مراكز الإعاقة الذهنية والبالغ عددهم 71، باستخدام المنهج الوصفي والاستعانة بمقياس نوعية الحياة، أين تحصلوا على النتائج التالية السمة العامة لنوعية الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية تتسم بالسلبية.

مع وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين نوعية الحياة ودرجة الإعاقة لدى أسر الأطفال، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية تبعاً لمتغير النوع والحالة الصحية للوالدين وأيضاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية تم تصنيفهم على أساس متغير المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي للوالدين. (بختية، محمد زين علي، محمد عذبة، صلاح خضر خلف الله، 2018)

4- دراسة دليلية، عطية (2017):

بعنوان: فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض والتحكم الذاتي لدى مرضى السكري النوع الثاني، وقد هدفت إلى اختبار فعالية برنامج تثقيفي صحي في رفع درجة تقبل المرض والتحكم الذاتي لدى مرضى السكري النوع الثاني وضمت العينة 12 مريض بالسكري النوع الثاني، وقد استخدمت المنهج التجريبي، والاستعانة باستبيان لمصدر الضبط الصحي والمترجم من طرف جبالي نور الدين، وكذلك برنامج تثقيف صحي مخصص لمرضى السكري وكانت النتائج المتوصل إليها هي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على المقياسي عدم تقبل المرض ومصدر الضبط الصحي ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي عدم تقبل المرض ومصدر الضبط الصحي لدى أفراد المجموعة، مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات استبائي في عدم تقبل المرض ومصدر الضبط الصحي ووجود فعالية كبيرة لبرنامج التثقيف الصحي في القياس البعدي لاستبيان مصدر الضبط الصحي (دليلية، عطية، 2017)

5- دراسة ساسورا، درتل، بوريفين وآخرين (2017):

بعنوان الممارسات الغذائية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، في مركز أبيدجان (كوت ديفوار)، هدفت الدراسة إلى معرفة الممارسات الصحية الغذائية، وتحديد العوامل التي تؤثر عليهم وطبقت الدراسة على عينة مكونة من 384 مريضاً بالسكري من المركز الصحي بأبيدجان، وكان المنهج المستخدم هو الوصفي التحليلي مقطعي مع الاستعانة بأدوات للقياس تمثلت في استبيان ومقابلة مباشرة وكانت النتائج المتوصل إليها أن متوسط عمر المريض بين 56.2 سنة وكانوا مصابين بالسكري بمتوسط 8,6 سنوات إصابة وكانت الأعراض المصاحبة للمرض هي زيادة في الوزن (56.8%) وارتفاع ضغط الدم الشرياني (45.3%) وأكثر من نصف المرضى أي حوالي 60.7% لم تكن لديهم معرفة جيدة بالأطعمة الموصى بها لمرض السكري بنسبة 88.5% و11,7% أنهم يتناولون وجبات

خفيفة، و61,5% يتناولون الطعام خارج المنزل و60,4% يتناولون طعام واحد على الأقل لم يوصى به وكانت أكثر الأطعمة المعنية هي المحضرات الدهنية والمعلبة بـ31.5%. وترتبط هذه النتائج بضعف المعرفة بالتدابير الغذائية (ساسورا، درتل، بوريفين وآخرون، 2017)

6- دراسة قارة السعيد (2015):

بعنوان: مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم ومعرفة البعد السائد من أبعاد الضبط الصحي بأبعاده وتقبل العلاج وضمت العينة 78 مصاب بارتفاع الضغط الدموي، وطبق المنهج الوصفي باستعمال استبيان لمصدر الضبط الصحي واستبيان فعالية الذات واستبيان تقبل العلاج وكانت النتائج المتحصل عليها هي البعد السائد هو بعد ذوي النفوذ وكذلك وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات وعدم وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات، وكذلك عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج ووجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات وأيضاً وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج مع عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم. (قارة، السعيد، 2015)

7- دراسة شهرزاد، نوار (2013):

بعنوان: دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري، وكان الهدف من الدراسة هو الكشف عن الدور الطبي الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري واستعانته بعينة تكونت من 123 مريض بداء السكري من الجنسين مدة المرض من 5-10 سنوات وكان المنهج المطبق المنهج الوصفي، مع الاستعانة بمقياس المساندة الاجتماعية (سارازون) واستبيان الألم العضوي، وكانت النتائج المتوصل إليها هي أن المساندة الاجتماعية لها دور في العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى المرضى ووجود فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية بين الجنسين وعدم وجود فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية التي تعزى لمدة المرض وأيضاً لا توجد فروق في السلوك الصحي والألم العضوي. (شهرزاد، نوار، 2013)

8- دراسة لطيفة، المراني، عبد النبي، ودريس، مفتاح، الصنهاجي (2012)

بعنوان: الصحة ونوعية الحياة وضعية لسكان تيطوان (المغرب)، هدفت الدراسة إلى تقييم نوعية الحياة في مجال الصحة (QVRS) وتحليلها حسب متغيرات الجنس والعمر لسكان مدينة تيطوان، وضمت العينة 38 شخص فوق 16 سنة المنهج المتبع المنهج الوصفي مع استخدام أداة تمثلت في استمارة لنوعية الحياة النتائج المتوصل إليها أن درجات الأبعاد الصحية المدركة مرتفعة نسبيا أما الصحة العقلية والاجتماعية منخفضة، كذلك درجات الخلل الوظيفي منخفضة، بالنسبة للإناث لديهن تصور أكثر سلبية على جميع المستويات باستثناء الصحة الاجتماعية، واحترام الذات وبالنسبة للذكور تحت سن 25 سنة يمثلون أدنى درجات في الصحة الاجتماعية. (لطيفة المراني، عبد النبي دريس، مفتاح الصنهاجي 2012)

9- دراسة ملياني نادية، وملياني أفرح (د.ت):

بعنوان: تمثل المرض المزمن للخدمة الصحية في الأحكام المسبقة ودرجة الرضا وقد هدفت إلى معرفة العلاقة الارتباطية لتمثل المريض المزمن للخدمة الصحية بناء على الأحكام المسبقة عن المنظومة الصحية ودرجة رضا المريض عن الخدمات الصحية وضمت العينة 200 مريض بمرض القلب و100 مريض بداء السكري، وكان المنهج المتبع المنهج الوصفي، أما الأداة المستعملة هي مقياس درجة الرضا، والنتائج المتوصل إليها هي عدم وجود علاقة ارتباطية بين الأحكام من خلال المعلومات المضللة التي يكتسبها المريض. (ملياني، نادية ملياني أفرح، د.ت)

10- دراسة خديجة لطرش، أحمد الفاضلي (د.ت):

بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية نوعية الحياة لدى المراهقات المصابات بداء السكري، وكان هدف الدراسة هو تقييم برنامج تدريبي سلوكي معرفي من منظور وقائي وكذلك هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية البرنامج في تنمية نوعية الحياة وتحسينها للمراهقات المصابات بداء السكري، تكونت العينة من 15 مراهقة من المصابات بداء السكري النوع الأول تم اختيارهن بطريقة قصدية مع استخدام المنهج الشبه تجريبي واستعانوا بأدوات للقياس تمثلت في المقابلة ومقياس نوعية الحياة بالإضافة إلى برنامج تدريبي سلوك معرفي وكانت النتائج المتوصل إليها هي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في مقياس نوعية الحياة بعد تطبيق البرنامج السلوكي المعرفي مع عدم دلالة الفروق في بعدي نوعية الحياة. (خديجة لطرش، أحمد الفاضلي، د.ت)

- التعقيب على الدراسات السابقة:

عرض الدراسات السابقة التي أدرجت في البحث، واستخلاص الاستفادة منها وذلك من عدة نقاط أهمها:

- من حيث الموضوع: ترتبط الدراسات السابقة بالدراسة الحالية في عدة جوانب أهمها أنها بحثت في متغيرات البحث الحالي، الوعي الصحي ونوعية الحياة، وكذا من حيث المفاهيم والنظريات وحتى المقاييس التي استعملت.

- بالنسبة للمحور الأول الوعي الصحي ربط بمتغيرات مثل اللياقة البدنية، عوامل الخطورة المرتبطة بإدارة المرض، الثقافة الصحية، المرض، الوزن الطبيعي، النشاط الرياضي، تقييم نمط الحياة، الرضا عن الحياة، الصحة الإيجابية.

- أما بالنسبة للمحور الثاني نوعية الحياة فقد تم ربطه مع عدة متغيرات أهمها: السلوك الصحي، تقدير الذات، الصحة، والإجهاد، التدين والكرب النفسي، الإعاقة الذهنية.

- أما المحور الثالث الدراسات السابقة المشابهة لموضوع البحث وشمل متغيرات نذكر منها: تقبل المرض - التحكم الذاتي - المساندة الاجتماعية - السلوك الصحي - الألم العضوي - الخدمة الصحية - درجة الرضا - الثقافة الصحية - مصدر تقبل العلاج - فعالية الذات.

- في حين الدراسة الحالية تناولت الوعي الصحي ونوعية الحياة مع متغيرات مدة المرض ونوع العلاج

- من حيث الهدف:

اختلفت أهداف الدراسات السابقة على اختلاف المواضيع والمتغيرات التي أدرجت فيها، فقد هدفت بعض الدراسات إلى معرفة العلاقة بين الوعي الصحي وبعض المتغيرات كدراسة العربي محمد وحرיתי حكيم (د.ت) ودراسة رشيد القوي (2019)، ودراسة أمل الهداني، خالد الحميدي، سامية الوهبي (2017)، وكذا دراسة جعفر العرجان (2015).

وكذا هدفت بعض الدراسات لمعرفة تقييم مستوى الوعي الصحي وبعض المتغيرات كدراسة سوزان دريد احمد زنكة (2009)، ودراسة ربا السيد محمد بوكميل (2011)، حسام عباس، وسمر علي (2011) ودراسة forma saidu (2013)، omleke and jafali، ودراسة بن زيدان حسن مقراني، جمال سيفي بلقاسم (2017) ودراسة single sharma and kaely (2017)، ودراسة ناهض العودة (2020) ودراسة وفاء جاسم سلمان (2019).

أما بالنسبة إلى نوعية الحياة فقد اختلفت أهداف الدراسات السابقة حسب المتغيرات التابعة والمستقلة لمتغير نوعية الحياة فقد هدفت بعضها إلى معرفة العلاقة بين نوعية الحياة ببعض المتغيرات كدراسة بن غدقة شريفة (2008)، دراسة عمران لخضر (2009)، دراسة وأكد رابح (2016) وكذا بعض الدراسات التي تناولت تقييم درجة أو مستوى نوعية الحياة المرتبطة ببعض المتغيرات كدراسة: R، dorairaj، دراسة شادية عمر، ادم مسرة (2012) ودراسة وفاء عبد العزيز مصطفى ومحمد يوسف المختار (2011) ودراسة (2012) latifa el emrani bendris، كل من دراسة spasic، velickorvic & (2014) takjana، (2016) josepcomin colet manuel aguita، فاطمة عبد الجبار (2015)، ودراسة رامي طشوش، محمد القشار (2016)، ودراسة مجذوب احمد (2016)، ودراسة رمضان زعطوط عبد الكريم قريشي (2018)، ودراسة بختية محمد زين على محمد، عذبة صلاح خلف الله (2018)

وقد هدفت بعض الدراسات السابقة المشابهة إلى بناء برامج مثل دراسة دليلة عطية (2017) ودراسة خديجة لطرش (د.ت) هدفت إلى الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في تعديل السلوك الصحي والألم العضوي ودراسة شهرزاد نور (2013) ودراسة ملياني أفراح (د.ت) حول تمثل المرض المزمن للخدمة الصحية والأحكام المسبقة ودرجة الرضا.

دراسة: مساني فاطمة (2020) حول تأثير الثقافة الصحية على عملية العلاج والوقاية
دراسة: قارة السعيد (2015) هدفت إلى معرفة العلاقة بين الضبط الصحي وفعالية الذات وتقبل العلاج ودراسة: سورية عبد الصمد (2020) هدفت إلى الكشف عن الفروق ذات دلالة الإحصائية.
أما الدراسة الحالية فقد هدفت إلى معرفة العلاقة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة والكشف عن مستوى الوعي الصحي ونوعية الحياة والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية لمتغير مدة المرض ونوع العلاج.

- من حيث العينة:

ما لحظناه انه في اغلب الدراسات السابقة كانت العينات لمرضى المزمين كمرضى السكري والضغط الدموي والايبرز فالنسبة لمتغير الوعي الصحي كانت الدراسات كالتالي:

دراسة العنزي وآخرون (2017)، دراسة (2017) Single Sharma، ودراسة Forma Saidu، Omleke And Jafali (2013)

هذه الدراسات اشتركوا في عينة واحدة هي مرضى السكري، أما دراسة حسام عباس علي (2013) فكانت العينة مرضى الشرايين التاجية، ودراسة محمد وحريتي (د.ت) ودراسة رشيد القوي

(2019) ودراسة سوزان دريد احمد زنكنة (2009) ودراسة ربا السيد محمد أبو كميل (2011)، كانت العينة عبارة عن طلبة.

أما لمتغير نوعية الحياة والعينات التي أدرجت فيها هي عينات لمرضى المزمين كمرضى السكري والفشل القلبي والايذز والفشل الكلوي وضغط الدم، السرطان، وهذا في كل من دراسة عمران لخضر (2009) ودراسة (2016) maizoob ahmed ودراسة وأكد رابح (2016)، وأيضا دراسة طشوش ومحمد القشار (2016)، ودراسة reitmer ladwing creion كلها اشتركت في عينة واحدة هي مرضى السكري.

أما دراسة بن غدقة شريفة (2007) كانت العينة سكان الريف والمدينة، اما دراسة مجذوب احمد (2016) كانت العينة لمرضى المصابين بالايذز.

دراسة فاطمة عبد الجبار 2015 كانت العينة مرضى القصور الكلوي المزمن.

- أما العينات التي استخدمت في الدراسات المشابهة للمحور الثالث:

دراسة دليلة عطية (2017) عينة من المصابين بداء السكري ودراسة خديجة لطرش (د.ت) فكانت العينة مراقبين مصابين بداء السكري.

دراسة ملياني أفراح (د.ت) ومساني فاطمة (2020) فكانت العينة مصابين بمرض السكري دراسة قارة السعيد العينة مرضى مصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- أما الدراسة الحالية فقد كانت عينة من المصابين بداء السكري النمط الأول والثاني

- من حيث المنهج:

اكتشفنا أن اغلب الدراسات السابقة استعملت المنهج الوصفي ماعدا بعض الدراسات التي اختلفت مثل: دراسة علي شلاش الإبراهيمي، حيدر فخري التكمجي(2017)، دراسة خديجة لطرش(د.ت) ودراسة دليلة عطية (2017) ودراسة rasha khamis فقد استخدموا المنهج التجريبي.

أما دراسة بن غدقة شريفة (2007) استعملت المنهج المقارن

- أما في دراستنا الحالية فقد استخدمنا المنهج الوصفي الارتباطي.

- من حيث الأدوات:

تجدر الإشارة إلى أن الأدوات المستعملة في الدراسات السابقة كانت حسب نوع الدراسة وما تحتاجه من مقاييس أو استبيانات فمنها دراسات استعملت مقاييس جاهزة وبعض الدراسات قامت ببناء

مقاييس واستبيانات مثل دراسة احمد زنكنة (2009)، دراسة العنزي وآخرون (2017)، دراسة سالم العودة (2020) دراسة حسام عباس، سهر علي (2013)، دراسة single sharma and kaeley (2017) أما الدراسات السابقة التي اعتمدت على مقاييس جاهزة مثل: دراسة بن غدقة شريفة (2007)، دراسة فاطمة الجبار (2015)، دراسة مجذوب احمد (2016)، ودراسة josepcomin colet manuel ajuta (2016) دراسة شادية عمر، ادم مسرة استخدمت مقياس freche لنوعية الحياة، دراسة جمال شاكور (2015) مقياس sf12 لنوعية الحياة، أما دراسة عمران لخضر (2009) استخدم مقياس عام خصيصا مقنن بشكل استبيان، أما دراسة علي شلاش الإبراهيمي (2017) فقد استخدم استبيان منظمة الصحة العالمية وكذلك دراسة وأكد رابح (2016).

- أما الدراسة الحالية فقد تم بناء استبيان للوعي الصحي الخاص لمرضى السكري، واستعنا بمقياس نوعية الحياة جهازا والمعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004).

- من حيث النتائج:

في دراسة العربي محمد وحريتي حكيم (د.ت) ثبت وجود علاقة ارتباطية بين الوعي الصحي ومكونات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

في دراسة محمد زين علي ومحمد صلاح خلف الله (2018) تبين وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة والإعاقة الذهنية.

في دراسة رمضان زعطوط عبد الكريم قريشي تبين وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة والتدين والكره النفسي. أما دراسة عمران لخضر (2009) مستوى نوعية الحياة ضعيفة وكذلك دراسة فاطمة الجبار قريط (2019) مستوى نوعية الحياة منخفض لمرضى السكري.

دراسة وأكد رابح 2016 كان مستوى نوعية الحياة لدى المرضى متوسط.

ودراسة شادية عمر وادم مسرة (2012) وكذا دراسة رامي طشوش (2016) مستوى مرتفعا للوعي الصحي للمرضى أما دراسة قارة السعيد (2015) تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات.

- أما الدراسة الحالية فكانت النتيجة العامة وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة .

أما النتائج لمستوى (الوعي الصحي) متفاوتة فقد أظهرت دراسة كل من:

بن زيدان حسين، مقراني جمال، سيفي بلقاسم (2017) ودراسة single sharma and kaeley (2017)

وكذا دراسة ناهض العودة (2020) ودراسة جعفر العرجان (2015) أن درجة الوعي الصحي متوسط، أما دراسة العنزى وآخرون (2017) ودراسة حسام عباس وسهر علي 2013 ودراسة ربا السيد محمد أبو كميل كان الوعي الصحي منخفضا جدا، ودراسة رشيد القوي (2019) فكان مستوى الوعي الصحي مرتفعا.

- أما الدراسة الحالية فكانت درجة الوعي الصحي مرتفعة وكذلك مستوى نوعية الحياة مرتفعة.
- من حيث الفروق الدالة إحصائيا:

في دراسة مجذوب محمد (2016) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة تعزى للحالة الاجتماعية ومدة الإصابة، دراسة رشا خميس (2013) كان هناك فروق في اتجاه الذكور في أساليب التعامل والضغط، دراسة شادية عمر وادم مسرة (2012) فقد أظهرت عدم وجود فروق في الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ومستوى التعليمي، وكذلك دراسة رمضان زعطوط عبد الكريم قريشي (2018) انه توجد فروق دالة بين الذكور والإناث لصالح الذكور والعزاب أفضل واقل كرب من المتزوجين في نوعية الحياة.

وكذا دراسة جمال كريم شاكور (2015)، وجود فروق للمرضى لصالح الذكور وكبار السن والغير متزوجين والذي ليس لديهم وظيفة، أما دراسة بختية محمد زين علي محمد (2018) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة تبعا لمتغير الجنس ونوع الحالة الصحية للوالدين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لدى اسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية حسب المستوى التعليمي والاقتصادي للوالدين، دراسة وأكد رباح (2016) عدم وجود فروق دالة بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة التي تعزى إلى متغير الجنس.

وما ميز دراستنا هو عدم وجود فروق في الوعي الصحي لنوع العلاج للنمط الأول والثاني وكذلك لمدة الإصابة.

- الفروق في جزء نوعية الحياة:

في دراسة ritmer ladwing greises tomyo (2015) وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لصالح الذكور ولمدة الإصابة لصالح اقل مدة، أما دراسة spasic velick oric dorderic nicols tatjan (2014) انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة تبعا لمتغير مستوى التعليمي، دراسة gholmi barja shurazi (2013) هناك فروق في مستوى نوعية الحياة لمتغير السن لصالح الأقل عمرا والمؤهل العلمي لصالح الدرجة العلمية العالية.

- أما دراستنا فتميزت بعدم وجود فروق في نوعية الحياة في مدة الإصابة بالمرض وفي نوع العلاج.

- الاستفادة من الدراسات السابقة:

أولاً- من حيث الفرضيات: إن الاطلاع على المجال النظري وخاصة الدراسات ذات العلاقة بالموضوع ساعدتنا على صياغة فرضيتنا وهذا بطبع انطلاقاً من أهداف الدراسة خاصة دراسة قارة السعيد (2015) ودراسة رامي طشوش ومحمد القشار (2016).

ثانياً- من حيث الأدوات: لقد ساعدتنا الدراسات السابقة في استخراج مقاييس الدراسة خاصة دراسة رامي طشوش ومحمد القشار (2016) والذي استفدنا من مقياس نوعية الحياة المعد من منظمة الصحة العالمية والمترجم من طرفهما كما استفدنا من بعض الدراسات في بناء استبيان الوعي الصحي لمرضى السكري .

ثالثاً- من حيث النتائج: إن الاطلاع على الدراسات السابقة مكنتنا من تفسير النتائج لدراستنا.

رابعاً- من حيث الجانب النظري: استعنا بالدراسات السابقة في إثراء الجانب النظري في كل الفصول المدرجة في دراستنا.

الفصل الثاني

الوعي الصحي

- تمهيد

1- الصحة

2- المرض

3- الوعي

4- الوعي الصحي

5- التربية الصحية

6- السلوك الصحي

7- التثقيف الصحي

- خلاصة

- تمهيد:

جاء في تقرير للمعهد الطبي (IOM) Institue Of Médecine الصادر عام 2004، أن ما يقارب من نصف البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية أي بحوالي 90 مليون فرد يعانون من مشكلات في فهم المعلومات الصحية واستخدامها وهو ما أدى إلى ارتفاع معدلات دخول المستشفيات والتردد على خدمات الطوارئ التي بها من المرضى المحدودي الوعى الصحى، وقد يجنب الوعى الصحى الدول إنفاق مبالغ طائلة لأجل الرعاية والدعم الصحى.

لذلك يعتبر الوعى الصحى جانبا مهما في حياة الأصحاء والمرضى، وان انتشار الأمراض وتدني المستوى الصحى في أي بلد من البلدان لا يرجع إلى نقص الخدمات الصحية أو الوقاية والعلاجية بقدر ما يرجع إلى عدم معرفة الفرد كيف يحافظ على صحته ويتحمل المسؤولية في وقاية صحة الآخرين (محمود، طنطاوي دنيا، 1989).

1- الصحة:

1-1 تعريف الصحة:

أ- ماذا نقصد بكلمة (صحى) Waht Does in Meanto Health? من الضروري أولا قبل الإجابة على التساؤل أن نشير إلى تعريف مفهوم الصحة فمفهوم الصحة من المفاهيم الشائعة والمتضمنة لمعاني مختلفة كما لاحظ نايدو Naidoo ويلز Wills عام 2003 أن هناك وجهات نظر للصحة وهي معروفة بكونها مفاهيم دراجة أو عامية حيث تنتقل من جيل لآخر فتصبح جزء من التراث الثقافي. (Nadioo, and will, 2003, p6).

وقد حدد بلاكستير Blaxter (1995) بعض التعاريف للصحة كما يلي:

- الصحة هي انعدام المرض فالأفراد يعتبرون أنفسهم أصحاء إذا لم يشعروا بأي أعراض جسمانية
- الصحة على الرغم من الإصابة يعد بعض الأفراد أنفسهم أصحاء إذا عرفوا أنهم مصابين بأحد الأمراض.
- الصحة المرادفة للياقة البدنية هناك مجموعة من الأشخاص يعدون أنفسهم أصحاء إذا تمتعوا باللياقة البدنية.
- الصحة كجودة نفسية اجتماعية يعتبر الأفراد أنفسهم أصحاء إذا شعروا بأنهم قادرين على خوض الحياة بكل جوانبها أو إذا تمتعوا بالسعادة
- الصحة وأداء المهام.

شعور الأفراد بأنهم قادرين على أداء الأعمال المعتادة. (كارين رودهام، 2009، ص22) وعرفها بركينز Perkins: أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وحالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها الجسم.

- وعرفها وينلسو Wonslow: على أنها علم وفن منع المرض وإطالة العمر وترقية الصحة وكفاءتها.
- أما منظمة الصحة العالمية (W.H.O) فقد عرفت أنها الحالة الايجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز (تالا قطيشات وآخرون، 2009، ص15)
ب- تعريف الصحة لغة:

جاء في القاموس المعتمد (2000) أن "الصحة هي من صحّ صحة وصحاحا وصحّا الرجل من علته وسلم من العيب والريب والخبر ثبت وطابق الواقع" (المعتمد، 2000، ص332).
وجاء في قاموس Le Petite Larous De La Malad أن الصحة "هي الحالة التي يكون فيها الجسم سليما من الأمراض، والأعضاء تؤدي وظائفها بطريقة عادية" (Andre donant et jacques bourneu; 1993; P891)

ج- تعريف الصحة اصطلاحا:

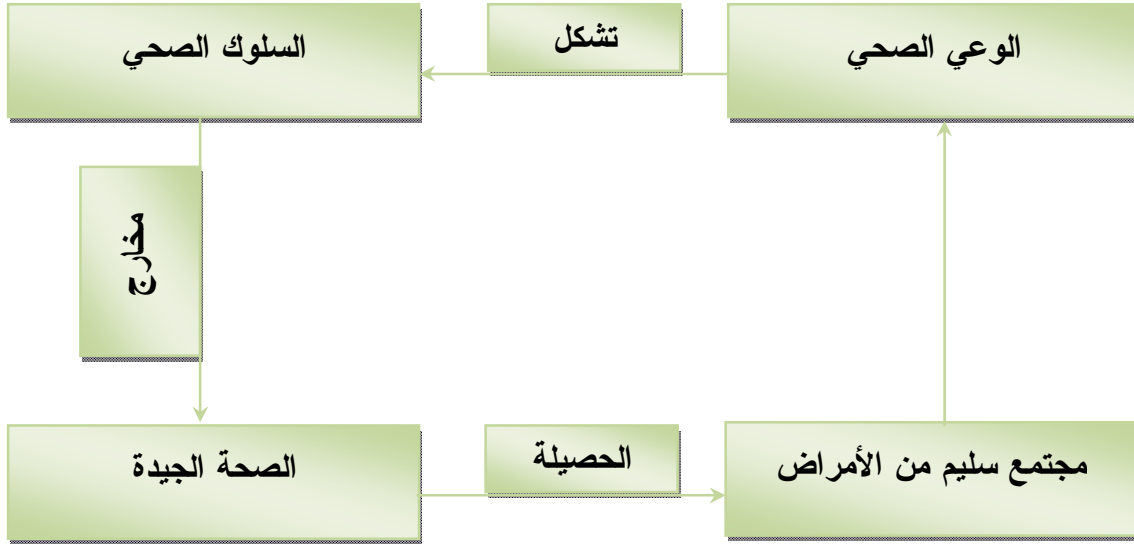
إن مفهوم الصحة مفهوم متشعب يختلف باختلاف الثقافات في المجتمعات وقد أعطى الكثير من العلماء تعاريف ومفاهيم لمعنى الصحة وحسب منظمة الصحة العالمية الصحة هي "حالة متكاملة من الرفاه الجسمي والعقلي والاجتماعي، وهي ليست مجرد غياب المرض أو وجود العجز".

(World health organization 1948)

الصحة حسب مؤتمر اوتاو بكندا: الصحة هي "المدى التي تستطيع به مجموعة أو فرد من تمكينهم لتحقيق طموحا وتلبية احتياجاته ومن ناحية آخر تتطور مع الوسيلة أو تتكيف معها، هذا المفهوم يسلط الضوء على الايجابية الاجتماعية والفردية وكذلك القدرات البدنية، الصحة لا تنتمي فقط إلى القطاع الصحي بل وأنها تتجاوز أسلوب الحياة الصحي وتهدف لتحقيق الرفاهية" (ميثاق اوتاو، 1991).

إن الصحة ليست مرتبطة بالجانب العضوي والخلو من المرض فقط، بل هي مجموع مترابط بين الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية والتي تمكن الإنسان القيام بدوره في الحياة كما ينبغي وكذلك قد يصعب تحقيقها لكن يمكن أن توازن بين عناصرها من أجل تحقيقها.

مخطط رقم (01): مراحل تشكل الصحة الجيدة



1-2 مكونات الصحة:

- للصحة مكونات منها: الجسمي، النفسي، العقلي، الغذائي، الاجتماعي وسوف نستعرضها كما يلي:
- **المكون الجسمي:** ويتمثل في مناعة الجسم، الحالة الصحية، الوراثة، الغذاء وهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان وعلى عدة عوامل كالتغذية أهمية توزيع أوقات العمل والراحة، نوعية النوم ودور النظافة بمعنى أن يكون الفرد في مستوى عالٍ من العناية الصحية.
 - **المكون النفسي:** ويظهر هذا، في قدرة الفرد في التكيف داخل المجتمع الذي يعيش فيه والبيئة التي ينتمي إليها.
 - **المكون العقلي:** وهي قدرة الفرد العقلية التي تتناسب مع المرحلة العمرية التي يمر بها، كما أنها تعني مدى سلامة العمليات العقلية المختلفة لدى الفرد، كالذاكرة والتفكير، ونظرا لان عبارة الصحة العقلية صعبة اقترح معايير لها ويمكن ضبطها في ثلاثة معايير:
 - **المعيار الأول:** التأقلم مع الوسط الاجتماعي ويتعلق بإمكانية تحمل الاعتداءات وخيبة الأمل الناجمة عن الوسط الخارجي بحل المشكلات التي تطرحها الحياة المهنية والعائلية، أوقات الفراغ والمسؤوليات الاجتماعية والسياسية والمشاعر والأحاسيس.
 - **المعيار الثاني:** التقبل والتطبيق المنسجم للجنسية
 - **المعيار الثالث:** القدرة على السعادة ويمكن تعريفها بمقدرة الفرد على استغلال الفترات السعيدة والنقاط الايجابية، التي تجلبها الحياة دون السقوط في الراحة الدائمة.

(Ander Donat, Et Jacques Bournef, 1993, P819-820)

- **المكون الغذائي:** تُعنى الصحة الغذائية بنوعية الغذاء وسلامته، نظرا لأهمية نمو الجسم وتجدد خلاياه كما انه بواسطة الغذاء يحصل الإنسان على الطاقة ومن المواضيع التي تهتم بها الصحة الغذائية الأغذية العلاجية وهي أغذية متكاملة تم تحريرها لتتناسب مع المرض وحالة المريض وهي أغذية علاجية عامة وهي أكثر أنواع الأغذية العلاجية المناسبة لمعظم الحالات المرضية وأما الأغذية العلاجية الخاصة هي أغذية خاصة بحالات مرضية تتضمن تحديد كمية الغذاء ونوعه، مما يؤدي إلى منع بعض الأغذية وإضافة أخرى تبعا لنوعية المرض وحالة المريض. (حسان محمد، مزير البستاني، 1990، ص282)

- **المكون الاجتماعي:** وفيها يكون الفرد متكيفا مع بيئته التي يعيش فيها، كمحيط العمل والأسرة ويكون التفاعل فيه تفاعلا إيجابيا. وقد أشار صبري جرجس أن الصحة الاجتماعية في بيئة ما مرتبطة بالأوضاع الحضارية السائدة فيها، فهي ترتبط بتاريخها القديم وكيانها الحديث ومرتبطة بعاداتها، تقاليدها، معتقداتها، تراثها الأدبي والعلمي، الخلقى، الفني المرتبط كذلك بمقوماتها الثقافية، الاجتماعية، الاقتصادية، الصحية وكل بيئة في هذا مختلفة اختلافا كبيرا عن الأخرى بالرغم مما قد يكون بينها أصول من حضارية مشتركة.

1-3 علامات الصحة:

حسب سمير، احمد أبو العيون (2013) هي مجموعة المظاهر التي تبدو على الجسم لتعبر عن تمتعه بمستوى صحي معين وهي:

- 1- الطاقة وتعني وجود طاقة كافية في الجسم تمكنه من مزاوله نشاطه اليومي.
- 2- المقاومة وتعني قدرة الجسم على مقاومة الأمراض المعدية المختلفة.
- 3- التكيف وتعني قدرة الإنسان على التكيف مع الضغوط الحياتية المختلفة بدون توتر زائد.
- 4- التفاؤل وتعني تمتع الشخص بنظرة تفاؤل للحياة والتمتع بها.
- 5- تحمل المسؤولية وتعني تحلي الشخص بالقدرة على تحمل المسؤولية مع الشعور بالرضا والقناعة.
- 6- الواقعية وتعني أن يكون الشخص واقعيا عند التخطيط للحياة حتى لا يصاب بالإحباط.
- 7- النوم وتعني قدرة الشخص على الراحة والنوم الهادئ دون الحاجة إلى وسائل خارجية كالمهدئات مثلا.
- 8- الحيوية وتعني تمتع الإنسان بالمظاهر الحيوية.

1-4 درجات الصحة:

للصحة درجات نذكرها كما يلي:

- **الصحة المثالية:** هي درجة التكامل والمثالية البدنية والعقلية والاجتماعية، وهذا مستوى يعتبر هدفا بعيد المنال ونادرا ما يتحقق.
- **الصحة الايجابية:** وتتميز بوجود طاقة صحية ايجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أية أعراض مرضية.
- **الصحة المتوسطة:** وفيها تتوفر طاقة صحية ايجابية تمكن الجسم من حماية نفسه عند التعرض للشخص لأي مؤثرات ضارة مسببة للمرض.
- **الصحة الضعيفة:** حيث لا يشكو الفرد من أي أعراض مرضية واضحة ولكن يمكن التشخيص من خلال علامات مميزة أو فحوصات خاصة
- **المرض الظاهر:** وفي هذا المستوى الصحي يشكو المريض أعراض مرضية محسوسة أو علامات مرضية ظاهرة (سمير، احمد أبو العيون، 2013، ص ص19-20)

1-5 مستويات الصحة:

- حسب أحمد محمد بدح وآخرون (2009) الصحة حالة نسبية فكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة فالطرف الأول هو الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة وهناك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كالتالي:
- **الصحة المثالية:** وهي درجة التكامل والمثالية الجسمية والنفسية والاجتماعية.
 - **الصحة الايجابية:** وفيها تتوفر طاقات ايجابية تمكن الفرد أو المجتمع، من مواجهة المشاكل والمؤثرات الجسمية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أية أمراض أو علامات مرضية ملموسة.
 - **الصحة المتوسطة:** وفيها تتوفر طاقة ايجابية من الصحة ولذلك عند التعرض لأي مؤثرات ضارة يسقط الفرد أو المجتمع فريسة للمرض.
 - **المرض غير الظاهر:** هنا لا يشكو المريض من أعراض وعلامات واضحة ولكن اكتشاف المرض بفحوصات مخبرية وإشعاعية خاصة.
 - **المرض الظاهر:** وهنا يشكو المريض من أعراض وعلامات يحس بها.
 - **مستوى الاحتضار:** وفي هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند المريض إلى حد خطير يصعب معها أن يستعيد صحته (أحمد، محمد بدح وآخرون، 2009، ص14)

1-6 مؤشرات قياس الصحة:

لمعرفة الوضع الصحي في مجتمع ما نلجأ إلى دراسة مقاييس ومؤشرات صحية تؤخذ من البيانات الإحصائية منها المؤشرات السلبية والإيجابية:

- المؤشرات:

أ- معدل الوفيات.

ب- معدل الخصوبة.

ج- معدل الحياة.

د- متوسط طول العمر المتوقع.

- مؤشرات الوفيات مثل:

أ- معدل الوفيات العام.

ب- معدل الوفيات من الأمراض النوعية.

ج- معدل الإجهاض.

د- معدل وفيات الرضع.

هـ- معدل المواليد الموتي.

- مؤشرات الأمراض مثل:

أ- المعدل العام للإصابات بالأمراض.

ب- المعدل العام لانتشار الأمراض.

ج- معدل وجود الأمراض المتوطنة.

د- معدل الأمراض النوعية.

1-7 النظريات والنماذج المفسرة للصحة والمرض:

اهتم علماء الطب والاجتماع وعلماء النفس بدراسة الصحة، ومدى تأثيرها على نوعية حياة

الأفراد الأصحاء والمرضى وعلى سلوكياتهم وعلى التعزيز الصحي لهم ومن أهم هذه النظريات:

أ- **نظرية المنشأ الصحي:** تعد نظرية المنشأ الصحي لانتونوفسكي من ابرز النظريات التي اهتمت

بموضوع الصحة والتي ظهرت قبل حوالي عقدين من الزمن كمحاولة لتفسير الصحة وكيفية المحافظة

عليها انطلقت نظرية المنشأ الصحي في عملية تغييرها للصحة من خلال التساؤلات التالية:

1- لماذا يظل الناس أصحاء على الرغم من وجود الكثير من المؤثرات المضرة بالصحة؟

2- كيف يستطيع الناس تحقيق الشفاء من المرض؟

3- ما خصائص أولئك الناس الذين لا يمرضون على الرغم من تعرضهم لإرهاق شديد؟
هذه التساؤلات شكلت منطلق أعمال لانتونوفسكي لصياغة هذه النظرية وعملية تفسيرها للصحة، وتساهم نظرية المنشأ في مساعدة الأفراد في مواجهة المشكلات التي تعترضهم وكيفية التغلب عليهم في مجال الصحة في تعزيز الجانب الصحي والارتقاء به من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة للفرد ووفقا لنظرية المنشأ الصحي فانه هناك اتجاهات في فهم الصحة.

- الاتجاه الأول: الاتجاه القائم على المنشأ المرضي:

ينطلق هذا الاتجاه السائد في الطب من ثنائية الصحة والمرض ويرى أن الإنسان أما أن يكون صحيحا أو مريضا، إما أن يعاني من أعراض معينة أو لا يعاني منها ومن خلال هذا الاتجاه يمكن أن نعرف الصحة من خلال غياب المرض كما يمكن أن نفهم الصحة من خلال منشأ الأمراض وتطورها وكيفية علاجها ضرورة الابتعاد عن السلوكات التي تؤدي إلى ظهور الأمراض وتجنبها.

- الاتجاه الثاني: الاتجاه القائم على المنشأ الصحي:

ينطلق هذا الاتجاه من متصل الصحة والمرض أي أن الإنسان يكون في كل لحظة من لحظات حياته صحيحا بدرجة ومريضا بدرجة ما وبمقدار ما يتجه إلى الجانب الصحي على المتصل أن يكون أكثر صحة وبمقدار ما يتجه إلى الجانب المرضي ويبقى الإنسان ممتلكا لمساحات من التصرف تمكنه من التعامل مع المرض وعواقبه بنجاح(الجبوري، 2010)

ب- نظرية دافع الحماية (الوقاية): وضع روجرز نظرية دافع الحماية (Pmt)، وأشار إليه بأنه دافع لحماية السلوكيات المرتبطة بالصحة، ويقوم هذا النموذج على حماية-وقاية-علاج.

وعلى التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة بمعنى

القيام بأنماط السلوك الصحي، ويمكننا في هذا النموذج التفريق بين العناصر الأربعة التالية:

1- الدرجة المدركة من الخطورة Severity المتعلقة بتهديد الصحة مثل سرطان القولون

2- القابلية المدركة للإصابة والدافع للحماية هو متغير وسيط تتمثل مهمته في إثارة واستمرار وتوجيه السلوك الصحي الوقائي ووفقا لما أضافه روجرز والدافع للحماية هو متغير وسيط تتمثل مهمته في إثارة واستمرار وتوجيه السلوك الصحي الوقائي ووفقا لما أضافه روجرز Vulnerability بهذه التهديدات الصحية مثل مرضى الإصابة بسرطان الأمعاء

3- الفاعلية المدركة Response Effectiveness الإجراء من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي على سبيل المثال ستكون حميتي مناسبة لتحسين صحتي.

4- توقعات الكفاءة الذاتية Self-efficacy الكفاءة الذاتية لصد الخطر على سبيل المثال أنا واثق من أنني أستطيع تغيير حميتي والدافع للحماية هو نتيجة لتقييم التهديد وتغيير التعامل وتقييم التهديد هو تقدير لفرصة الإصابة بالمرض (الضعف) والتفكيرات لخطورة المرض (الشدة)، تقييم التعامل ويتكون من فعالية الاستجابة والكفاءة الذاتية فعالية الاستجابة المتوقعة للفرد أن تتضمن التوصيات التي يمكن إزالة هذا التهديد الكفاءة الذاتية هو الاعتقاد في قدرة المرء على تنفيذ توصيات جلسات العلاج بنجاح.

(Boer,seydel,1996)

والدافع للحماية هو متغير وسيط تتمثل مهمته في إثارة واستمرار وتوجيه السلوك الصحي الوقائي ووفقا لما أضافه روجرز (1985) إن شدة القابلية والخوف المتعلق بتقييم التهديد أي تقييم التهديد الخارجي وفعالية الاستجابة والكفاءة الذاتية المتصلة بتقييم التعامل وفقا (Pmt) فان العناصر الخمسة (الكفاءة الذاتية، فعالية الاستجابة، الشدة، القابلية، الخوف) وتشير أما التكيف لاستجابة التكيف أي النية السلوكية أو رد فعل غير قادر على التعامل مثل التجنب والحرمان. (رياض، نايل العاسمي، 2016، ص18)

ج- نظرية الطب السيكوسوماتي: إن مصطلح السيكوماتي يقسم إلى قسمين الأول سيكو وتعني الجسم أو كل ما يتعلق بالجسم والثاني سوما وتعني النفس.

إن فكرة الأمراض النوعية كرسست لأجل الصراعات الداخلية اللاشعورية للأفراد وهذا من خلال عمل عمل 1930 Flanders Dunlas والكسندر 1950 Alexandre بمعنى أن الصراعات الداخلية تولد الأمراض وعلى سبيل المثال وضع Alexandre بروفيل للقرحة المعدية لشخص وأشار بان القرحة المعدية قد تكون ناتجة عن اضطراب الشخصية وخصوصا الاحتياجات المفرطة للتبعية والحياة وكذا ارتفاع ضغط الدم والربو وتتميز الأمراض السيكوسوماتية بما يلي:

- تلعب العوامل الانفعالية دورا مهما وأساسيا في ظهور الأعراض الجسمية أو زيادة التأثير فيها وهذا ما يميزها عن الأعراض العضوية.
- اضطرابات في وظائف الأعضاء وتلف واضح في العضو نفسه.
- الاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنس، فبعض الاضطرابات تكون أكثر شيوعا لدى النساء مقارنة بالرجال فمثلا حالات روماتيزم المفاصل أكثر شيوعا لدى النساء.
- تمر الاضطرابات السيكوسوماتية بمراحل مختلفة حيث تصبح في النهاية اضطرابات مزمنة..

- قد يصاب الفرد باضطرابات سيكوسوماتية مختلفة ومتعددة وتختلف الحالة من شخص لأخر فالبعض يصاب باضطراب أو بعدة اضطرابات.

- تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية نتيجة لعدم فاعلية أساليب المواجهة للإصابة بنفس الاضطراب أو بما يشابهه.

- غالبا ما يوجد له تاريخ مرضي. (الزرد، 1983)

د- نظرية التحليل النفسي في تفسير الصحة والمرض:

ظهرت هذه الإسهامات في عمل سيجموند فرويد Sigmund Freud 1939 في وقت مبكر، على الهستيريا التحويلية ووفقا لفرويد يمكن للصراعات اللاشعورية إنتاج الاضطرابات الجسدية التي ترمز للمكون النفسي لتلك الصراعات يحول المريض للهستيريا وتحويل الصراعات اللاشعورية إلى أعراض لإرادية في الجهاز العصبي حيث يصبح الفرد خاليا نسبيا من القلق والصراعات الداخلية.

وان وجهة نظر فرويد حول الأنا (1923) تناسب هذا السياق أن الأنا بشكل أساسي هو أنا جسمي أي أن انعكاس الجسد للمملكة الذهنية فقد أشار إلى أن توزيع الليبدو ودفعه إلى الجسد يتغير استناد إلى نمط ثابت خلال تطور الطفل الصغير.

ونجد الهستيريا التحويلية التي أثارت نقطة مهمة، في تحويل الاضطرابات النفسية إلى الجسدية مثل التخدير (في جهة من أجزاء الجسد وفقد الإحساس) واستجابة للأحداث الضاغطة بما في ذلك المشكلات المفاجئة الأقوى مثل فقدان القدرة على النطق، السمع، البصر، الارتجاف، الشلل، اضطرابات الأكل مثل فقدان الشهية. (رياض، نايل العاسمي، 2016، ص52-53)

ه- نظرية المناعة النفسية العصبية:

في ظهور المرض والصحة وهي تجمع بين الجانب العصبي والمناعي والنفسي والاجتماعي وكيف يؤثر العقل على البدن ووظائفه وخاصة الجهاز العصبي والجهاز المناعي ويرتبط ذلك بمفهوم الاتزان الحيوي Homéostasies والذي يعني التوازن بين الهرمونات والجهاز العصبي وهذا التوازن هو الذي يحمينا من التهديدات التي تهدد حياتنا بشكل يومي ومن المثير للدهشة أن الجزء المسؤول عن تنظيم هذه الوظائف الحيوية الفسيولوجية هو ساق المخ، وهو نفسه الذي يسيطر على استجابتنا الانفعالية وقد أظهرت الدراسات الحديثة مدى تأثير الأمراض النفسية كالإكتئاب والقلق على جهاز المناعة حيث تبين أن هذه الأمراض تقلل الخلايا المعروفة باسم الخلايا للمفاوية من نوع (ت) التي يفرزها جهاز المناعة في حالات السرطان. (رياض، نايل العاسمي، 2016، ص54-55)

و - النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي:

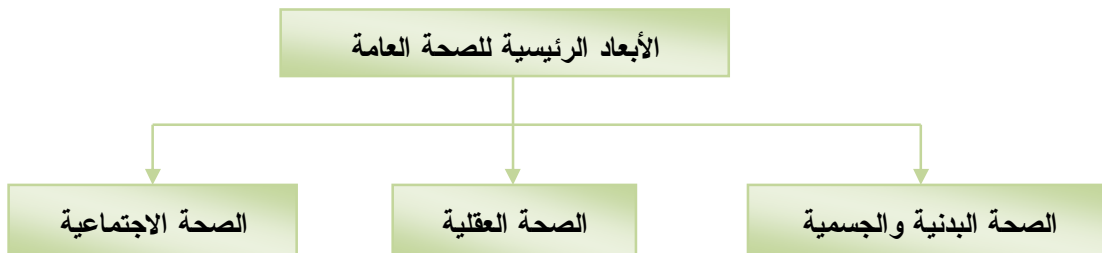
في هذا النموذج ينظر إلى الصحة والمرض بأنها عواقب مترتبة عن التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية (Sulsrothmain) لان العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تشكل محورا في البحوث السريرية وهذا النموذج يحافظ على العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية باعتبارها محددات مهمة للصحة والمرض ويحافظ هذا النموذج على الصحة بفعل عوامل متعددة كما يحافظ على وحدة العقل والجسم ويؤكد كذلك على كل من الصحة والمرض بدلا من النظر إلى المرض باعتباره انحرافا من بعض الحالات المستقرة أي تصبح الصحة تحقق من خلال الاهتمام بالاحتياجات البيولوجية والنفسية والاجتماعية بدلا من التركيز على الجانب البيولوجي بمعنى آخر ينظر هذا النموذج إلى الصحة والمرض من خلال تفاعل العوامل التالية:

- تفاعل العوامل البيولوجية وما يتضمنه من عوامل وراثية وجينية وفيزيولوجية وجسمية وكذلك البكتيريا والفيروسات التي تعرض إليها الجسم وتسبب له المرض والاضطراب العضوي سواء كان مرضا حادا أو مزمنًا.

- العوامل النفسية وما تشمله من اضطرابات نفسية مصاحبة للمرض العضوي كالقلق والاكتئاب وأنماط سلوكية سلبية كالإدمان، المخدرات والإفراط في الأكل، باعتبار هذه السلوكيات وأنماط التفكير وغيرها من العمليات العقلية، المعرفية والوجدانية كالمعتقدات السلوكية والصحية وأنماط شخصية وأساليب الحياة غير السوية وتؤثر بسرعة في انتشار المرض.

- العوامل الاجتماعية أن الفرد يعيش في جماعة يؤثر ويتأثر بالسياق الثقافي والسلوكي والفكري لهذه الجماعة فقد يشجع المجتمع بعض العادات الصحية غير السوية والتي يمكن أن تؤثر على صحة الإنسان فالعلاقات الاجتماعية قد تسهم بشكل كبير إما في زيادة الأمراض النفسية والعضوية وإما أن تكون مساهمة في تنمية صحته النفسية والجسمية بمعنى أن الإنسان يكون متكامل في تفاعلاته مع وظائفه النفسية والسيولوجية والاجتماعية.

مخطط رقم (02): يوضح الأبعاد الرئيسية للصحة العامة (سهام، 2001، ص110)



2- المرض:

2-1 مفهوم المرض:

جاء في المعجم الوجيز مجمع اللغة العربية مفهوم المرض على "أنه كل ما يخرج بالكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال والمريض في اللغة العربية هو من فسدت صحته فضعف أو من به نقص".
(أميرة، منصور يوسف، 1997، ص26)

ويعرف قاموس وليبيستر "المرض باعتباره حالة يكون فيها الإنسان معتل الصحة، وان يكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض والمعنى الحاد في الكلمة مرض هو الاحتياج للراحة". (إقبال، إبراهيم مخلوف، 1991، ص.49)

فالمرض عكس الصحة فيحتاج المريض للراحة ليستعيد صحته ويمارس حياته بشكل طبيعي، والمرض Illnes ليس مرادفا تماما للسقم Disease أو الاعتلال Sickness فيما يتعلق باكتساب الصحة أو فقدانها.

2-2 العوامل المسببة للمرض:

أن المرض يصيب الإنسان نتيجة لأسباب عديدة وقد تكلمت بعض النظريات وفسرت هذه الأسباب المبنية على سببين هما العلة والعلية.

أ- نظرية السبب أو العلة Signle Cause: وتفترض هذه النظرية أن المرض ينبع من سبب واحد محدد وفي حالة وجود هذا السبب تظهر الحالة المرتبطة بذلك مثل مرض السل ينتج من مكروب السل.

ب- نظرية الأسباب أو العلية Miltiple Causes: وبهذا المفهوم لا يعتبر المستوى الصحي للفرد أو المجتمع في حالة ثابتة بل تعتبر في حالة حركية ديناميكية وهذا لأنه ينتج من تفاعل عدة قوى أو عوامل يعمل كل منها في اتجاه قد يكون ايجابيا أو سلبيا.

أ- **العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للمرض:** يعرف السبب النوعي بالعنصر أو المادة سواء كان حيا أو غير حي وتنقسم المسببات إلى فئات هي:

- **المسببات الحيوية:** وهذه تكون من أصل حيواني أو نباتي فالأولى كالحوانات وحيدة الخلية مثل الاميبيا والملاريا أو الحيوانات متعددة الخلايا مثل الديدان والبلهارسيا أو الانتكستوما أو الاسكارس والثانية مثل الفطريات والبكتيريا والفيروسات. (أميرة، منصور يوسف، 1997، ص49)

- **المسببات الغذائية:** وهذه قد تؤدي نتيجة لزيادتها أو قلتها في الجسم للأمراض. فالإسراف في تناول أنواع معينة من الأطعمة في بعض البيئات كالدهون الحيوانية واستهلاك السكريات المكررة والمصنعة،

وقد أثبتت الدراسات وجود أنواع معينة في المجتمعات التي تتناول هذه الأغذية بإسراف ظهرت لديهم أمراض فمثلا أمريكا ظاهرة البدانة وفي اليابان انتشار مرض السرطان تعود لسوء وإسراف تناول الأغذية كما أن قلت الأغذية تؤدي إلى سوء التغذية كما هو الحال في البلدان النامية ولعل الطريقة الطبيعية لتنمية العادات الغذائية تبدأ من الصغر فتحاول الدول المتقدمة الرجوع إلى الرضاعة الطبيعية ونجد الدول النامية تسعى إلى استخدام الطريقة الصناعية في الرضاعة فالرضاعة الضعيفة تنقص المناعة لدى الطفل ضد الأمراض. (الوحشى، أحمد بيرى، عبد السلام، الدويبي، 1995، ص83-84)

- **المسببات الكيميائية:** قد تكون خارجية من البيئة (مركبات الرصاص أو الفوسفور...) وقد تكون داخلية من داخل الجسم مثل البول السكري

- **المسببات الطبيعية:** مثل الحرارة والرطوبة والضوء

- **المسببات الوظيفية:** مثل الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء كالغدة الدرقية

- **المسببات النفسية والاجتماعية:** ضغوطات الحياة، الضغط العاطفي، الإحساس بالمسؤولية وعدم الأمان.

ب- **الأسباب المتعلقة بالإنسان:** وتتكون من عدة عناصر

- **المقاومة الطبيعية غير النوعية:** وهي ليست محددة لمرض معين

- **مقاومة آلية:** مثل ما يهيئه الجلد والغشاء المخاطي.

- **حموضة الإفرازات:** مثل حامض الايدر وكلوريك المعدة

- **خلايا المقاومة:** مثل البلغميات الثابتة

- **الدم البلازما:** ولها قابلية محاربة مسببات النوعية للأمراض بمساعدة مواد خاصة.

- **المناعة النوعية:** وهي مناعة ضد أمراض معينة قد تكون مكتسبة طبيعيا أو مكتسبة صناعيا.

- **العوامل الوراثية:** وهي الصفات الوراثية التي تنتقل عن طريق الجينات وقد تكون هناك استعداد للمرض مثل مرض المياه البيضاء الوراثية بالعين أو العمى الليلي أو الحساسية. (إقبال، إبراهيم مخلوف، 1991، ص52)

إن لكل جنس خصائصه الصحية والوراثية فتورث الخصائص البيولوجية كالوزن والطول ولون العينين وفصيلة الدم وكذلك بعض الأمراض وان الحالة الصحية للأفراد في الواقع نتاج تفاعل العوامل الوراثية مع غيرها من العوامل المكتسبة مثل مرض السكري وضغط الدم وبعض أمراض القلب وأنواع السرطان والأمراض العقلية والنفسية. (الوحشى، أحمد بيرى، عبد السلام، الدويبي، 1991، ص80)

- العوامل الاجتماعية والعائلية:

- عادات إعداد الطعام وتجهيزه

- عادات متعلقة بالصحة الشخصية

- عادات الحفلات

- العادات والسلوك الجنسي

- العوامل الوظيفية: مثل الإجهاد والسهر

- السن النوع والجنس

ج- العوامل البيئية: وتعرف بالبيئية بالعوامل الخارجية التي تؤثر في الإنسان الحامل للمرض، وبهذا المفهوم يمكن اعتبار المسببات النوعية أجزاء متخصصة من البيئة والبيئة تؤثر في التفاعل القائم بين المسببات النوعية وبين الإنسان الحامل للمرض فأحيانا تحبذ المسببات النوعية وأحيانا تضر الإنسان الحامل للمرض. (إقبال، إبراهيم مخلوف، 1991، ص 52-53)

- **البيئة الطبيعية:** وتتكون من الحالة الجغرافية والجيولوجية والمناخ وتشمل العوامل الفيزيائية والكيميائية وتتميز البيئات بمختلف أنشطتها الاقتصادية بأمراض خاصة فالملاريا مثلا تنتشر في المناطق التي تكثر فيها الأمطار والمستنقعات وكذا البلهاريا. (الوحشي أحمد بيبي، عبد السلام الدويبي، 1995، ص 80)

- **البيئة البيولوجية:** وتشمل عناصر المملكة الحيوانية والنباتية أي العوامل البيولوجية وتؤثر في الطعام والعوامل الوسيطة التي تنقل الأمراض كما تؤثر في عادات الإنسان وعمله.

- **البيئة الاجتماعية:** ويقصد بها علاقة الإنسان بباقي أفراد المجتمع، ومدى تأثيره ببعض العادات والتقاليد التي ترسم طريقة لحياته التي تكون عاملا من عوامل إصابته بالمرض ومن أهم العوامل.

- **المستوى التعليمي:** أظهرت الأبحاث أن حالة التعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصحية في المجتمع. فكلما ارتفع مستوى التعليم ارتفع المستوى الصحي وبالعكس. ففي المجتمعات المتخلفة علميا، يوجد بها مستوى صحي منخفض وتنتشر فيه الأمراض فهي قاصرة على تبيين أسباب المرض. والجهل والامية يؤديان إلى عدم إتباع إرشادات طبية وتعليمية بشأن استعمال الدواء والانتظام في اخذ الجرعات.

(الوحشي، احمد بيبي، عبد السلام الدويبي، 1995، ص 84-85)

- **الأسرة والحياة العائلية:** يشير علماء الاجتماع، إلى أن الترتيبات التنظيمية المساهمة في المرض هي أنماط التفاعل الأسري والتنشئة الاجتماعية. فمثلا جودة العلاقة بين الطفل وأبويه مهمة جدا

لصحته النفسية خاصة مع أمه فقد أشار " لور " إلى أن الأطفال الذين نشؤوا في أسر منحرفة يسودها الصراع، هم عرضة للضغط والقلق أي الشد النفسي، ومن ثم إصابتهم بأمراض نفسية وبدنية كذلك بالنسبة لعادات الزواج المبكر في بعض المجتمعات بالنسبة للفتيات خاصة، وأيضا زواج الأقارب الذي يؤدي إلى ظهور بعض الأمراض الوراثية خاصة مرض السكري، الإعاقات، التخلف الذهني وغيرها.

- **المستوى الاقتصادي:** إن وجود علاقة ثابتة بين الحالة الاقتصادية والحالة الصحية في أي مجتمع أصبح من البديهيات المعترف بها. فكلما تحسنت الحالة الاقتصادية وارتفع الدخل للفرد ارتفع المستوى الصحي وقلت الأمراض وقد أجريت دراسة في إحدى المدن الأمريكية أثبتت إن الأسر ذات الدخل المحدود الأقل من 1000 دولار في السنة لديها نسبة الأمراض 66% أكثر من الأسر التي دخلها مرتفع أكثر من 1000 دولار وفي تقرير لمنظمة الصحة العالمية وضعت 70 فرد في 6 مجموعات وفقا لدخل كل فرد في السنة وقد تبين أن هناك علاقة طردية بين الوضع الاقتصادي لكل هذه المجموعات وبين نسبة التعليم ومستوى التغذية ووفيات الأطفال الرضع وتوقعات الحياة عند الولادة وكلها تتم على المستوى الصحي السائد في هذه المجموعات.

إن مجرد مستوى الاقتصادي للإنسان منخفض ينعكس على صحته بالسلب فهو لا يستطيع الحصول على غذاء جيد متكامل مما ينعكس على عدم قدرته على مواجهة الأمراض وكذلك عدم قدرته على توفير السكن اللائق مع زيادة الضغوطات والقلق كلها تساهم في ظهور الأمراض الجسمية والنفسية. (الوحشي، أحمد بيري، عبد السلام الدويبي، 1995، ص.86)

- **التغير الاجتماعي والتحضر:** ارتبط التغير الاجتماعي والتحضر بظهور مشكلات اجتماعية، نفسية وصحية فقد ظهرت مشكلات اجتماعية مثل: الإجرام، الانحراف، تفكك الأسر وتغير بنائها ووظائفها وتفكك العلاقات الاجتماعية وضعف التضامن الاجتماعي والأسري، ويشير الباحثون في علم الاجتماع والنفس إلى أهمية شبكة العلاقات الاجتماعية في الحالة الصحية للإنسان بمعنى تفكك تلك العلاقات بإمكانها إن تؤدي إلى أمراض نفسية وعضوية وقد ذكر جيمس لنش من جامعة ميرلاند بأمريكا إن أهم الأسباب المؤدية إلى الموت المبكر في أمريكا هي العزلة. (عبد السلام دويبي، 1995، ص.86)

3- الوعى: Awareness health

3-1 تعريف الوعى:

- لغة: جاء في معجم ابن منظور (2000) "الوعى وعى أي حفظ قلب الشيء وعى الشيء أي حفظه وفهمه فهو واع وفلان أوعى من فلان أي أحفظ وافهم"، الواعي: الحافظ الكيس الفقيه(ص.245).

وجاء في قاموس Le Petite Larousse De Medecine "الوعي بالمعنى النفسي أنه المعرفة التي يمتلكها كل واحد حول أفعاله وحول العالم الخارجي" (Andr Et Yacque Bourneuf,1989 ،P.242)

- وحسب القاموس الفلسفي السوفيياتي: الوعي هو المجموع الكلي للعمليات العقلية المشاركة بصورة فعالة في فهم الإنسان للعالم الموضوعي ولوجوده الشخصي (مؤيد طلال، 1975، ص41).

- وعرفه إبراهيم مذکور وآخرون: يعني القيم وسلامة الإدراك للناس وتصوراتهم للعالم الموضوعي المحيط بمجمل الأفكار والمعارف والثقافة التي يمثلها الفرد، والتي تجعله يسلك منهاجاً معيناً كما يشير الوعي أحياناً إلى الاستجابات التي يقوم بها الشخص إزاء مواقف معينة. (إبراهيم، مذکور وآخرون)

- ويشير معجم الوجيز إلى أن الوعي يعني "الإدراك والإحاطة ووعاه توعية أي اكتسبه القدرة على الفهم والإدراك ووعي الأمر أي أدركه على حقيقته" (معجم الوجيز).

الوعي بالفرنسية: يعني "وعي أو شعور والمعنى الأول معرفي والثاني أخلاقي ويعرفه علم النفس بأنه حالة" من حالات الإدراك والفهم وهذا الفهم أو الإدراك ذاتي ويسمح لنا بان نميز أنفسنا عن الآخرين". (هاني نصرى، 1998، ص.63)

ويعرفه good: "على أنه امتلاك أو إظهار إدراك أو تصور للمعرفة". (good, 2004).

كما يشير كارفول: الوعي كخطوة في تكوين الجوانب الوجدانية بما تتضمنه من اتجاهات وقيم ويؤكد على أنه في مستوى الوعي لا يكون الاهتمام موجهاً إلى الذاكرة أو القدرة على استرجاع المعلومات بقدر الاهتمام بان الفرد يدرك أشياء معينة في المواقف الظاهرة ويعني ذلك إن الوعي يتضمن مكوناً معرفياً مما يجعل الجانب الوجداني ملازماً للجانب المعرفي. (الريامي، أحمد، 2009، ص19)

وحسب قاموس أكسفورد الوعي "أنه المعرفة المتبادلة بين الأشخاص أو المعرفة والإيمان الراسخ والحجج والقناعة التي تؤدي إلى الإقناع بصحة الشيء أو مجموعة الأفكار والانطباعات والمشاعر الموجودة في الشخص الواعي، الوعي هو الصفة التي تميز قدرة الأفراد أو الأشخاص على التفكير". (بورنان، سامية، 2017، ص59)

3-2 أنواع الوعي:

للوعي أنواع منها الغريزي والعقلي وهذا حسب بسام سعد الأمامي (2007)

أ- الوعي الغريزي: وهو ما يتكون لدى الفرد نتيجة للممارسات، وخبرات عديدة يكتسبها الفرد، من خلال حياته اليومية ويكون مدفوعاً فيها بدافع غريزي في الغالب.

ب- **الوعي العقلي:** وهو الوعي القائم على أعمال العقل والفهم والإقناع والتمييز بين البدائل، ولا يستطيع الإنسان أن يصل إلى هذا النوع من الوعي إلا عن طريق جهد مخطط ومقصود من أجل تكوين قدر من الثقافة العامة لدى الفرد "عمليات عقلية يمارسها الفرد لكي يصل إلى مستوى الفهم أولاً ثم مستويات الاهتمام والتبني، والتحليل، والدفاع عن فكرة أو مبدأ ما" (بسام، سعد الأمامي، 2007، ص14)

3-3 التوعية:

- **تعريف التوعية:** يعرف ناجي التوعية بأنها "العملية التي تشير إلى إكساب الفرد وعياً حول أمراً أو أموراً تعنيه وتبصره بجوانب مختلفة أي إن التوعية تشير إلى مدى تأثير الإنسان أو الجماعة أو المجتمع لقبول فكرة أو موضوع ما وعموماً فإن التوعية تعني:

- معرفة ماهية وظروف الشيء

- فهم طبيعية حركته

- التوصل إلى أسلم الطرق الممكنة واقعياً للتعامل مع هذا الشيء والسيطرة عليه". (سليمان، الخطاب،

2010، ص.240)

4- الوعي الصحي:

4-1 تعريف الوعي الصحي:

- **اصطلاحاً:** عرفه المنجد في اللغة العربية (2001) أنه "إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية عن قصد، نتيجة الفهم والإقناع وتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير". (ص21)

وعرفه قنديل عبد الرحمان (1990): أنه هو "السلوك الايجابي الذي يؤثر ايجابيا علي الصحة والقدرة على تطبيق المعلومات الصحية في الحياة اليومية بصورة مستمرة، تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المتكاملة التي تحافظ علي صحته وحيويته وذلك حسب إمكانياته". (بن زيدان حسين، مقراني جمال، سيفي بلقاسم، 2017، ص31)

وحسب علي جلال الدين (2005): الشخص الواعي صحياً هو الشخص المثالي المتمتع بدرجات ومستويات عالية من الصحة المتمثلة بالتكامل البدني، العقلي، النفسي، الاجتماعي والصحي وان ممارسة الأنشطة الرياضية تعمل على الوقاية من أهم أمراض العصر مثل مرض السكري وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي والسمنة وباعتبار الجانب الصحي يشمل جانبين أساسيين هما الثقافة الصحية والتي تتمثل في اكتساب المعارف والمعلومات الصحية، والوعي الصحي الذي يتمثل في

ممارسة وتطبيق تلك المعارف والمعلومات في الواقع العملي. (بن زيدان حسين، مقراني جمال سيفي بنقاسم، 2017، ص31)

إذن يؤسس الوعي الصحي على ثلاثة جوانب حسب:

- الجانب المعرفي: ويقصد به توفير المعلومات العلمية عن الصحة ودور الفرد ومسؤوليته الشخصية عن صحته.

- الجانب الوجداني: ويتمثل في تكوين الاتجاهات نحو الحفاظ علي صحته.

- الجانب السلوكي (التطبيقي): ويتمثل في كيفية التصرف في المواقف الحياتية المتعلقة بالصحة التي تواجه الفرد.

وإذا اكتملت جوانب الوعي المعرفية والوجدانية والسلوكية لدى الفرد وصف بأنه لديه وعيا صحيا متكاملًا بحيث تتحول ممارساته إلى عادات سلوكية بصورة دائمة. (هدى محمود حسن حجازي، 2011، ص559)

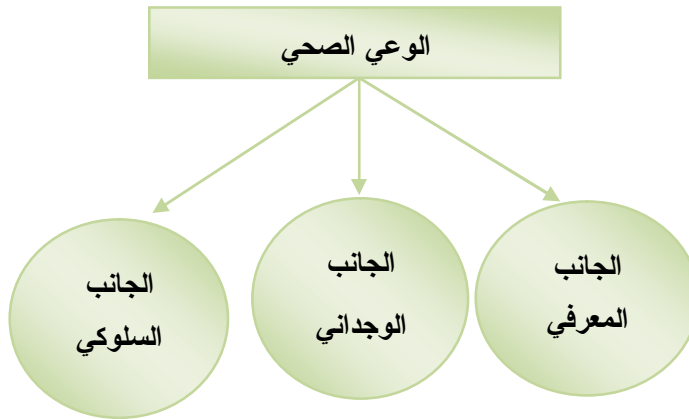
ويشير معهد الطب Instuite of medicine إلى أنّ الوعي الصحي، هو أكثر من مجرد صعوبات يواجهها أي فرد في فهم المعلومات الصحية، فهو يمتد ليشمل التأثير بالقدرات والمهارات والاستجابات والتوقعات من جانب مقدمي الرعاية الصحية ومديري نظم الرعاية الصحية، والاتصالات والإعلام، تأتي أهمية الوعي بالمعلومات الصحية من كونها تستخدم في:

- التواصل والفهم بين المرضى والمعالجين.

- فهم واتباعات التعليمات والتوجيهات للحد من الأضرار والأخطاء الصحية.

- معرفة انتهاج السلوكيات الصحية للحد من الأمراض والوقاية منها (Institute of medicine,2004)

مخطط رقم (03): يوضح جوانب الوعي الصحي:



- عرفه احمد اللقاني علي الجمل: بأنه أعطاء شحنة معرفية مشبعة بالجوانب الوجدانية في مجالات الصحة العامة. بحيث تساعدهم على إن يسلكوا سلوكا اتجاها بعض الأمراض المنتشرة في البيئة المحيطة بهم مع ممارستهم العادات الصحية التي تقيهم من الأمراض.(احمد اللقاني، على جمل، 1999، ص86)

- وحسب عثمان العربي (2007): "انه جملة من التصورات والمعتقدات والرؤى التي تعين الإنسان في حياته وتحدد سلوكه ويقصد هنا إلمام الناس بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة عن قصد نتيجة الفهم والإقناع.(ص641)

- وعرفه عليوة (1999) بأنه: هي "ترجمة المعارف والمعلومات والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية لدى الأفراد".(ص49)

وأعطت هدى محمود حسن حجازي (2011) تعريفا للوعي الصحي على أنه "هو إدراك وإلمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية وتبنى نمط حياة وممارسات صحية سليمة، من أجل رفع المستوى الصحي للمجتمع والحد من انتشار الأمراض، وتنمية إحساسهم بالمسؤولية الاجتماعية تجاه صحتهم وصحة الآخرين".(ص59)

- وكذلك عرفه شلدان Chaldean 2006 بأنه "معرفة أفراد المجتمع للمعلومات، والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة الآخرين وإدراك المشكلات الصحية التي يعاني منها المجتمع وكيفية علاجها وتوفير العلاج والإرشاد والنتائج الطبية اللازمة لها".(ص22)

حسب المفاهيم السابقة فان الوعي هو عملية معرفية تتمثل في الإدراك والفهم وهو حالة شعورية من خلالها تمكن للفرد من إن يميز بين ذاته والعالم الخارجي من خلال الاستجابات إزاء مواقف الحياة، أما الوعي الصحي فقد جاء في عدة مفاهيم منها المعرفي والوجداني والسلوكي.

فالجانب المعرفي يتمثل في معرفة المعلومات والحقائق الصحية وإدراك المشكلات الصحية من خلال التصورات والمستجدات وفهم وإتباع التعليمات الصحية للتحكم في المرض وتفاذي الأخطاء الصحية، مع تحمل المسؤولية نحو المجتمع والأفراد وإتباع النصائح الطبية، أما من الجانب الوجداني فالوعي الصحي هو خطوة في تكوين الجوانب الوجدانية وما تتضمنه من اتجاهات وقيم من خلالها يستطيع الفرد إن يحافظ علي صحته وإدراك الموقف الصحي والشعور بما داخله والمحيط الخارجي ويميز ذاته عن الآخر، وسلامة إدراكه، والاستجابات التي يقوم بها إزاء موقف تمس صحته سواء

بالسلب أو بالإيجاب. أما الجانب السلوكى فإنه السلوك الإيجابى الذى يؤثر على صحة وممارسة وتطبيق المعارف والمعلومات فى الواقع، وانتهاج السلوكيات الصحية للحد من الأمراض والوقاية منها والسلوك الصحى ما هو إلا نتيجة للوعى الصحى الذى يظهر من خلال سلوكيات صحية. وترى الباحثة الوعى الصحى: هى إمكانية الفرد على إتباع المعلومات الصحية المدركة التى اكتسبها من مصادر موثقة تجاه صحته الجسدية والنفسية، وعلاقاته الاجتماعية فى إطار الثقافة التى ينتمى إليها.

4-2 أهداف الوعى الصحى:

للوعى الصحى أهداف ترجع فائدتها على الأفراد والمجتمعات نلخصها فيما يلى:

- 1- وقاية الأفراد سواء أصحاء أو مرضى من الأمراض بأنواعها ومضاعفاتها.
- 2- الحد من انتشار الأمراض المعدية والمزمنة.
- 3- رفع المستوى الصحى فى المجتمع، من خلال وعيهم وحمايتهم لأنفسهم بالطرق المختلفة السليمة.
- 4- تحمل المريض مسؤولية الحفاظ على صحته.
- 5- توفير مصاريف زائدة على الخدمات الصحية.
- 6- تمتع المجتمع بصحة جيدة كيفما كانت وعلى جميع الجوانب الاقتصادية والاجتماعية وحتى الثقافية والسياسية.
- 7- الحفاظ على إنفاق الدول مبالغ طائلة لأجل الرعاية والدعم الصحى.
- 8- قياس مستوى الصحة لدى المجتمعات.
- 9- تحسين المستوى الصحى.
- 10- الوصول إلى نوعية حياة جيدة للمرضى والأصحاء على سواء.

4-3 أهمية الوعى الصحى:

تزداد أهمية الوعى الصحى بزيادة الكثافة السكانية فى العالم وارتفاع نسبة الأمراض المعدية والمزمنة وزيادة نسبة الوفيات المصاحبة لها، ويعتبر الوعى الصحى الأداة لتعزيز الصحة واحد العوامل المهمة لمساعدة الإنسان على التمتع بصحة جيدة، ويمثل العنصر المهم فى التغيير الإيجابى فى سلوك الأفراد والمجتمعات وتأتى أهمية الوعى الصحى من أهمية دوره فى حماية المجتمع من الأمراض التى لا يمكن التحصين منها إلا من خلال الارتقاء بصحة الأفراد عن طريق زيادة الوعى والتثقيف الصحى لجميع الأفراد.

- لذلك أصبح ضرورة من ضروريات الحياة لأنها تحمي المريض من مضاعفات المرض.
- الوعى الصحى المعتمد على أسس علمية، يؤدي إلى نتائج ايجابية يمكن من خلالها التأثير على مستوى الفرد وتقليل اتجاهاته وعاداته وسلوكه واكتسابه الخبرات الممارسات الصحية السليمة.
- الارتقاء في تكلفة الخدمات العلاجية مقارنة بالكلفة الزهيدة نسبيا لتوعية الصحية. (وزارة المعارف السعودية، 2004).

- تنشئة جيل جديد واعٍ يتمتع بالصحة من جميع جوانبها ينعكس ذلك على المجتمع، الأمر الذي يساعد في تعزيز قدرات المجتمع من تقدمه وازدهاره.
- كذلك يعد الوعى الصحى من الخدمات الوقائية التي يمكن من خلالها إعطاء المعلومات الكافية اللازمة لتجنب الأمراض ومضاعفاتها ومكافحتها. (السيول، 2005).

إن الوعى الصحى وسيلة للحد من تطور الأمراض وانتشارها وزيادة مضاعفاتها على المريض والتي تؤثر بالسلب على صحته لذلك أصبح الوعى الصحى ضرورة ملحة تفرض نفسها على الأفراد والمجتمعات.

4-4 مجالات الوعى الصحى:

للوعى الصحى مجالات مختلفة، هدفها حماية ووقاية الأفراد والمجتمعات من الأمراض وانتشارها، وقد تعددت هذه المجالات كل حسب الأهداف المرجوة منها، فمنها النفسية والاجتماعية، والجسمية، والبيئية... الخ. والوعى الصحى لا يمكن حصره في جانب واحد بل كل متكامل لأن الإنسان يعيش في إطار متكامل بيئي واجتماعيا ونفسيا وبدنيا وغذائيا وغيرها من مجالات الحياة الصحية، لذلك سوف نتعرض لأهم مجالات الوعى الصحى كما يلي:

أ- الوعى الصحى الجسمى **Physical healthy awareness**: الوعى الصحى الجسمى من أهم المواضيع التي تلقى اهتماما من طرف الأفراد الأصحاء أو المرضى معا، وخاصة المصابين بالأمراض المزمنة لما لها من خطر على أجسادهم.

وحسب (Shwab & Hameling (1968 عرف الجسم Body هو "إدراك الفرد وتقييمه لوظائفه الجسمية ومظهره، وتشير الدراسات التي أجريت على المرضى في المستشفيات إلى أن مفهوم الجسم يتدنى أثناء المرض والتقييم السلبي لا يشمل الجزء المصاب فقط بل يتعدى إلى إدراك ووعى الجسم كله". (شيلي تيلور، 2008، ص522)

وتعتمد درجة التهديد الذي يشكله المرض المزمن لمفهوم الجسم على عوامل عديدة، بما فيها مفهوم ووعي الفرد لجسمه في السابق وحجم التلف الجسمي، ومستوى النشاط الذي يمارسه بعد المرض أو الإصابة (Sctaylor, et al 1985) وكذلك صورة الجسم تتأثر ويؤثر المرض وأعراضه الشديدة بشكل واضح على مفهوم الجسم ونوعية الحياة الكلية. (L. Moody et al,1990)

ويمكن تحسين مفهوم الجسم لدى الأفراد الذين يعانون من تشوه دائم أو إعاقة شديدة وكذلك من خلال الاهتمام بجوانب أخرى في مظهره وصحته، فقد لاحظ الباحثون أحيانا زيادة تلقائية في التمارين البدنية وتحسن في نواحي أخرى من المظهر الجسمي أو الصحة، كرد فعل للمرض. (s.e taylor et al, 1985)

- **العوامل المؤثرة على مستوى الوعي الصحي الجسمي:** هناك بعض العوامل التي تؤثر على عدم تقبل العلاج والوعي الصحي للمريض وبالتالي تؤثر على صحته الجسمية.

ففي بعض الدراسات وجدوا أنّ معدلات الإصغاء تكون مرتفعة في حالة العلاج من الأمراض في حين تقل هذه المعدلات في حالة الوقاية، أما عندما تكون من الضروري الالتزام بالوضع العلاجية لفترة زمنية طويلة فإن نسبة الإصغاء تكون بنسبة 50% فقط، سواء لغرض العلاج أو الوقاية وكشف بعض الباحثين عن العوامل التي ترفع مستوى عدم الإصغاء وتطبيق التعليمات والتوصيات الطبية وحصرها في أسباب منها:

- النظام العلاجي المعقد (طويل المدى).
- نقص المساعدة الاجتماعية والانفعالية التي تشجع على الاستمرار في العلاج.
- كذلك ما يسببه العلاج لمظهر بعض المرضى (مثل إعطاء مرضى السكري من المراهقين مظهرا وعمرًا أكبر من سنهم الحقيقي).
- المستوى المرتفع من الضغط والتوتر والقلق.
- الافتقار إلى الضبط الشخصي.
- المعتقدات الثقافية لدى بعض المرضى بأن الطب الحديث غير فعال.
- نقص الثقة في كفاءة بعض الأطباء.
- التواصل الضعيف بين الطبيب والمريض.
- فتور بعض الأطباء وتسلطهم. (مصطفى، 2014، ص ص51-52)

- **الوعي الصحي الجسمي والتكيف مع المرض المزمن:** يقتضي تكيف الفرد مع مرضه المزمن بإدماجه في حياته، فكل الأمراض المزمنة تقريبا تتطلب بعض التغييرات في أنشطة المصاب، وفي

مستوى تكيفه، فمرضى السكري مثلا عليهم ضبط غذائهم من حيث الكمية والنوعية وتناول دوائهم بصورة منتظمة (أخذ الحقن والدواء في الوقت المناسب حسب تعليمات الأطباء).

ونتيجة للقصور الجسمي والنفسي الناجم عن المرض، فالمريض الغير القادر على دمج مرضه المزمن في حياته ربما يكون عاجزا عن الالتزام ببرنامجه العلاجي، وعليه يمكن القول أنّ تطوير إحساس واقعي بالمرض والقيود التي ينطوي عليها وبنمط العلاج الذي يتطلبه تشكل جميعها عناصر وعمليات في التكيف مع المرض المزمن. (شيلي تيلور، 2008، ص.526)

إنّ الوعى الصحى الجسمي يكمن في إدارة المريض لمرضه من جوانب مختلفة أهمها الجسد الذي يتطلب الرعاية المستمرة خاصة لدى المرضى المزمنين بالمداومة على الفحص والتحليل الطبية وتناول الأدوية بانتظام مع الاهتمام ومراقبة ظهور أي عرض من الأعراض التي تظهر على الجسد والتي قد تسبب انعكاسات سلبية على الجسم، وهذا ما يلاحظ لدى مرضى السكري أخطاره ومضاعفاته على الجسم، لذا يصبح الوعى الصحى الجسمي ضرورة للحفاظ على سلامة وصحة المرضى والأصحاء معا.

ب- الوعى الصحى الغذائى **Healthy awareness nutritional**: إن من أهم السلوكات الغير صحية والتي تؤثر على المرضى وخاصة على المرضى المزمنين هي، إتباع أنظمة غذائية غير صحية والتي تحتوي على مواد ضارة لجسم الإنسان، كاحتوائها على نسب مرتفعة من السكريات والدهون. وحسب فخرو عائشة (2003) فإن "الوعى الغذائى هو عملية تنمية وعي أفراد المجتمع بأهمية التغذية الصحيحة وفهم مبادئها الأساسية، التي تشكل وحدة متكاملة يتم بدراستها تحقيق الأهداف العامة للتربية الغذائية". (القص صليحة، 2016، ص201)

والسلوك الغذائى السليم هو من أهم طرق البناء الصحى للأفراد، والغذاء الصحى طريق آمن للصحة السليمة، كما أنّ السلوك الغذائى الغير صحى ذو أثر كبير على الصحة، فمن المتعارف عليه أنّ التغذية غير الصحية من مسببات الأمراض المزمنة كداء السكري والضغط الدموي والبدانة وهشاشة العظام، كما أنّ لبعض الأغذية دور في ظهور بعض أنواع السرطانات. (الركبان، محمد، 2009، ص79).

- إتباع النظام الغذائى وعلاج المرض **diet and treaing illnesst**: ذكر black bum & kanders 1987 "أنّ للنظام الغذائى دورا في علاج المرض وخصوصا بعد تشخيص المرض للأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة، إن تغيير النظام الغذائى هو وسيلة من استراتيجيات التعامل مع مرض السكري من

النوع الأول والثاني، وتبين أن انخفاض في الوزن يؤدي إلى تحسين أيض الجلوكوز". (رياض نايل العاسمي، 2016، ص38)

وأكد brich 1989 على دور التعلم والإدراك كنظام نمائي معرفي، وتمشيا مع هذا التحليل فإن تنمية التفضيل الغذائي يمكن أن يفهم من حيث التعرض والتعلم الاجتماعي والمجمعي. (رياض نايل، العاسمي، 2016، ص.100)

وتشير الإحصائيات لمنظمة الصحة العالمية أنّ نسبة نفثي السمنة في الجزائر في الفئة العمرية من 15 سنة - 100 عام بلغ عند الذكور (64%) وعند الإناث (12.2%) وهذا حسب تصنيف مؤشر كتلة الجسم والذي يحدد السمنة عند البالغين (مؤشر كتلة الجسم أكبر من 30 كلغ/م²). (منظمة الصحة العالمية، 2010)

وهذه المؤشرات تنذر بالخطر والإصابة بالأمراض المزمنة، إذن الوعى الصحى الغذائي له الدور الهام في الحفاظ على صحة الأفراد خاصة المرضى.

وحسب رويجة (1983) يلعب الغذاء دورا هاما في مرض السكري، فمن البديهي دائما أنّ نسبة السكر في الدم بعد تناول الأطعمة تتعرض دائما للتذبذب المستمر، وفي بعض الحالات يقتضي معرفة درجات هذا التذبذب.

وممن أكدوا على أهمية العلاقة بين الغذاء ونوعيته بمرض السكري البكري (1994) حيث أشار إلى أنّ هناك علاقة مؤقتة بين الغذاء ومرض السكري، فإذا كان الغذاء يعتبر سببا من أسباب الإصابة بهذا المرض، فإنّ الغذاء أيضا يعتبر من أهم وسائل علاج مرض السكري كما وكيفا.

ولقد دلت الدراسات على ارتفاع نسبة الإصابة بمرض السكري في الأفراد البدناء بالمقارنة بالأفراد غير البدناء، وأكدت الدراسات الإحصائية التي أجريت في بريطانيا أثناء الحرب العالمية الثانية أنّ نسبة معدل الوفيات بسبب مرض السكري انخفض بمعدل 50% تقريبا وذلك بسبب فرض القيود على استهلاك المواد الغذائية.

- **التدخل لتمويل نظام التغذية Intervention To Modify Diet:** ذكرت شيلي تيلور 2008 أنّ الجهود التي تبذل بهدف تعديل استجابة لمشكلة صحية ما، أو خوفا من التعرض لمخاطر صحية معينة تحدث على المستوى الشخصي وعادة ما يتدخل الأطباء وأخصائيو التغذية وغيرهم من الخبراء، لمساعدة المرضى المعرضين لمخاطر صحية تتعلق بالتغذية كما يحدث مثلا في حالات الإصابة بمرض السكري، أي أنّ جهود لتغيير نظام التغذية لا بد وأن يبدأ بالتنقيف والتدريب على القيام بالممارسات

الذاتية لأنّ الكثير من الناس لا يدركون أهمية الدور الذي تحتله مواد غذائية معينة ومقدار ما يحتويه غذاؤهم من هذه المواد. (o'breen,Fres,2000,Bowen)

وما نستنتجه أنّ الوعي الصحي الغذائي له الدور الكبير في الوقاية من الأمراض، ويؤكد ذلك علماء التغذية على أهمية الغذاء المتوازن والعادات الصحية الغذائية للحفاظ على صحة الإنسان، والتمتع بدرجة جيدة من الصحة.

ج- الوعي الصحي الاجتماعي Sociological Healthy Awareness: إنّ الاهتمام بالصحة هو من أهم مقتضيات الحياة ومتطلباتها الأساسية، لأنّ وظائف الإنسان وأدواره الاجتماعية المختلفة تتوقف كلها على المستوى الصحي له، وفي أداء وظائفه المختلفة في الحياة الاجتماعية.

- مفهوم المرض في الإطار الاجتماعي: حسب ما نفريد فلاتر وهنريش كيون 1987 "هو أنماط من الأفكار تتعلق بأسباب ومظاهر المرض في إطار ثقافة المجتمع ودرجة تحضره". (الدويبي، عبد السلام بشير، 2006، ص49)

- تعريف الوعي الصحي الاجتماعي: عرفه شلدان (2006) بأنه "معرفة أفراد المجتمع للمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة الآخرين، وإدراك المشكلات الصحية التي يعاني منها المجتمع وكيفية علاجها وتوفير العلاج والإرشاد والنصائح الطبية اللازمة". (ص22) وعرفه كذلك كل من شكوى صابر وموسى حلس بأنه "مجموعة من المفاهيم والتصورات والآراء والمعتقدات الشائعة لدى الأفراد، في بيئة اجتماعية معينة، والتي تظهر في البداية بصورة واضحة لدى مجموعة منهم، ثم يتشابه الآخرون لاقتناعهم بأنها تعبر عن موقفهم". (علاء الدين، محمد، 1999، ص49)

- العوامل الاجتماعية للصحة والمرض: رغم أنّ الأمراض تفسر معظمها بأسباب مادية سواء كانت بيولوجية أو كيميائية أو غيرها، فإنّ هناك عوامل اجتماعية ونفسية لها دور المساعد إما في تدعيم الصحة ومقاومة المرض، أو في انتشار الأمراض وتوطنها.

وتؤكد العديد من الدراسات ومن المرجعيات العلمية على وجود علاقة بين الحالة الصحية للأفراد في المجتمع، وبين العديد من المتغيرات الاجتماعية ذات الصلة بالصحة والمرض نذكر منها:

- مستوى المعيشة: يقاس مستوى المعيشة بمدى حصول الأفراد على حاجاتهم الغذائية، السكنية، التعليمية، الصحية، وكذا يرتبط مستوى المعيشة بالدخل ومدى مناسبته لإشباع كل الحاجات

الضرورية للمعيشة، وتؤكد الدراسات أنه كلما انخفض مستوى المعيشة كلما زادت مؤشرات الأمراض.

- **السلوك الاجتماعي:** يؤثر سلوك الإنسان على صحته، وكلما كان سلوكه سويا وإيجابيا كلما انعكس ذلك إيجابيا على صحته، ومن أهم هذه السلوكيات التدخين وتعاطي وإدمان المخدرات والانحرافات الجنسية والسلوكيات الغذائية الضارة الإفراط في تناول النشويات والسكريات والدهون، مما يؤدي إلى ظهور أمراض كأمراض السكري والقلب... الخ.

- **المهنة (العمل):** ترتبط بعض المهن بالعديد من المخاطر الصحية، ويتوجب مراعاة الأمن الصناعي والمهني والوقاية من الأمراض المهنية وأغلبها ضغوطات العمل التي تزيد في ظهور الأمراض العضوية ك السكري والأمراض النفسية وتعرف بأمراض المهنة.

- **تدني مستوى الوعي الصحي الاجتماعي:** يعتبر الوعي الصحي الاجتماعي من العوامل المهمة في مقاومة المرض والوقاية منه، وأنه بقدر ما يكون الإنسان واعيا بخطورة المرض وبكيفية الوقاية منه بقدر ما يكون قادرا على حماية نفسه ومن معه من العديد من الأمراض وكذلك الحد من انتشارها، ويرتبط نشر الوعي الصحي بانتشار التعليم، وتلعب وسائط الإعلام دورا بارزا في نشر الوعي.

- **أنظمة الحماية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة:** الضمان الاجتماعي حق يكفله المجتمع لجميع المواطنين، لأجل حماية الفرد ورعايته في حالات الشيخوخة والعجز والمرض خاصة الأمراض المزمنة، وهذا ما نجده في الجزائر في الضمان الاجتماعي للمرضى المزمنين كأمراض السكر والكلية والقلب والصرع... الخ، يضمن لهم حق الدواء المجاني بنسبة 100% مستهدفة رفع المستوى الصحي والمعيشي للأفراد خاصة فئة المرضى. (الدويبي، عبد السلام بشير، 2006، ص 64-66)

- **الدعم الاجتماعي والصحة:** إن المرض يعيد للمريض ترتيب وبناء جوانب من ذاته لهدف التكيف بعد الإصابة بالمرض المزمن، وأن التفاعل مع العائلة والأصدقاء يمكن أن يكون من أهم مصادر اعتبار الذات، فالإمكانيات والمصادر الاجتماعية من شأنها أن تزود بالمعلومات والخدمات والدعم العاطفي، توقف هذا الدعم ينعكس بالسلب على حياة المريض سواء من جوانب عملية أو وجدانية، وكذلك على فرص شفائه، لذلك المشاركة الاجتماعية داخل العمل أو الأسرة للمريض عنصر مهم في شفاء المريض وتقبله. (شيلي، تيلور، 2008، ص 524)

- **الدعم الاجتماعي:** يمكن وصفه بأنه إدراك الفرد أنه يمتلك علاقات مع الآخرين باستطاعتهم تقديم الدعم في أوقات الأزمة، ويمكن أن يشاركوه حتى في الظروف الجيدة، والدعم الاجتماعي هو أحد

الظواهر الأكثر فعالية بصورة لا تتوقع، كما قال "توماس باووس" أنّ الانهيار في نظام الدعم الاجتماعي يمهّد لانهيار في جهاز المناعة. (hafen et al,1996, p.262)

وأنّ الدعم الاجتماعي مؤشّر هام للصحة النفسية، لدى من يعانون من الأمراض المزمنة. (Taylor, 1993)

تشير الدراسات التي أجريت على مرضى الإيدز ممن يتلقون مستويات مرتفعة من الدعم الاجتماعي من أسرهم وأصدقائهم أنهم يمرون بخبرة المستويات المنخفضة من القلق والاكتئاب. (hayes et al, 1992)

يرتبط الدعم الاجتماعي بالصحة الجسمية الجيدة لدى من يعانون من الأمراض المزمنة

(Taylor,1993)

أنّ من يعانون من الأمراض المزمنة الذين يتلقون المزيد من الدعم الاجتماعي يعلنون عن المرور بخبرة صحية جسمية أفضل بما في ذلك قلة الأعراض والتعافي بسرعة من الجراحة.

(Ashton et al, 2002)

إنّ الدعم الاجتماعي يحسن الصحة النفسية والجسمية للمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة

بطرق عديدة ومميّزة:

- يرتبط وجود المرض المزمن بأنواع عديدة من الضغوط، وأصحاب المستويات المرتفعة من الدعم

الاجتماعي لديهم القدرة على صد هذه الضغوط. (Brwn et al, 1989)

- ربما يؤدي الدعم الاجتماعي إلى استخدام استراتيجيات مجابهة صحية من إعادة التقييم الموجب،

بالتوافق مع وجهة النظر هذه، إنّ الدعم الاجتماعي يسمح لمرضى الأمراض المزمنة بالتعبير وتجهيز

الانفعالات الإيجابية (Stanten,et al, 2002)

- **خصائص الوعي الصحي الاجتماعي:** للوعي الصحي الاجتماعي خصائص نذكرها كما يلي:

- مكتسب: من البيئة الاجتماعية المحيطة والعلاقات الاجتماعية ووسائل التواصل بين الأفراد.

- الشمولية: فيرتبط الوعي بالوجود الاجتماعي ككل.

- التنوع: حيث يختلف الوعي الاجتماعي من شخص لآخر، ومن مجتمع لآخر باختلاف المفاهيم

المهيمنة على المجتمع واختلاف فهمها وتفسيرها.

- النسبية: يتميز الوعي الاجتماعي بالتغير النسبي وعدم الثبات المطلق.

- التعقيد: تدل الخصائص السابقة على الطبيعة المعقدة للوعي الاجتماعي.

- القابلية للتطور والتجديد: حسب تطور العلاقات الاجتماعية ووسائل التواصل التي يستخدمها الإنسان في كل عصر، كما يشمل ذلك القابلية للتزييف والتشويه.

- فهم المجتمع: يكسب الفرد القدرة على تفسير وتحليل قضايا مجتمعه المعاصرة والوصول إلى حلول.

- إيجابي: في تعامله مع قضايا المجتمع. (أبو ساكور، 2009، ص.20)

ومن هنا يمكننا القول أن إدراك حجم وخطورة العوامل الاجتماعية والبيئية والنفسية والتعامل معها وفق منظور تنموي عقلائي مرشد، لا يقل أهمية عن التعامل مع مقاومة المرض على المستوى الفردي، إن نشر الوعي الصحي الاجتماعي يعد من الوسائل الناجحة في مكافحة المرض والحد من انتشاره في الأوساط الاجتماعية المختلفة، وأن تطور النظم الاجتماعية الداعمة للصحة والمساعدة للأفراد في الحصول على العلاج المناسب والمدعوم، يعتبر رافدا اجتماعيا ومجالا للانتقاء بين ما هو طبي وما هو اجتماعي، فوجود أنظمة الضمان الاجتماعي وأنظمة التأمين الصحي علامة على جدوى الربط بين ما هو اجتماعي تضامني وبين ما هو طبي علاجي وقائي. (الدويبي، عبد السلام بشير، 2006، ص61-61)

د- الوعي الصحي النفسي: Psychological Healthy Awareness: إن الوعي الصحي النفسي يشكل موضوعا مهما في التوافق النفسي للمريض، ويساهم في ارتقاء الصحة النفسية للأفراد، وقد اعتمدت الصحة النفسية على مناهج عملت بها لتحقيق أهداف أساسية في ميدان علم نفس الصحة، كاتخاذها المنهج الإنمائي الذي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق خلال مراحل النمو للوصول إلى صحة نفسية عالية. وكذلك اتخذت المنهج الوقائي كوسيلة تقي الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية أهدافها محاولة منع حدوث المرض، ثم تشخيصه في مرحلته الأولى ثم التقليل من آثاره وأزمائه، ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة ومنها يصل الفرد إلى التحصين النفسي (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص12-13)

إن الجانب النفسي للمريض مهم في الحفاظ على توازنه الجسدي، فالوعي الصحي النفسي يقلل من أزمان الأمراض النفسية والجسدية، لكن وحسب إبراهيم عبد الستار (1998) يرى أن تزايد الأحداث في حياة الإنسان الإيجابية أو السلبية مثل (زواج، ترقية، وفاة، جائزة مالية... الخ) قد لا يكون مرغوبا فيها من الناحية النفسية، فتكرار هذه الأحداث تشكل ضغطا وعبئا مما قد يرتبط بالإصابة بالكثير من أمراض العصر بما فيها الأمراض النفسية كالإكتئاب والقلق، وكذلك الأمراض الجسدية (العضوية)

مثل الأمراض المزمنة خاصة مرض السكري، الضغط الدموي، وتبين أنّ لها صلة قوية بالضغط اليومية. (عبد الستار، إبراهيم، 1998).

- مفهوم الصحة النفسية حسب قيمي (1995): هي توافق الفرد مع نفسه ومع المجتمع، مما يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من الاضطرابات، ويكون بالتالي راضيا عن نفسه ومتقبلا لذاته وللآخرين. سلوكه يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي تحت تأثير جميع الظروف وبهذا النمط يعتبر شخص سويا يتميز بالقدرة على السيطرة على المواقف التي تؤدي إلى الإحباط. (جميلة كتفي، حليلة بوحلمة، 2017، ص115)

- الوعي الصحي النفسي ودوره في التحكم في المرض العضوي: يرى كل من جو ديز بينزا (Joe dispenza) وكذلك كنداس بيرت (Candave Pert) "أنه إذا كانت للانفعالات التي تتولد لدى الإنسان بسبب الضغوط تأثيرات سلبية على تكوينه البدني والنفسي وتفضي إلى المرض، فإنّ الانفعالات الإيجابية تمكن الإنسان من استعادة عافيته النفسية وتجدد طاقة إقباله على الحياة، ولهذا الأمر قيمة علاجية مجدية وعلى المدى البعيد، يمكن أن تتطور المرونة النفسية لدى مثل هذا الإنسان مما يمكنه من التعامل الإيجابي والمواجهة الإيجابية لأي ضغوط أو منغصات حياتية". (حامد، عبد السلام زهران، 1997، ص12-13)

وتتضمن دراسة الانفعالات الإيجابية، الوعي بالحالة الداخلية للفرد، وكيف يمكن ترجمة حالة الوعي هذه إلى ردود أفعال وسلوكيات إيجابية. (أبو حلاوة، محمد، السعيد، عبد الجواد، 2014، ص36)

كما أظهرت الضغوط النفسية أن لها ارتباطا بأمراض ك السكري وتساهم في تكرار نوبات المرض أو زيادة شدته، لذلك أصبحت برامج تدبر الضغوط النفسية تدخل بشكل متزايد ضمن برامج المعالجة الجسمية للعديد من المصابين بالأمراض المزمنة. (شيلي تايلور، 2008، ص532)

كذلك الابتعاد عن المواضيع المقلقة والتي تؤثر على المريض، ويؤكد الزطمة (1985) على أنّ القلق يزيد من إفراز هرمون الكورتيكو ستيرويد، والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة السكر بشكل كبير في الدم، والإحساس بالكآبة والحزن وشدة الانفعال المستمر كلها أسباب للإصابة بمرض السكري. (عبد الكريم رضوان، 2002، ص69-70)

ومرض السكري من الأمراض التي تتأثر بالحالات الانفعالية، ويرتبط بالضغط النفسي بشكل واضح، حيث أظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية، أنّ حوالي 50% من حالات مرض السكري التي

ظهرت في وقت متأخر من العمر، قد كانت من مواقف صادمة خطيرة في الفترة السابقة مباشرة لحدوث المرض. (رياض، نايل العاسمي، 2016، ص227).

وأن إدراك الفرد خاصة المريض للضغط يؤثر على كيف يتوافق معه، وفي دراسة للنساء المصابات بسرطان الثدي، وجد أن مقدار الكرب سواء النفسي أو الجسدي الناتج على المرض يرتبط بشكل دال بمقدار التحكم الذي تشعر المرأة أنها تمتلكه، هؤلاء اللاتي اعتقدن أنهن يمتلكن تحكما أكثر كانت لديهم درجة كرب أقل بصورة دالة. (Barez et al, 2009)

وعليه فإنّ أخصائي علم النفس الصحة يعملون بشكل عام مع المرض لتحدي المفاهيم المعرفية الخاطئة واستبدالها بوجهات نظر أكثر صحية. (Andrew M, Pomerantz, 2018, P542)

وتقبل العلاج يعتبر مهما جدا عند مرضى المزمنين لأنّ الحالة النفسية وعدم تقبل المرض يؤثر على سيرورة العلاج، حيث تشير دراسات لمنظمة الصحة العالمية (OMS) إلى أن قرابة 50% فقط من المرضى المزمنين في البلدان المتطورة، وأقل من هذه النسبة أي أقل من 50% من هؤلاء المرضى في البلدان النامية، يتقبلون علاجهم ويلتزمون به. وفي المقابل فإنّ نسبة المرضى المزمنين الغير متقبلين العلاج في البلدان المتطورة والنامية بين (50-55%). (OMS, 2003, P7).

- **خصائص الشّخصية المتمتعة بالصحة النفسية:** يتميز الإنسان ذو الشّخصية السوية المتمتعة بصحته النفسية بمميزات تمكنه من الوصول إلى مستوى من التوافق النفسي والذي ينعكس على الجسد ونذكر منها:

- **التوافق:** أي الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعي، ويشمل التوافق المهني والزواجي والانفعالي.

- **الشعور بالسعادة:** وتكمن الراحة النفسية مع ماضيه، حاضره، مستقبله، إشباع الحاجات، التوافق، الشعور بالأمن، الطمأنينة، الثقة، التسامح نحو الذات، احترام النفس والثقة بها.

- **تحقيق الذات واستغلال القدرات:** فهم الذات والتقييم الواقعي وتقبل مبدأ الفروق الفردية واستغلال القدرات والإمكانيات.

- **القدرة على مواجهة مطالب الحياة ومشكلاتها:** تكون من خلال النظرة السليمة للحياة ومشكلاتها، تقبل الواقع والمرونة، الإيجابية، القدرة على مواجهة إحباطات الحياة مجابهة المشاكل

وإيجاد حلول. (كامل علوان، الزبيدي، 2007، ص04)

هـ- الوعي الصحي البيئي Awareness Healthy Environmental: إنَّ الإنسان الإيجابي الذي يتفاعل مع البيئة لتحقيق احتياجاته خاصة الصحية وإشباعها والذي يستعمل قدراته الفكرية والمادية لأجل الاستفادة من المحيط الذي يعيش فيه سواء داخل الأسرة أو العمل وغيرها. بعكس الإنسان، السلبي الذي يكون محدود المهارات والقدرات التي تستعمل لأجل الاستفادة والدعم النفسي والجسمي، ومدها بالطاقة والاستفادة من المحيط والبيئة التي يعيش فيها، والبيئة تعتبر عنصر فعال ضمن المجال الصحي للفرد.

- مفهوم البيئة: عرفها زين الدين عبد المقصود (1981) "أنَّها الوسط أو المجال المكاني الذي يعيش فيه الإنسان، يتأثر به ويؤثر فيه، وأن هذا الوسط أو المجال قد يتسع ليشمل منطقة كبيرة جدا أو يشمل منطقة صغيرة لا تتعدى الأسرة". (زين الدين، عبد المقصود، 1981)

والبيئة مفهوم ذو صيغة كلية يشمل الكثير من العوامل الطبيعية والاجتماعية والثقافية، وغيرها من العوامل التي تتفاعل مع بعضها البعض وتؤثر في الإنسان وتشكل ملمحا واضحا لنوعية الحياة التي يعيشها الإنسان. (عصام، توفيق قمر، 2005، ص22-23)

فالبيئة تؤثر على حياة الإنسان وصحته، ومن ثم على سلوكياته خاصة الصحية.

وقد عرف خميس (1999) علاقة الصحة بالبيئة، "بأن الصحة تعني بها الحالة الناتجة عن التفاعل الكلي للفرد مع بيئته والتي تمكنه من الحياة بفاعلية ونجاح". (ص90)

- تعريف الوعي البيئي: عرفه الشريف، صلاح الدين (1991) بأنه "عملية معرفية تقوم على استقبال وتفاعل الفرد مع المثيرات البيئية ومدى ارتباطها وتآلفها مع خبراته السابقة". (ص140)

وعرفها بروذرز وآخرون Brothers، C and Others (1991) بأنها "الإدراك العام لدى أفراد المجتمع بالمخاطر العامة المنتشرة والتي تظهر في سلوك الأفراد في إطار من الفهم للنظام البيئي وآليات عمل هذا النظام. (P.25).

- دور المؤسسات المجتمعية في نشر الوعي الصحي البيئي: نَّ الأسرة لها الدور الأساسي في علاج المريض على المدى الطويل، فمثلا المرضى الذين يشعرون بقليل من الدعم من عائلاتهم يعيشون في بيئة فيها صراع يتعرضون لخطر الإصابة بمتاعب نفسية أكبر، ويسبب هذا في عدم تقبل توصيات الأطباء والمختصين في علاج. (unta, awrelie, 2012, p59)

وللمؤسسات المجتمعية دور كبير في نشر الوعي الصحي البيئي لكل الفئات العمرية، بدء من المراحل الأولى ويكون هذا داخل المدارس وفي المحيط الذي يعيشون فيه كالمراكز والجمعيات وغيرها من الهيئات التنظيمية التي تنشط لصالح الأفراد والمجتمع والمصلحة العامة.

ويتمثل هذا الدور في:

- التعريف بالمحيط الذي يعيش فيه الأفراد، مكوناته، وضبط الإيجابيات والمخاطر التي تهدد صحة الإنسان في هذه البيئة.

- تدعيم الحس والشعور البيئي قصد استيعاب وفهم المعلومات البيئية والصحية والتفاعل معها من خلال السلوكيات اليومية الإيجابية.

- تنظيم دورات تحسيسية حول صحة الإنسان في البيئة التي يعيش فيها.

- العمل على دمج جميع أفراد المجتمع في العمل على الحفاظ على الصحة في إطار بيئي جيد ضمن الإطار الثقافي والاجتماعي وحتى الاقتصادي للمجتمع.

وان الوعي الصحي البيئي يمد الإنسان بقدرات فكرية، يجعله يدرك مدى أهمية الجانب البيئي في حياته وصحته، وتحقيق ذلك التفاعل الإيجابي، وهذا لأجل إشباع حاجاته والاستفادة من المحيط الذي يعيش فيه سواء داخل الأسرة أو العمل أو غيرها، فهو وسيلة للوصول إلى تحقيق الاتزان الصحي بين الإنسان وبيئته التي يعيش فيها.

و- **الوعي الصحي الرياضي Healthy Awareness Sports**: تلعب ممارسة الرياضة البدنية في الحياة اليومية دورا هاما في حالة الصحة والمرض، وان تجاهل الفرد لأهمية ممارسة اللياقة البدنية يمكن أن يصبح سببا لتطور العديد من الأمراض ولا يعني ذلك المطلوب من الفرد أن يصل إلى مستوى القمة في الأداء، بل عليه أن يمارس الأنشطة الرياضية التي تصل به إلى التمتع بدرجة معينة من اللياقة البدنية. حيث أن انعدام اللياقة تسبب تأثيرات سلبية على التوافق بين وظائف أعضاء وأجهزة الجسم المختلفة في حين أن الاستمرار في ممارسة الأنشطة الرياضية تؤدي إلى انخفاض معدل ضربات القلب، والضغط الدموي، وانخفاض في مستوى الدهون، ومستوى الضغوط التي يتعرض لها الفرد. (يوسف، محمد رامل، 2006، ص 26-27)

والنشاط البدني هو أحد وسائل معالجة مرضى السكري لأنه له مفعول مشابه لمفعول الأنسولين من حيث أن الرياضة تساعد على زيادة انتقال السكر من الدم إلى الخلايا أي النشاط البدني يساعد على انخفاض معدل السكر في الدم.

وقد بين بيلر (1993) في تحقيقاته ودراسته حول تأثير الرياضة على المرض، فمثلا وجد الأشخاص مرضى السكري والذين يعتمدون على الأنسولين ويمارسون الرياضة وجد أدلة جيدة على تحسن مريض السكري. (Ferrieera, vingre,carlos joao, 1999, p42)

إضافة إلى ذلك فإنّ الرياضة تخفض مستوى المواد الدهنية في الدم (الكوليسترول Cholesterol) والتريغليسيريد (Triglyceride) في الدم، كما ترفع من مستوى الدهون الثقيلة (HDL). الرياضة البدنية تقوي القلب وتنشط الدورة الدموية، ولهذا فهي تساعد على سلامة القلب وهو أمر مهم لمرضى السكري.

كما أنّ النشاط البدني يساعد المريض البدني على تخفيض وزنه وهذا ما يزيد من كفاءة الأنسولين ومن ثم حفظ مستوى السكر في الدم. (محمد بشير، شريم، 2012، ص131)

ويؤكد هولبي ودون فرانكز (1992) Howley & don franks أنّ النشاط البدني يقلل من التوتر الناتج عن الإرهاق في العمل، ويحقق التوازن النفسي للفرد، ويعمل على الارتقاء ووظائف الجسم الحيوية، كما يقلل من احتمالية التعرض للمشكلات المرضية والمتعلقة بصحة الشخص. (الخاجة، هدى، 2001، ص138)

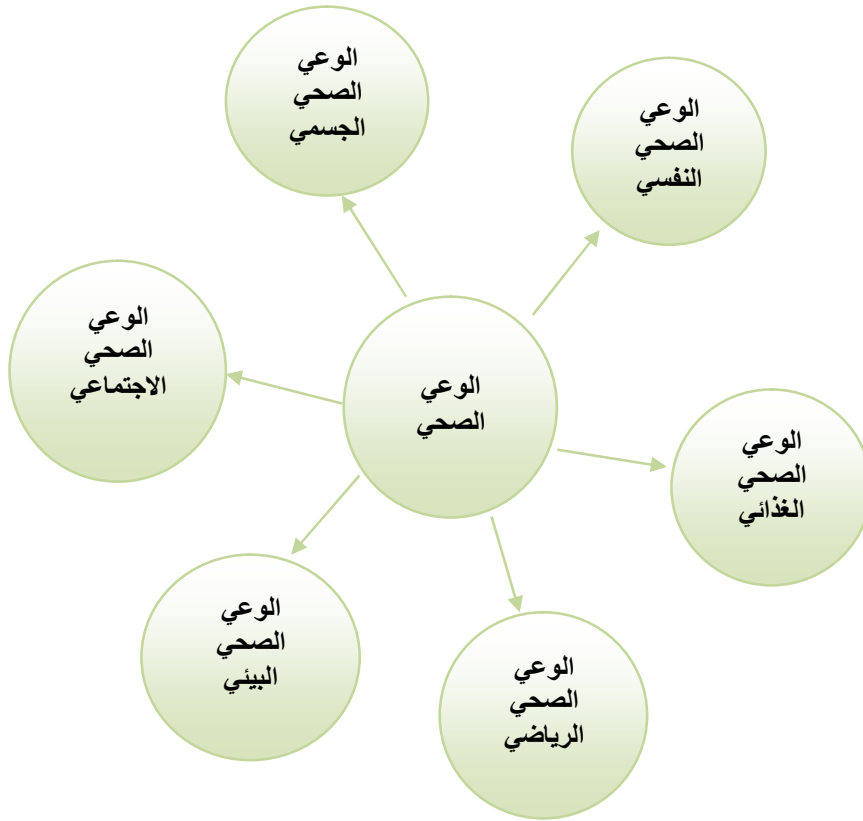
وحسب الهزاع، هزاع (2004) "ثبت علميا أنّ الممارسات المنتظمة للنشاط البدني وارتفاع اللياقة البدنية للفرد تحمّلان في طبيّتهما تأثيرات ايجابية على وظائف الجسم المختلفة، بعكس الخمول البدني والركون إلى الراحة يقودان إلى جملة من الآثار السلبية على الصحة سواء للفرد أو المجتمع، وتشير الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أنّ 35% من وفيات أمراض القلب التاجية و35% من وفيات السكري تعزى للخمول البدني". (ص141).

- ممارسة النشاط الرياضي: حسب برقوق (2013) يقصد بها ذلك النشاط الرياضي المنظم، والمستمر والهادف في إطار النوادي والجمعيات الرياضية، تحت إشراف إدارات رياضية مؤهلة. (بيلي شيباني، 2021، ص133)

- أهمية الوعي الصحي الرياضي: إنّ وعي الفرد بأهمية الرياضة في حياته تجعله يتمتع بصحة جيدة، فممارسة الأنشطة الرياضية تعمل على الوقاية من أمراض العصر كالسمنة والأمراض المزمنة، وهو يعتبر سلوكا وقائيا لأجل التقليل من أعراض المرض وتحقيق نوع من الوقاية الصحية النفسية والجسدية، وتضع حدا للعادات السلبية في حياة الإنسان، وأن الأفراد الذين يتمتعون بوعي صحي رياضي يعتمدون على سلوكيات تمتعهم بصحة جيدة.

- الصحة البدنية والجسمية: حسب العربي (2007) تتطلب الصحة البدنية تغذية جيدة ووزن مناسب للجسم وتمارين هادفة، والمعرفة الصحية التي نعنيها هنا تتحدد بمجموعة من المعلومات والخبرات والمدرجات التراكمية التي يحصل عليها الإنسان من المصادر الموثوقة حول الحقائق والآراء الصحية والتي تشكل عاملاً مهماً في الوقاية من المرض ورافداً من روافد تحسين الصحة وترقيتها. (بيلي شيباني، 2021، ص114)

مخطط رقم (04) يوضح مجالات الوعي الصحي (إعداد الباحثة)



4-5 النظريات والنماذج المفسرة للوعي الصحي:

يعد روبرت مرتون من رواد النظرية البنائية حيث يرجع مصدر المعرفة إلى بنية الثقافة السائدة في المجتمع ويرى أن سلوك الفرد يرتبط بالبناء الاجتماعي والثقافة السائدة في المجتمع فالأهداف والغايات تحدها معايير المجتمع والثقافة والتي تشكل الإطار المرجعي للطموح وكذلك القواعد والإجراءات المسموح بها لسلوك الفرد وتأتي استجابة الفرد وسلوكه نتيجة وعيه بهذه المكونات الثقافية فإما يحدث الامتثال نتيجة تقبل الفرد للأهداف والفوائد التي تمكنه من تحقيق هذه الأهداف وإما يحدث الاغتراب نتيجة عدم التوافق معها وبالتالي تصدر السلوكيات الناتجة عن الوعي الفردي أو الوعي بالأوضاع التي لا تتناسب مع أهدافه فالرفض ومحاولة تغيير الواقع لا يتم بدون وعي الفرد بما يدور

حوله في المجتمع وإدراكه لأهمية التغيير الذي يدور في سلوكه، التجديد والتمرد ووعي الأفراد سواء أسوياء كانوا أو مرضى يتأثر بعادات وثقافة المجتمع والموروثات الثقافية التي يعيش فيها الفرد. ووعيه يكون نتيجة التأثير الخارجي للمجتمع وما يحويه من أعراف وعادات، وحتى جانب الصحة لأنها (المرض الصحة) هي جزء من ثقافة الشعوب. (فوزي، عبد الرحمان، 1999).

أ- **نموذج المعتقدات الصحية (Bengel & Belz 1990)** اتفق معظم علماء النفس على أن نموذج المعتقدات الصحية Rosenstock 1974 هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي، وذلك انه يتميز بالوضوح كما انه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة مفادها أن سلوك الفرد يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، فضلا عن كونه اتجاها يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوبا بحالة الشroud أو عدم الثقة ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها وعن توقعات الفرد ذاته بان سلوكا معيناً سوف يحقق هذه الأهداف وينظر هذا النموذج للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية. (محمد هيام، رنا، 2016، ص236).

ب- **نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي** تشير النظرية بان إحدى الوظائف الرئيسية للتفكير، هي تمكين الأفراد من التنبؤ لتوقع الأحداث، وان تطور طرق جديدة للتحكم في تلك الأحداث التي تؤثر على حياتهم اليومية والمستقبلية والصحية حيث أن الأفكار واعتقاداتهم حول أنفسهم تؤثر على تحكمهم وإدارتهم للمواقف.

لقد أظهرت النظرية العديد من العوامل الاجتماعية والمعرفية التي تؤثر على التعلم والملاحظة حيث شملت القدرة على استخدام الرموز والاندماج في الأداء القسدي والهادف، واشتملت على تأثير الإعلام على القيم والاتجاهات والنماذج السلوكية، ويشير باندورا Bandura 1977 بان العمليات الذهنية المعرفية هي عمليات خفية ذهنية لا تظهر الأداء مباشرة وتتضمن استدخال صور أدارت أفكار حركات أو مهارات أو انفعالات ممثلة لاتجاهات ايجابية أو سلبية نحو الأشياء الموجودة في البيئة فالعمليات المعرفية للأحداث أو إمكانية تحقيق النتائج التي تصل الفجوة بين السلوك الصحي والنتائج التي يترتب عليها فالمعرفة بسوء الصحة أو اعتلالها والتي تكون بمثابة عدم الاهتمام بالصحة يعد مشيراً ومعجلاً للفرد ليستمر من أجل حماية صحته. والنقطة المهمة هي أن لتنظيم السلوك الصحي يوجه بواسطة عمليات معرفية وليس من خلال التعزيز بالخبرة. (bandura , 1993, P117)

وقد ذكر عبد الجواد (2009) أن العوامل المعرفية والسلوكية والبيئية هي نتائج عملية التعلم الاجتماعي، وان هناك عدة عوامل تؤثر في تعلم الفرد للمعتقدات الصحية. (رياض نايل العاسمي، 2016 ص233-234).

ج- نظرية المحتوى والأشكال (في الوعي الصحي): إن نظرية المحتوى والأشكال تشير إلى وجود مكونين للوعي وهما المحتويات والأشكال التي تتفاعل مع صيغتها بشكل ديناميكي وتكاملي حيث قد تتغير في ضوء مجموعة من العوامل منها شخصية الفرد وطبيعية المواقف الحياتية. (zaboroski & slaski 2004)

ويعيد المحتوى المكون الأول عن العمليات التي تتمثل في وعي الفرد كالأفكار والرغبات والمعتقدات والنوايا والمزاج والأنماط السلوكية المختلفة، وينقسم إلى قسمين: داخلي وخارجي. فالمحتويات الداخلية كالأفكار والمشاعر والرغبات هي خصائص شخصية الفرد، يتم إدراكها من خلال الاستنباط بينها وتعبر المحتويات الخارجية عن الخصائص الملاحظة والظاهرة للآخرين مثل السلوكيات والعلاقات الاجتماعية والمظاهر الجسدية التي يتم إدراكها من خلال الملاحظة، ووفقا لنظرية المحتوى. إن المحتويات الداخلية قد تتحول إلى خارجية والعكس صحيح في بعض المواقف، فمثلا الشعور بالسعادة هي حالة داخلية ولكنها قد تتجلى في مظاهر خارجية ملاحظة مثل مرض السكري حالة داخلية نقص أو زيادة نسبة الغلوكوز في الدم، قد تلاحظ مظاهر خارجية تظهر على شكل أعراض مثل: غيبوبة السكري، بتر القدم السكري، كذلك استعمال الأدوية، حقن الأنسولين كلها مظاهر تظهر على مستوى سطح الجسد أي الخارجي- في حين يمثل مكون الأشكال (forme) العمليات التي يتم من خلالها التعامل مع المحتويات وتحويلها من داخلية إلى خارجية وتشير النظرية أن المحتوى الداخلي قد يحدث تأثيرا مختلفا في السلوك الخارجي، وفقا لنوع المستخدم لمعالجة ذلك المحتوى الداخلي. فمثلا الوعي الصحي محتوى داخلي من خلال معتقدات وشخصية المريض فالأفكار كلها عبارة عن محتوى لتجسد في هذا الواقع على المستوى الخارجي من خلال مظاهر ملاحظة كإتباع نظام غذائي (رجيم) النشاط البدني (رياضة) استعمال الأدوية (العلاج) كلها مظاهر خارجية. (خالد حميدي، سامية الوهبي، عامر الحسين، 2017، ص9).

4-6 مواصفات الفرد الواعي صحيا:

يتسم الأفراد الواعيين صحيا بمزايا عديدة نذكر منها حسب. (صالح محمد، صالح، 2002).

أ- التفكير الناقد وحل المشكلة: الفرد الواعي صحيا هو شخص يفكر تفكيراً ناقداً، ويحل المشكلة التي يجدها ويواجهها بشكل ابتكاري في مستويات متعددة، بدءاً من المستوى الشخصي وانتهاءً بالمستوى العام.

ب- المسؤولية والإنتاج: الفرد الواعي صحيا هو فرد مسؤول ومنتج ومدرك لواجباته لضمان وصوله إلى المجتمع المحلي حتى يجعله أكثر صحة وأمن وعلى ذلك فهو شخص يتجنب السلوكيات التي تهدد الصحة والأمان لنفسه وللآخرين، ويطبق المبادئ التنظيمية في اندماجه مع الآخرين للحفاظ على الصحة الشخصية والأسرية والمجتمعية والعمل على تحسينها.

ج- التعليم الموجه ذاتياً: الفرد الواعي صحيا، هو شخص متعلم بطريقة ذاتية ولديه القدرة على القيادة في تعزيز الصحة ولديه الأساس المعرفي للوقاية من الأمراض.

د- الاتصال بفاعلية: وتعني أن يكون شخص له القدرة على الاتصال بفاعلية فهو ينظم وينقل معتقداته وأفكاره ويوفر مناخاً مناسباً لفهم الآخرين، والاعتناء بهم والاستماع إليهم وتقدير السلوك المعزز لديهم للتعبير عن أنفسهم. (فضة سحر، 2012، ص 27-28)

لا يمكن القول أن هذا الشخص واعياً صحياً إلا إذا كانت لديه القدرة على حل مشاكله، لأن حل المشكلة هي أهم المهارات التي يمتلكها الإنسان لتخطي مصاعب الحياة. والمرض يعتبر من أكبر المشاكل التي يتعرض لها الإنسان لأنه يهدد حياته ووجوده. وإذا كان واعياً بهذا الخطر يمكنه حل المشكلة من خلال إيجاد استراتيجيات وقائية وعلاجية للتمتع بصحة جيدة أن يكون مسئولاً لأن المريض الواعي صحياً يتحمل مسؤوليته إزاء صحته، ويكون فعالاً في أسرته ومحيطه وهذا لا يأتي هكذا بل شرط أن يكون لديه المعرفة الكافية من أجل فهم والحفاظ على صحته وهذا بالطبع يكون على علمية تمكنه من أن يستفيد ويفيد عن طريق الوقاية من الأمراض من خلال تواصله وفاعلية مع الآخرين، وفهم والإصغاء إلى انشغالاتهم وتعزيز سلوكهم لأجل التغيير إلى الأحسن والتمتع بالصحة ولنوعية حياة أفضل.

4-7 نشر الوعي الصحي:

صحة الإنسان هي أعلى ما يملك والمحافظة عليها ورعايتها، ضرورة وقيمة إنسانية بالغة الأهمية وحق من حقوقه، وإذا كانت قلة وعيه بالصحة وسيادة المعتقدات والممارسات الخاطئة وانتشار الأنماط المعينة الغير صحيحة فإن وسائل الإعلام لها دور في المشاركة في نشر المعرفة الصحية الصحيحة وزيادة الوعي الصحي وترشيد عاداتهم وسلوكياتهم. (محمد، الحفناوي، 2014، ص 131)

أ- مفهوم نشر الوعي الصحي:

هو مجموعة الخبرات التي يتعرض لها الفرد عبر وسائل الاتصال المختلفة وتؤدي به في النهاية إلى إتباع أسلوب ايجابي للحفاظ على صحته وصحة أسرته ومن ثم المجتمع بأكمله. (محمد الحفناوي، 2014، ص163)

ب- طرق نشر الوعي الصحي:

لكي يتم نشر الوعي الصحي لابد من أن تتوفر النقاط التالية لدي أفراد المجتمع:

- **إيجاد الوعي:** وهي العملية التي يتم فيها مساعدة الأفراد والجماعات داخل المجتمع على اكتساب الوعي بالقضايا الصحية من جميع جوانبها والمشكلات المرتبطة بها.
- **المعرفة:** أي محاولة الفرد والجماعة على اكتساب خبرات متنوعة والتزود بفهم أساس الصحة والمشكلات المرتبطة بها عن طريق توصيل المعلومات الكافية للأفراد بصورة مفصلة ومفهومة ومقنعة. (محمد عبد الفتاح القصاص، 1990، ص3)

ج- مصادر نشر الوعي الصحي:

- الوعي الصحي يعتمد علي مدى وصول المعلومة الصحية الصحيحة للأفراد وهذا عن طريق وسائل الاتصال المختلفة ومصادر متعددة نذكر منها:
- **مواقع المعلومات الصحية:** أن المواقع التي تنشر المعلومات سواء كانت مواقع أو منتديات، ومواقع تسويقية التي يمكنها من نشر الوعي الصحي ذات موثوقية وما يصدر من مواقع ينبع من جهات رسمية كوزارة الصحة أو مواقع منظمات الصحة العالمية ومؤسسات الصحة على الانترنت.
 - **المكتبات:** تعتبر المكتبات وما لها من أهمية، كمصدر للوعي الصحي لاحتوائها على المصادر العلمية التثقيفية من مجلات وكتب وغيرها ففي أكتوبر (2000) انطلقت مبادرة (healthy pepole 2010) عن مؤسسة تطوير العلوم سبتويل من معاهد علوم الصحة بالولايات المتحدة الأمريكية، وحددت للمبادرة خمسة أهداف رئيسة هي:

أ- زيادة جودة وعمر الحياة الصحية والقضاء على الفوارق الصحية بين الأقليات.

ب- تعليم أفضل للأقليات وذوي الأمراض المزمنة حول المشكلات الصحية الشائعة والمزمنة مثل مرض السكري وارتفاع ضغط الدم والتي تحدث بنسب عالية في مجتمعاتهم.

ج- تثقيف الأقليات عن الأمراض المزمنة بكتيبات مصاغة بلغة سهلة واستخدامها مع المستفيدين الذين يقصدون المكتبة للحصول علي المعلومات الصحية.

ذ- توفير مصادر المعلومات وأدوات ذات قيمة للمكتبيين من أجل بثها واستخدامها مع المستفيدين الذين يقصدون المكتبة للحصول على المعلومات الصحية.

ه- تحسين جهود توعية الأقبليات من خلال المواد الترويجية بالملصقات الإعلانية باطلاعهم على ثروة المعلومات والخدمات الصحية التي توفرها لهم المكتبات. (عماد عيسى صالح، أماني محمد السيد 2004 ص).

- المنظمات الصحية العالمية.

- مراكز مكافحة الأمراض والوقاية.

- وزارة الصحة.

- مؤسسات المجتمع المدني.

- وسائل الإعلام: التلغزة الصحف الإذاعة بالإضافة إلى الاتصال الشخصي (الأطباء، الصيدلية، الأسرة) وهي أهم المصادر المعرفية الصحية، وتلعب دورا هاما في تحقيق الوعي الصحي. ولأهمية ذلك زاد الاهتمام بالأدوار التي تقوم بها وسائل الإعلام في تحقيق الوعي الصحي، حيث قام (سنايدر 2007) في دراسته عن الحملات الصحية المعتمدة على وسائل الإعلام، أن هذه الحملات لا تقل فاعليتها عن برامج التدخل الوقائي (المعتمدة على المدرسة) وأنها تكون أكثر نجاحا، عندما تصل إلى أكبر شريحة من الجمهور المستهدف في نشر المعلومات الجديدة في الصحة. لأن من أهداف وسائل الإعلام تقديم برامج صحية لأجل جذب اهتمام الأفراد بالنواحي الوقائية ونشر أحدث المعلومات الصحية، وتشجيع الأفراد على الكشف، ومراعاة العناية الصحية. وتبقي وسائل الإعلام مصدرا مهما في الوعي الصحي لأنها تقوم على إشرافها، هيئات طبية وصحية لتقديم المعلومات الصحية (سمير، محمود، 2008، ص114).

- تطبيقات الانترنت والوعي الصحي: تؤكد الإحصاءات أن هناك زيادة مضطردة في استخدام الانترنت حيث في أمريكا نسبة 80% من البالغين يستخدمون الانترنت للبحث عن المعلومات الصحية، منهم 75% يبحثون عن مصدر تلك المعلومات وتاريخ نشرها و72% عبروا عن ثقتهم في أغلب ما ينشر من معلومات على شبكة الانترنت. (عماد عيسى صالح، أماني محمد السيد 2009).

5- التربية الصحية Health education:

التربية هي وسيلة يعمل عليها المربون في شتى مراحل العمر، وعبر مراحل النمو، هدفها الحفاظ على الأفراد والمجتمعات، لذلك كانت الأهمية الأولى لها عبر الأزمنة فهي عملية تعليم وتعلم،

بكل أشكال السلوك الإنساني، والتربية الصحية هي فرع من فروع التربية، وهدفها إكساب السلوكيات الصحية لأجل الحفاظ على صحة الأفراد والوقاية من الأمراض في مجتمع، تبدأ من الأسرة والمدرسة والمحيط الذي نعيش فيه.

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2000) يتوفى ملايين الأطفال من جراء الأمراض، التي يمكن الوقاية منها بسهولة عن طريق تحسين السلوكيات الصحية، لتحسن صحة الأفراد وتطول هذه الحياة وفقاً لدائرة خدمات الصحة العامة في الولايات المتحدة (1979-1980) وتعتبر ممارسة الرياضة والنشاط البدني واحداً من 15 تدخل سلوكي قد يقلل من الوفاة والمرض. (منظمة الصحة العالمية، 2000)

5-1 تعريف التربية الصحية في القاموس الطبي (Medical Dictionary):

إنها برنامج تعليمي موجه لعامة الناس يهدف إلى تحسين وصيانة الرعاية الصحية للجميع. وعرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) التربية الصحية بأنها "مجموع الخبرات التعليمية المصممة لمساعدة الأفراد والمجتمعات على تحسين صحتهم من خلال زيادة معرفتهم أو التأثير في اتجاهاتهم كما تعرف التربية الصحية بأنها مزيج من الخبرات التعليمية المصممة لتسهيل الأعمال الطوعية التي تؤدي إلى الصحة" (Geen And Beuter, 2005).

وقد عرفت التربية الصحية حسب مراكز ضبط الأمراض والوقاية منها (CDC) على أنها المنهج المخطط والمتتابع لصفوف الروضة حتى الصف الثاني عشر، والذي تم تصميمه لتحفيز ومساعدة الطلبة لتحسين المعرفة بالمخاطر الصحية" (CDC، 2002).

وعرفها بهاء الدين سلامة (2001) هي "عملية تربوية تسعى إلى ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة، على مستوى الفرد والمجتمع، وذلك باستعمال الوسائل الحديثة، ويساعد انتشار الوعي الصحي بين المواطنين في الإلمام بالعادات والسلوك الصحي فيما يتعلق بالغذاء والنظافة الشخصية وكل ما من شأنه رفع المستوى الصحي". (ص208)

وعرفها لبيب (2002) بأنها "العلم الذي يهدف إلى المحافظة على صحة الأفراد ورفع مستواهم بدنياً وعقلياً واجتماعياً، عن طريق تعليمهم أساسيات الحياة الصحية، وغرس العادات الصحية فيهم حتى يتعودوا على ممارستها في حياتهم اليومية وحتى تصبح جزءاً لا يتجزأ من مبادئهم وشخصياتهم" (ليب، 2002).

وعرف لال Lal 1992 التربية الصحية بأنها: "عملية مساعدة طلاب المدرسة على تكوين اتجاهات صحيحة سليمة، وإتباع السلوك الصحى فى حياتهم اليومية بما يحافظ على صحتهم وصحة أسرهم ومجتمعهم". (lal, 1992).

وعرفها الأمين (2004) بأنها عبارة عن "تهيئة خبرات تربوية متعددة، تهدف إلى التأثير الطيب على عادات الفرد وسلوكه واتجاهاته ومعارفه، مما يساعد على رفع مستوى صحته وصحة المجتمع الذى يعيش فيه". (الأمين، 2004).

5-2 أهداف التربية الصحية: تعمل التربية الصحية لأجل الوصول إلى أهداف نختصرها فى النقاط التالية:

- العمل على تغيير المفاهيم للأفراد فيما يتعلق بالصحة والمرض، ومحاولة أن تكون الصحة هدفا لكل منهم.

- العمل على نشر الوعى الصحى سواء بين الأفراد أو المجتمع. (سلامة، بهاء الدين، 2001، ص43)

- تكوين الفهم السليم لدى المتعلمين، عن طريق التربية الصحية وكيفية المحافظة على الجسم والتمتع بالصحة الجيدة. (انفرا، 1983)

- النهوض من المفهوم العلاجى إلى المفهوم الوقائى، وخلق مجتمع متفوق صحيا ومعرفة أسباب الأمراض لتجنبها وبالتالي عدم اللجوء إلى العلاج. (السيول، 2005)

- تكوين وتدعيم الاتجاهات الصحية السليمة لدى الطلاب، وتحقيق النمو الشامل لهم. (أسعد، 1999)

5-3 أهمية التربية الصحية:

- للتربية الصحية دور مهم فى صحة المسيرة التربوية، كما لها علاقة بالتربية، فالاهتمام بالجانب الجسمى للمتعلم (التلميذ أحد أهم العناصر المؤثرة فى نمو المتعلم).

- من خلال التربية الصحية، يمكن التأثير إيجابيا على سلوكيات واتجاهات أفراد المجتمع الصحية. (بستان، 1983)

- للتربية الصحية أهمية اجتماعية ودينية، فهى توضح عظمة الخالق وتبين التعاليم الصحية التى وردت فى ديننا الحنيف ومنها تنعكس على التمسك بالدين الإسلامى. (الخياط، 1996)

- تحافظ على الصحة النفسية والجسدية وتحد من انتشار الأمراض المعدية داخل القسم والمدرسة ومنها تقليل من تكاليف المصاريف الطبية بالنسبة للأفراد أو الدولة ككل.

- تعويد المجتمع على السلوك الصحى.

- هي المرحلة الأولى للوعى الصحى
- توفير الرعاية الصحية لفئة هامة من المجتمع (الأطفال).
- التقليل من انتشار الأمراض المعدية في المجتمع.
- معالجة المشاكل النفسية والاجتماعية.
- تحسين صحة الطلاب نفسيا وجسديا.
- الصحة عامل مهم يساعد الطلاب على التركيز والتعلم.
- للتربية الصحية أهمية في الجانب الاقتصادي، فالفرد الذي يتمتع بصحة جيدة يكون قادرا على الإنتاج، أما المريض فلا يمكنه تحسين إنتاجه، أما العامل الذي يتمتع بصحة جيدة فيحسن إنتاجه إلى درجة غير محددة. (طنطاوي، 1985)

5-4 نماذج للتربية الصحية:

لوحظ أنّ صياغة تعريف شامل للتربية الصحة من عدة جهات مختلفة قد أوجد إشكالية للمربين خاصة، ومع ذلك كان هناك عدة نماذج للتربية الصحية تم اقتراحها من طرف باحثين ودارسين في هذا الشأن نذكر منها:

- نموذج Hornsey (1982):

المؤلف من أربع مكونات:

- مكونات طبية.
- مكونات تعليمية.
- مكونات تنموية.
- مكونات اجتماعية سياسية.

ويشمل المكون الطبي للتربية الصحية نشر المعلومات والإجراءات الطبية، والمكون التعليمي للتربية الصحية يتضمن أساليب تشاركية مختلفة ومجموعات النقاش، ومجموعات الدعم. أما المكون التنموي يركز على تطوير المهارات عند الأفراد للعناية بأنفسهم، وحسب المكون الاجتماعي السياسي يتناول المحددات الاقتصادية والاجتماعية، السياسية المختلفة للصحة مثل: التركيب السكاني، التغيير الاجتماعي والسلوكي وتوفير الموارد. (صفاء، توفيق صالح، 2015، ص27)

5-5 معايير التربية الصحية:

أشارت المنظمة الأمريكية للتربية الصحية AA EH 2007 إلى أنّ المعايير الصحية تضيف المعرفة والمهارات التي يجب أن تتحقق عند الطلبة، فالمعرفة تتضمن أهم الأفكار والمفاهيم في التربية الصحية، أما المهارات فتشمل مهارات التواصل التي تؤدي إلى تعزيز السلوكيات الصحية، وأضافت (Aahe) عام (2007) إلى أن المعايير التربوية الصحية تهدف إلى أن يتعلم الطلبة جميعهم اتخاذ القرارات الآمنة والمناسبة لصحتهم.

ومن أهم هذه المعايير للتربية الصحية حسب (NHES) هي كالاتي:

- 1- يستوعب الطلبة مفاهيم تتعلق بتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض لتحسين الصحة.
- 2- يقوم الطلبة بتحليل تأثير العائلة، الأقران، الثقافة، وسائل الإعلام، التكنولوجيات وعوامل أخرى على السلوكيات الصحية.
- 3- يظهر الطلبة مقدرتهم على، الوصول إلى معلومات ومنتجات وخدمات فعالة لتحسين الصحة.
- 4- يظهر الطلبة مقدرتهم على، استخدام مهارات صنع القرار لتحسين الصحة.
- 5- يظهر الطلبة مقدرتهم على، استخدام مهارات تحديد الأهداف لتحسين الصحة.
- 6- يظهر الطلبة قدرتهم على، الدعوة إلى الصحة الشخصية والعائلية والمجتمعية.
- 7- يظهر الطلبة مقدرتهم على، ممارسة سلوكيات تحسين الصحة وتجنب المخاطر. (صفاء، الحاج صالح، 2015، ص30)

5-6 ميادين التربية الصحية:

للتربية الصحية ميادين عدة لا تتحصر في ميدان واحد.

- **التربية الصحية الشخصية:** تتعلق بتوعية الفرد بأهمية الصحة، النظافة، التغذية، النوم، العمل، الراحة، مزاوله النشاط الرياضي، إذ يجب على الفرد أن يحرص على نظافة جسمه باستمرار، وتناول الأغذية المفيدة والابتعاد عن التدخين، وأخذ الوقت اللازم للراحة خاصة ساعات النوم الضرورية، ولكي يحافظ الفرد على صحته عليه أن:

- يحرص على سلامة بدنه وبنيته من خلال السلوك الإيجابي.

- يتجنب كل ما يعرضه للمرض.

- يبادر في اكتشاف ما يصيبه من عوارض وأمراض وسرعة علاجها. (المتوكل، 2003، ص74)

- **التربية الصحية في المنزل:** الأسرة تؤدي دورا مهما حين تقوم بمسؤوليتها نحو أبنائها، حيث توصل لديهم عادات صحية سليمة تكسبهم وعيا وحقائق، ومعلومات طبية. (الأترى، 1994)

فالأسرة هي البنية التي تتعهد الطفل بالتربية وعليها يقع العبء الأكبر في عملية التنشئة، فهي تكسبه العادات والاتجاهات الصحية في مرحلة الطفولة وفي المنزل وتتهيأ الفرص التي عن طريقها يتعود الطفل على ممارسة ومزاولة العادات الصحية في مرحلة الطفولة. (سلامة، 1997، ص132)

فالأسرة تعتمد في تربيتها على عدة أساليب منها:

- التعليم بالقوة.

- التعليم بالتدريب.

- **التربية الصحية في المجتمع:** للمجتمع دور هام في تعزيز وحماية الصحة، إذ عليه أن يعمل على حماية البيئة ونشر مفاهيم السلوك الإيجابي ومحاربة العادات المسيئة بالصحة، من خلال الإرشاد والنصائح التي يقدمها القائمون على الخدمات الصحية والبرامج التي تنظمها الهيئات المسؤولة، عن طريق توجيه الأفراد مثل وسائل الإعلام ومكاتب الصحة ودور رعاية الأمومة والطفولة. (منظمة الصحة العالمية، 1998)

فالتربية تبدأ من الأسرة، من خلال إكسابهم طرق النظافة، الأكل الصحي، البيئة النظيفة وغيرها لأجل الدخول إلى المجتمع (المدرسة) بفكر سليم نحو ذاته، وحتى الآخرين لأنّ التنشئة الاجتماعية الصحية عندما يكتسبها الطفل ينتقل بها إلى المدرسة، أين يجد نفسه مهيباً نفسياً بعادات صحية، فمثلا اليوم تضرب جائحة كورونا العالم، فالطفل من خلال بيئة الأسرة يتم تعليمه كيف يحافظ على صحته، مثل استعمال المعقم، ارتداء الكمامة، تفادي الملامسات الجسدية، هنا الطفل يكتسب كيف يحافظ على ذاته وعلى الآخرين حتى في المدرسة يصبح واعيا صحيا يحافظ على صحته وعلى المحيط الذي ينمو ويتعلم فيه.

5-7 مجالات التربية الصحية:

للتربية الصحية مجالات عدة تتداخل فيما بينها، فكل مجال يؤثر على الآخر حسب كل من Schui Rald (1994، Aags)، ((1979، Aahe)، ((2000، Hebs)، ((2001، Olcnson et al).
- **الصحة الشخصية Personal health:** وتشمل البيئة المنزلية الصحية والنظافة الشخصية والتغذية الصحية.

- التغذية **Nutrition**: ويهدف إلى الوعى الغذائى للأفراد، على جميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية بما يحقق عادات غذائية صحية سليمة.
 - التربية الأمانية والإسعافات الأولية **Safety and first aid education**: ويهدف إلى توجيه الأفراد بأمانهم وسلامتهم الشخصية حتى يستطيعوا تجنب المخاطر والحوادث الفجائية، واتخاذ القرارات الكفيلة بتقليل نسبة الإصابات.
 - التربية الجنسية **Sexual education**: ويهدف إلى توعية الأفراد، بالتكوين التشريحي والوظيفي للجهاز التناسلي للإنسان، الزواج، الأمومة، والأبوة، مراحل تكوين الجنين، والمشكلات الجنسية الصحية.
 - صحة البيئة **Environment health**: ويهتم بغرس المفاهيم الصحية بشأن المحافظة على سلامة البيئة التي يعيش فيها الأفراد وباقي الكائنات الحية.
 - الصحة العقلية والنفسية **Mental and psychological health**: ويهدف إلى تحقيق الكفاءة النفسية والعقلية لدى الأفراد بغية التحكم في انفعالاته الداخلية والتقليل من المؤثرات الخارجية على وجدانه، وحمايته من الإصابة بالأمراض النفسية والعقلية.
 - العقاقير والكحوليات والتبغ **Drug، alcohol and tobacco**: ويهدف إلى توضيح وإبراز الأضرار الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية الناجمة عن سوء استخدام العقاقير، وتعاطي الكحوليات والمخدرات.
 - الأمراض والوقاية منها **Diseases and prevention**: ويهدف إلى دراسة الأمراض المعدية وغير المعدية، أسبابها وطرق الوقاية منها.
 - صحة المستهلك **Consumer health**: ويهدف إلى المحافظة على صحة المستهلك وحمايته، سواء كان عن طريق الالتزام بالحقائق من الإعلانات عن الأطعمة، أو تقييم الحملات الدعائية، والتأمين الصحي وتصويب المعتقدات غير الصحية، وكذلك البدع والخرافات. (صالح محمد، صالح، 2002، ص 08)
- 8-5 العلاقة بين التربية الصحية والوعى الصحى:**

تهتم التربية الصحية بتعليم الأفراد بطرق ووسائل مختلفة لمساعدتهم لأجل إتباع وتحسين صحتهم واكتساب طرق للحفاظ على الصحة، ومن خلال هذه المكتسبات يمكنها رفع مستوى الوعى الصحى والتربية الصحية هي أول خطوات الوعى الصحى، إذن العلاقة طردية بين التربية الصحية والوعى الصحى، كلما كانت تربية صحية جيدة كان هناك وعى صحى مرتفع، فبدون تربية صحية لا يمكن أن يكون هناك وعى صحى لدى الأفراد والمجتمع ككل.

إن أهمية التربية الصحية تكمن في الحفاظ على حياة الأفراد وعلى مستوى صحة المجتمعات، فالتربية تبدأ من المراحل الأولى من نمو الإنسان هدفها تحسين الصحة والوقاية من الأمراض واكتساب طرق سليمة للسلوكيات الصحية، طبية واجتماعية، وتقوم على معايير منها الأفكار ومهارات التواصل واتخاذ القرارات الآمنة والمناسبة للصحة، والتي بدورها تتعدد مجالاتها، كالصحة الشخصية، التغذية، الصحة الجنسية، البنية، الصحة النفسية والعقلية، كلها هدفها الحفاظ على حياة الإنسان.

6- السلوك الصحي: Healthy Behaviore

إن السلوكيات السوية للإنسان، تهدف كلها لحمايته من مخاطر الحياة والحفاظ على بقائه وعلى سلامته الجسدية والنفسية وحتى الاجتماعية، ليعيش في إطار سليم، وهذا بالطبع مع وجود وعي صحي يجعله يسلك السلوك الصحي، وقد ارتبطت بعض السلوكيات السلبية بالمرض التي تهدد حياة الإنسان، لذلك كان السلوك الصحي الوسيلة للحفاظ على حياة الأفراد.

6-1 تعريف السلوك الصحي:

عرفه فيربر (1979) Ferber على أنه: "مفهوم جامع لأنماط السلوك ولكل المواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية" (Ferber، 1979).
وكذلك يشير نولدنر (1989) Noldner إلى أنه "هو كل أنماط السلوك التي، تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد". (سامر جميل رضوان، 2008، ص36)

السلوك الصحي السليم في كل الحالات العادية والمرضية أولاً هو وقاية من الأمراض وعامل تخفيف، لحدة ومدة ومضاعفات المرض.

أ- السلوكيات الصحية Health behaviours: حسب شيلي تيلور (2008) السلوكيات الصحية هي تلك الممارسات الصحية التي يمارسها الفرد بهدف تعزيز وضعه الصحي والحفاظ عليه، بعكس السلوكيات غير الصحية التي تساهم في حدوث الأمراض وزيادة مضاعفاتها مع تطور تلك الممارسات إلى عادات مضرّة بالصحة.

ومن أهم السلوكيات الصحية التي تساهم في تحسين المستوى الصحي للأفراد:

- العادات الصحية (Health habit): هي عادات ترتبط بسلوكيات صحية راسخة لأجل الحفاظ على الصحة، وغالبا ما تتطور وتكتسب في المراحل المبكرة من الطفولة، فتناول الغذاء الصحي مثلا يتخذ صفة العادة ويرتبط هذا بالنتائج الإيجابية، لذلك اكتساب السلوك الصحي يبدأ من مرحلة الطفولة.

(R. Y. Cohen، Brownell & Felix، 1990)

- الوقاية الأولية (Primary prevention): تبدأ من اكتساب العادات الصحية وتغيير العادات السيئة، وهي أساس الوقاية الصحية، وهنا يجب تحديد واعتماد معايير ملائمة ومقاومة للعوامل الخطرة المسببة للمرض، وتستند الوقاية الأولية إلى: الأولى، تقوم على توظيف طرق تغيير السلوك التي تساهم في ظهور المرض، وتعتبر البرامج الصحية من أهم الطرق للوصول إلى صحة جيدة، أما الثانية وهي إستراتيجية تعكس توجهها أكثر حداثة وتركز على توجيه الأفراد لتجنب تطوير عادات غير صحية.

وكلا الأسلوبين يهدف إلى تجنب تطوير السلوكات المسببة للمشاكل الصحية. (شيلي تيلور، 2008،

ص111)

ب- مراحل عملية تغيير السلوك: حسب حسين عبد الأمير، ضيدان خديجة (د.ت):

- مرحلة الوعي: هي عملية يتم فيها ضبط الأفعال والسلوكات المراد تعلمها والمعوقات التي تعترضه.

- مرحلة الاهتمام: وهي المرحلة التي يبحث فيها الفرد عن المعلومات بطرق مختلفة، كالتعلم والقراءة والاطلاع لأجل تعديل وتغيير سلوك غير محبب.

- مرحلة التقييم: يتمكن الفرد في هذه المرحلة من فرز ما هو مفيد أو غير مفيد، سلبي أو إيجابي، هذه العملية الذهنية توصل إلى اتخاذ القرار في اتباع السلوك المقترح أو رفضه.

- مرحلة المحاولة: وفيها يبدأ تطبيق القرار فعلياً مع وجود معلومات إضافية، تمكنه من التغلب على المعوقات التي تعترضه في تطبيق تلك المعلومات.

- مرحلة الإلتحاق: هي مرحلة الاقتناع، منها يمر الفرد إلى قرار اتباع السلوك الجديد، ويؤكد على صحته، هذه المراحل التي يمر بها تغيير السلوك هي مراحل متداخلة فيما بينها، تتأثر بعدة عوامل داخلية وخارجية وتتأثر أكثر بالجماعة، فالسلوك الجماعي الإيجابي يؤثر على تغيير سلوك

الأفراد. (القص صليحة، 2016، ص52)

6-2 أنماط السلوك الصحي:

إنّ أنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض أو منع حدوثها، وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها، وهناك خمسة عوامل مهمة يمكن أن تحدد أنماط السلوك الصحي:

1- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن وتاريخ الحالة والمعارف والمهارات والاتجاهات... الخ).

2- العوامل المتعلقة بالحماية والمجتمع (المهنة، التأهيل أو التعليم وتوقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص والدعم الاجتماعي...الخ).

3- العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى المحافظة (العروض المتوفرة وسهولة استخدامها، والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية بمعنى التربية والتوعية الصحية ومنظومات التواصل العامة...الخ).

4- العوامل الثقافية والاجتماعية عموماً (منظومات القيم الدينية والعقائدية والأنظمة القانونية...الخ).

5- عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنية التحتية...الخ). (رياض نايل، العاسمي، 2016، ص253)

3-6 أبعاد السلوك الصحي:

- للسلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية هي:

- **البعد الوقائي:** ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلاً أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.

- **بعد الحفاظ على الصحة:** ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلاً أو تنفيذ سلوكيات صحية.

- **بعد الارتقاء بالصحة:** ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم (عثمان يخلف، 2001، ص20-21)

4-6 العلاقة بين السلوك الصحي والوعي الصحي:

حسب بهاء سلامة (1998) السلوك الصحي هو " أحد مظاهر الوعي الصحي، حيث يساعد وجود الوعي لدى الفرد في ممارسة السلوك الصحي". (ص207)

إذن العلاقة بين الوعي الصحي والسلوك الصحي علاقة طردية أيجابية، فالسلوك الصحي ما هو إلا نتيجة للوعي الصحي للأفراد المرضى أو الأصحاء على السواء.

7- التثقيف الصحي Healthy edification:

تؤكد منظمة الصحة العالمية أن الصحة هدف ينبغي الوصول إليه وليست شيئاً يمكن فرضه، فإنّ أول المتطلبات لبلوغ الصحة هو وجود التزام بذلك من جانب السكان والحكومة على حد السواء.

والنتقيف الصحي أمر أساسي لخلق هذا الالتزام، وذلك لأنه لا يمكن للمجتمعات أن تشترك بوعي مستتير إلا بعد أن تتيسر لها إمكانية الحصول على النوع الصحيح من المعلومات المتعلقة بأوضاعها ومشاكلها الصحية، وبالكيفية التي يمكن بها أن تساعد في تحسينها، وبأكثر الأساليب ملائمة لتفادي هذه المشكلات ومكافحتها، وكذلك تلك المعلومات بشأن الأنماط السلوكية البديلة والنتائج المترتبة عنها، بحيث يتمكن الأفراد من اختيار سلوكهم اختياراً واعياً.

ولهذا فإنّ النتقيف الصحي بشأن المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها كان النشاط المجتمعي الأول للارتقاء بالمستوى الصحي وتحسين نوعية الحياة وزيادة عمر الإنسان. (محمد، بشير شريم، 2012، ص06-07)

7-1 تعريف النتقيف الصحي:

يعرفه مصطفى القمش (2000) بأنه "الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع، وتعتمد عملية النتقيف الصحي على أسس علمية وعملية لما لها من دور في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع، لذلك لقيت هذه العملية اهتمامات متزايدة من الأطباء والعلماء والباحثين". (ص181)

وعرفته نبيلة بوخبزة (1995) هو "إعداد الناس للمحافظة على صحتهم، فهو إدخال تغيير إيجابي على سلوكهم العام لتفادي الأمراض وتزويدهم بمفاهيم وقيم ومهارات جديدة، ويكون ذلك بالتوجه إليهم ودفع الوعي الصحي قدماً للمحافظة على سلامة الأفراد، ويبدأ هذا التغيير في السلوك والمفاهيم من المدرسة إلى الجامعة إلى الأسرة والمجتمع وبمختلف فئاته العمرية والوظيفية والمكانة الاجتماعية". (ص14)

7-2 أهداف النتقيف الصحي:

إنّ الهدف العام لعملية النتقيف الصحي هو تحقيق السعادة للمجتمع عن طريق دفع الناس للعمل على تحسين أحوالهم من جميع النواحي، وتحقيق السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية، وبالتالي الصحة النفسية والتوافق مع المجتمع. (مصطفى القمش، 1991، ص182)

وكذلك تتمثل أهداف النتقيف الصحي في:

1- تحسين صحة الأفراد والأسر والجماعات جسمياً وعقلياً ونفسياً واجتماعياً وذلك بالاهتمام بالغذاء والمسكن والرياضة والعلاقات الإنسانية وتنظيم الأسرة.

2- الأخذ بأسباب الوقاية من الأمراض ومن الحوادث، وذلك بمساعدة الأفراد على فهم الممارسات والعادات اللازمة للمحافظة على الصحة وتحسينها، كما يجب أن يعرف الأفراد ما هي الممارسات المطلوبة، ولماذا تمارس، وإلى ماذا يمكن أن تؤدي؟ (إقبال، إبراهيم، 1991، ص193)

3- المبادرة إلى العلاج السليم فور حدوث المرض أو وقوع الإصابة والاستمرار في العلاج حتى الشفاء، وذلك عن طرق الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة إلى أقصى حد ممكن، وتوفير الدولة العديد من الخدمات الصحية، وهنا يجب أن يعرف الأفراد بوجودها وأنشطتها المختلفة، ومواعيد العمل بها، وسوف يثمر هذا في تدعيم الأنشطة وتجنب الخسائر الاقتصادية الناجمة عن الاستخدام السيئ وغير المناسب، حيث يرتبط التثقيف الصحي والخدمات الصحية كل منها بالأخرى.

كذلك من أهداف التثقيف الصحي حسب خالد، بن ناصر الشهراني (2019):

- تمكين الأفراد على التعرف على مشاكلهم الصحية واحتياجاتهم.
- مساعدة الأفراد على إدراك ما يمكن أن يفعلوه لحل مشاكلهم الصحية باستخدام إمكانياتهم.
- مساعدة الأفراد على أن يستخدموا أفضل الوسائل لتطور والحفاظ على صحتهم.
- ترشيد المصروفات الصحية على العلاج". (ص06)

3-7 أهمية التثقيف الصحي:

تزايدت أهمية التثقيف الصحي خاصة بعد القرار الذي اتخذته منظمات الصحة العالمية واليونسيف والدول الأعضاء المنتمية إليها عام 1987، وينص هذا القرار على أنّ الرعاية الصحية الأولية هي الوسيلة الرئيسية لتحسين صحة الأفراد والمجتمعات وأنها الأساس لتحقيق هدف الصحة للجميع في عام 2000م، طالما ينص على أنّ التثقيف الصحي هو أحد العناصر الأساسية في الرعاية الصحية الأولية. (زهير أحمد، الساعي، حسين، بله الأمين، د.ت، ص23)

4-7 أهداف الثقافة الصحية:

إنّ الهدف الأساسي لعملية التثقيف الصحي هي تحقيق السعادة والرفاهية لأفراد المجتمع وذلك عن طريق:

- 1- الرقي بالمستوى الصحي لأفراد المجتمع.
 - 2- تقويم سلوكيات الأفراد وتصويب الخاطئ منها.
 - 3- تنمية الوعي والمعرفة الصحية من خلال تحقيق شروط السلامة الجسمية والعقلية والنفسية.
- (سمير، أحمد أبو العيون، 2013، ص23)

5-7 شروط المثقف الصحي:

- 1- يجب أن تتم عملية التنقيف الصحي على أسس صحية علمية وعملية صحيحة كي نستطيع رفع مستوى الصحة العامة لدى الأفراد والمجتمع.
- 2- أن يكون المكون الثقافي الذي يقدمه المثقف الصحي متناسبا مع مستوى تفكير العامة، كي يصبح قادرا على تفهم وإدراك الظروف الصحية المقيدة له وبالتالي يجعله متعاوننا مع ما يحيط به من أمور صحية.
- 3- أن يكون ملما بالمعلومات الصحية السليمة.
- 4- أن يكون لديه القدرة على التعامل مع المستويات الثقافية المختلفة، كي يستطيع توصيل المعلومة لكافة أفراد المجتمع بالطريقة التي تتناسب مع مستواهم الثقافي.
- 5- أن يستطيع تقديم المعلومة الثقافية الصحية بطريقة مبسطة لتعم الفائدة وتصل الثقافة الصحية للمجتمع. (سمير أحمد، أبو العيون، 2013، ص23)

6-7 العلاقة بين التنقيف الصحي والوعي الصحي:

يكاد يكون هناك خلط بين المصطلحين التنقيف الصحي والوعي الصحي لدى الكثير من الناس، لكن هناك فرق بينهما التنقيف الصحي، هو العملية التي تستخدم فيها طرق ووسائل تعليمية من خلال عملية الاتصال للوقاية من الأمراض وعلاجها وغيرها، أما الوعي الصحي فهو إدراك تلك المعلومات التي تقدم من طرف مثقفي الصحة، إذن العلاقة بينهما هي التنقيف الصحي يزيد من عملية الوعي الصحي لدى الأفراد نحو صحتهم ورفع مستوى الوعي الصحي لديهم، يمكن أن نقول أنه لولا التنقيف الصحي لما كان هناك وعيا صحيا.

خلاصة:

على ما تم تقديمه يظهر جليا أهمية الوعي الصحي كمتغير صحي، يهدف إلى الحفاظ على صحة الإنسان من خلال الممارسات السلوكية الصحية والتي يكتسبها من المعلومات الصحية أي من مصادرها الموثوقة والتي تدفعه نحو الوقاية من الأمراض ومضاعفاتها، خاصة الأمراض المزمنة، والتي تؤثر على سير الحياة بشكل طبيعي. لذلك أعدت مقاييس لقياس درجة الوعي الصحي ودرجات التي يتمتع بها المريض من خلال مؤشرات تنبئ بذلك منها: المؤشرات الجسدية، الاجتماعية، النفسية، البيئية، الغذائية، ممارسة النشاطات البدنية وغيرها من المؤشرات الصحية التي يستلزم الوعي بها وكذلك الهيئات الصحية المحلية والعالمية عملت على إنشاء استراتيجيات وبرامج هدفها الحفاظ على صحة الإنسان من خلال العمل على نشر الوعي الصحي كثقافة داخل المجتمع.

الفصل الثالث

نوعية الحياة

تمهيد

1- نبذة تاريخية عن ظهور مصطلح نوعية الحياة

2- نوعية الحياة

3- قياس نوعية الحياة

4- النظريات المفسرة لنوعية الحياة

5- مجالات نوعية الحياة

6- مظاهر نوعية الحياة

7- مناحي نوعية الحياة

8- مؤشرات نوعية الحياة

9- أبعاد نوعية الحياة

10- مقومات نوعية الحياة

خلاصة

- تمهيد:

يحاول علم النفس الايجابي الإجابة عن الكيفية التي يتوصل بها الفرد إلى الإحساس الايجابي بنوعية الحياة مما يجعله يتجاوز اهتماماته الضيقة إلى أهداف ذات قيمة تدفعه إلى الانضمام والإسهام في نشاطات وخبرات أوسع وأسمى وأكثر دواما مع الذات وهو إحساس الفرد بأنه يحيا حياة جيدة والتي تعرف في علم النفس الايجابي بنوعية الحياة Quality of life نوعية الحياة .

1- نبذة تاريخية عن ظهور مصطلح نوعية الحياة:

حسب (1996) Veenbhoven Ruut أنها "ترجع نشأة نوعية الحياة في بعض الأدبيات إلى القرن الثامن عشر حيث أصبح الاهتمام ب الحياة الجيدة وتحقيق الذات والسعادة من القيم الأساسية في المجتمع". (P. 11)

وفي القرن التاسع عشر، أشار **فينوهافان** انه تم ترسيخ مفهوم نوعية الحياة من خلال فكرة أن أفضل مجتمع هو الذي يوفر أكثر سعادة ممكنة لأكبر عدد من الأفراد. وكذلك (1958) Titumuy من الأوائل الذين استخدموا مصطلح نوعية الحياة بوضوح وصف من خلال مقالاته الرفاهية والسعادة للأفراد.

وفي بداية القرن العشرين ظهرت فكرة جديدة قامت على الإصلاح الاجتماعي وتطوير حالة الرفاهية، حيث تم تعزيز الجهود التي تؤدي إلى خلق مجتمع أفضل، في مكافحة مثلث الرعب من الجهل والفقر والمرض.

نتيجة لذلك فان التقدم المحرز كان يقاس بالتعليم والتحكم في الأمراض الوبائية والتخلص من الجوع. إذن المفهوم قديم، ولكن من الشائع أنه ينسب إلى الرئيس الأمريكي جونسون عام 1964 من خلال خطابه الذي قال فيه " لا يمكن تقييم أهداف سياستنا على أساس ميزان المدفوعات فقط بل يمكن قياسها من خلال نوعية الحياة التي يعيشها المواطنون". (theivry soulas, anne bredarut, 2012, p02)

ومن بين الكتابات الأولى في نوعية الحياة (QoI) بدأ من اللجنة المسؤولة للرئيس ايزن هاور، لتحديد الأهداف الوطنية، على أساس مؤشرات موضوعية من أجل زيادة كمية ومستوى المعيشي للمواطنين (beaufils,1996)

خلال هذه الفترة اهتم بعض الباحثين بهذا الموضوع لكن لإبراز الجانب الذاتي واهتمامهم بحياة الناس اليومية وبتجاربهم التي تساهم في سعادتهم، لكن علماء الاجتماع الأمريكيان بما في ذلك مجموعتي Whitez، Adrws وكذلك Kanble من جامعة ميشيغان هم الذين حددوا المؤشرات الموضوعية

الأولى لنوعية الحياة (الدخل، الجريمة، الصحة الوظيفية التعليم..). عام 1976م يشير هؤلاء الباحثين خاصة كامبل Kamble إلى أنه "بالرغم من الصحة الجيدة في المجتمع الأمريكي وكذا الجانب الاقتصادي والتقدم الطبي وسياق الديمقراطية، إلا أن عدم الرضا عن الرخاء النفسي لدى المواطنين في تزايد مما أظهرت أهمية الربط بين المصطلحات التي يستخدمها الباحثون في الربط بين المؤشرات الاجتماعية، الاقتصادية، الموضوعية، الرفاهية الذاتية ويعتبر سبب في ظهور الاستبيانات الذاتية الأولى لنوعية الحياة في أوروبا بدأ بالعمل في هذا المجال في فرنسا في قطاع الصحة ظهر مصطلح (Qov) عام 1966 في حوليات الطب الباطني". (Theivry Soules, Annrdarit, 2012)

2- تعريف نوعية الحياة: Quality of life

قسم شمبلو وفيشر Champler And Fichre نوعية الحياة Quality Of Life إلى قسمين:

- الأول Quality وتعني النوعية، ومرادفتها الدرجة التي تتراوح مداها بين الحسن والسيئ والثاني life وتعني الحياة وشاع الاتجاه إلى حصره بمفهوم الحياة الذهنية وان التصق مفهوم الحياة بالظروف البيئية. (أحمد، عبد العزيز، أحمد البقلي، 2014)

ويضيف احمد عبد الخالق (2008) بان مصطلح نوعية Quailty تشير إلى خصال أو خواص معينة أو كيفية في موضوع ما، أما الحياة Life وهي فئة واسعة تشمل كل الكائنات الحية ونوعية الحياة هو مصطلح عام يمكن أن يشير إلى قطبي النوعية واحدة جيدة وأخرى سيئة في حين ترجمته بجودة الحياة يحمل معنى évaluative أي تقديري يفترض أنها جيدة مع أنها يمكن أن تكون سيئة(يزيد شعيل، 2018، ص 14)

- تعريف نوعية الحياة حسب موسوعة شرح المصطلحات النفسية (2001):

نوعية Quality بمعنى الكيف، وهي الخاصية والجودة وتعني المنزلة الجيدة أما الوصف الكيفي فهو Qualitative وهو ضمان الجودة أو الجودة النوعية وهو أسلوب للارتقاء بالمواصفات للخدمات والإنتاج وعرفتها موسوعة ويكيبيديا في الطب، بمعنى تقديم خدمة طبية جيدة متكاملة لمواصفات الحياة أو جودة الحياة التي تعتبر حالة ايجابية من الصحة البدنية والنفسية والاستمتاع ب الحياة والمقاييس الكيفية تستخدم لتحديد مواصفات الحالة النفسية بالمقارنة بالمقاييس الكمية التي تحدد درجة أو شدة الحالة(موسوعة شرح المصطلحات النفسية، 2001، ص299).

ويرى الأشول "أنه نادرا ما يحظى مفهوم بالتبني والاهتمام الواسع على مستوى الاستخدام العلمي العام، في حياتنا اليومية وبهذه السرعة مثلما حدث لمفهوم نوعية الحياة، ويشير كذلك Fernandez

إلى أن مصطلح نوعية الحياة يعتبر مصطلحا أساسيا في علوم عدة منها البيئة، الصحة، الطب النفسي، الاقتصاد، علم النفس، علم الاجتماع والإدارة وغيرها". (يزيد شعيل، 2018)

- وعرفتها موسوعة ويكيبيديا على أنه "مصطلح يستخدم لتقييم الرفاهية العامة لأفراد والمجتمعات.
- وجاء في قاموس الحر هي: رضا الشخص أو عدم الرضا عن الظروف الثقافية أو الفكرية التي يعيشها الإنسان تميزا لها عن الراحة المادية". (أحمد عبد العزيز، احمد البقلي، 2014، ص9)

- وعرفتها منظمة الصحة العالمية (1995) OMS نوعية الحياة "أنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته، قيمه اهتماماته المتعلقة بالصحة البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليتها، علاقاته الاجتماعية اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة". (whoqol greup, 1995)

ويرى (Rubin 2000) نوعية الحياة هي " الدمج والتعامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من الناحية الصحية الجسدية والنفسية والحياة الاجتماعية متضمنة كلا من المكونات الإدراكية التي تشمل الرضا والمكونات العاطفية التي تشمل السعادة". (يزيد شعيل 2018)

- تعريف نوعية الحياة من وجهة نظرة اقتصادية:

عرف البردان (Albrdan 2006) أن نوعية الحياة هي "الأمل في تحقيق مستقبل أفضل بما يتضمنه ذلك من شراء أراضٍ جديدة وتحقيق تحسن في الدخل والطعام، الملابس، المسكن، وفرص أفضل للتقدم في المهنة وكذلك الارتقاء لمستوى الرفاهية الاجتماعية". (ص24)

- تعريف نوعية الحياة من الجانب الاجتماعي والنفسى فقد عرفها محرم وآخرون (2003) "بأنها مفهوم يعطى جوانب الأمن والسلامة وتكافؤ الفرص والمشاركة والرضا الذاتي" (ص3).

وعرفها زين دوبا (2005) ونقلًا عن سولومان solman: "إن نوعية الحياة مفهوم شامل يغطي جميع جوانب الحياة كما يدركها الأفراد أنفسهم ولذلك فهو يشمل الإشباع المعنوي لتحقيق التوازن النفسي للفرد من خلال تحقيق ذاته". (ص74).

- وعرفتها منظمة الصحة العالمية مجموعة (1994) كالتالي:

"كيف يدرك الناس وضعهم في الحياة في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيشون فيه وفيما يتعلق بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم انه مفهوم واسع يتضمن بطريقة معقدة الصحة الجسدية للشخص والحالة النفسية، درجة الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، المعتقدات الشخصية، العلاقات بالأجزاء المهمة ب الحياة". (thievry soulas, anne berdart, 2012, p22)

ويستخدم مفهوم نوعية الحياة في العديد من التخصصات العلمية في مجال الصحة نتحدث عن نوعية الحياة فيما يتعلق بالصحة (QVRS)، فقد حلت محلها فكرة الصحة الجيدة وتم تعريفها من قبل منظمة الصحة العالمية 1993 على أنها "تصور الفرد مكانته في الوجود في سياق الثقافة ونظام القيم التي يعيشها فيما يتعلق بأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته وأنه مفهوم واسع جدا يتأثر بطريق معقدة بالصحة الجيدة والحالة النفسية ومستوى الاستقلالية وعلاقتها الاجتماعية بالعناصر الأساسية لبيئتها".

(latifa, al emarni, 2013, p640)

يرى (Ryff et al (2006) "إن نوعية الحياة هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال، كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدره وذات قيمة ومعنى بالنسبة له واستقلاليته في تحديد وجهة مسار حياته وإقامة علاقات اجتماعية ايجابية مع الآخرين كما ترتبط نوعية الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية". (Ryff et al, 2006)

وعرفها (Reine Et Al (2003) "على أنها إحساس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الموضوعية والذاتية ويتأثران باستبصار الفرد" (P. 297).

وحسب Lawton: إن مفهوم نوعية الحياة يتضمن أبعادا عدة منها، ما يتضح مع وصف Graig a

Jackson والمسمى بـ Rue3 Bs

أ- الكينونة Being

ب- الانتماء Belonging

ج- السيرورة Becoming (lawton et al, 2009, p2009)

وعرفها حسن المصطفى عبد المعطي (2005) أنه "مفهوم يستخدم للتعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية والتي تقدم لأفراد المجتمع وان نوعية الحياة تعبر عن النزوع نحو نمط الحياة التي يتميز بالترف هذا النمط الذي لا يستطيع تحقيقه إلا مجتمع الوفرة" (ص.13).

وعرفها كل من (clanay, macrina, boling (2003) على أنها نموذج موضوعي يشمل المجال

الاجتماعي العائلي والانفعالي وحتى المهني. (clanay, macrina, boling, 2003)

إن الارتباك الذي يحس به الباحث وهو يتناول مصطلح نوعية الحياة يعود إلى تداخل المصطلح مع مصطلحات قريبة مثل التنعيم، الرفاهية، السعادة، الرضا عن الحياة والصحة الجيدة وارتفاع مستوى المعيشة وغيرها.

ويرى Cummins "الذي عبر عن يأسه من الإحاطة بهذا المفهوم إن نوعية الحياة من المفاهيم المركبة والمعقدة لذلك ليس من المفاجئ إن ينتقي الإجماع على تعريفه على شكل معياري لقياسه. (Cummins, 1997)

ويرجح احد أسباب عدم ثبات تعريف مصطلح نوعية الحياة لاستعمالاته المختلفة لذا أطلق عليه boyle (2002) وزملائه بزئبقية المصطلح.

بهذه الخاصية وبتنوع السياقات التي تستخدم فيها هذا المصطلح يتعين على الباحثين التحديد الدقيق لطبيعته وخصائصه في ضوء أهداف البحث الذي هم في صدد دراسته .

كل هذه التعاريف لنوعية الحياة ركزت على الإدراك، بمعنى كيف يرى الفرد حياته وقيمتها بحيث أنها تتداخل فيه عناصر تكوينه وعوامل وبشكل معقد كالصحة الجسدية، النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، كذلك البيئة التي يعيش فيها بينما في المجال الصحي يمكن فهم نوعية الحياة من وجهين أولهما الموضوعي والذي يهتم بشروط الحياة والصحة والمهنة... الخ .

ثانيهما الرؤية الذاتية والتي تهتم بالإحساس بالرضا والسعادة والشعور بالراحة والرفاهية... الخ وهذا يسمح بتقييم وتقدير الوضع العام للشخص وبصورة ديناميكية.

3- قياس نوعية الحياة Measurement Quality of life:

لم ينظر إلى نوعية الحياة على أنها مسألة ذات أهمية سيكولوجية إلا في وقت متأخر نسبيا ولسنتين عديدة ظلت نوعية الحياة تقاس بالفترة التي يعيش فيها المريض على قيد الحياة وبوجود مرض دون أي اعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج (Talor & asp inwall, 1990).

3-1 مواصفات مقاييس نوعية الحياة:

- لكي نقيس نوعية الحياة بمقياس يجب توفر فيه ما يلي:
- يجب أن يكون له مصدر مفاهيمي وقياس يوفر الغرض من المفاهيم أو المجالات التي سيتم قياسها وأهميتها وعلاقتها المتبادلة لمجموعة معينة من المرض ثم يجب أن تثبت صحتها.
- تعتبر الأداة صالحة للقياس عندما تقيس بالفعل ما يفترض أن تقيسه لكن الصلاحية هي نوعية نسبية للغاية لأنها تعتمد على مجال القياس والعينة التي يتم تطبيقها.
- في سياق المقاييس الذاتية لنوعية الحياة يمكن أن يقدم المقياس العام صفات نفسية جيدة ولكن القليل جدا يعكس المشكلات المتأصلة في مجموعة من الأشخاص المصابين بمرض محدد جدا لذلك يمكن تطويرها أو تحسين أداة القياس.

- كذلك يجب أن يكون المقياس متطابق في ظل ظروف مستقرة بمرور الوقت والى الحساسية (قدرة الأداة على تحديد التغييرات)

- يجب أن يكون بسيط وقصير وسهل وقد أظهرت سيكوميتري لتعزيز المشاركة والامتثال في التقييمات للمرضى.

3-2 أدوات قياس نوعية الحياة:

- المقابلات: المقابلات المفتوحة تعزز الانطباع السريري العام وتسمح بإدراك الجوانب الفردية محددة، فإنها تعترض مع ذلك صعوبات المرتبطة بطابعها غير واضح خاصة (غير قياسي) ذاتية تخضع للتفسير وغير قابلة للقياس الكمي.

- التقييمات الفردية: فإن أداة مثل (Seiqol) والجدول الزمني لتقييم نوعية الحياة الفردية تدار هذه الأداة كجزء من مقابلة شبه منظمة تستغرق حوالي ساعة واحدة مما يجد قابليتها للتطبيق في البحث الذي يتضمن أحجام عينات كبيرة (rodory, 2002) يجعل من الممكن توفير درجة وفقاً لمرجع الفرد نفسه seiqol يسمح بمعرفة الفردية باحتياجات المريض ورغباته وتوقعاته في حين يتم تفسير الاستبيانات الموحدة وفقاً للمعلومات الصالحة في المتوسط لمجموعة من الأفراد المأخوذة كمرجع.

(Mcgee, p191)

بدأ الباحثون في العقد الماضي بالاهتمام بالوظائف النفسية والاجتماعية وباعتبارها جوانب مهمة في تقرير نوعية الحياة لدى المرضى ذوي الإعاقات والأمراض المزمنة واستجابة لهذه المحاكاة المتعددة لنوعية الحياة طورت عدد من المقاييس التي تتمتع بالثبات والصدق واستخدمت بشكل واسع فهناك مثلاً بروفيل أثر المرض (sickness impact profile_SIP) الذي يقيس الأداء في ثلاث جوانب:

- الجانب الجسمي.

- الجانب النفسي.

- الجانب الاجتماعي.

- وبروفيل آخر يقيس.

- النوم.

- الطعام.

- الترفيه. (bengmen boblitt, carter & gilson, 1981)

وكذلك هناك قائمة نشاطات الحياة اليومية (activities of daily living) والتي تزودنا بدرجات مستقلة حول ست وظائف الاستحمام، ارتداء الملابس، استخدام الحمام، الحركة الانتقال، ضبط النفس الطعام، مقياس الصحة لنوتنغهام (Nottingham Health Profile (NHP): تم اقتراحه من طرف Hunt et al (1981) في صيغة 38 سؤال، حول سهولة الحركة الجيدة، النوم، النشاط، الألم، وردود الأفعال الانفعالية، العلاقات مع الآخرين والحياة الاجتماعية، يوجد هذا المقياس بصيغة فرنسية يحمل اسم مؤشر الصحة المدركة لنوتنغهام (IS PN) (indiateur de sante pereetuelle de nottingham) صمم من طرف ديبي 1984dupuy يقيس تقدير الفرد لحالته الانفعالية والعاطفية يتكون من 22 سؤال موزعا على 6 أبعاد وتوجد صورة مختصرة منه بـ 14 سؤالاً وله خصائص سيكومترية جيدة.

(فاطمة الزهراء، الزروق، 2015، ص53)

وهناك أداة أخرى أكثر شهرة في الاستعمال لقياس نوعية الحياة هي قائمة راند للمسح الطبي (rand 36_ item health survey) والتي تقيس الأداء الجسمي، الأداء الاجتماعي وقيود الدور التي تعزى إلى المشكلات الانفعالية، الصحة النفسية، الحيوية، الألم والإدراك العام للصحة (شيلي تيلور، 2008، ص 514-515)

- مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية (2004) world health organiezatiion

(whoqol_100) (Qualit of life scalbrief) احتوى في صورته الأولية على 100 بند وضم 7

مجالات هي:

- 1- الصحة الجسمية.
 - 2- الصحة النفسية.
 - 3- العلاقات الاجتماعية.
 - 4- البيئة والوسط.
 - 5- مستوى الاستقلالية.
 - 6- الصحة الروحية.
 - 7- نمط الحياة العام وإدراك الصحة العامة.
- والذي اختصر بعدها إلى 26 بند فقط والذي ضمن أربع مجالات:
- 1- الصحة الجسمية.
 - 2- الصحة النفسية.

3- العلاقات الاجتماعية.

4- البيئة والوسط.

ويطبق مع الأشخاص العاديين والمرضى المزمن كمرض السرطان والسكري والقلب وارتفاع

الضغط الشرياني. (skevington, lotfy & oconnell, 2004)

وقد تم التأكد من جودته من خلال عدة دراسات كدراسة (bonomi et al 2000) على النساء الحوامل في أمريكا ودراسة sk evington and wright (2001) والتي أجراها على عينة من المكتتبين في بريطانيا وكذلك دراسة sk evington et al (2001) طبقت على عينة من المرضى المزمنين ببريطانيا وقد استخدمت الباحثة الطالبة هذا المقياس في الدراسة الحالية لكنه بصورته المختصرة والمترجمة إلى العربية والتي تحتوي على 26 بند بمجالاتها الأربعة.

وتستخدم قياسات (Qurs) لتحديد عبء المرض اقتصاديا ولتقييم نتائج علاجات الأمراض المزمنة وفي الدراسات والتجارب السريرية لاسيما في علم الأورام كما تم استخدامها لتقييم العلاقات بين الطبيب والخدمات الصحية والبحوث والتطوير. (latifa, 2013, p640)

وقد قدم (ديمانو بيكر) مقياس للمريض والطبيب تحت عنوان دليل وسكون لنوعية الحياة (the wisconsin quality of life Indies) والذي يقيس نماذج نوعية الحياة من الناحية الطبية من وجهة نظر المريض وأسرته والطبيب القائم بالعلاج في كل من الوقت الراهن وفي المستقبل حيث يعني هذا الدليل بفحص نتائج البرنامج العلاجي والدوائي وتصنف فئات المرض لتحديد أيهم قد تحقق له الفائدة ومدى ارتباط ذلك بنوعية الحياة. (صالح مصباح، 2016، ص26)

يجب أن تكون أداة قياس نوعية الحياة حساسة بدرجة كافية، لاكتشاف التغييرات بين المرضى الذين تمت دراستهم. بالإضافة إلى ذلك يجب أن يكون تقييم نوعية الحياة قادرا على تقديم مساعدة في اتخاذ القرارات العلاجية، أو في رعاية المرضى. بوجود بروتوكول منظم ودقيق لهذا التقييم يمثل قيمة مضافة يمكن إن تضيف للطبيب العديد من المزايا لتحسين فهم احتياجات المريض وبالتالي فإنه يؤدي إلى تحديد أفضل بديل علاجي للمريض (thievry, soulas, anne bredart, 2012, p39.40).

- مقاييس واستبيانات عامة ومحددة لنوعية الحياة:

أن تقييم نوعية الحياة في السياق الطبي يستحسن اخذ تدابير واستخدام أدوات موحدة، لكن هناك فئتان من استبيانات نوعية الحياة، يأخذ البعض نظرة شمولية للتأثير على (QOL) في حين أن البعض الآخر الخاص بعلم الأمراض يقيم تأثير أعراض معينة، هذه الأدوات عامة أو محددة.

- **المقاييس العامة:** تركز على الصحة العامة على مختلف مجالات نوعية الحياة بشكل عام، لديهم الميزة هو من الممكن اكتشاف التعديلات في أبعاد مختلفة من (QOL) مع وجود صفات القياس النفسي والاعتراف المؤسسي في اغلب الأحيان بالإضافة إلى ذلك فإنها تجعل من الممكن، إجراء مقارنات بين الأمراض، ولكن أيضا للإشارة إلى المعايير الموضوعية في عموم السكان.

من ناحية أخرى فإن لديهم عيبا يتمثل في عدم الحساسية الكافية دائما للتغيرات التي تحدث أثناء العلاج والتغيرات التي يشعر بها المريض (Beanfile,1997) كذلك لها خاصية السقف والأرضية بمعنى تحصل على نسبة كبيرة ودرجة فضول ويمكن حصول عدد كبير من الأشخاص على أقل درجة تسمح بها الأداة مما يساهم في فقدان الحساسية المستشارة قابلة للمقارنة. (Lydick.2000)

كذلك هناك الاستبيانات الطويلة حيث تمثل عتبة أمام استخدامها في مجموعات سكانية عينة لذلك ملف تأثير المرض أداة حساسة للتغيرات في الأشخاص المصابين بالأمراض المتقدمة تحتوي على 136 بند نادرا ما يسمح الواقع الإكلينيكي السريري بالنظر في تنفيذها.

4- النظريات والنماذج المفسرة لنوعية الحياة:

4-1 الاتجاه الفلسفي: حسب بوعيشة (2014)

نوعية الحياة حسب المنظور الفلسفي تقوم على أساس السعادة والرفاهية، المتمثلة في أن الفكرة لا يمكنها أن تتحول إلى اعتقاد إلا على المستوى العملي الفعلي، وموضوع السعادة من أهم المواضيع التي اهتم بها الفلاسفة كأفلاطون، أرسطو، سقراط، وأبيقور، فمثلا أفلاطون ينظر إلى السعادة على أنها فضائل و اخلاق كالحكمة والشجاعة والعدالة، ولا تكتمل السعادة إلا بمآل روعي تتحرر النفس من أسر الواقع، والتحرر في فضاء المثالية والتسامي على ما هو سفلي، ليرتقي بخياله الإبداعي ليصل إلى حياة السعادة، إذن نوعية الحياة من وجهة فلسفية ما هي إلا حالة صفاء روعي غير مادي متخيل يُمكن الإنسان أن يعيشه متناسيا الحياة المادية. (إبراهيمي سامية، بن كتيلة فتحة، 2017، ص276)

4-2 **نظرية ريت فينهوفن** Rwit Veenhoven: هذه النظرية تركز على أن حاجات الإنسان يمكن معرفتها عن طريق دراسة خصائص المجتمع ويعتبر المجتمع الذي تتوفر لديه أغلب الحاجات مجتمعا يتمتع بالسعادة، وقد ميز veehoven في نظريته إمكانية العيش بين أربع مؤشرات يمكن من خلالها الاستدلال على نوعية الحياة، هي:

- **إمكانية العيش في البيئة:** وهي تشير إلى معنى الظروف المعيشية الجيدة وغالبا ما يستخدم علماء النفس هذا المصطلح كشرط لنوعية الحياة أو الرفاهية باعتباره يشير صراحة إلى سمة من سمات البيئة

وكمؤشر لتحقيق السعادة إذ يمكن للمرء أن يعيش في ظروف ممتازة ولكنه لا يزال غير سعيد بسبب عدم القدرة على جني الفرص.

- **الغرض من الحياة:** إن الحياة الجيدة هي التي تتبع من معنى الحياة نفسها لا لكونها جيدة، وهو يفترض بعض القيم العليا مثل الحفاظ على البيئة أو التنمية الثقافية .

ويؤكد إن نوعية الحياة التي يذكرها علماء النفس في كتاباتهم باعتبار إن مؤشر السعادة ومؤشر الغرض من الحياة يمكنها إن تدل على نوعية الحياة، هنا الفرد بإمكانه إن يعيش إن يعيش حياة مفيدة ولكن لم يصل بعد إلى درجة السعادة .

- **الحياة والقدرة الشخصية:** ويعنى بها فرص الحياة التي تتاح للفرد ومدى قدرته على استغلالها وجاهزيته للتعامل مع مشاكل الحياة ويعتبر فينهوفن القدرة الشخصية شرط أساسي لتحقيق السعادة وليس السعادة نفسها وحتى الشخص المثالي يكون سعيدا حتى ولو كان في ظروف قاسية لما يملكه من قدرة شخصية للتعامل مع فرص الحياة .

- **الرضا عن الحياة:** وهي تمثل النوعية نفسها في التعامل مع الآخرين وما نحصل عليه من تقدير شخصي في هذه الحياة بصورة واعية وهذه النوعية يشار إليها بمعانٍ أخرى مثل الرفاهية الذاتية والحياة المرضية.

كما ينظر فينهوفن إلى أن بعض المجتمعات أكثر حيوية ونشاطا من المجتمعات الأخرى وذلك بتحقيقها للمتطلبات الأساسية، وان هناك علاقة ما بين الدخل الذي يحصل عليه الفرد والشعور بالسعادة ونوعية الحياة.(الخزاعي، 2016، ص48)

3-4 نموذج لاوتن Lawtn: وضح لاوتن نوعية الحياة من خلال نظريته إلى طبيعة البيئة التي يعيش فيها الفرد وتأثيرها على حياته ونوعيتها.

وحسب بوزيد وجاب الله (2017) أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفين:

- **الظرف المكاني:** هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لنوعية الحياة، وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران، أحدهما مباشر على حياة الفرد كالصحة، والأخر تأثير غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد عن بيئته التي يعيش فيها.(شيخي، 2014، ص84)

- **الظرف الزمني:** أن إدراك الفرد لتأثير الطبيعة في نوعية الحياة يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم العمر وكلما تقدم الفرد في العمر كلما كان أكثر سيطرة على ظروف البيئة، ومنه يكون أكثر إيجابية على نوعية الحياة.(صالح عيدا، 2019، ص65)

4-4 نموذج ليفونتال وآخرون Leventhal et al:

وضع ليفونتال هذا النموذج من أجل مواجهة مشكل ما وحل المشكلة والرجوع إلى الحالة العادية أو تغيير الوضع إلى الأحسن.

مكونات نموذج ليفونتال: حسب Manne (2003):

- المرحلة الأولى: التفسير: يواجه الفرد المشكلة (المرض) حسب إدراكه إما أن يتقبل الخبر بإرسالة لرسالة اجتماعية مثلا (يخبره الطبيب أن الألم هو نتيجة ذبحة صدرية) أو يقول (لدي ألم في صدري)، خبر تلقيه المرض يستعمل ميكانيزمات دفاعية بالرجوع إلى الحالة العادية وهذا حسب نظرية حل المشكلات. (Ogdane, 2011, P55)

حيث يدرك المريض تغير على المستوى الصحي ثم يقارن المرض بذاكرة الاعراض السابقة في محاولة التقييم لطبيعية هذا التهديد. (Manne, 2003, P53)

ويرى ليفونتال أن المعتقدات التي يملكها المريض حول المرض، ونظرة المجتمع للمرض والمريض تساهم في رسم تمثيلات المرض، معنى للمرض، أسبابه، نتائجه، الزمن، من خلال هذه المعطيات يكون المريض استراتيجيات أكثر فعالية وكل هذا يرتبط بالحالة الانفعالية له. (Ogdane, 2011, P56)

- المرحلة الثانية، المواجهة: وفيها يواجه المريض الخبر بأنه مريض باستجابة انفعالية كإنكار المرض، التفكير الغير العقلاني، مخاوف، هذه المواجهة يبدأ بتطوير استراتيجيات لمواجهة المرض لأجل الرجوع إلى الحالة العادية.

- المرحلة الثالثة: يبدأ بتقييم استجابات المواجهة لإدارة الانفعالات كما فعل لازوراس وزملائه حيث قسموا الاستجابات للمرض إلى مجموعتين، مجموعة تكون المواجهة مباشرة التي فيه يكون تقبل المرض والبحث عن حلول وعن معلومات... الخ، ومجموعة تكون الاستجابة لديهم هروبية. (Manne, 2003, P53)

هذه الطرق لمواجهة المرض تجعلهم في النهاية يقيمون هذه الاستراتيجيات، هل هي مجدية أم لا لأجل تغييرها كلها، تهدف إلى خفض التوتر والقلق الذي يسببه خبر الإصابة بالمرض والذي له الأثر على مستوى نوعية الحياة. (مرازقة، بن زطة، 2017، ص ص333-334).

4-5 نموذج شالوك (1996) schalock: صنف شالوك (1996) نوعية الحياة إلى ثمانية أبعاد متنوعة، والتي تختلف في درجة أهميتها وفقا لتوجه الباحث وأهداف دراسته والمنطق النظري الذي يعمل به ونستعرضها كما يلي:

- نوعية المعيشة الانفعالية: وتشمل الشعور بالأمن، الجوانب الروحية، السعادة، التعرض للمشقة، مفهوم الذات، الرضا، والقناعة .

العلاقات بين الأشخاص وتشمل الصداقة الحميمة، الجوانب الوجدانية، العلاقات الأسرية، التفاعل والمساندة الاجتماعية.

- نوعية المعيشة المادية: وتشمل الوضع المادي، عوامل الأمان الاجتماعي، ظروف العمل، الممتلكات، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية .

- الارتقاء الشخصي: ويشمل مستوى التعليم، المهارات الشخصية، ومستوى الانجاز.

- نوعية المعيشة الجسمية: وتشمل الحالة الصحية، التغذية، الاستحمام، النشاط الحركي، مستوى الرعاية الصحية والتأمين الصحي، وقت الفراغ، ونشاطات الحياة اليومية .

- محددات الذات: وتشمل الاستقلالية، القدرة على الاختيار الشخصي، توجيه الذات، الأهداف، والقيم.

- التضمين الاجتماعي: ويشمل القبول الاجتماعي، المكانة وخصائص بيئة العمل والتكامل والمشاركة،

الحقوق الأساسية، الاحترام والكرامة. (Schalok Et Al, 2008, P180)

4-6 نموذج ستلز وونز (Steels And Ones (2000): هذا النموذج ركز على الجوانب الذاتية لنوعية الحياة كالسعادة والرضا عن الحياة. ويقوم هذا النموذج على محددات ثلاثة تتفاعل فيما بينها:

أولاً: طبيعة الشخصية من حيث المكونات والخصائص، وتشمل بعدين أساسيين هما:

- الانبساطية في مقابل الانطوائية.

- العصابية في مقابل الاتزان الانفعالي.

ثانياً: المرشحات الداخلية الخاصة، بالفرد وتتضمن مجموعة من الأبعاد الشخصية وجهة الضبط أو مركز التحكم:

- تقدير الذات

- التفاؤل في مقابل التشاؤم

ثالثاً: وتشمل كافة المكونات والأبعاد البيئية سواء المادية أو الاجتماعية وما تتضمنه من مصادر إشباع أو مساندة. (عبد القادر، 2020، ص47).

4-7 نموذج Reich Et Zautre ريتش وزوتر: أعطى Reich Et Zautre تفسيراً لنوعية الحياة، وربطها بالأحداث التي يعيشها الفرد. أي انجاز الإنسان الوجدانية والمعرفية التي من خلالها يكون

صورة لنوعية حياته. ومن أهم مبادئ النظرية:

1- الضبط المعرفي: ويظهر في التزام الفرد لإتباع سلوك معين، فالأفراد يتصرفون لإنجاز معين لأنهم يريدون ذلك. فهذه الحرية هي حرية الاختيار والتي لها تأثير كبير على طريقتهم في تفسير مسار حياتهم.

2- الوجدان الإيجابي: يرتبط بمجموعة من الأحداث التي يسير عليها الفرد فالمجهودات التي يبذلها الفرد مع متطلبات الحياة اليومية لها نتائج وتأثير على الحياة ومن الناحية الإجرائية دور الأحداث في نوعية الحياة تظهر في شكل عملية أو سيرورة تقويمية تحمل ثلاث مكونات حسب ما ذكره:

- الضغوطات التي يعرفها المحيط.
- الضغوطات المفروضة من الفرد (الرغبات).
- استجابات أفراد اتجاه هذه الأحداث.
- مستوى الرضا وعدم الرضا التي يشعر بها الفرد من مسار هذه الأحداث. (قواظمية، 2018، ص90-91).

4-8 نظرية مارتن سلجمان Martine Sligmen: إن من أهم أهداف نظرية سلجمان: تمكين الفرد من

الإحساس بالسعادة والرضا عن الحياة والصحة النفسية الايجابية أي نوعية الحياة الذاتية.

- للسعادة ثلاث مسارات متميزة حسب seligmen, et al 2005:

أ- الانفعالات الايجابية والاستمتاع بالحياة (البهجة والاستمتاع) (the pleasant life).

ب- الاندماج حياة الاندماج the Pleasant life والتدفق والتعايش التام مع الحدث أو الموقف.

ج- المعنى (الحياة ذات المعنى واضحة الغاية)

- بعد التفاؤل الشخصي Personal Optimas (كالانفعال الايجابي أو كتوجه في الحياة) والمعنى

الشخصي Personal Meaning كإطار عام يمكن الفرد من تلمس دلالات الخبرات الحياتية بصورة

ايجابية أهم محددات السعادة الشخصية والرضا عن الحياة ومشاعر الانجاز. (محمد السعيد، عبد الجواد،

أبو حلوة، 2014، ص33)

جدول رقم (01) يوضح مجالات البحث في علم النفس الإيجابي حسب Peterson Et Seligman (2004)

مجالات البحث في علم النفس الإيجابي		
مجال الخبرة الإيجابية الذاتية (مستوى الذاتي)	مجال الشخصية الإيجابية (مستوى الشخصي)	مجال السياق الاجتماعي (مستوى اجتماعي)
<p>من أهم موضوعاته:</p> <p>الأمل، السعادة، الهناء الشخصي، التفاؤل، والطمأنينة النفسية، والرفاهية النفسية، والصلابة النفسية، والمرونة النفسية، الصمود النفسي، والرغبة في التحكم، والرضا عن الحياة، والتوجه الإيجابي نحو الحياة، ونوعية الحياة، مواجهة الضغوط، الثقة بالنفس</p>	<p>ومن أهم موضوعاته:</p> <p>- الحب الشجاعة وتنظيم الذات والتوجه الذاتي الأداء المتميز مثل الأصالة والإبداع والعمق (الصفح) والمثابرة والموهبة التسامح والتدين والصدق والحكمة والتوافق الزوجي والذكاء الانفعالي والأمانة والمرح والرؤية المستقبلية</p>	<p>من أهم موضوعاته:</p> <p>الوسط البيئي النمائي المشجع لنمو الخبرة الإيجابية والأنشطة التطوعية ودورها في تنمية الموارد النفسية للشباب والأسرة كمؤسسة اجتماعية ودورها في نمو المواهب والمسؤولية والإيثار والمرح والتحمل وأخلاقيات العمل والكياسة والصبر</p>

وقد ذكر Peterson (2009) أن علم النفس الإيجابي يهدف "إلى إيجاد التطبيق والاتساق بين قدرات الفرد وإمكانياته والمهمة التي يؤديها، فيستطيع بذلك أن يصل إلى الإحساس بالثقة في قدرته والتمكن كما يحاول علم النفس الإيجابي الإجابة عن الكيفية إلى يتوصل بها الفرد إلى الإحساس الإيجابي بنوعية الحياة مما يجعله يتجاوز اهتماماته الضيقة إلى أهداف ذات قيمة تدفعه إلى الانضمام والإسهام في نشاطات وخبرات أوسع واسمي وأكثر دواما مع الذات. وهو إحساس الفرد انه يحيا حياة جيدة والتي يعرف في علم النفس الإيجابي بنوعية الحياة "quality of life" (7-3 PP).

- مجالات البحث في علم النفس الإيجابي حسب أبو حلاوة (2014):

يتميز كل عقل إيجابي بتوجه نحو مواضيع بحثية معينة في مجال علم النفس الإيجابي، ويمكن إن تعطي البحوث ثلاث مجالات بحثية متداخلة ومتفاعلة فيما بينها وهي:

- بحوث في مجال طبيعة ومحددات الحياة المبهجة أو الممتعة أو السارة Pleasant Of Life: مثل العلاقات، الهويات، الاهتمامات، صيغ الترفيه أو الاستمتاع أو الترويح على الذات.

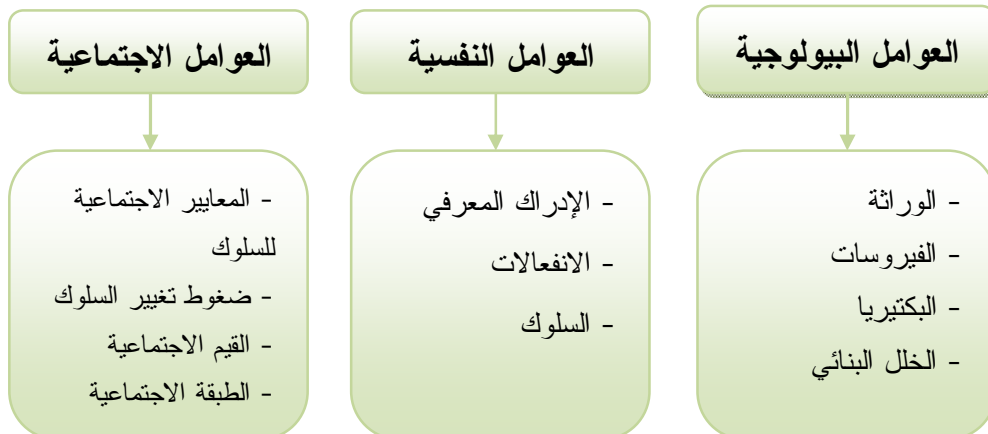
- دراسة الحياة الطيبة أو الحسنة أو الخيرة Good Life أو حياة الاندماج: ويناط بمثل هذه البحوث الاهتمام بدراسة التأثيرات المفيدة للانطباعات الإيجابية الاستيعاب، والتدفق وكل ما يؤدي إلى إحساس الأفراد بالاندماج المثالي في أنشطة حياتهم اليومية العادية.

- دراسة كل ما يؤدي إلى الحياة الهادفة ذات المعنى والقيمة Meaningful Life أو الانتماء في الحياة Affiliation، Of Life: ويحاول هذا المسار البحثي الإجابة عن السؤال التالي كيف يتوصل الأفراد إلى الإحساس الإيجابي بجودة الحياة بالانتماء والمتعة. (سماعيلي يامنة، نويوت فيصل، 2017، ص78).

4-9 النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي حسب رياض نايل العاسمي (2016): يرى الطب البيولوجي التقليدي أن المرض قد تكون له آثار نفسية ولكنه ينتج لعوامل غير نفسية على سبيل المثال قد يسبب مرض السرطان الاكتئاب ولكن لا ينظر إلى هذه المشكلات النفسية على أنها السبب في مرض السرطان.

- إضافة التطورات والتحديات طوال القرن العشرين بإلغاء السبب الرئيسي للأمراض، هي أسباب بيولوجية كيميائية فقط، فقد شملت تلك التطورات ظهور الطب النفسي، الصحة السلوكية، الطب السلوكي، الطب النفسي والجسدي Psychosomatique وأخيرا ظهور علم نفس الصحة الذي يسعى إلى فهم العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دورا مهما في المرض والصحة فهو إستراتيجية تمارس فيها آليات العلاج الطبي، النفسي والاجتماعي وقد أشارت الجمعية البريطانية للصحة إلى إن الصحة والمرض هما الآثار المزاجية بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ومنه ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، والذي يشمل المحددات البيولوجية، النفسية والاجتماعية. المحددات البيولوجية نجدها في الأمراض الوراثية وفي سمات الشخصية الموروثة. أما العوامل النفسية في هذا النموذج يتمثل في مستويات القلق وملامح الشخصية وأسلوب الحياة أما العوامل أو المحددات الاجتماعية فتتمثل في العوامل الثقافية، العلاقات الأسرية وأنظمة الدعم وقد تضمن هذا كله تعريف منظمة الصحة العالمية (1948) الصحة على أنها "حالة كاملة من الرخاء الجسدي والعقلي والاجتماعي وليس غياب المرض" (ص31).

مخطط رقم (05): يوضح النموذج الطبي النفسي الاجتماعي المطور من طرف أنجل (Engel 1977-1980)



- دور العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في الصحة والمرض:

أ- دور العوامل البيولوجية: وتتضمن العوامل الوراثية، الجينية، الفيزيولوجية، الجسمية، كذلك البكتيريا والفيروسات التي يتعرض لها جسم الإنسان، وتسبب له المرض والاضطرابات العضوية سواء كان مرضا حادا أم مزمنًا .

ب- العوامل النفسية: وتشمل الاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض العضوي، كالقلق والاكتئاب وأنماط السلوك السلبي، كالإدمان على المخدرات والإفراط في الأكل أو العزوف عنه والتدخين الخ باعتبار هذه السلوكيات وأنماط التفكير وغيرها من العمليات العقلية والمعرفية الوجدانية كالمعتقدات السلوكية والصحية وهي أنماط الشخصية وأساليب الحياة الغير سوية التي تؤثر في سرعة انتشار المرض العضوي.

ج- دور العوامل الاجتماعية: الفرد يعيش في جماعة يؤثر ويتأثر بالسياق الثقافي والسلوكي والفكري لهذه الجماعة فقد يشجع المجتمع بعض العادات الغير الصحية الغير والتي تؤثر على صحة الإنسان فالعلاقات الاجتماعية قد تسهم بشكل كبير، إما في زيادة الأمراض النفسية والعضوية وإما تكون مساهمة في تنمية صحته النفسية والجسمية والحفاظ عليها". (ص.57).

هذه النظريات والنماذج كلها أعطت تفسيراً لأسباب ظهور المرض، وكيفية الوصول إلى درجة من الصحة منها من ركزت على كيفية التغلب على المرض والارتقاء إلى الصحة بالاستعانة بإمكانياته والابتعاد عن السلوكيات المسببة للمرض وان الإنسان له القدرة على تخطي المرض بنجاح حسب روجرز (PMT).

إن الجانب الوقائي مهم في الحفاظ على مستوى من الذاتية، التي تمكنه من خلال إدراكه لوضعيته الصحية وكفاءته الإستراتيجية وسلوكات الصحية.

أما الجانب السيكوسوماتي فقد أشار إن أسباب المرض العضوي يحدث نتيجة لصراعات داخلية تولد الأمراض. فقد وصف الأمراض بأنها رمزية للمكبوتات حيث تقود المريض صراعاته إلى سطح الجسد وقبل إن يكون إنهاك جسدي. وإن العقل يؤثر على الجسد والجهاز المناعي ومن خلال التوازن الذي يحدده في العناصر الثلاث يحدث ما يسمى بـ Homeostaris الذي يحمي الإنسان من أي خلل في صحته.

ويبقى التفسير الأخير الذي وصف بالنموذج المتكامل (طبي نفسي اجتماعي): أن المرض والصحة ما هي إلا أنسجة تكامل وتفاعل كل من الجانب الفسيولوجي مع عوامل بيئية اجتماعية ونفسية تساهم بدرجة كبيرة في التحكم في درجة المرض أو الصحة.

ويبقى تفسير الصحة موضوع نسبي مرتبط بعوامل خارجية وداخلية كالبيئة التي يعيش فيها ومدى إدراك الإنسان لتهديدات التي تؤثر على توازنه الصحي، سواء نفسية أو اجتماعية أو وراثية أو بيولوجية كلها تساهم في الوصول إلى درجة من الصحة.

5- مجالات نوعية الحياة:

إن مجالات نوعية الحياة معقدة ومركبة وقد صف Graig a Jackson 2010 مجالات نوعية الحياة

تحت مسمى Rue 3 Bs وهي:

أ- **الكينونة (الوجود) Being**: وتنقسم إلى الوجود البدني كينونة جسدية physical being وفيه:

- القدرة الجسدية على التحرك وممارسة الأنشطة.

- أساليب التغذية.

- **كينونة نفسية Psychologique Being**: وتشمل محبة الفرد لنفسه وتوافقه مع مشاعره وإمكانياته المعرفية وتقديره لذاته.

- **كينونية روحية**: وتعنى بقيم الفرد ومعايير الشخصية للسلوك ومستواه الأخلاقي ومعتقداته الروحية التي قد ترتبط أو لا ترتبط بالدين.

ب- **الانتماء Belonging** ويضم:

- **الانتماء الاجتماعي social belonging** القرب من الأسرة التي يعيش فيها:

- وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء شبكة علاقات اجتماعية قوية.

- **الانتماء للجماعة**: هو مدخل الاستغلال للمواد التي تكون عادة متاحة للفرد المنتمي إليها كالخدمات الصحية والرعاية الاجتماعية والحمل والدخل والأمن المالي الكافي والبرامج الترفيهية.

(منتصر، كمال الدين محمد، 2007، ص 51)

ج- **السيرورة Becoming**: وتشير السيرورة إلى النشاطات الهادفة التي يقوم بها الفرد لتحقيق أهدافه وأماله وغاياته وتضم.

- **السيرورة العلمية** Parctic Becoming: وهي القيام بالأعمال والمهام اليومية كالجوانب المنزلية والمدرسية والأعمال التطوعية والاهتمام بالصحة والحاجات الاجتماعية والعمل في وظيفة أو الذهاب إلى مؤسسات تعليمية .

- **السيرورة الترفيهية** Leisure Becoming: وهي النشاطات التي توفر الاسترخاء وتقلل من الضغط النفسي مثل ممارسة الرياضة الزيارات العائلية والنشاطات ذات المدى الطويل مثل الإجازات والعطل وممارسة النشاطات الترفيهية داخل المنزل وخارجه .

- **السيرورة التطورية** الارتقائية becoming coroth وتقوم على تحسين الكفاءة البدنية والنفسية والاستمرار في تحسين وتطوير المعارف والمهارات والقدرة على التوافق مع التغيرات وتحديات الحياة (أبو حلاوة، 2010، ص 07)

5-1 مجالات نوعية الحياة حسب المشعان والحويلة (2013): قسما نوعية الحياة إلى أربع مجالات الصحة الجسمية، النفسية، المجال الاجتماعي، المجال البيئي كما يلي:

- **الصحة الجسمية:** وتشمل إدراك الفرد لنوعية حياته من جوانب محددة أهمها: النشاط أو الطاقة، التعب، الألم، عدم الراحة والنوم.

- **الصحة النفسية:** ويتضمن هذا المجال تقدير الفرد لنوعية حياته في عدد من الجوانب أهمها: المظهر، صورة الجسم، تقدير الذات، التفكير، التعلم، الذاكرة، التركيز والانتباه.

- **العلاقات الاجتماعية:** وتشمل العلاقات الشخصية والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد.

- **البيئة:** ويشمل الحرية، الأمان الشخصي والجسمي، الرعاية الصحية، بيئة المنزل، نشاط وقت الفراغ، التلوث، الضوضاء، الطقس ووسائل المواصلات. (المشعان، الحويلة، 2003)

6- مظاهر نوعية الحياة: حصرها التلوني (2013) في:

- الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة.

- إشباع الحاجات والرضا عن الحياة .

- العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال .

- إدراك الفرد وإحساسه بمعنى الحياة .

- نوعية الحياة الوجودية والذاتية لجوانب الحياة . (عواطف مام، خضرة حلاب، 2017، ص 233)

7- مناحي نوعية الحياة:

لقد ذكر رياض نايل العاسمي (2016) عدة مناحي لنوعية الحياة منها الطبية والاجتماعية والنفسية وسوف نستعرضها كما يلي:

7-1 المنحى الطبي: Medical oriented لقد أصبح مفهوم نوعية الحياة موضوعا هاما في مجال الصحة فكثيرا من الأطباء ومديري المستشفيات اهتموا بتعزيز ودفع نوعية الحياة لتصبح هدفا واقعا في التعامل مع المرضى مع توفير كل الدعم وان جودة الخدمات الصحية من المفاهيم الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية للمريض وقد بين (Ellis & whitng 1993) أنها مجموعة الإجراءات الصحية المقدمة إلى المترددين إلى المراكز الصحية وضح Nakajima 1997 أن "جودة الخدمات الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للخطر على نحو نظامي وموضوعي يحسن الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات عن طريق مستخدمي الصحة وذلك باستعمال مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية وبما يضمن تحقيق النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة وما يلبي احتياجات المرضى". (رياض، نايل العاسمي، 2016، ص 418-415).

7-2 المنحى الاجتماعي Socially oriented: إن الجانب الاجتماعي لنوعية الحياة يصب في مؤشرات موضوعية نذكر منها:

- **السكان ونوعية الحياة** Populatoin And Quality Of Life إن معدل المواليد والوفيات يمكن أن تشير إلى مقدار الدعم والخدمات الاجتماعية التي تقدم للأفراد كما إن المعلومات الخاصة بهجرتهم توضح ما تتمتع به مجتمعات معينة من خدمات وأمن، مما يجعلها مناطق جذب عن مناطق أخرى، لا تتوفر فيها هذه العناصر الهامة للحياة إن علماء الاجتماع عند اهتمامهم بدراسة نوعية الحياة ركزوا على المؤشرات الموضوعية مثل معدلات المواليد، الوفيات، ضحايا الأمراض المختلفة، نوعية المساكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، مستوى الاستيعاب والقبول في مراحل التعلم المختلفة، إضافة إلى مستوى الدخل، ..الخ.

- **نوعية الحياة والعمل:** Quality Of Life And Work يرتبط مفهوم نوعية الحياة بما يقوم به الفرد من عمل أو ما يشغله من وظيفة وثمة محددات هامة يمكن اعتبارها في هذا الصدد، أن يكون لها تأثير على تحقيق هذا ويشير "والتون" لهذه المحددات داخل المؤسسات لتحسين نوعية الحياة في إطار العمل ومن هذه المحددات:

- الأجر المناسب والعاقل.
- توفير بيئة عمل صحية آمنة.
- الحق في نمو المهني المستمر.
- الحق في عضوية النقابات والمؤسسات.
- التكافل الاجتماعي ويعبر عنه بمناخ العمل الذي يؤكد وجود شعور أو إحساس جيد بين العاملين والانتماء إلى العمل .

- توفير الخدمات العينية، مثل البرامج الترفيهية التامين الصحي، برامج تأهيل للتقبل المعاشي.

- **ضغوط العمل:** work stress إن الضغوط في العمل تؤثر على نوعية الحياة ومن أهم هذه الضغوط، ضغط العمل ونوعية الإشراف غير الجيد، سوء توزيع المسؤوليات، غموض الدور... الخ كلها تؤثر على نوعية الحياة للأفراد لذلك كان حسن التعامل مع هذه الضغوط وتطبيقاً لمبدأ (تفاعل ولا تتفاعل) من أحسن الطرق لتفادي ضغوطات العمل" (ص.409).

أعطى هاوس وآخرون (House Et Al (1985): أن المصادر الاجتماعية تتألف من ثلاثة مكونات: الشبكة الاجتماعية، العلاقات الاجتماعية، الدعم الاجتماعي.

- **الشبكة الاجتماعية للفرد:** هي النطاق الواسع لكل الوصلات الاجتماعية التي يمتلكها الفرد والعلاقات الاجتماعية ويشير الدعم الاجتماعي إلى وجود الرعاية والمساعدة التي تأتي من هذه العلاقات، فإن الشخص الذي لديه شبكة اجتماعية صغيرة تصاحبه درجة كبيرة من الدعم الاجتماعية، قد يكون أفضل حالاً من الذي لديه شبكة اجتماعية كبيرة دون وجود أصدقاء مقربين. (Kiecolt et al, 1996)

- **الدعم الاجتماعي:** يعطي المشاعر الايجابية أي إننا نمتلك دعم اجتماعي تسمح لنا بإدراك الضغوطات على أنها قابلة للإدارة، وكذلك الذين يمتلكون شبكات اجتماعية قوية يكونون أكثر احتمالاً للثقة في الآخرين.

3-7 نوعية الحياة والمنحى النفسي Oriented Quality Of Life And Psychological: يعتمد هذا المنحى على عدة مفاهيم نفسية أساسية، منها مفهوم القيم، الإدراك الذاتي، الحاجيات، الاتجاهات، الطموح والتوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق والصحة النفسية... الخ. ولو نظرنا إلى الإدراك في نوعية الحياة من الجانب النفسي، فهو الإدراك الذاتي. فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه.

أما القيم فقد اعتبرها روكش ميلتون Rokeach Milton أنه مفهوم أساسي يجب أن يحتل مكان الصدارة لما له من دور مهم في حياة الأفراد، إضافة إلى أهميته في تفسير الطموحات والتوقعات الخاصة بالأفراد ومؤشر القيم مؤشر نفسي دال على تقدير الفرد لقيمة الحياة في كل جوانبها المختلفة وقد ذكر ماسلو إشباع الحاجات كعنصر أساسي لنوعية الحياة وجوهره، وقد وضعها في مستوياته الخمس للحاجات:

- كالحاجة الفسيولوجية، الحاجة للأمن، الانتماء، الحاجة للمكانة الاجتماعية وتقدير الذات.

- ولو نظرنا إلى هرم ماسلو للحاجات، نجد أنه إمام بنوعية الحياة الموضوعية والذاتية معا لان الإنسان كائن مادي ومعنوي أي هناك تكامل وارتقاء في الحاجات من الموضوعي وصولا إلى الذات.

(رياض، نايل العاسمي 2016، ص ص 412- 413)

- وحسب محمد رفعت (1981): أظهرت دراسة أجريت على 7000 من الذكور السويديين على مدى 35 عام إن هناك علاقة قوية بين السكري النوع الثاني والضغط النفسي المرتبط بالعمل أو المنزل الذي يزيد احتمالية الإصابة بمرض السكري بنسبة 50 بالمائة بسبب عمل هرمونات الضغط النفسي مثل الكورتيزول على مدى فترات طويلة.

ويؤدي تزايد الضغط إلى التأثير على نوعية الحياة، فقد أظهرت النتائج بان متوسط أعمار المرضى هو 45 و 75%، 71.6 منهم لا يعانون من أي مضاعفات، وان السكري أدى إلى تدهور نوعية الحياة حيث أن متوسط الدرجة الكلية لنوعية الحياة يساوي 3، 768 والمتوسط يساوي 3، 858 لمحور اثر المرض و3، 374 لمحور القلق و3، 574 لمحور الرضا. (وأكد رابح، 2019)

8- مؤشرات نوعية الحياة:

إن المصطلح يدل على القياس وقياس نوعية الحياة اختلف فيها العلماء لصعوبة المصطلح الذي يعنى به الكثير من جوانب موضوعية وذاتية وحسب Mosen 1995 فإن محاولة قياس نوعية الحياة تتضمن أربع مؤشرات نستطيع من خلالها، تقدير درجات إحساس الفرد بنوعية الحياة وهي:

8-1 المؤشرات النفسية: وتتحدد في شعور الفرد بالقلق، أو الاكتئاب والتوافق مع المرض والشعور بالسعادة.

8-2 المؤشرات المهنية وتتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبها وقدرته على تنفيذ مهام وظيفته وقدرته على التوافق مع واجباته.

8-3 المؤشرات الاجتماعية وتوضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

8-4 المؤشرات الجسدية البدنية وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام والنوم والشهية والقدرة الجنسية. (أبو سريع وآخرون، 2006)

9- أبعاد نوعية الحياة:

إن نوعية الحياة مفهوم متشعب الفروع والأبعاد يدخلنا في إشكالية بين ما هو ذاتي وموضوعي فقد انحاز بعض العلماء إلى الجانب الموضوعي، والذي يركز على الحالة المادية للأفراد ومستوى المعيشة وتحقيق الرخاء. أما الطرف الآخر الذي يميل إلى تقدير نوعية الحياة للجانب الذاتي يرى أنها هي الرضا والسعادة ومدى الرفاهية التي يصل إليها الفرد في حياته على هذا سوف نتناول البعدين للفهم أكثر.

9-1 البعد الذاتي: عرف (Rourki & Dalky 1973) نوعية الحياة من الجانب الذاتي أنها إحساس الأفراد بالكينونة السليمة ورضاهم أو عدم رضاهم بالسعادة أو اللامعانة وأكد كامبل على أن الرضا والسعادة مختلفين كمفهوم، قائلًا بان الشعور بالرضا، يتطلب خبرات أو تجارب عقلية أو إدراكية بينما تستدعي السعادة خبرات أو مؤشرات عاطفية. (kourki & dalkey, 1973, p32)

أما كوبال وآخرون (complell et al (1976) "نوعية الحياة انه يترجم الحكم الذاتي للإنسان انطلاقا من الدرجة التي يرضى بها احتياجاته في مجالات الحياة المتعددة". (comolell et al, 1976)

والبعد الذاتي لنوعية الحياة من أهم أبعاد نوعية الحياة والأكثر أهمية لما له من دور في تحقيق التوافق والسعادة والرضا لدى الأفراد وحيات أفضل فالرضا يعطي الإحساس بالسعادة والرغبة في الحياة سواء للأصحاء أو المرضى ويعكس الرضا عن الحياة مجموعة من التجارب التي أثرت في حياة الأفراد سواء كانت بطريقة ايجابية أم سلبية فالتجارب الايجابية والناجحة في حياة الأفراد لديها القدرة على تحفيز طاقة الأفراد على متابعة الأمل والتفاؤل. وفي المقابل فان تعرض الفرد إلى الأحداث السلبية المستمرة في حياته وفشله في تخطيها بنجاح سوف يقلل من شعور الفرد بالثقة بنفسه وقدراته على مواجهة العقبات مما ينعكس سلبا على شعور الفرد بالرضا عن حياته فالإفراد الأكثر سعادة والأكثر رضا عن حياتهم هم الأفراد الأقل تركيزا على السلبيات والأحداث المؤلمة في حياتهم.

(Baliey, Eng, Frisch & Snyder, 2007)

9-2 البعد الموضوعي: أعطى بعض العلماء شرحا وتعريف للبعد الموضوعي في نوعية الحياة وسوف نستعرض ما يلي:

يرى العارف بالله الغندور (1999): أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، العمل والتعليم يمثل أحد مستوياته وهو انعكاس مباشر لإدراك الفرد لنوعية حياته في وجود المتغيرات الأخرى التي تدخل نطاق تفاعلاته(العارف بالله، 1999).

وكذا أعطى حسن مصطفى عبد المعطي (2005) مفهوما للبعد الموضوعي لنوعية الحياة، بأنه "يستخدم للتعبير عن رقي الخدمات المادية والاجتماعية والتي تقدم لأفراد المجتمع. أو أن نوعية الحياة تعبر عن نزوع نمط الحياة التي تتميز بالترف هذا النمط الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة"(حسن مصطفى، عبد المعطي، 2005).

- وقد حدد الجوهرى أبعاد ستة لنوعية الحياة هي:

1- الصحة الجسدية: وتعني مجموعة المهارات الوظيفية التي تحدد مستوى الأداء والنشاط لدى الفرد ويتم التعرف عليها من خلال مؤشرات محددة، وهي الصحة، المرض، التعب، النوم والتغذية.

2- الصحة النفسية: ويقصد بها حالة التوافق والانسجام في الوظائف النفسية المختلفة التي تؤدي بالفرد إلى حسن استثمارها في تحقيق التلاؤم بينه وبين الظروف المحيطة به، ويمكن الكشف عنها من خلال مؤشرات معينة كالرضا عن صورة الجسد وغياب المشاعر السلبية، والقدرة على التحكم في الانفعالات والتقدير الذاتي والتمتع بالقدرات الذهنية.

3- الاستقلالية الذاتية وتعني امتلاك القدرة على تحمل المسؤولية الذاتية لتحقيق متطلبات الذات والعمل، وذلك وفق مؤشرات محددة هي بذل الجهد والاهتمام بحسن الأداء والقدرة الفردية على معالجة المشاكل التي تظهر أثناء الأداء .

4- العلاقات الاجتماعية والزوجية: ويقصد بها الاتصال بالآخرين داخل الأسرة وخارجها من خلال إقامة العلاقات، والمشاركة في النشاطات الاجتماعية. ويمكن التعرف على نوعية هذه العلاقات من خلال المؤشرات المتمثلة في الاحتكاك بالآخرين والاعتقاد بشأن نواياهم، إنشاء صداقات الدعم الأسري والعلاقات مع الزوج".(ص119).

5- البيئة المحيطة: وتعني الحساسية والاستجابة للتأثيرات والتغيرات المناخية والفيزيائية الواقعة في البيئة والمحيط حيث تتحدد كل مؤشرات هذه الاستجابة بمدى الانزعاج من التغيرات التي تشهدها البيئة المناخية التعامل مع الصخب والازدحام ووسائل التنقل، الوسط العائلي، توفير العناية الصحية والاجتماعية ونوعيتها، والمشاركة في النشاطات الترفيهية، بغرض الحصول على معلومات جديدة والمعارف.

6- الجانب الديني والتوجه نحو الحياة: ويقصد به الإيمان بالمعتقدات الدينية ومدى الالتزام بها من خلال ممارسة السلوكيات والشعائر المختلفة التي تجسد تلك المعتقدات، بالإضافة إلى التوجه نحو الحياة من خلال التفاؤل أو التشاؤم ويتحدد ذلك بمؤشرات معينة هي المعتقدات والممارسات الدينية التفاؤل والتشاؤم. (فاطمة الزهراء، 2015، ص ص 49-50)

ويرى (frish et al (2005) أن تقييم نوعية الحياة من خلال ثلاث أبعاد أو جوانب هي:

- من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة أو الاستمتاع).

- التقدير الذاتي للرضا في مجالات مهمة كالعمل، الصحة والعلاقات مع الآخرين.

- البيانات الديمقراطية بالنسبة لنوعية الحياة (المؤشرات الاجتماعية والموارد أو العوائق).

(frish et al, 2005)

10- مقومات نوعية الحياة:

الحياة للجميع وكل ما فيها حق للجميع بما في ذلك المشاعر الايجابية والحياة الجيدة، وهذا الحق

لا يتحقق إلا من خلال مقومات تساهم للوصول إلى نوعية حياة جيدة، نذكرها حسب سليمان (2009):

1- ذات الإنسان: ما هي إلا انعكاس لكل ما بداخل الإنسان، وتتمثل في قدراته، طموحاته، مهاراته وهي نتاج الخبرات التي يمر بها في حياته وتقبله لذاته ورضاه يجعله يشعر بالسعادة والحياة.

2- إشباع الحاجات: إن توفر الإمكانيات والحاجات التي يحتاجها الإنسان في حياته اليومية تجعله يتمتع بنوعية حياة جيدة، وحسب إبراهيم ماسلو قسم الحاجات إلى خمسة حسب أولوياتها، أولها الفينولوجية وآخرها تحقيق الذات مع وجود احتياجات أخرى كالأمن والاحتياج للجانب الاجتماعي والتقدير، كلها تعكس السعادة للفرد.

3- المعنى الايجابي للحياة: تستمد الإيجابية في الحياة من مصادر ثلاث:

أ- القيم الإبداعية.

ب- القيم الخبراتية.

ج- القيم الاتجاهية.

4- العلاقات الاجتماعية: إن بناء العلاقات الاجتماعية بين الأفراد والجماعات أمر مهم في التوافق

النفسي، وهذا من خلال الإحساس بالحماية والمساعدة، كلها تخلق قيمة ذاتية ورضا.

5- الرضا عن الحياة: إن الرضا يعكس التقبل للحياة، وهو مقياس للرفاهية ويتأثر بعوامل منها

الخبرات الحياتية، مستوى التعليم، الحالة الاجتماعية والاقتصادية وغيرها التي تمكنه من الوصول إلى نوعية حياة جيدة.

6- الذكاء الوجداني: إن فهم الإنسان لمشاعره وعواطفه تمكنه من التواصل وتفهم انفعالات الآخر، ويمنع الذكاء الوجداني كل الأفعال أو الأفكار السلبية والإحباطات، فهو يستطيع أن يصرف كل ما هو سلبى بشكل سليم.

7-التدين: حسب زعطوط وقريشي (2001) وهو الممارسة الفعلية لتعاليم الدين من تسامح ومعاملة حسنة وغيرها من المعاملات الحسنة التي تجعل الإنسان يعيش بداخله بسلام وسعادة.(علوطي عاشور، عريوة مريم، بن منصور حدة، 2017، ص ص211-212)

11- نوعية الحياة والصحة:

إن نوعية الحياة مصطلح ترعرع في ميدان الصحة بتعقيدهاته وخصوصياته من مفهوم شمولى عام إلى مفهوم خاص، مرتبط بالحالة الفعلية الآنية تحت تأثير المرض على مختلف جوانب الحياة بمعنى أدق، إدراك الفرد لحالته وفق نسق معياري وثقافي لصحته المدركة ونوعية حياته المدركة بالصحة مقدرة أما ذاتيا أو من قبل المختصين بواسطة مقاييس خاصة أعدت لذلك وان تناول الطبي لم يشمل مفهوم نوعية الحياة سوى المجالات المتعلقة بالصحة وتأثير المرض أو العلاج على الحياة الشخصية والاجتماعية وان تعريف الصحة الذي اقترحته منظمة الصحة العالمية كان له تأثير عميق على مقاربة مفهوم نوعية الحياة في مجال الطب الحيوي "الصحة هي حالة الرخاء الجسدي والنفسي والاجتماعي الكامل وليست مجرد غياب المرض أو العجز".(منظمة الصحة العالمية، 1946)

اليوم الكل يعتمدون في تحديد نوعية الحياة المتعلقة بالصحة على هذا التعريف ويحتفظون بثلاثة أبعاد رئيسية: الجسدية والنفسية والاجتماعية، من أجل الحفاظ على الطابع الذاتي والمتعدد الأبعاد للمفهوم وتجنب اختزاله مع الأخذ بعين الاعتبار درجة الرفاهية وإدخالها في تقدير خبرة المريض بمرضه على المستوى الوظيفي(الجسدي وأنشطة الحياة اليومية) الاجتماعي، العاطفي، الجنسي، الإدراكي وأهدافه والتعبير عن الشعور وبالعجز أو فقدان الثقة بنفسه. (Thieivry Soulas, Anne, Bedart, 2012,p32)

- خلاصة:

تعتبر نوعية الحياة Quality Of Life احد أهم المفاهيم المنبثقة عن نظرية سلجمان والتي تنتمي لعلم النفس الايجابي هذه الأخيرة هدفها الوصول بالإنسان إلى الرضا والسعادة والرفاهية وقد وضعت منظمة الصحة العالمية مقاييس هدفها معرفة مستوى نوعية الحياة خاصة لدى المرضى المزمنين من خلال المؤشرات النفسية والجسمية وعلاقتهم الاجتماعية والبيئية وهذا من خلال أبعادها الذاتية والموضوعية التي فسرت من عدة اتجاهات، منها الطبية، الاجتماعية والنفسية... الخ، وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن نوعية الحياة الجيدة لها الدور في التحكم في المرض ومضاعفاته، كمرض السكري. ومن بين مجالاتها المتعددة منها المجال الجسمي، النفسي، البيئي والاجتماعي... الخ

الفصل الرابع

داء السكري

- تمهيد

1- تاريخ مرض السكري

2- تعريف مرض السكري

3- أنواع مرض السكري

4- أسباب مرض السكري

5- مضاعفات ومشكلات مرض السكري

6- تشخيص مرض السكري

7- علاج مرض السكري

8- مراحل تقبل العلاج

9- التكيف مع المرض

10- مرض السكري في الجزائر

الخلاصة

- تهديد:

يعتبر مرض السكري من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا وخطورة على المريض، نتيجة لمضاعفاته الصحية التي تؤثر على جسم المريض كتصلب شرايين القلب والفشل الكلوي وغيرها من المضاعفات الخطيرة، لذلك اخذ حصة الأسد في البحوث والدراسات العلمية وحتى المنظمات الصحية العالمية هذا لتهديديه المتزايد على حياة وصحة الأفراد والذي يعيق سير حياتهم بشكل طبيعي.

1- تاريخ مرض السكري:

يعد مرض السكري من أقدم الأمراض البشرية المعروفة. وقد تجدر اسمه الكامل Diabetes Sugar و Shphon Mellitus ويضيف هذا الاسم بشكل اكبر الأعراض الواضحة للسكري غير المضبوطة التي تتمثل في كميات كبيرة من البول الذي يحتوي على السكر وخصوصا الغلوكوز وكان الفرس والهنود والمصريين القدامى قد وصفوا أعراض المرض، لكن الفهم السليم للحالة قد تطور فقط خلال 100 سنة الأخيرة، وقد تم اكتشاف الأنسولين من طرف الطبيبان الألمانيان في أواخر القرن التاسع عشر بأن غدة البنكرياس غدة كبيرة خلف المعدة هي مصدر المادة (الأنسولين) تفرز من أجل وقف وتعديل ارتفاع مستوي الغلوكوز في الدم.

وفي عام 1921، اكتشف ثلاث علماء كنديين الغز الذي أطلقوا عليه الأنسولين، داخل مجموعة صغيرة من الخلايا التي توجد داخل البنكرياس تعرف بجزر لانجر هارس. وعندما أصبح الأنسولين متوفر كعلاج للسكري بعد عام 1922 اعتبر معجزة طبية غيرت الآمال المستقبلية للذين يعانون من هذا المرض، وبعد 30 عاما اكتشفت إمكانية معالجة نوع من السكري بتناول أقراص ودواء مخفض الغلوكوز في الدم، ودفع هذا التطور الجديد الأطباء إلى التمييز بين نوعي من المرضى. (ر ودي، دبليو بيلوس، 2013، ص02)

2- تعريف مرض السكري: Diabete

- عرفته منظمة الصحة العالمية (OMS) "انه حالة من ارتفاع مزمن للسكر في الدم يرتبط بعوامل وراثية وخارجية وتدرجه ضمن فئة الأمراض المزمنة الخمس المميّنة في العالم والتي تعرف حسب منظمة الصحة أنها أمراض تتطلب متابعة علاجية طويلة المدى لفترة لا تقل عن عدة أشهر، تتطور مع الوقت مسؤولة عن 60 بالمئة من الوفيات، من بينها نجد أمراض معدية كالسيدا وأخرى غير معدية كأمراض القلب، السرطان والسكري". (jullette, bloch, 2010, p14)

- ويعرف مرض السكري طبيا حسب بوزيوت، مراد (1994) على أنه "ارتفاع مزمن لنسبة السكر في الدم ناجم عن عدم قدرة الجسم على تمثيل الكربوهيدرات Les Hydrate De Calore فيسبب اضطراب ثانوي في عملية الايض المعقدة الخاصة بالدهون Lipides والبروتينات Protides، ونسبة السكر في الدم عند الإنسان العادي تتراوح ما بين 0.7 غ و 1.30 غ وعند المصابين بداء السكري فإنها تفوق ذلك". (ص.8)

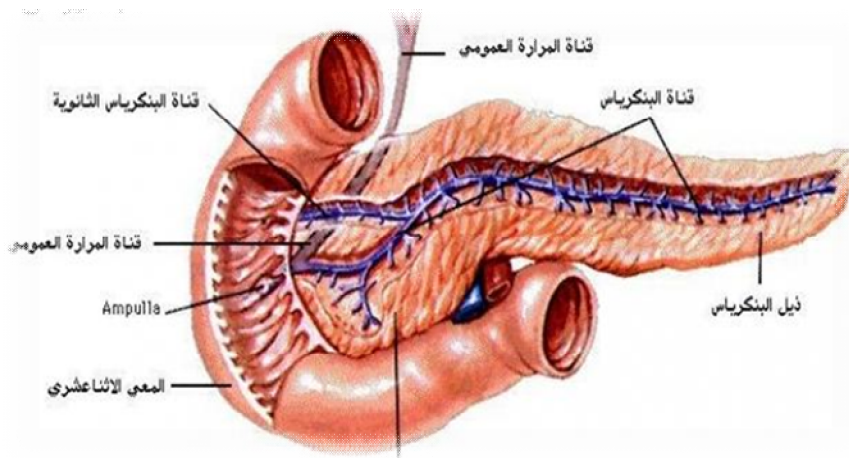
- وحسب سمير واحمد أبو العيون (2013) Hyperglycemia mellitus diabetes أنه مرض هرموني شائع، يتميز بارتفاع مستوى سكر الدم الجلوكوز عن المعدل الطبيعي، حيث يفقد الخلايا المسؤولة عن استيعاب الجلوكوز القدرة على استهلاك الجلوكوز أو تخزينه في الكبد أو العضلات أو خلايا الدهنية ولذا يرتفع السكر عن معدله الطبيعي ويتميز بظهور مؤشرات:

- أ- ارتفاع مستوى السكر في الدم.
- ب- ظهور الجلوكوز في بول الشخص المصاب.
- ج- زيادة عدد مرات التبول عن المعدل الطبيعي.
- هـ- الإحساس الشديد بالعطش نتيجة الفقد الشديد للماء في صورة البول.
- و- الضعف الشديد مع زيادة القابلية في تناول الطعام. (سمير، أحمد أبو العيون، 2013)

1-2 تعريف البنكرياس Pancreás:

عرفها زهير الكرمي وآخرون (د.ت) هي عبارة عن "غدة قنوية تفرز إنزيمات هاضمة وفيها أنسجة عدة صماء موزعة على مجموعات تسمى جزر لانجرهاتر، وتوجد البنكرياس في الأثني عشر وتفرز إنزيمات هاضمة فيه كما تفرز من جزر لانجرهاتر هرمون الأنسولين مما يزيد نسبته في البول فيحدث مرض البول السكري". (ص.88)

الشكل رقم (01) مقطع عرضي للبنكرياس



2-2 تعريف هرمون الأنسولين:

عرفه محمد بن السعد (2008) "الأنسولين هو هرمون تفرزه خلايا خاصة في البنكرياس تسمى خلايا بيتا، أي الخلايا رقم 2 وهي ضمن مجموعة من الخلايا المنتشرة علي شكل جزر داخل

البنكرياس وتعرف بجزر لانجرهاتر نسبة إلى مكتشفها، ويتكون هرمون الأنسولين من سلسلتين من الأحماض الامينية مرتبطين بروابط كيميائية، والأنسولين ضروري للجسم كي يتمكن من الاستفادة واستخدام السكر والطاقة في الطعام حيث يعمل على منع تراكم السكر وزيادة منسوبه في الدم مهما تناول الإنسان من سكريات ونشويات، وإبقاء مستوى السكر ثابتا طوال الأربع وعشرون ساعة". (محمد بن سعد، 2008، ص21)

3- أنواع مرض السكري:

إن مرض السكري يختلف في أسبابه وأعراضه وهذا حسب نوعه فحسب Branner And Sudath (1982) توجد عدة أنواع نذكرها كما يلي:

- **السكري نمط (1) (IDDM) Diabete Type (1)** ويسمى Insuline Dependend Diabrtes Mellitus وفي هذا النوع يكون إفراز الأنسولين من البنكرياس منعدم أو إفرازه ضعيف جدا". (P. 640). ويعرفه كذلك Nettine (1996) بأنه "خلل في عملية تحميل الجلوكوز داخل جسم الإنسان، ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز مادة الأنسولين من البنكرياس أو عدم إفرازه أو نقص فعالية الأنسولين مما يسبب زيادة نسبة السكري في الدم، وبالتالي تحدث اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون" (p. 1303).

ويشير (kishaw 1999) إلى أن "نسبة حدوث مرض السكري من النوع الأول أثناء الحمل تتراوح بين 2-5 لكل ألف حالة حمل بينما بالنسبة للنوع الثاني نسبة حدوثه أثناء الحمل تتراوح بين 0.5 - 1.25 ألف حالة حمل" (P.6).

- **السكري نمط (2) (NIDDM) Diabete type (2)** ويسمى مرض السكري الغير معتمد على الأنسولين Non Insulin Dapendent Mellitus، كذلك يسمى سكر الكبار أو سكر البالغين، هو أكثر شيوعا في منتصف أو متأخر العمر يحدث بسبب انخفاض كمية الأنسولين أو عدم فعاليتها الطبيعية بحيث يرتفع الجلوكوز ببطء في الدم وتتكسر كميات اقل من الدهون أو البروتينات وتنتج كميات اقل بكثير من الكيتونات وعليه فان خطر الإصابة بالغيوبة الكيتونية يكون أقل. (عطية، دليبة، 2017، ص126)

ويشكل السكري نمط 2 تقريبا 90% ممن يعانون من مرض السكري، وعرفه شيلي تيلور (2008) أنه "يحدث عادة بعد سن الأربعين وهو النمط الأكثر شيوعا، وفي هذا النوع قد ينتج الأنسولين ولكن ليس بالقدر الكافي، أو أن الجسم قد لا يتجاوز مع الأنسولين المنتج، وينشأ على الأغلب بسبب نمط الحياة ويتضمن ضمن اضطراب في ايض الجلوكوز وفي توازن ما بين إنتاج الأنسولين واستجابة

الجسم له، واتضح أن هذا التوازن قد يتعرض للاختلال بسبب عوامل تساهم في حدوثه منها السمنة والتعرض للضغط " (ص.8).

- **سكري الحمل:** Gestational Diabetes Mellitus حسب المرزوقي جاسم (2008):

غالبا ما تتعرض إليه السيدات الحوامل التي يعانين من وجود تاريخ مرضي لداء السكري في العائلة، واللاتي يعانين من قصور الجسم في حالة نقص الغلوكوز أي عندما يأكل الإنسان مواد سكرية فان البنكرياس غير قادرة على التخلص منها بسهولة وزيادة الوزن، واللاتي يزدن أطفالا أوزانهم أكثر من 4 كلغ. (عطية، دليبة، 2017، ص131)

- **مرض السكري المصاحب لأسباب أخرى:** Diabetes Mellites Associated With Other Condition Or Syndromes Branner And Sudarth(1982) عرفه بأنه " يحدث نتيجة لتعاطي أدوية أو نتيجة لأمراض أو اضطرابات هرمونية " (P.640).

4- أسباب مرض السكري:

4-2 أسباب مرض السكري حسب رودى بيلوز (2013):

1- **الوراثة:** وجد العلماء بدراستهم للتوائم المتشابهة وأشجار عائلات مرضى السكري أن الوراثة عامل في الإصابة بالسكري، بنوعيه الأول والثاني وثمة احتمال بنسبة 50 بالمئة لإصابة الفرد الثاني من التوأم بالنوع الأول من السكري إن كان التوأم الأول مصابا كما هناك فرصة بنسبة 5% لإصابة الطفل بالمرض أن كان هناك احد الوالدين يعاني منه، أما بالنسبة للنوع الثاني فمن المؤكد إصابة الفرد الثاني من التوأم بالمرض أن كان الأول مصابا به. وقد استطاع العلماء تحديد بعض الجينات التي يبدو أن لها دورا في الإصابة بالسكري لكن عدم استبعادها لأسباب أخرى التي تسبب مرض السكري.

2- **العدوى:** اكتشف العلماء أن النوع الأول من السكري الذي يصاب به الأطفال والشباب يأتي على الأرجح في فترات معينة من السنة، حيث يكثر السعال ونزلات البرد ويعرف أن لبعض الفيروسات مثل فيروس النكاف وفيروس كوكسكي القدرة على إلحاق الضرر بالبنكرياس والتسبب بالسكري لكن من النادر جدا أن يتمكن الأطباء من ربط الإصابة بالسكري بعدوى محددة، وقد يكون التفسير الممكن لذلك هو أن العدوى قد تكون نشأة سابقا لكن ظهرت فقط بعد سنوات طوال.

3- **البيئة:** غالبا ما يكون الأشخاص الذين يصابون بالنوع الثاني من السكري من أصحاب الوزن الزائد أو يكون نظامهم الغذائي غير متوازن ومن المثير للاهتمام إن الإشارة إلى أن الأشخاص الذين

ينتقلون من بلد يقل فيه خطر الإصابة بالسكري إلى آخر يرتفع فيه الخطر والإمكانية نفسها للإصابة بالمرض مثل سكان البلد الآخر.

ويوجد رابط وثيق بين وزن الجسم والإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري ويشير هذا إلى روابط مهمة بين النظام الغذائي والبيئة والسكري .

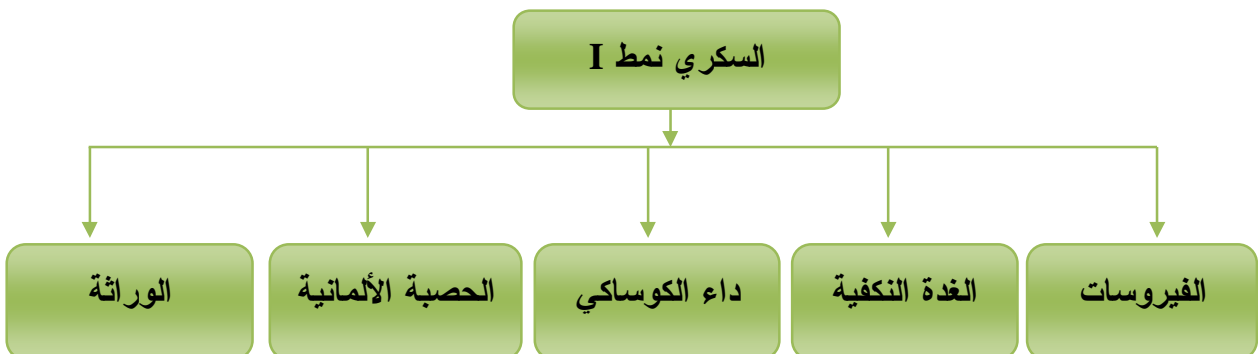
4- الإجهاد النفسي: على الرغم من أن الكثير من الأشخاص يربطون بدء إصابتهم بالسكري بحادثة مجهدة مثل: التعرض لحادث أو مرض آخر، إلا انه يصعب إثبات وجود رابط بين الإجهاد النفسي والسكري، ويمكن تفسير ذلك في الواقع أن هناك أشخاص يزورون أطباءهم بسبب التعرض لبعض الأحداث المجهدة نفسياً، ويجري تشخيص إصابتهم في الوقت نفسه بالسكري.(رودي بيلوز، 2013، ص15)

4-2 أسباب ظهور مرض السكري حسب النمط:

1- أسباب مرض السكري النمط الأول IDDM (المعتمد على الأنسولين): أن الفيروسات لها دور كبير في ظهور مرض السكري للنمط الأول، وخاصة لدى الأطفال كفيروسات الغدة النكفية (Mumps) وداء الكوكساعي (Coxsackie) والحصبة الألمانية، وقد يكون فيروس الكوكساعي مسؤول من الوجهة التجريبية عن تخريب جزر لانجرهانز الموجودة في البنكرياس، وهناك دراسات أكدت أن الحصبة الألمانية الوراثية لها دور في ظهور السكري خاصة في مرحلة المراهقة بنسبة 50%

وكذلك استثارة الجهاز المناعي للجسم من طرف بعض الفيروسات أو الأغذية يؤدي إلى إفراز أجسام مضادة من أجل التخلص من هذه المثيرات من طرف الجهاز المناعي، لكن لأسباب غير معلومة تصيب هاته الأجسام البنكرياس نتيجة لتشابه الجيني بينها وبين جينات الخارجية وينتج عن ذلك مهاجمة الخلايا بيتا المنتجة للأنسولين فتتفرد الخلايا الفا المنتجة لهرمون الجلوكاجون بالعمل في غياب أو فقد الأنسولين، وهي ذات نشاط عكسي وتستطيع زياد السكر في الدم زيادة كبيرة.(رياض نايل العاسمي، 2016، ص. 560).

مخطط رقم (06) يوضح عوامل ظهور مرض السكري النمط الأول (IDDM)



2- أسباب مرض السكري النمط الثاني (NIDDM) (المعتمد على الأقراص): هنالك عاملين في ظهور مرض السكري من النمط الثاني، العامل الأول هو مقاومة الجسم لعمل الأنسولين، والثاني كثرت إفراز الأنسولين من البنكرياس لأنه يتطلب عمل الأنسولين خلايا الجسم تكون حساسة، في حالة النمط الثاني للمرض تصبح الخلايا اقل حساسية فالأنسولين يفرز بصورة طبيعية، وأحيانا أكثر من الطبيعي وبنوعية جيدة ولكن تأثيره اقل على الجسم.

- **السمنة:** تعتبر السمنة من أهم أسباب الإصابة بالسكري النمط الثاني، حيث أوضحت منظمة الصحة العالمية عن مرض السكري، أن البدانة من أقوى العوامل لمرض السكري الغير معتمد على الأنسولين وقد وجد أن كمية الأنسولين في الدم تكون طبيعية في بداية حدوث المرض عند ذوي السمنة المفرطة، إذ أن الخلايا التي تفرز الأنسولين تكبر ويزداد إفرازها ويزداد تبعا لذلك تخزين المواد الدهنية، فإذا امتلأت مخازن الجسم بالدهن الفائض هذا يزيد من السكر في الدم، وقد أكد العلماء على انه هناك علاقة طردية بين زياد نسبة الخلايا الدهنية في الجسم وبين كفاءة عمل الهرمون الأنسولين والذي يمكن أن يؤدي في ظل عوامل أخرى في ظهور مرض السكري.

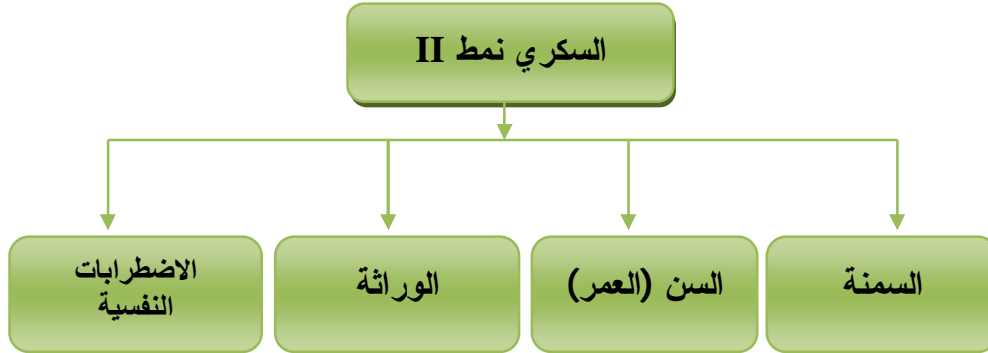
- **عمر الإنسان:** جاءت الإحصائيات في كثير من البلدان أن التقدم في السن خاصة بعد سن الخمسين يحدث ضعف تحمل الجلوكوز، أي أن الجسم لم يعد يستطيع التصرف الكيميائي في الجلوكوز وبالقدرة الطبيعية فيرتفع مستوى السكر في الدم. (رياض، نايل العاسمي، 2016، ص 561)

- **الوراثة:** ويبدو أن أثارها أكثر وضوحا من النوع الأول، ويظهر ذلك عند دراسة التاريخ العائلي للمريض حيث غالبا إصابة الشقيق التوأم تعني غالبا إصابة توأمه الآخر بنفس المرض.

- **الاضطرابات النفسية:** يتأثر مرضى السكري النمط الثاني بالاضطرابات النفسية حيث أظهرت الفحوص وجود اضطرابات في التمثيل الغذائي للجلوكوز وان نشأة المرض ترتبط غالبا بفترات من الضغط الانفعالي والرفض والحرمان وقد أكدته دراسة غيلبرت (1991) Gilbert والتي جاءت بعنوان العلاقات النفسية والفيزيولوجية للانبساطية والعصابية وخلال التكيف والمواجهة النشطة أو الخاملة لمرضى السكري لاحظ الباحث انه أثناء المهمة الخاملة وهي سرعة نبضات القلب وجد تغيرات ايجابية مرتبطة بحالة القلق وتغيرات سلبية مع الانبساطية، أما في حالة الكلام وهي مهمة نشطة فان معدل ضربات القلب ارتبط سلبا بحالة القلق ولكن بارتباط ايجابي مع الانبساطية، أي أنه كلما زادت معدلات العصابية أو الانبساطية زادت إمكانية وجود القلق مما يساعد على رفع الجلوكوز في الدم. وهناك عوامل أخرى لظهور داء السكري النمط الثاني، منها ارتفاع ضغط الدم ارتفاع نسبة

الكولسترول والدهنيات الثلاثية في الجسم، وارتفاع نسبة حمض الكولسترول بالدم كل هذه العوامل إذا توافر معها الاستعداد الوراثي فان احتمال الإصابة بالسكري النمط الثاني تكون كبيرة. (رياض، نايل العاسمي، 2016، ص.562)

مخطط رقم (07) يوضح عوامل ظهور مرض السكري النمط الثاني (NIDDM)



5- مضاعفات ومشكلات مرض السكري:

أن مرض السكري يعتبر السابع من عشرة أسباب للموت في الأمراض المزمنة، وتشير دراسة حديثة إلى انه إذا ما أزيل مرض السكري كمرض فان عدد الموتى يقل في الولايات المتحدة بنسبة 12% .

5-1 المضاعفات البيولوجية:

أن مرض السكري يؤثر على عمل أجهزة الجسم وقد حددت توصيات الجدية ويونس (1993) تلك المضاعفات التي وصت بها منظمة الصحة العالمية كما يلي:

مضاعفات حادة انية تنتج عن تدهور مفاجئ لمريض السكري، مثل غيبوبة السكر أو ارتفاع السكر الحاد ومضاعفات مزمنة تكون بعد فترة من حدوث المرض وهي:

أ- التغيرات على مستوى الأوعية الدموية

ب- التغيرات على مستوى الجهاز الهضمي

ج- التغيرات على عمل الكليتين

وكذلك هنالك مضاعفات تظهر على المدى الطويل من الإصابة بالسكري، خاصة المرضى الذين لا يحافظون على اعتدال مستوى السكر في الدم، هم أشد عرضة لحدوث أمراض القلب وأمراض الأعصاب واعتلال الكليتين وارتفاع ضغط الدم وأمراض العيون. (Marino, 1999, p32)

والمشكلات الجسمية لمرضى السكري هي السبب الرئيسي للفشل الكلوي وحالات جديدة من العمى، كما انه مريض السكري قد لا يعيش بسبب النوبات القلبية حتى عند الأخذ بالاعتبار السن والجنس والأمراض الأخرى. (A Labas Et Al, 2015)

حسب بيشوب وايتال (1993) "أن المصابين بالسكري عرضة لمرض القلب، العمى، الخلل الوظيفي الجنسي، الفشل الكلوي ومشكلات في الدورة الدموية يمكن أن تؤدي إلى البتر، وأن أكثر ثلثي من الرجال والنساء من مرضى السكري يعانون من خلل وظيفي جنسي". (بيشوب، ايتال، 1993)

5-2 مضاعفات جسمية حسب شيلي تايلور (2008):

"أن مرض السكري يؤثر على الجسم فيزيد من سماكة الشرايين بسبب تراكم الفضلات في الدم لذلك نجد (Coronary Herat Disease) نسبة كبيرة من مرضى السكري يصابون بأمراض الشريان التاجي.

كما أنه السبب الرئيسي في فقدان البصر، وهو مسؤول عن 5% من حالات الإصابة بالفشل الكلوي، كما يمكن أن يسبب السكري في تدمير للجهاز العصبي مما يسبب الألم وفقدان الإحساس، وكثيرا ما يحدث في الحالات الشديدة أن يتعرض مرضى السكري لبتر الأطراف. وكنتيجة لهذه المضاعفات الخطيرة فإن معدل الحياة لدى مرضى السكري يكون أقصر بشكل واضح مقارنة بالأفراد الأصحاء". (ص.68).

- **المشكلات الجنسية Sexuel Problèmes**: يذكر (Rutte Et Al (2014) "يمر كثير من أصحاب الأمراض المزمنة بخبرة بعض المشكلات الجنسية وهذه المشكلات سببها المرض المزمن، وأن أكثر من ثلثي الرجال والنساء من المرضى السكري يعانون من خلل وظيفي جنسي" (rutte el al,2015).

أن الخلل الوظيفي الجنسي يرافقه من مشكلات على مستوى العلاقات الاجتماعية والنفسية والحياة الجنسية للمريض، مع الشعور بالرغبة للوصول إلى النشوة بشكل كبير لدى مرضى التهاب المفاصل كذلك. (coskun et al, 2014)

- **المشكلات الاجتماعية Social Problèmes**: أن أحد أصعب السمات لمجابهة المرض المزمن هي تأثيره على العلاقات الشخصية، ذكر Taylor (1993) يمكن أنه تشمل المشكلات الاجتماعية على فقدان أو خسارة العلاقات، قلة الدعم الاجتماعي، وردود الأفعال النفسية السالبة من الآخرين. (مراد، علي عيسى، إلياس، شواش 2019، ص.375)

- **المشكلات النفسية Psychological Problemes:** ترتبط الحالة النفسية بالسكري ارتباطا وثيقا، فكل منهما يؤثر في الآخر خاصة الضغوطات اليومية وما يعرض المريض إلى نوبات مستمرة من القلق، حيث يحدث عند اضطراب مستوى السكر في الدم وانخفاضه يؤثر على إفراز المخ لهرمون السيروتونين المسؤول عن السعادة وتحسين الحالة المزاجية، فيشعر المريض بالتوتر، والقلق، والحيرة الغير مبررة، كذلك مع انخفاض الجلوكوز في الدم تتأثر الخلايا العصبية لأنها تتغذى بمادة الجلوكوز ليدخل المريض في حالة من العصبية.

كذلك شعور المريض بالحرمان، عدم قدرته على تناول ما يريده من أطعمة، وعدم ممارسة النشاط البدني خشية تعرض السكر للانخفاض، يدخل في حالة إحباط وقد يصاب بالاكتئاب وذكر رياض، نايل العاسمي (2016): انه "قد أظهرت الأبحاث أن مرض السكري يزيد من خطر الاكتئاب. وتشير التقارير لـ (cdc) بأن الأفراد الذين يعانون من مرض السكري تتضاعف لديهم مخاطر الإصابة بالاكتئاب، أيضا مقارنة مع الأصحاء، وأي شخص يعاني من الاكتئاب يواجه زيادة قدرها (60%) من مخاطر السكري النوع الثاني. ويسبب مرض السكري اضطراب الاكتئاب ويتفاعل معه في كثير من الحالات". (ص567).

وأشار كل من Richard & Others (1995) إلى أن كثير من مرضى السكري يعانون من مشاعر القلق كونهم مرضى بمرض مزمن، وكيفية التعايش معه والخوف من مضاعفاته المستقبلية. وأوضحت أحد الدراسات أن هناك واحد من أربعة مرضى بالسكري يعانون من مظاهر القلق بشكل متكرر، ويؤثر على مستوى السكر في الدم لديهم. (harris & liustman, 1998, p05)

جدول رقم (02) يوضح الأسباب الرئيسية للموت (عيسى تسير إلياس شواش، 2014، ص368)

المرض	عدد الوفيات
مرض القلب	614384
السرطان	591700
مرض قلة التنفس المزمن	147101
الإصابات الغير مقصودة	135928
السكتات القلبية	133103
مرض الزهايمر	93541
مرض السكري	76488
الأنفلونزا	55227
مرضى الكلي	48146
الانتحار	42826

6- تشخيص مرض السكري:

يعد التشخيص المبكر لمرض السكري مهم جدا ويرجع هذا للمضاعفات الخطيرة التي يشكّلها المرض على المصاب، وهذا عبر مرور الوقت لذلك وجد وسائل عديدة وطرق لتشخيص مرض السكري، ومعظمها تعتمد على إجراءات مخبرية لقياس نسبة السكر في الدم مع عدم إهمال الأعراض الظاهرة للمرض. ولقد حدد Smeltzer(1996) إشارة إلى توصيات منظمة الصحة العالمية عدة إجراءات مخبرية لتشخيص مرض السكري نذكرها فيما يلي:

أ- أن تكون نسبة السكر في الدم أكثر من 2.0 ملغرام/ 100 ملل.

ب- أن تكون نسبة السكر في الدم للمريض الصائم أكثر من 1.40 ملغ/ 100 ملل.

ج- أن تكون نسبة السكر في الدم للمريض بعد ساعتين من تناوله كمية من السكر 200 ملغ/ 100 ملل أو أكثر ويسمى هذا الفحص (فحص تحمل السكر المأخوذ عن طريق الدم). (عبد الكريم رضوان، 2002، ص 65)

7- علاج مرض السكري:

إنّ مرض السكري يتطلب العناية والعلاج لهدف واحد هو الحفاظ على جسم المريض وإحداث التوازن لنسبة الجلوكوز في الدم. ونذكر أهم هذه الطرق كما يلي:

7-1 العلاج بالحمية:

حسب عقيل، حسين، عيروس (1993) تعتبر الحمية أهم التي تساعد المريض في الحفاظ على صحته، وهذا بتحديد كميات الغذاء المتناولة في اليوم وهذا بالطبع باستشارة الطبيب والأخصائي في التغذية، والحمية تحافظ على الوزن الطبيعي للمريض لأنّ زيادة الوزن من أسباب مرض السكري، والحمية تساهم في التقليل من تناول الأدوية والأنسولين بنسبة تقارب 50%.

7-2 العلاج بالرياضة:

الرياضة ينصح بها لمرضى السكري لأنها تزيد من كفاءة عمل القلب والجهاز الدوري، وتلعب دورا مهما في حرق السكريات والدهون وتعديل نسبة الأنسولين في الدم. (شادي فاطمة، مجاهدي الطاهر، 2017، ص ص 225-226).

7-3 العلاج بالأدوية:

العلاج الدوائي هو الحل النهائي لمرض السكري وفيه نوعان بالأقراص وبإبر الأنسولين حسب نمط المرض الأول والثاني.

أ- العلاج بأقراص الدواء: وتستخدم للنمط الثاني من مرض السكري هناك ستة أنواع أساسية وأدوية جنيصة تختلف معها في الاسم فقط ولها نفس المفعول ونذكر أهم الأدوية الأساسية كالاتي:

1- السلفونابليوريا - Sulfonylurea

2- البايجوانيدلا - Biguanides

3- الاكاربور - Acarbose

4- الثايوليندا يونز - Thiazolidinedione

5- الجلينايد - Glindes

6- الجليبتين - Gliptins

وتتدرج جميع هذه الأدوية تحت اسم الأدوية الفموية وتتغير هذه الأسماء في بعض الأحيان إلى أسماء أخرى تجارية .

- العلاج بالأنسولين: يعتبر العلاج بإبرة الأنسولين العلاج لمرض السكري النوع الأول، أنها الطريقة الفعالة الوحيدة لإدخال الأنسولين مباشرة في مجرى الدم. وهناك أنواع للأنسولين، والاختلاف الأساسي بين أنواع الأنسولين هو في سرعة فعاليتها وبذلك يقسم إلى أنواع.

- قصيرة المفعول ويكون عادة صافيا ولا لون له .

- متوسطة المفعول يكون لونه عكر لاحتوائه على مواد مضافة .

- طويلة المفعول تبطن امتصاص الأنسولين تحت الجلد يكون لونه عكر لاحتوائه على مواد مضافة تبطن امتصاص الأنسولين.

8- مراحل تقبل العلاج:

مريض السكري يمر بصدمة نفسية عند تلقي خبر إصابته بالسكري، هذه الصدمة تدخله في صراع نفسي بين الرفض والتقبل حيث يعيش مراحل الصدمة، والتي تدوم أيام وأسابيع وحتى أشهر أو أكثر تؤثر على حالته النفسية وعلاقاته الاجتماعية وعلى العلاج نفسه، يبدأها بالرفض ثم المساومة فيها يتقبل المرض لكن متطلبات العناية بنفسه كالحمية وقياس نسبة السكري تكون فيه الاعتمادية، وتستمر المساومات التي قد تدخله في حالة اكتئاب لمدة ثم تبدأ مرحلة التقبل لوضعيته الصحية هذه المراحل

تتأثر بعوامل كالعمر ونمط الشخصية والمحيط والبيئة التي يعيش فيها وكذا معتقداته الدينية والثقافية كلها تلعب دورا في تقبل أو رفض المرض.

8-1 مراحل تقبل مرض السكري: حسب J.Assal

يمر الشخص الذي اكتشف انه مصاب بداء السكري بمراحل تهدف كلها إلى الوصول إلى مرحلة التقبل وهذا طبعا تدخل في العمل اللاشعوري:

1- الإنكار: ينكر المريض الخبر الواقع ويمثل دفاعيا هشاً ضد القلق، التدمير وتترجم في رفض التشخيص والعلاج بعبارات: هذا ليس صحيحاً، هذا مستحيل. قد يخرج المريض من العيادة أو المستشفى ويحاول العيش كأن شيئاً لم يكن.

2- مرحلة الغضب: أين يحاول المريض إظهار أنه أقوى من المرض أو يبدي نوعاً من نوبات الغضب لماذا أنا، ماذا فعلت أو يبدي سلوكيات عدوانية تجاه المعالجين والأطباء، تليها محاولة تقبل جزئي للعلاج.

3- مرحلة المساومة: وهي أولى الخطوات نحو تقبل الواقع والوضع. المريض يحمل مسؤولية المرض والعلاج والأطباء ويساوم نعم للدواء لا للحمية.

4- مرحلة الاكتئاب: تتسم بانطواء على الذات واتجاه للارتباط والاعتماد على الآخرين الأهل، الأطباء في هذه المرحلة يبدأ المريض بتقبل فقدان الجسم السليم وللوضع الصحي الجديد.

5- مرحلة التقبل: قد تبدأ جزئياً أو كلياً أو أوتوماتيكياً. ومرضى السكري لا يستجيبون بنفس الدرجة وبنفس الكيفية، تتحكم فيها جملة من العناصر عمر المصاب، طفل، مراهق أو راشد دور المحيط وشخصية المريض. (laurent chneiweiss,et jduchamps,(n.d))

9- التكيف مع المرض:

التكيف مع المرض المزمن: حسب كوبر روس (Kuber Ross):

تتطلب الأمراض المزمنة من الفرد الحرص على صحته بناءً على عمل فرويد حول الحداد وتلك الخاصية التي ذكرتها ب كوبرلر روس اقترحت واصفة لعملية قبول المرض المزمن، والذي قسمته إلى مسارين بعد الصدمة.

- في المسار الأول يسبق الشك العابر التمرد الذي ينتج عنه بعض العدوانية والمطالب تجاه المحيطين به والمهنيين (أطباء وممرضين)، تمثل هذه الثورة تطوراً ضرورياً، حيث يعتبر المريض أن المرض أصبح حقيقة يتجلى الحزن عندما يكون المريض مدركاً حقاً للموقف وماذا يفعل به. لا ينبغي الخلط

بين لحظة الاكتئاب هذه والاكتئاب السريري الذي يكون الفرد خلاله لنوع من الانهيار الداخلي، انه لمن حق الشخص أن يتعامل مع عواطفه حتى يتمكن من التصرف في موارده ليسمح له ذلك بإيجاد توازن عاطفي جديد ومقبول.

- **المسار الثاني** يتوافق مع فشل عمل الحداد، أن الألم المرتبط بالصدمة يؤدي إلى أفكار المرض أو رفضه يمكن أن يؤدي الإنكار إلى التقليل من أهميته، حيث يعتبر المريض أن مرضه ليس خطيرا ولا يمثل مشكلة، يتمثل الرفض بالاعتراف بالمرض فكريا ولكن إنكار ما يحته على المستوى العاطفي، إذا استمرت ردود الفعل هذه فقد تؤدي إلى حالة من الاستقالة وتؤدي إلى موقف سلبي من المريض، للشعور بالعجز والوفاة، سيظهر المرضى الآخرون موقف القبول الزائف الذي يتوافق مع الرفض الطوعي والواعي للواقع، يشعر المريض أن بعض الأشياء أهم من مرضه (وظيفته على سبيل المثال) تعزز المواقف خطرا إهمال الأعراض والعلاجات وفي الواقع تؤدي إلى تفاقم المرض.

- إذا المسار الأول يشمل شكلا من المواجهة مع المرض من خلال استخدام استراتيجيات المواجهة والتأقلم، وكذا على مستوى العاطفة سيسمح للمريض بإيجاد توازن عاطفي جديد يلائم لدمج المرض في حياته اليومية، أما المسار الثاني يمكن أن تتوافق ردود الأفعال مع الاستراتيجيات التي تتمحور حول العاطفة وبشكل أساسي في شكل تجنب، سيحاول الفرد بأي ثمن الحفاظ على حياته التي عاشها قبل المرض، معرضا حياته للخطر جراء تدهور حالته الصحية.

وفي مواجهة ردود الفعل هذه من طرف مرضى الأمراض المزمنة يلعب أخصائيين الرعاية الصحية دورا أساسيا في كل مرحلة من أجل تقديم أفضل دعم للمريض. (aurelie untas, 2012, p17)

9- المهارات النفسية والاجتماعية للمرضى:

اقترحت منظمة الصحة العالمية تصنيفا للمهارات النفسية والاجتماعية وهذا حسب: دفيد فونتي وانوستوليد يس، وتهميستوكليس مماري كلود لاغواني، لسيمون (2014) أن المهارات النفسية والاجتماعية، تعتبر من الأساسيات الصحية العامة ولاسيما في سياق الوقاية من الأمراض لقد عرفها مايكل ارجيل "تحت اسم المهارات الاجتماعية. برسم السلوك الاجتماعي "أي يكون المريض قادرا على تحقيق الأهداف المنشودة من خلال إحداث التأثيرات المرغوبة على الذات والأفراد وعرفتها منظمة الصحة العالمية (who): على أنها "القدرة على الاستجابة بشكل فعال لمتطلبات صعوبات الحياة التي لها دورا مهما في تعزيز الصحة والرفاهية خاصة عندما ترتبط المشكلات الصحية بقدرات الأفراد على تبني سلوكيات تسمح لهم بالاستجابة بفاعليته للضغوط وضغوطات الحياة اليومية" (woh).

تكمّن هذه المهارات النفسية والاجتماعية في ممارسة التنقيف العلاجي وتمكّن هذه المهارات من التنقيف مع محنة الأمراض المزمنة وتم تصنيفها من قبل منظمة الصحة العالمية إلى ثلاثة فئات.

1- التفاوض، الدعوة، التعاطف، التعاون، العمل الجماعي.

2- اتخاذ القرارات والعقل الناقد.

3- الثقة بالنفس، تحمل المسؤولية، إدارة المشاعر والتوتر.

9-1 مهارات التواصل والعلاقات الشخصية المتمثلة في:

- مهارات الاتصال: وتكمّن في السلوكيات البدنية:

- التعرف على أنماط الاتصال المختلفة (العنوانية، السلطوية، السلبية وتأثيرها على المريض والآخرين) التعامل مع اللحظات الصعبة أو المحرجة عند مناقشة مرضه مع الطبيب أو حتى لوحده.

- التعود على التعبير عن نفسه دون ترك الآخرين يعبر عن مشاكله أو مشاعره واحتياجاته وفيما يتعلق بمرضه.

- التغلب على فكرة أن المرض المزمن (السكري) هو مرض والخوف من عدم تقبله من قبل الآخرين.

- مهارات الرفض أو التفاوض:

حل النزاعات عن طريق تحديد المصادر المختلفة للصراع (التجنب المواجهة الداعية) مقاومة تأثير الأقران (مخدرات، كحول، طعام) ومعرفة كيفية حل النزاعات التي قد تنشأ.

- مهارات البحث عن الدعم الاجتماعي والتعليم المتمثلة في:

- التواصل مع المهنيين الصحيين في الوقت المناسب للحصول على المساعدة في مواجهة الصعوبات

- طلب الدعم من مرضى السكري الآخرين، من أجل التقليل من مشاعر العزلة وتبادل المعلومات والأفكار حول كيفية التعامل مع مرضهم.

- قبول المرض وتحسين الثقة بالنفس.

- تنقيف ونشر الوعي الصحي وأعلام كل من يحيط بالمرضى سواء في الأسرة أو في العمل... الخ لجعلهم أكثر نفعا في مساعدة المريض، لمواجهة المرض والصعوبات اليومية التي يلاقيها في حياته وفي إدارة الذات.

التدريب علي المهارات الاجتماعية للمصابين بالسكري مما يسفر نتائج ايجابية، كما نوه أرجيلا

إلى أن المهارات الاجتماعية تعتبر أحد الجوانب النفسية والاجتماعية المهمة للفرد، حيث أقر بأنها

إطار سلوك الفرد الاجتماعي الذي سيكون لديه القدرة على التفاعل الكفاء وإقامة علاقات مع الآخرين تؤهله لتحقيق الكفاءة الاجتماعية والتي تتضمن كفاءة الفرد في التعامل مع الآخرين، وإقامة علاقات ايجابية معهم، وأحداث صور التأثير المرغوبة فيهم، والقدرة على تحقيق الأهداف في إطار التفاعل الاجتماعي (Argyle, 1983)

9-2 مهارات التفكير النقدي:

- مهارات صنع القرار وحل المشكلات:

- إكتساب الاستقلالية والمسؤولية عن قرارات المتخذة في الإدارة الذاتية للمرض.

- التعبير عن الصعوبات اليومية المصاحبة لمرض السكري وطرحها وتقييمها.

- تحديد المشاكل ونتائجها من أجل اتخاذ القرارات المناسبة

- مهارات التفكير الناقد:

- تحديد المواقف الاجتماعية من مشاكل (تأثير الانحراف، الضغط الاجتماعي) التي قد تتداخل مع إدارة مرض السكري من أجل إيجاد حلول.

- تحديد الأفكار والعواطف السلبية (المبالغة في رد الفعل)، ويجب أن يعرف تأثيرها على السلوك وإدارة الإجهاد.

- تحدي الأفكار السلبية وإعادة هيكلتها بناء على الحقائق وتطوير انعكاس أكثر دافعية للوضع

9-3 مهارات الإدارة الذاتية: وتعتبر من المهارات النفسية والتي تشمل:

- مهارات التحكم أو الشروع في التحول: وتكمن في

- البحث عن مصادر الدافع وطرق تنمية إحترام الذات.

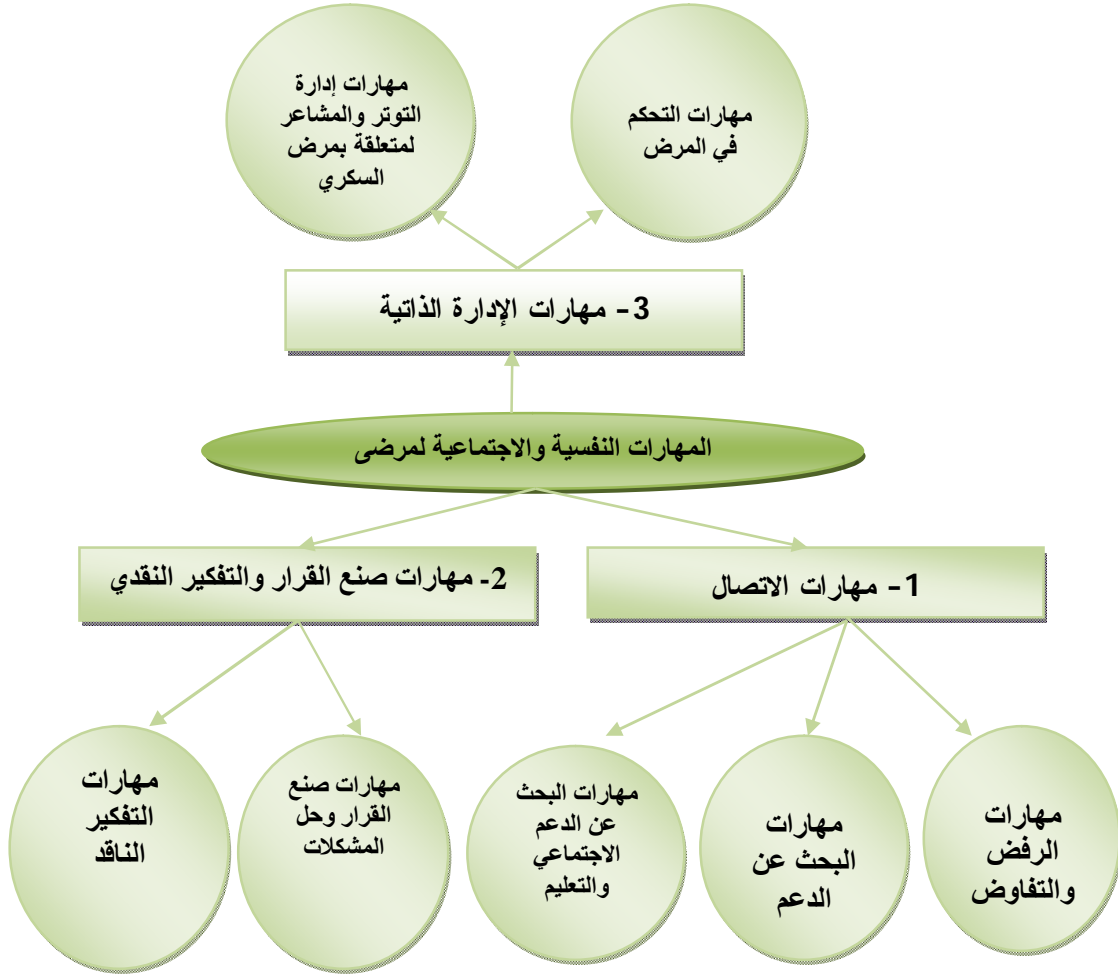
- الاستماع إلى الجسد لتعرف على الإشارات الجسدية التي تنذر بمشكلة صحية كانخفاض أو ارتفاع نسبة السكر في الدم.

- تحديد الأهداف المراد تحقيقها وفقا لاحتياجاتهم وتقييم التقدم المحرز

- التعرف على العوائق التي تسبب في إدارة المرض

- مهارات إدارة التوتر المتعلقة بمرض السكري:
- تعلم الاسترخاء لتقليل التوتر الناجم عن مرض السكري، والخوف من انخفاض أو ارتفاع نسبة السكري سواء نمط 1 أو 2.
- إدارة التأثير النفسي والعاطفي الناجم عن الصعوبات في إدارة الذات
- التعرف على الأسباب الخارجية التي تولد التوتر. (دفيد، فونتي وآخرون، 2014، ص770)

مخطط رقم (08): المهارات النفسية والاجتماعية لمرضى السكري إعداد الباحثة



10- مرض السكري في الجزائر:

كانت نتائج المسح الجزائرية حول صحة الأسرة عام 2002 تبين أن مرض السكري يحتل المرتبة الثالثة من حيث ترتيب الأمراض المزمنة بنسبة 1.5 لكلا الجنسين وبنسبة مرتفعة عند الإناث مقارنة بالذكور حيث تقدر بـ 1.7 بالمئة أما الذكور بـ 1.3 ويصل إلى أعلى معدلاته في الفئة العمرية 60 69 سنة بنسبة 10.6 بالمئة.

ونسبة الوفاة بداء السكري خلال نفس الفترة بـ 7.4 بالمئة حسب مسح لأسباب الوفاة في الجزائر

سنة 2002.

الخلاصة:

السكري من الأمراض المزمنة التي تؤثر على حياة الإنسان، خاصة على مستوى صحته الجسمية، أين تترك آثار سلبية على حياته الاجتماعية والمهنية والنفسية، ومرض السكري فيه نوعين رئيسيان النمط الأول والنمط الثاني، ويعتبر التشخيص المبكر وكذلك العلاج هما الوسيلة الأساسية للحفاظ على سلامة المريض وهذا بطبع بإتباع طرق للحفاظ على حياته كإتباع أنظمة غذائية سليمة وممارسة الرياضة والاندماج الاجتماعي والحفاظ على توازنه الانفعالي.

الفصل الخامس

عرض وتحليل النتائج

أولاً- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات

ثانياً- تحليل وتفسير النتائج الدراسة

- تمهيد:

إن الإجراءات التي يستخدمها الباحث في بحثه الميداني تخدم أهداف الدراسة المراد الوصول إليها هذا الجزء من الدراسة يفسر ويحلل لنا ما جاء في الجانب النظري والتحقق من فرضيات الدراسة عبر الإجراءات المنهجية تبدأ من الدراسة الاستطلاعية وتحديد المنهج الذي يناسب نوع الدراسة إلى الحدود المكانية والزمانية والكيفية التي تتم بها اختيار العينة وخصائصها واختيار الأدوات واختبارها من خلال حساب خصائصها السيكمترية لأجل قياس وتحديد الأساليب الإحصائية المناسبة له والحصول على النتائج المرجوة من هذه الدراسة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من أولى الخطوات التي يقوم بها الباحث في مجال الدراسة تعمل على تسهيل الخطوات اللاحقة في البحث بداية من وضع الفرضيات والتعمق في البحث وعليه ضبط الهدف من الدراسة الاستطلاعية كآلاتي:

- تحديد إشكالية البحث وفرضياته

- التأكد من وجود عينة البحث في الميدان

- الوقوف على مدى إستجابة العينة لأدوات القياس ومعرفة مدى صدقها وثباتها. تمثلت هذه الأدوات في مقياس نوعية الحياة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004) والمترجم إلى العربية من طرف (رامي طشوش ومحمد القشار 2016) وإستبيان الوعي الصحي لمرضى السكري المعد من طرف الباحثة.

- اختبار صلاحية الأدوات ولهذا قمنا بإختبار خصائصهما السيكومترية (الصدق والثبات) على عينة مكونة من 40 مريض ومريضة بالسكري وتمت الدراسة في جمعية مرضى السكري ببلدية المسيلة ولاية المسيلة.

1-2 إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

من أجل التعرف على مكان الدراسة الأساسية وخصائص العينة الأساسية في الجانب الميداني وكذلك التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث والمتمثلة في الصدق والثبات. تمت الدراسة الاستطلاعية أولاً في ميدان البحث المتمثل في جمعية مرضى السكري لولاية المسيلة في بداية سبتمبر لعام 2020، حيث تم توزيع كل من إستبيان الوعي الصحي ومقياس نوعية الحياة على 40 فرد مصاب بالسكري وبعد ذلك تمت المعالجة الإحصائية بعد تفريغ البيانات لتأكد من صدق وثبات أدوات البحث.

1-3 خصائص العينة الاستطلاعية:

جدول رقم (03) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية:

عدد أفراد العينة	السن	الجنس	نوع السكري	المستوى التعليمي
40	20 - 60 سنة	ذكور 26	نمط 1	دون مستوى
		إناث 14	نمط 2	مستوى ابتدائي
				مستوى متوسط
				مستوى ثانوي
				مستوى جامعي

4-1 نتائج الدراسة الاستطلاعية:

مما سبق يمكن تلخيص نتائج الدراسة الاستطلاعية كما يلي:

- تحديد عينة الدراسة والتي تكونت من 160 مريض ومريضة بالسكري النمط الأول والثاني
- حساب الخصائص السيكومترية لأدوات البحث والتأكد من صلاحيتها تم حساب الصدق الداخلي ومعامل الارتباط الداخلي بين الدرجة الكلية وأبعاد المقياس الخمسة ومعامل الارتباط الداخلي بين درجة كل مجال وفقراته من خلال هذا العمل تبين أن مجالات الاستبيان ذات ارتباط عالي مع الدرجة الكلية للاستبيان كما هو موضح في الملحق رقم (06)

5-1 الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية:

أ- الخصائص السيكومترية لاستبيان الوعي الصحي:

1- الثبات:

- التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا الاستبيان بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها لكل بعد على حدى كما هو موضح بالجدول التالي:

الجدول رقم (04) يوضح ثبات مقياس الوعي الصحي عن طريق ألفا كرونباخ

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المحاور
12	0.919	المحور الأول
8	0.783	المحور الثاني
9	0.843	المحور الثالث
11	0.848	المحور الرابع
10	0.877	المحور الخامس
50	0.958	المقياس ككل

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل ألفا كرونباخ والذي قدر بالنسبة للمحور الأول "الوعي الصحي" الجسمي" (0.91)، وبالنسبة للمحور الثاني "الوعي الصحي الاجتماعي" (0.78)، وبالنسبة للمحور الثالث "الوعي الصحي الرياضي" (0.84)، وبالنسبة للمحور الرابع "الوعي الصحي الغذائي" (0.84)، وبالنسبة للمحور الخامس "الوعي الصحي النفسي" (0.87)، وبالنسبة للمقياس ككل بلغ (0.95)، يمكن القول بأنها قيم تدل على أن هذا المقياس يتمتع بالثبات العالي، حيث نلاحظ أن كل القيم موجبة وأن هناك انسجام وترابط بين عبارات هذا المقياس يتعدى (0.50) ويكاد يصل إلى الارتباط التام (1).

2- الصدق:

- الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه ثم بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل، كما يلي:

- تقدير الارتباطات بين العبارات والمحاور التي تنتمي إليها:

1. الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الأول: الوعي الصحي الجسمي:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الوعي الصحي الجسمي) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (05) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي الجسمي مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 1	0.552**	العبارة 7	0.445*
العبارة 2	0.530**	العبارة 8	0.414*
العبارة 3	0.821**	العبارة 9	0.856**
العبارة 4	0.786**	العبارة 10	0.810**
العبارة 5	0.679**	العبارة 11	0.641**
العبارة 6	0.831**	العبارة 12	0.741**
**الإرتباط دال عند (0.01)			
*الإرتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (10) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,85) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (9) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,53) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (2) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارات (7، 8) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بارتباط قدر ب(0,44، 0,41) كما هما على الترتيب، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (الوعي الصحي الجسمي) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

2- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الثاني: الوعي الصحي الاجتماعي:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الوعي الصحي الاجتماعي) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي الاجتماعي مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.651**	العبارة 17	0.712**	العبارة 13
0.416*	العبارة 18	0.626**	العبارة 14
0.504**	العبارة 19	0.646**	العبارة 15
0.760**	العبارة 20	0.446*	العبارة 16
** الارتباط دال عند (0.01)			
* الارتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,76) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (20) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,50) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (19) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارات (16، 18) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بارتباط قدر ب(0,44، 0,41) كما هما على الترتيب، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (الوعي الصحي الاجتماعي) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

3- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الثالث: الوعي الصحي الرياضي:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الوعي الصحي الرياضي) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (07) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الرياضي مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.471**	العبارة 26	0.731**	العبارة 21
0.404*	العبارة 27	0.756**	العبارة 22
0.736**	العبارة 28	0.798**	العبارة 23
0.663**	العبارة 29	0.569**	العبارة 24
** الإرتباط دال عند (0.01)		0.804**	العبارة 25
* الإرتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (8) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين

(0,80) كأعلى إرتباط كان بين العبارة (25) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,47) كأدنى إرتباط كان بين العبارة (26) والدرجة الكلية لمحور ككل، ونجد أن هناك عبارة واحدة فقط وهي (27) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بإرتباط قدر بـ(0.40)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (الوعي الصحي الرياضي) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

2. الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الرابع: الوعي الصحي الغذائي:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الوعي الصحي الغذائي) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (08) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي الغذائي مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.558**	العبارة 36	0.615**	العبارة 30
0.715**	العبارة 37	0.856**	العبارة 31
0.679**	العبارة 38	0.598**	العبارة 32
0.690**	العبارة 39	0.607**	العبارة 33
0.446*	العبارة 40	0.508**	العبارة 34
** الإرتباط دال عند (0.01)		0.582**	العبارة 35
*الإرتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (10) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,85) كأعلى إرتباط كان بين العبارة (31) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,50) كأدنى إرتباط كان بين العبارة (34) والدرجة الكلية لمحور ككل، ونجد أن هناك عبارة واحدة فقط وهي (40) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بإرتباط قدر بـ(0.44)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الرابع (الوعي الصحي الغذائي) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

4- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الخامس: الوعي الصحي النفسي:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الوعي الصحي النفسي) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (09) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الوعي الصحي النفسي مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.567**	العبارة 46	0.806**	العبارة 41
0.822**	العبارة 47	0.835**	العبارة 42
0.777**	العبارة 48	0.785**	العبارة 43
0.653**	العبارة 49	0.566**	العبارة 44
0.367*	العبارة 50	0.648**	العبارة 45
**الإرتباط دال عند (0.01)			
*الإرتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (9) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,83) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (42) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,56) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (44) والدرجة الكلية لمحور ككل، ونجد أن هناك عبارة واحدة فقط وهي (50) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بارتباط قدر ب(0,36)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الخامس (الوعي الصحي النفسي) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

• تقدير الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للمقياس ككل:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح مصفوفة ارتباطات محاور مقياس الوعي الصحي مع درجته الكلية

المحاور	المقياس ككل	المحاور	المقياس ككل
الوعي الصحي الجسدي	0.847**	الوعي الصحي الغذائي	0.912**
الوعي الصحي الاجتماعي	0.763**	الوعي الصحي النفسي	0.884**
الوعي الصحي الرياضي	0.759**	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمحور الأول (الوعي الصحي الجسدي) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0,84)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني (الوعي الصحي الاجتماعي) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0,76)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث (الوعي الصحي الرياضي) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل

(0.75)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الرابع (الوعي الصحي الغذائي) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.91)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الخامس (الوعي الصحي النفسي) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.88)، وعموماً يمكن القول بأن هذا المقياس صادق لأن كل محاوره تتسق فيما بينها وبين المقياس ككل.

ب- الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة:

1- الثبات: التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل إرتباطات العبارات فيما بينها لكل بعد على حدى كما هو موضح بالجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح ثبات مقياس نوعية الحياة عن طريق ألفا كرونباخ

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	المحاور
8	0.907	المحور الأول
7	0.909	المحور الثاني
3	0.725	المحور الثالث
8	0.823	المحور الرابع
26	0.942	المقياس ككل

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل ألفا كرونباخ والذي قدر بالنسبة للمحور الأول "الصحة الجسمية" (0.90)، وبالنسبة للمحور الثاني "الصحة النفسية" (0.90)، وبالنسبة للمحور الثالث "الصحة البيئية" (0.72)، وبالنسبة للمحور الرابع "العلاقات الاجتماعية" (0.82)، وبالنسبة للمقياس ككل بلغ (0.94)، يمكن القول بأنها قيم تدل على أن هذا المقياس يتمتع بالثبات عالي، حيث نلاحظ أن كل القيم موجبة وأن هناك انسجام وترابط بين عبارات هذا المقياس يتعدى (0.50) ويكاد يصل إلى الارتباط التام (1).

2- الصدق: بطريقة الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه ثم بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل، كما يلي:

- تقدير الارتباطات بين العبارات والمحاور التي تنتمي إليها:

1- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الأول: الصحة الجسمية:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الصحة الجسمية) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (12) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الصحة الجسمية مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.647**	العبارة 5	0.561**	العبارة 1
0.823**	العبارة 6	0.461*	العبارة 2
0.805**	العبارة 7	0.801**	العبارة 3
0.920**	العبارة 8	0.898**	العبارة 4
** الارتباط دال عند (0.01)			
* الارتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (8) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,92) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (8) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,56) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (1) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارة (2) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بارتباط قدر ب(0,46)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (الصحة الجسمية) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

2- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الثاني: الصحة النفسية:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الصحة النفسية) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (13) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الصحة النفسية مع درجته الكلية

الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.911**	العبارة 13	0.850**	العبارة 9
0.415*	العبارة 14	0.767**	العبارة 10
0.896**	العبارة 15	0.856**	العبارة 11
** الإرتباط دال عند (0.01)		0.902**	العبارة 12
* الارتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,91) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (13) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,76) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (10) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارة (14) جاءت دالة عند مستوى

الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) بارتباط قدر ب(0.41)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (الصحة النفسية) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

3- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور الصحة البيئية:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الصحة البيئية) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (14) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الصحة البيئية مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 16	0.825**	العبارة 18	0.832**
العبارة 17	0.813**	** الارتباط دال عند (0.01)	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (3) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,83) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (18) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,81) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (17) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (الصحة البيئية) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

4- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الرابع: العلاقات الاجتماعية:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (العلاقات الاجتماعية) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (15) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور العلاقات الاجتماعية مع درجته الكلية

العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 19	0.792**	العبارة 23	0.684**
العبارة 20	0.827**	العبارة 24	0.775**
العبارة 21	0.644**	العبارة 25	0.534**
العبارة 22	0.498**	العبارة 26	0.690**
** الارتباط دال عند (0.01)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (8) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,82) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (20) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,49) كأدنى ارتباط كان

بين العبارة (22) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الرابع (العلاقات الاجتماعية) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- تقدير الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للمقياس ككل:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (16) يوضح مصفوفة ارتباطات محاور مقياس نوعية الحياة مع درجته الكلية

المحاور	المقياس ككل	المحاور	المقياس ككل
الصحة الجسمية	0.870**	الصحة البيئية	0.787**
الصحة النفسية	0.929**	العلاقات الاجتماعية	0.881**
** الارتباط دال عند ألفا (0.01)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمحور الأول (الصحة الجسمية) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.87)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني (الصحة النفسية) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.92)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث (الصحة البيئية) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.78)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الرابع (العلاقات الاجتماعية) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.88)، وعموماً يمكن القول بأن هذا المقياس صادق لأن كل محاوره تتسق فيما بينها وبين المقياس ككل.

2- الدراسة الأساسية:

2-1 منهج الدراسة:

يعرف المنهج حسب فيصل عباس (1983) بأنه "مجموعة القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أساسيات الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته والهدف منه". (ص.14)

و بما أن موضوع دراستنا هو "الوعي الصحي وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكري" فإن المنهج الذي ينطبق في هذا البحث هو المنهج الوصفي الارتباطي الذي يعرفه عبد الفتاح محمد دويدار (2000) بأنه "دراسة الوضع الراهن للبشر والأشياء والأحداث فهو يهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات أي إلى مدى ترتبط المتغيرات وإلى أي حد تتطابق تغيرات في عامل واحد

مع تغيرات في عامل اخر وقد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا موجب كان أو سالب أو يرجع للصدفة... الخ". (ص.179)

والدراسات العلائقية الارتباطية تهتم بدراسة وتحديد نوع العلاقة بوجودها أو نفيها بين متغيرات البحث ومنها إعطاء قيمة كمية لهذه العلاقة من خلال معامل الارتباط المعروف في هذا النوع من الدراسات الارتباطية .

2-2 عينة الدراسة الأساسية:

عرف عبيداتة وآخرون (1999) العينة على أنها "مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها". (ص.84)

تم اختيار العينة الأساسية من جمعية مرضى السكري، ببلدية المسيلة ولاية المسيلة، بطريقة قصدية لأنها تتناسب وتتلائم وأهداف البحث، وهي عينة من مرضى السكري بنوعيه الأول والثاني، اشتملت العينة الأساسية على (160) مريض ومريضة مصابون بداء السكري وقد تراوح أعمارهم ما بين (20-60) سنة كما هو موضح كما يلي:

أ- وصف خصائص العينة الأساسية:

أولا- وصف خصائص العينة:

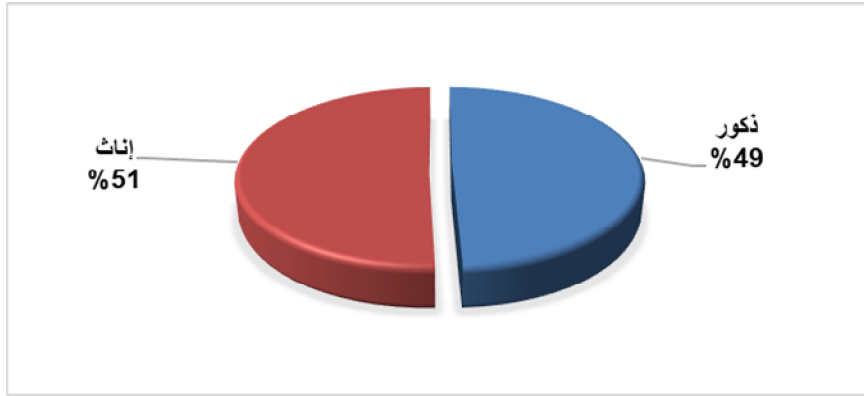
1- بالنسبة لمتغير الجنس:

الجدول رقم (17) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	التكرارات	الجنس
49%	79	ذكور
51%	81	إناث
100%	160	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالا 160 فردا، نلاحظ أن هناك 79 ذكرا بنسبة بلغت 49%، أما الإناث فقد بلغ عددهن 81 أنثى بنسبة قدرت بـ 51%، وهذا ما هو موضح من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (02) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

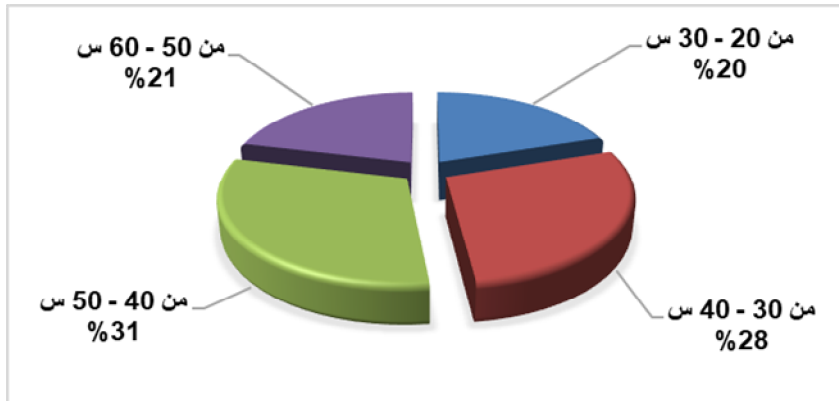


الجدول رقم (18) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرارات	السن
20%	32	من 20 - 30 س
28%	45	من 30-40 س
31%	49	من 40-50 س
21%	34	من 50-60 س
100%	160	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 160 فرداً، نلاحظ أن هناك (32) فرداً تراوحت أعمارهم بين 20 إلى 30 سنة بنسبة بلغت 20%، أما الذين تراوحت أعمارهم بين 30 إلى 40 سنة فقد بلغ عددهم (45) فرداً بنسبة قدرت بـ 28%، أما الذين تراوحت أعمارهم بين 40 إلى 50 سنة فقد بلغ عددهم (49) فرداً بنسبة قدرت بـ 31%، في حين الذين تراوحت أعمارهم بين 50 إلى 60 سنة بلغ عددهم (34) فرداً بنسبة قدرت بـ 21%، وهو موضح من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (03) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن



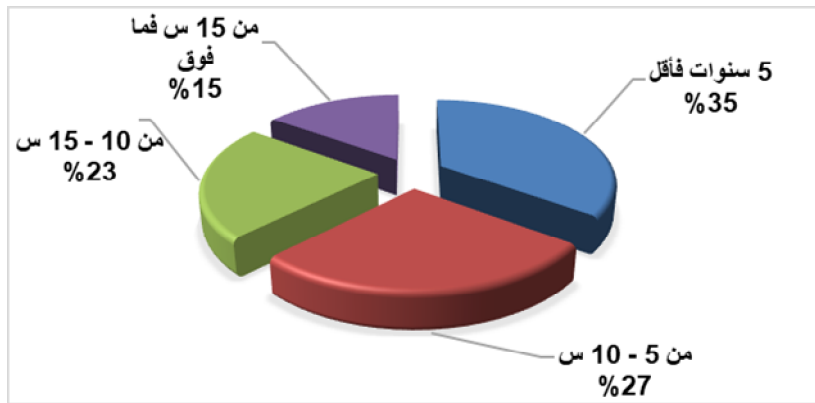
2- بالنسبة لمتغير مدة المرض:

الجدول رقم (19) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض

النسبة المئوية	التكرارات	مدة المرض
35%	56	5 سنوات فأقل
27%	44	من 5 - 10 س
23%	36	من 10 - 15 س
15%	24	من 15 س فما فوق
%100	160	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 160 فرداً، نلاحظ أن هناك (56) فرداً مدة إصابتهم بالمرض تقل عن 5 سنوات بنسبة بلغت 35%، أما الذين تراوحت مدة إصابتهم بالمرض من 5 إلى 10 سنوات فقد بلغ عددهم (44) فرداً بنسبة قدرت بـ 27%، أما الذين تراوحت مدة إصابتهم بالمرض من 10 إلى 15 سنة فقد بلغ عددهم (36) فرداً بنسبة قدرت بـ 23%، في حين أن الذين تجاوزت مدة إصابتهم بالمرض 15 سنة فقد بلغ عددهم (24) فرداً بنسبة قدرت بـ 15%، وهذا موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (04) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض



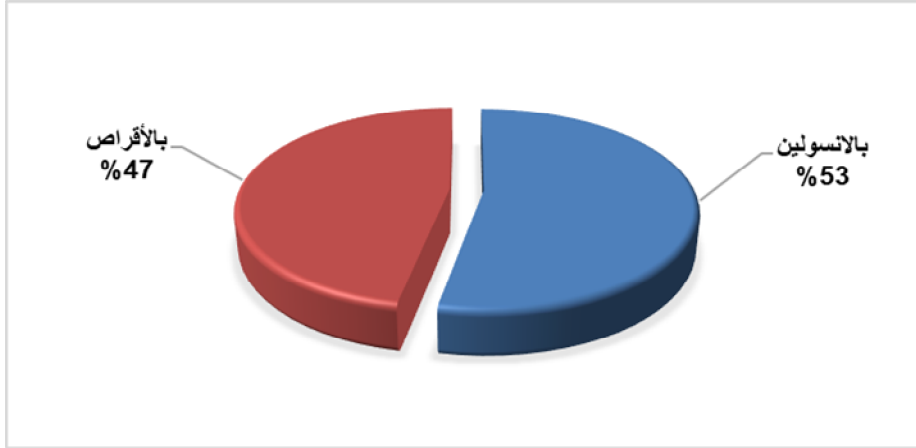
3- بالنسبة لمتغير نوع العلاج:

الجدول رقم (20) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع العلاج

النسبة المئوية	التكرارات	نوع العلاج
53%	85	بالأنسولين
47%	75	بالأقراص
%100	160	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 160 فرداً، نلاحظ أن هناك (85) فرداً يخضعون للعلاج بالأنسولين بنسبة بلغت 53%، أما الذين يخضعون للعلاج بالأقراص فقد بلغ عددهم (75) فرداً بنسبة قدرت بـ 47%، وهذا ما هو موضح من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (05) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع العلاج



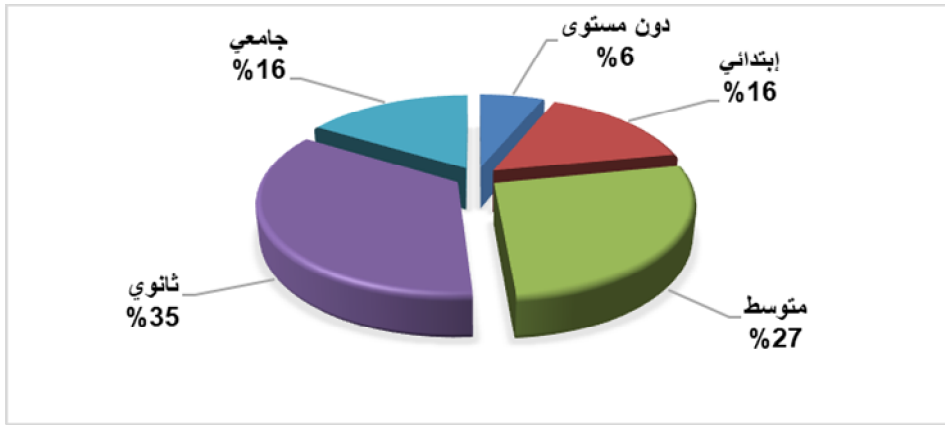
4- النسبة لمتغير المستوى التعليمي:

الجدول رقم (21) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرارات	المستوى التعليمي
06%	10	دون مستوى
16%	25	ابتدائي
27%	43	متوسط
35%	56	ثانوي
16%	26	جامعي
100%	160	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 160 فرداً، نلاحظ أن هناك (10) أفراد ليس لهم مستوى بنسبة بلغت 6%، أما الذين لديهم مستوى ابتدائي فقد بلغ عددهم (25) فرداً بنسبة قدرت بـ 16%، أما الذين لديهم مستوى متوسط فقد بلغ عددهم (43) فرداً بنسبة قدرت بـ 27%، أما الذين لديهم مستوى ثانوي فقد بلغ عددهم (56) فرداً بنسبة قدرت بـ 35%، في حين أن الذين لديهم مستوى جامعي بلغ عددهم (26) فرداً بنسبة قدرت بـ 16%، وهذا موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (06) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي



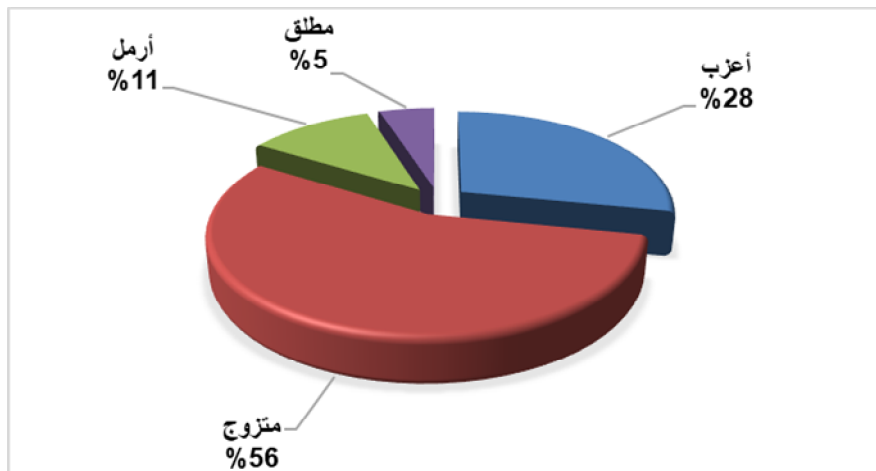
5- بالنسبة لمتغير الحالة العائلية:

الجدول رقم (22) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية

النسبة المئوية	التكرارات	الحالة العائلية
28%	45	أعزب
56%	89	متزوج
11%	18	أرمل
05%	8	مطلق
100%	160	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 160 فرداً، نلاحظ أن هناك (45) فرداً أعزب بنسبة بلغت 28%، أما المتزوجين فقد بلغ عددهم (89) فرداً بنسبة قدرت بـ 56%، أما المترملين فقد بلغ عددهم (18) فرداً بنسبة قدرت بـ 11%، في حين أن المطلقين بلغ عددهم (8) أفراد بنسبة قدرت بـ 05%، وهذا موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (07) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية



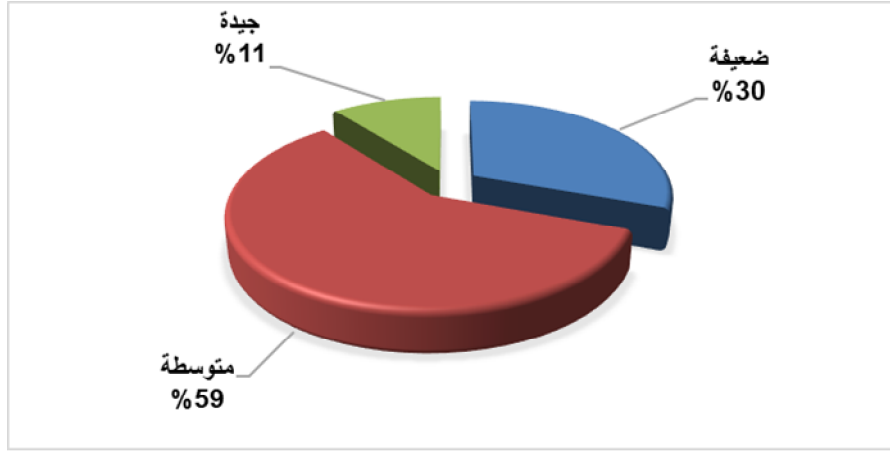
6- بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

الجدول رقم (23) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرارات	الحالة الاجتماعية
30%	49	ضعيفة
59%	94	متوسطة
11%	17	جيدة
100%	160	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 160 فرداً، نلاحظ أن هناك (49) فرداً حالتهم الاجتماعية سيئة بنسبة بلغت 49%، أما الذين لديهم حالة اجتماعية متوسطة فقد بلغ عددهم (94) فرداً بنسبة قدرت بـ 59%، في حين أن الذين لديهم حالة إجتماعية ممتازة بلغ عددهم (17) فرداً بنسبة قدرت بـ 11%، وهذا موضح في التالي:

الشكل رقم (08) يوضح توزيع نسب أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية



2-3 حدود ومجالات الدراسة الأساسية:

أ- الحدود الموضوعية:

1- المتغير المستقل الوعي الصحي:

2- المتغير التابع نوعية الحياة:

ب- الحدود المكانية: أجريت الدراسة الأساسية في جمعية مرضى السكري ببلدية المسيلة ولاية المسيلة.

ج- الحدود الزمانية: (مجال الدراسة)

استغرقت الدراسة الميدانية للدراسة الأساسية 9 أشهر بداية أكتوبر 2020 إلى غاية جوان 2021.

د- الحدود البشرية: تمت الدراسة على عينة مكونة من 160 فرد مريض ومريضة بداء السكري للنوع الأول والثاني من داء السكري بجمعية مرضى السكري ببلدية المسيلة.

2-4 أدوات الدراسة:

إن الهدف من هذا البحث هو معرفة العلاقة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري في ظل بعض المتغيرات، لذا وجب توفير أدوات لقياس متغيرات الدراسة الوعي الصحي ونوعية الحياة وبما أن مقياس نوعية الحياة، وجدناه جاهزا والمعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004) والمترجم من طرف رامي طشوش ومحمد القشار (2016) بالأردن، استعنا به في هذا البحث ولكن بعد البحث على أداة تقيس الوعي الصحي لمرضى السكري والتي تخدم بحثنا تعذر علينا وجود مقياس جاهزا حسب الباحثة لذلك تم تبني بناء استبيان للوعي الصحي لمرضى السكري عبر خطوات مدروسة موضحة كما يلي:

أ- خطوات بناء استبيان الوعي الصحي لمرضى السكري:

أ- الاطلاع على الدراسات والأدبيات التي تطرقت لموضوع الوعي الصحي وعلى مجموعة من الدراسات التي استخدمت مقاييس الوعي الصحي والتي من خلالها استعنا لبناء الاستبيان ومن أهم هذه الدراسات:

دراسة سوزان دريد، أحمد زنكنة (2009) تكون مقياس الوعي الصحي من 81 عبارة موزعة على خمس مجالات هي: 1- صحة الفرد، 2- الصحة النفسية، 3- الصحة الغذائية، 4- الأمراض المعدية 5- المخدرات والتدخين تكون سلم الإجابات من ثلاث بدائل هي أوافق- لا أوافق- لا ادري.

- دراسة بن زيدان حسين ومقران جمال سيفي بلقاسم (2017)

حيث تم تطبيق مقياس الوعي الصحي والذي ضم خمسة مجالات هي:

- 1 الوعي الصحي الشخصي، 2- الوعي الصحي الغذائي، 3- الوعي الصحي الوقائي، 4- الوعي الصحي الرياضي، 5- الوعي الصحي البيئي وتضمن 43 عبارة بمفتاح تصحيح خماسي

- دراسة رشيد، عبد القوي (2018)

طبق مقياس الوعي الصحي الذي تكون من 57 عبارة موزعة على خمس محاور:

- 1- التغذية، 2- ممارسة الرياضة 3- الصحة الشخصية، 4- الصحة النفسية، 5- القوام، وتكون سلم الإجابة من ثلاث بدائل (دائما، أحيانا، نادرا)

4- دراسة م. م. على رحيم محمد (2018) والذي قام ببناء مقياس الوعي الصحي الذي تضمن أربع مجالات هي: 1- التربية الغذائية، 2- العناية الصحية، 3- الصحة الإنجابية و 4- الوقاية من الأمراض واشتمل على 60 عبارة موزعة على المجالات السابقة الذكر بواقع 15 عبارة لكل مجال بثلاث بدائل (تنطبق علي تماما، تنطبق علي إلى حد ما، لا تنطبق علي تماما)

5 مقياس الجعفري (2008): اشتمل المقياس على 68 عبارة تمثل ممارسات سلوكية مرتبطة بالوعي الصحي وتكون سلم إيجابيات من 5 بدائل وتم صياغة جميع الفقرات بصيغة تعبير عن معنى ايجابي وضمن سبعة مجالات: 1-التغذية، 2- الصحة الشخصية 3- ممارسة النشاط الرياضي، 4-القوام، 5- تكوين وعمل الجسم البشري، 6- صحة الأسرة والمجتمع، 7- الكشف الطبي الدوري.

ب- وبعد الاطلاع على الدراسات السابقة والتي لها علاقة (بالوعي الصحي) قمنا ببناء استبيان أولى احتوى على 70 عبارة. وهو مكون من خمسة أبعاد كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (24) أبعاد استبيان الوعي الصحي في صورته الأولية:

الرقم	الإبعاد	عدد البنود
1	البعد الأول: الوعي الصحي الجسمي	15
2	البعد الثاني: الوعي الصحي الاجتماعي	12
3	البعد الثالث: الوعي الصحي الغذائي	12
4	البعد الرابع: الوعي الصحي الرياضي	15
5	البعد الخامس: الوعي الصحة النفسي	15
المجموع		70

د- وقد صاغت الباحثة لكل مجال عبارات تراوحت ما بين 1 إلى 15 لكل مجال إذ بلغت مجموع العبارات الكلية للاستبيان بشكله الأولى 70 عبارة .

و- كذلك قامت الباحثة بعرض الاستبيان في صورته الأولى على مجموعة من مرضى السكري المنتمين إلى جمعية مرضى السكري لمعرفة مدى فهم العبارات وملائمة الاستبيان لعينة البحث.

- وبعد هذا العمل تم وضوح الاستبيان في صورته الأولى وبعدها تم توزيع الاستبيان على مجموعة من الأساتذة الجامعيين وكذا بعض المختصين في الصحة وأمراض الغدد، وأخصائي تغذية، وأخصائي نفساني لأجل إعطاء مصداقية أكثر للاستبيان، مجموعة المحكمين مبينة في الملحق رقم (04)

- صدق المحكمين:

- طريقة تصحيح استبيان الوعي الصحي:

الاستبيان في صورته الأولى إحتوى على 70 عبارة موزعة على خمس مجالات وهي الوعي الصحي الجسمي مكون من 15 عبارة، الوعي الصحي الاجتماعي مكون من 12 عبارات، الوعي الصحي الرياضي مكون من 12 عبارة، الوعي الصحي الغذائي مكون من 15 عبارة والوعي الصحي النفسي مكون من 15 عبارة وكانت الإجابة للفقرات من خلال أسلوب likert ذو التدرج الرباعي ويشمل البدائل الآتية:

- تنطبق بدرجة كبيرة ولها أربعة درجات.

- تنطبق بدرجة متوسطة ولها ثلاث درجات.

- تنطبق بدرجة ضعيفة ولها درجتين.

- ولا تنطبق أبدا ولها درجة واحدة.

هذه البدائل تعكس مستوى الوعي الصحي لمرضى السكري بحيث كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشرا إلى أن مريض السكري لديه مستوى مرتفع من الوعي الصحي ولغاية تفسير المتوسطات الحسابية ولتحديد مستوى الوعي الصحي لمرضى السكري تم تحويل العلامة وفقا لعدد البدائل الذي تراوحت من 1، 3، 4 درجات وتصنيف المستوى إلى ثلاث مستويات مرتفع ومتوسط ومنخفض وذلك وفق معادلة لوشي: القيمة العليا ناقص القيمة الدنيا لبدائل الإجابة مقسومة على عدد المستويات أي 4- $3/1$ يساوي $3/3$ يساوي 1 وهذه القيمة تساوي طول الفئة وبذلك يكون المستوى المنخفض للوعي الصحي لدى مرضى المصابين بداء السكري من $1+1$ يساوي 2 ويكون المستوى المتوسط من $1+2$ يساوي 3، ويكون المستوى المرتفع في مجال من 3 إلى 4.

* حساب صدق المحكمين

تم حساب صدق المحكمين اعتمادا على معادلة لوشي وعبارتها كالاتي:

$$ص م يساوي ن م - ن / 2 / ن / 2 /$$

حيث ص م: صدق المحكمين

ن م: عدد المحكمين الذين اعتبروا العبارة تقيس

ن: العدد الكلي للمحكمين

ص م 11 - 2/12/2/12 يساوي 11-6/6 = 5 تقسيم 6 = 0,83 بمعنى أن العبارات لها مصداقية عالية

حيث أن ص م أقل من 0,05، 0,83 أقل من 0,05

- استبيان الوعي الصحي لمرضى السكري بعد التصحيح والتعديل

في صورته الأولى تكون من 70 عبارة بعد التصحيح والتعديل من طرف المحكمين أصبح 50 عبارة

أي تم إلغاء 20 عبارة موضح حسب كل مجال كما يلي:

1- مجال الوعي الصحي الجسمي:

- في صورته الأولى أحتوى على 15 عبارة

- بعد التعديل والتصحيح أصبح 12 عبارة

- عدد العبارات الملغاة ثلاثة عبارات هي: 07-09-15

- عدد العبارات المصححة (المعدلة) عبارتين 02-14

2- مجال الوعي الصحي الاجتماعي:

- في صورته الأولى إحتوى على 13 عبارة

- بعد التعديل والتصحيح أصبح 8 عبارات

- عدد العبارات الملغاة أربعة عبارات هي: 01-06-08-09

- عدد العبارات المعدلة: عبارة واحدة هي العبارة 12

3- مجال الوعي الصحي الرياضي:

- في صورته الأولى إحتوى على 12

- بعد التعديل أصبح 09 عبارات

- العبارات الملغاة ثلاثة عبارات: 01-02-07

العبارات المعدلة واحدة هي: العبارة 05

4- مجال الوعي الصحي الغذائي:

- في صورته الأولية احتوى على 15 عبارة
- بعد التعديل أصبح 11 عبارة
- العبارات الملغاة ثلاثة عبارات هي: 09 - 10 - 13
- العبارة المعدلة هي: العبارة رقم 07

5- مجال الوعي الصحي النفسي:

- في صورته الأولية شمل 15 عبارة
- عدد العبارات بعد التعديل أصبح 10 عبارات
- عدد العبارات الملغاة خمسة عبارات هي: 02 - 04 - 05 - 07 - 14
- عدد العبارات المعدلة هي: 06 - 1 - 12 - 13 - 15

* مجموع العبارات الملغاة في الاستبيان ككل هي: 20 عبارة

مجموع العبارات المعدلة في الاستبيان هي: 10 عبارات

بمعنى أن: 70 عبارة - 20 عبارة = 50 عبارة

أي الاستبيان في صورته النهائية احتوى على 50 عبارة

1- العبارات الايجابية للاستبيان 44 عبارة هي:

1،2،3،4،5،6،8،9،10،11،12،13،14،16،17،18،19،20،21،22،23،24،25،27،28،29،30،31،33،34،
36،37،38،39،40،41،42،43،44،45،46،47،48،49.

2 العبارات السلبية 06 عبارات هي:

15، 26، 7، 35، 32، 50

جدول رقم (25) يوضح المحاور لاستبيان الوعي الصحي بعد التصحيح

عدد الفقرات	الأبعاد	الرقم
12	الوعي الصحي الجسمي	1
11	الوعي الصحي الغذائي	2
9	الوعي الصحي الرياضي	3
10	الوعي الصحي النفسي	4
8	الوعي الصحي الاجتماعي	5
50		المجموع

ومنه يظهر الاستبيان للوعي الصحي لمرضى السكري في صورته النهائية بعدد البنود 50 بند وتمت جاهزيته لتطبيقه في الدراسة الأساسية كما هو مبين في الملحق رقم (01)

2- مقياس نوعية الحياة (Whoqlbref) يقول (Benony 2001):

"تعتبر التقنيات التي تقيس نوعية الحياة مهمة وضرورية حيث تسمح على تقييم جوانب الايجابية والسلبية لطريقة العلاج وفعاليته ونوعية هذا الأخير تبين مدى تأثير المرض على رفاهية وسعادة الفرد ولنهم أحسن للطريقة التي تقيم بها الأشخاص صحتهم في وقت وظروف محددة " (P.2).

وعلى هذا الأساس تم اختيار مقياس نوعية الحياة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004) المختصر والمترجم من طرف الباحثان رامي طشوش، محمد القشار (2016) بالأردن (scale brief, quality of life, WHO world health, organezions, 2004)

تكون المقياس من أربع مجالات في كل مجال عبارات تعكسه وهو موضح كما يلي:

1- مجال الصحة الجسمية من العبارة رقم 1 إلى العبارة رقم 8

2- مجال الصحة النفسية من العبارة رقم 9 إلى العبارة رقم 15

3- مجال العلاقات الاجتماعية من العبارة رقم 16 إلى العبارة رقم 18

4- مجال البيئة من العبارة رقم 19 إلى العبارة رقم 26 أنظر الملحق رقم (02)

- **التعريف بمقياس نوعية الحياة:** لتعرف على مستوى نوعية الحياة لمرضى السكري قامت الباحثة بالرجوع إلى مقياس نوعية الحياة المختصر المكون من 26 بند والمترجم من طرف رامي طشوش ومحمد القشار (2016) والمعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004) وقد تكون المقياس في صورته الأولية من 100 فقرة وقد ضم عدة مجالات هي الصحة الجسمية والنفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئية والذي اختصر فيما بعد إلى (bref- whoqof) والمكون من 26 فقرة ضمن أربعة مجالات هي: الصحة الجسمية والصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئة.

وهذا المقياس يطبق مع الأشخاص العاديين والمرضى كمرضى السرطان والسكري والقلب وارتفاع ضغط الدم الشرياني وقد تم تقديره السيكومتري لهذا المقياس على عينات غير متجانسة من المرضى والأصحاء عبر ثلاث وعشرون مركزا تابعا لمنظمة الصحة العالمية في بلدان مختلفة وأظهرت نتائج التحليلات الإحصائية أن قيمة الارتباط الداخلي لمجالات المقياس تراوحت بين (0.82-0.68) كما أن مؤشرات صدق البناء والصدق التمييزي كانت مرضية ودالة مما يعني أن المقياس يتميز

بخصائص سيكومترية عالية (skevington ، lotfy & o, connell, 2004)

- صدق وثبات مقياس نوعية الحياة للباحثين رامي طشوش ومحمد القشار (2016)

- صدق المقياس:

- قيم المعاملات ارتباط الفقرات بالمجالات الأربعة تراوحت بين 0,62 - 0,92

- قيم المعاملات الارتباط بين الفقرات والمقياس ككل تراوحت بين 0,46 - 0,87

- قيم معاملات الارتباط بين المجالات للمقياس تراوحت بين 0,68 - 0,86

- قيم المعاملات والارتباط بين المجالات والمقياس ككل كانت مرتفعة تراوحت بين 0,85 0,92

وهذه المؤشرات تؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

- ثبات المقياس:

تم التأكد من ثبات الأداة باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار test-Retest كما تم حساب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل ألفا كرنباخ وكانت النتائج لمعاملات الاتساق الداخلي وثبات إعادة لمجالات المقياس كما يلي:

معاملات ثبات إعادة قدر بـ 0,90

معاملات الارتباط الداخلي قدر بـ 0,95

- طريقة تصحيح مقياس نوعية الحياة:

تكون مقياس نوعية الحياة من 26 عبارة موزعة على أربعة مجالات والتي تم ذكرها سابقاً،

الإجابة لفقراته من خلال أسلوب ليكرت Likert ذو التدرج الرباعي والذي يشمل البدائل الآتية:

1- تنطبق بدرجة كبيرة ولها أربعة درجات.

2- تنطبق بدرجة متوسطة ولها ثلاثة درجات.

3- تنطبق بدرجة ضعيفة ولها درجتين.

4- لا تنطبق أبداً ولها درجة واحدة.

هذه البدائل تعكس مستوى نوعية الحياة لمرضى السكري بحيث كلما ارتفعت الدرجة كان هناك مؤشر إلى أن لديه مستوى مرتفع في نوعية الحياة، وقد تم تحويل العلامة وفقاً لعدد البدائل الذي تراوحت من 1، 3، 4 درجات وتصنيف المستوى إلى ثلاثة مستويات: مرتفع، متوسط، منخفض، وهذا وفقاً لمعادلة لوشي:

القيمة العليا - القيمة الدنيا لبدائل الإجابة

عدد المستويات

$$\text{أي: } 1 = \frac{3}{3} = \frac{1}{3} - 4$$

هذه القيمة تساوي طول الفئة وبذلك يكون المستوى المنخفض لنوعية الحياة لمرض السكري:

$$\text{من } 2=1+1$$

$$\text{المستوى المتوسط من } 3=1+2$$

والمستوى المرتفع من 3 إلى 4.

- اتجاه الفقرات:

1- العبارات الإيجابية (+) هي:

أ- في مجال الصحة الجسمية: العبارة هي: 3، 4، 5، 6، 7، 8.

ب- مجال الصحة النفسية، العبارات هي: 9، 10، 11، 12، 13، 15.

ج- مجال العلاقات الاجتماعية، العبارات هي: 16، 17، 18.

د- مجال البنية، العبارات هي: 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26.

أي عدد العبارات الإيجابية يساوي 23 عبارة.

2- العبارات السلبية (-) هي:

أ- مجال الصحة الجسمية، العبارة: 1، 2.

ب- مجال الصحة النفسية، العبارة: 14.

أي ثلاثة عبارات فقط سلبية.

2-5 الأساليب المعالجة الإحصائية:

تم الاعتماد على هذه الدراسة على برنامج Spss الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية من خلال

أساليب إحصائية مختلفة تخدم أهداف الدراسة هي:

- معادلة برسون: لحساب الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية، والارتباط بين العبارات والدرجة الكلية.

- معامل ألف كرنباخ: لحساب الثبات والصدق بطريقة التناسق الداخلي.

- اختبار كولموغوروف سميروف: لتحقق من شرط التوزيع الطبيعي للمتغيرات.

- اختبار شبير وويلك: لتحقق من شرط التوزيع الطبيعي للمتغيرات.

- معامل سبيرمان: لتحقق من العلاقة الارتباطية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري بعد التحقق من خطية العلاقة .

- اختبار فردمان ويلكوكسن: لهدف ترتيب الأبعاد للمقياسين.

- اختبار ك مربع: للكشف عن المستوى للمتغيرين للوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري وكذلك لجودة التوفيق.
- اختبار مان ويتنى: لحساب دلالة الفروق بين متغير الوعي الصحي ونوعية الحياة تبعا لنوع العلاج.
- اختبار كروسكال واليز: للكشف عن الفروق للوعي الصحي ونوعية الحياة تبعا لمتغير مدة المرض.

- خلاصة:

لقد تم التطرق في هذا الجزء من الدراسة إلى إجراءات الدراسة الميدانية، حيث تم تحديد عينة الدراسة الأساسية وقبلها الدراسة الاستطلاعية، مع تحديد المنهج المناسب، والتأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات المستعملة، والتي تمثلت في مقياس نوعية الحياة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية والمترجم إلي العربية، وقد تعذر علينا وجود مقياس للوعي الصحي لمرضى السكري لذلك تم بناء استبيان له بتباع خطوات مدروسة وتم التأكد من خصائصه السيكومترية والاستعانة بصدق المحكمين، وبعد تطبيق الأدوات على العينة الاستطلاعية تبين صلاحية الأدوات للتطبيق في الدراسة الأساسية.

الفصل السادس

عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1- التحقق من شروط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

2- عرض وتفسير نتائج الدراسة

3- مناقشة فرضيات الدراسة

تمهيد:

يعد هذا الجزء من الدراسة الأهم لأن فيه يتم عرض نتائج الدراسة الأساسية وتفسيرها ومناقشتها، ابتداء من الفرضية الرئيسية إلى الفرضيات الفرعية، هذا بطبع استنادا إلى التراث النظري والدراسات السابقة التي أثرت الموضوع، وهذا الجزء من الدراسة يبرهن على ما تم بناءه في الإطار النظري.

- قبل استعراض نتائج الدراسة وجب التذكير بفرضيات الدراسة:

- الفرضية العامة:

- توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.

- الفرضيات الجزئية:

- مستوى الوعي الصحي لدى مرضى السكري مرتفع .

- مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري مرتفع .

- هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري.

- هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري .

- توجد فروق دالة إحصائيا في الوعي الصحي ونوعية الحياة تبعا لمتغير نوع العلاج (بالأنسولين، الأقراص).

- توجد فروق دالة إحصائيا في الوعي الصحي ونوعية الحياة تبعا لمتغير مدة الإصابة بالسكري.

1- التحقق من شرط التوزيع الطبيعي للبيانات:

قبل البدء في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة والملائمة وجب أولا التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة الحالية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (26) يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
دال	0.000	160	0.885	0.000	160	0.168	الوعي الصحي
دال	0.000	160	0.879	0.000	160	0.205	نوعية الحياة

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم اختبار كولموغروف سميرنوف وكذا اختبار شبيرو ويلك أن كل القيم بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة وهي الوعي الصحي ونوعية الحياة جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.05) مما يجرننا إلى القول بأن بيانات هاته المتغيرات تتوزع توزيعاً غير طبيعيًا وبالتالي فإن كل الأساليب الإحصائية التي ستستخدم في المعالجة هي أساليب لابارامترية كما هو موضح في الملحق رقم (06).

2- عرض وتفسير نتائج الدراسة:

2-1 عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى لهذه الدراسة على أنه: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم اللجوء إلى استخدام معامل سبيرمان وذلك بعد التحقق من خطية العلاقة أنظر إلى الملحق رقم (06)، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (27) يوضح العلاقة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة

القرار	نوعية الحياة	Rho de Spearman	
الارتباط دال عند $(\alpha=0,01)$ **	0.714**	معامل الارتباط	الوعي الصحي
	0.000	مستوى الدلالة	
	160	حجم العينة	

من خلال الجدول رقم () أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط سبيرمان بين درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس (الوعي الصحي) ودرجاتهم في (نوعية الحياة) بلغ (0.71) وهي قيمة قوية وموجبة، ويعني هذا أن الارتباط بين درجات (الوعي الصحي) ودرجات (نوعية الحياة) لدى أفراد عينة الدراسة هو إرتباط طردي، أي أن كل زيادة في درجات الأفراد في (الوعي الصحي) تقابلها زيادة في درجاتهم في مقياس (نوعية الحياة) والعكس صحيح، كما أن نتيجة هذا الارتباط جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا $(\alpha=0,01)$ ، ومنه نستطيع القول بأنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي فإن هذه النتيجة أتت مؤيدة لفرضية البحث الأولى القائلة بـ وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

2-2 عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية لهذه الدراسة على: "مستوى الوعي الصحي مرتفع لدى مرضى السكري" وللإجابة على الفرضية تم الاعتماد على اختبار كا² لجودة التوفيق أو ما يطلق عليه بحسن المطابقة، فكانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (28) يوضح اختبار كا² للكشف عن مستوى الوعي الصحي لدى مرضى السكري

المستويات	التكرار المشاهد	النسبة	التكرار المتوقع	الفرق بين التكرارات	Chi-Square	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
منخفض جدا	0	%00	32.0	-32.0	148.063	4	0.000	دال عند 0.01
منخفض	3	%02	32.0	-29.0				
متوسط	25	%16	32.0	-7.0				
مرتفع	82	%51	32.0	50.0				
مرتفع جدا	50	%31	32.0	18.0				
الإجمالي	160	%100	//	//				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (160) فرداً تباينت مستوياتهم فيما بينها حيث نجد أن (82) فرداً كان مستواهم على المقياس (مرتفعاً) بنسبة مئوية قدرت بـ51%، ويليهما (50) فرداً كان مستواهم على المقياس (مرتفعاً جداً) بنسبة مئوية قدرت بـ31%، ويليهما (25) فرداً كان مستواهم على المقياس (متوسطاً) بنسبة مئوية قدرت بـ16%، ونجد (3) أفراد كان مستواهم على المقياس (منخفضاً) بنسبة مئوية قدرت بـ02%، في حين لا نجد أي فرد كان مستواهم على المقياس (منخفضاً جداً)، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (4) قدرت بـ 148.06 وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المستويات الخمسة لصالح المستوى الرابع (مرتفع)، ومنه يمكن القول بأن مستوى الوعي الصحي مرتفع لدى مرضى السكري، وعليه فإن هذه النتيجة تؤيد فرضية البحث الثانية والقائلة مستوى الوعي الصحي مرتفع لدى مرضى السكري، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

2-3 عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة لهذه الدراسة على: "مستوى نوعية الحياة مرتفع لدى مرضى السكري" وللإجابة على الفرضية تم الاعتماد على اختبار كا² لجودة التوفيق أو ما يطلق عليه بحسن المطابقة، فكانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (29) يوضح اختبار كا² للكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري

المستويات	التكرار المشاهد	النسبة	التكرار المتوقع	الفرق بين التكرارات	Chi-Square	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
منخفض جدا	0	%00	32.0	-32.0	154.813	4	0.000	دال عند 0.01
منخفض	12	%07	32.0	-20.0				
متوسط	25	%16	32.0	-7.0				
مرتفع	91	%57	32.0	59.0				
مرتفع جدا	32	%20	32.0	0.0				
الإجمالي	160	%100	//	//				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (160) فرداً تباينت مستوياتهم فيما بينها حيث نجد أن (91) فرداً كان مستواهم على المقياس (مرتفعاً) بنسبة مئوية قدرت بـ 57%، ويليهما (32) فرداً كان مستواهم على المقياس (مرتفعاً جداً) بنسبة مئوية قدرت بـ 20%، ويليهما (25) فرداً كان مستواهم على المقياس (متوسطاً) بنسبة مئوية قدرت بـ 16%، ونجد (12) فرداً كان مستواهم على المقياس (مرتفعاً جداً) بنسبة مئوية قدرت بـ 07%، في حين لا نجد أي فرد كان مستواهم على المقياس (منخفضاً جداً)، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (4) قدرت بـ 154.81 وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المستويات الخمسة لصالح المستوى الرابع (مرتفع)، ومنه يمكن القول بأن مستوى نوعية الحياة مرتفع لدى مرضى السكري، وعليه فإن هذه النتيجة تؤيد فرضية البحث الثالثة والقاتلة مستوى نوعية الحياة مرتفع لدى مرضى السكري، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

2-4 عرض وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة للدراسة على أن: "هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري"، وللتحقق من هاته الفرضية تم اللجوء إلى معامل فريدمان ومعامل ويلكوكسون الترتيبين بهدف ترتيب الأبعاد التي يقيسها مقياس الوعي الصحي، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (30) يوضح اختبار فريدمان لترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي

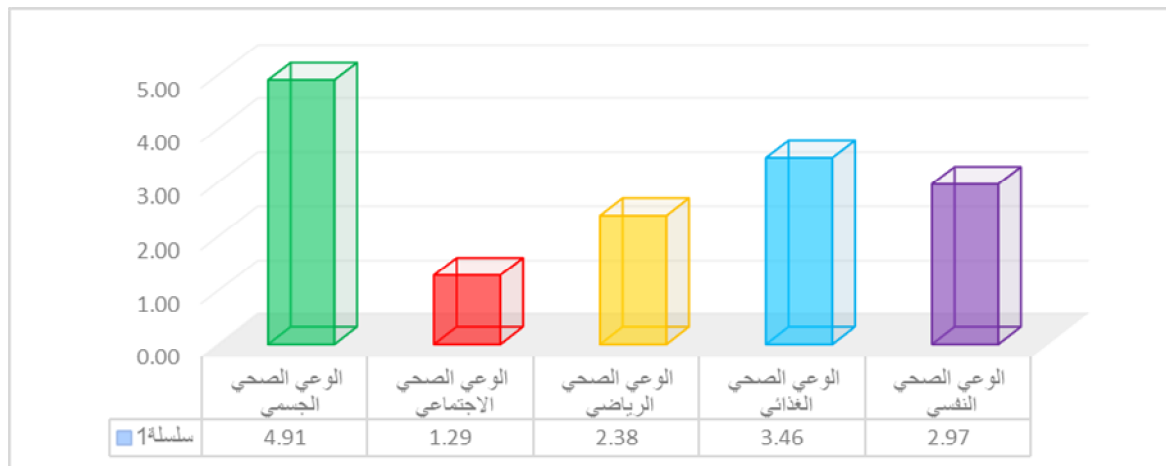
الرقم	أبعاد الوعي الصحي	متوسط الرتب	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
01	الوعي الصحي الجسدي	4.91	465.470	4	0.000	دال عند 0.01
02	الوعي الصحي الاجتماعي	1.29				
03	الوعي الصحي الرياضي	2.38				
04	الوعي الصحي الغذائي	3.46				
05	الوعي الصحي النفسي	2.97				

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ وبناء على متوسطات الرتب التي أفرزها معامل فريدمان الرتبي بالنسبة لأبعاد مقياس الوعي الصحي والتي جاءت وفق الترتيب التنازلي التالي:

- 1- (الوعي الصحي الجسدي) احتل المرتبة الأولى بمتوسط رتب بلغ 4,91
- 2- (الوعي الصحي الغذائي) احتل المرتبة الثانية بمتوسط رتب بلغ 3,46
- 3- (الوعي الصحي النفسي) احتل المرتبة الثالثة بمتوسط رتب بلغ 2,97
- 4- (الوعي الصحي الرياضي) احتل المرتبة الرابعة بمتوسط رتب بلغ 2,38
- 5- (الوعي الصحي الاجتماعي) احتل المرتبة الخامسة بمتوسط رتب بلغ 1,29

والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (09) أعمدة بيانية توضح ترتيب أبعاد الوعي الصحي لدى عينة الدراسة



وبناء على قيمة χ^2 والتي بلغت 465.47 نلاحظ أنها قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي يمكن القول بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين ترتيب أبعاد الوعي الصحي وبهدف التحقق من الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان تم اللجوء إلى اختبار ويلكوكسون وهذا ما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (31) يوضح اختبار ويلكوكسون للتحقق من ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي

المقارنات الثنائية	Z	مستوى الدلالة
الوعي الصحي الغذائي - الوعي الصحي الجسمي	-10.455 ^b	0.000
الوعي الصحي النفسي - الوعي الصحي الغذائي	-5.045 ^b	0.000
الوعي الصحي الرياضي - الوعي الصحي النفسي	-6.626 ^b	0.000
الوعي الصحي الاجتماعي - الوعي الصحي الرياضي	-9.190 ^b	0.000

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى ما أفرزه اختبار ويلكوكسون نلاحظ أن الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان هو نفسه الذي أكد عليه معامل ويلكوكسون حيث أن المرتبة الأولى كانت لصالح (الوعي الصحي الجسمي) وفي المرتبة الثانية (الوعي الصحي الغذائي) أما المرتبة الثالثة فقد كانت (الوعي الصحي النفسي) والمرتبة الرابعة (الوعي الصحي الرياضي) وفي الأخير (الوعي الصحي الاجتماعي) وعليه يمكن القول بأن هذه النتيجة تؤيد فرضية الدراسة الرابعة والقائلة بـ هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري، وهذا التفاوت كان لصالح بعد الوعي الصحي الجسمي، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

2-5 عرض وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة للدراسة على: "هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري"، وللتحقق من هذه الفرضية تم اللجوء إلى معامل فريدمان ومعامل ويلكوكسون الترتيبين بهدف ترتيب الأبعاد التي يقيسها مقياس نوعية الحياة، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (32) يوضح اختبار فريدمان لترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة

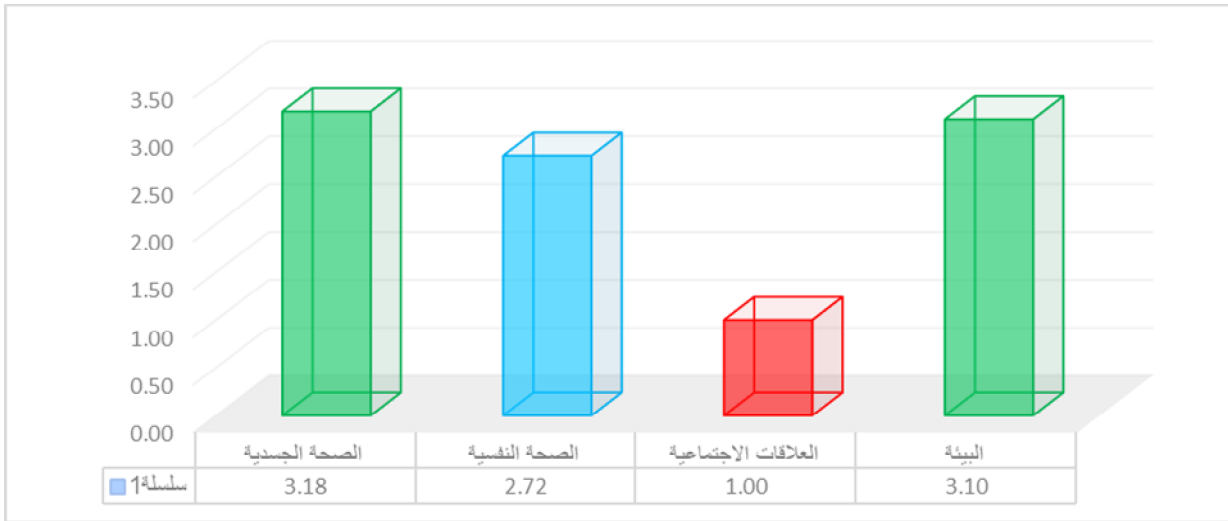
الرقم	أبعاد نوعية الحياة	متوسط الرتب	Khi-deux	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
01	الصحة الجسدية	3.18	313.010	3	0.000	دال عند 0.01
02	الصحة النفسية	2.72				
03	العلاقات الاجتماعية	1.00				
04	البيئة	3.10				

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ وبناء على متوسطات الرتب التي أفرزها معامل فريدمان الرتبي بالنسبة لأبعاد مقياس نوعية الحياة والتي جاءت وفق الترتيب التنازلي التالي:

- 1- (الصحة الجسدية) احتل المرتبة الأولى بمتوسط رتب بلغ 3,18
- 2- (البيئة) احتل المرتبة الثانية بمتوسط رتب بلغ 3,10
- 3- (الصحة النفسية) احتل المرتبة الثالثة بمتوسط رتب بلغ 2,72
- 4- (العلاقات الاجتماعية) احتل المرتبة الرابعة بمتوسط رتب بلغ 1,00

والشكل التالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (10) أعمدة بيانية توضح ترتيب أبعاد نوعية الحياة لدى عينة الدراسة



وبناء على قيمة χ^2 والتي بلغت 313.01 نلاحظ أنها قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا $(\alpha=0.01)$ ، وبالتالي يمكن القول بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين ترتيب أبعاد نوعية الحياة وبهدف التحقق من الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان تم اللجوء إلى اختبار ويلكوسون وهذا ما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (33) يوضح اختبار ويلكوسون للتحقق من ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة

مستوى الدلالة	Z	المقارنات الثنائية
0.355	-0.925 ^b	البيئة - الصحة الجسدية
0.000	-5.788 ^c	الصحة النفسية - البيئة
0.000	-10.991 ^c	العلاقات الاجتماعية - الصحة النفسية

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى ما أفرزه اختبار ويلكوسون نلاحظ أن الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان هو نفسه الذي أكد عليه معامل ويلكوسون مع اختلاف بسيط حيث أن المرتبة الأولى

كانت مشتركة بين كل من (الصحة الجسدية - البيئة) أما في المرتبة الثانية فنجد (الصحة النفسية) في حين نجد في المرتبة الثالثة ولأخيرة (العلاقات الاجتماعية)، وعليه يمكن القول بأن هذه النتيجة تؤيد فرضية الدراسة الخامسة والقائلة بهناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري، وهذا التفاوت كان لصالح بعدي الصحة الجسدية والبيئة، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

2-6 عرض وتفسير ومناقشة الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة للدراسة على: "توجد فروق ذات دلالة في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير نوع العلاج" وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار مان ويتني بهدف الكشف عن الاختلاف في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة تبعاً لمتغير نوع العلاج، فكانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (34) اختبار مان ويتني لدلالة الفروق في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة تبعاً

لمتغير نوع العلاج

القرار	مستوى الدلالة	Z	Wilcoxon W	Mann-Whitney U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	نوع العلاج
غير دال	0.570	-0.568	5886.000	3036.000	6994.00	82.28	85	أنسولين
					5886.00	78.48	75	أقراص
					160			الإجمالي
غير دال	0.954	-0.057	6022.500	3172.500	6857.50	80.68	85	أنسولين
					6022.50	80.30	75	أقراص
					160			الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ما يلي:

- أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (160) فرداً قد توزعوا بناءً على درجاتهم في مقياس الوعي الصحي حسب متغير نوع العلاج إلى (85) فرداً يعالجون بالأنسولين بواقع (82.28) كمتوسط رتب، و (75) فرداً يعالجون بالأقراص بواقع (78.48) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة اختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-0.56) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً، وبالتالي لا توجد فروق في الوعي الصحي تبعاً لنوع العلاج لدى مرضى السكري.

- أن أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (160) فرداً قد توزعوا بناء على درجاتهم في مقياس نوعية الحياة حسب متغير نوع العلاج إلى (85) فرداً يعالجون بالأنسولين بواقع (80.68) كمتوسط رتب، و(75) فرداً يعالجون بالأقراص بواقع (80.30) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة اختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-0.05) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً، وبالتالي لا توجد فروق في نوعية الحياة تبعاً لنوع العلاج لدى مرضى السكري.

ومنه تم قبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود الفروق، وبالتالي يمكن القول بان هذه النتيجة أتت معارضة لفرضية البحث السادسة والقائلة بتواجد فروق ذات دلالة في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير نوع العلاج أي لا توجد فروق، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

2-7 عرض وتفسير ومناقشة الفرضية السابعة:

نصت الفرضية السابعة للدراسة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير مدة المرض"، وللتحقق من هذه الفرضية تم اللجوء إلى اختبار كروسكال وايز، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (35) يوضح اختبار كروسكال وايز للكشف عن الفرق في كل من الوعي الصحي ونوعية

الحياة تبعاً لمتغير مدة المرض

القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية	Kruskal-Wallis H	متوسط الرتب	حجم العينة	مدة المرض	
غير دال	0.202	3	4.614	73.81	56	5 سنوات فأقل	الوعي الصحي
				90.39	44	من 5 - 10 س	
				75.60	36	من 10 - 15 س	
				85.33	24	من 15 س فما فوق	
				الإجمالي 160			
غير دال	0.419	3	2.825	75.96	56	5 سنوات فأقل	نوعية الحياة
				89.28	44	من 5 - 10 س	
				78.92	36	من 10 - 15 س	
				77.35	24	من 15 س فما فوق	
				الإجمالي 160			

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ما يلي:

- أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (160) فرداً قد انقسمت في متغير الوعي الصحي حسب مدة المرض إلى أربع مجموعات، تمثل المجموعة الأولى الأفراد الذين قلت مدة إصابتهم بالمرض عن 5 سنوات وقد بلغ عددهم (56) فرداً بمتوسط رتب بلغ 73.81، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد تراوحت مدة إصابتهم بالمرض بين 5 إلى 10 سنوات وقد بلغ عددهم (44) فرداً بمتوسط رتب بلغ 90.39، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين تراوحت مدة إصابتهم بالمرض بين 10 إلى 15 سنة وقد بلغ عددهم (36) فرداً بمتوسط رتب بلغ 75.60، في حين أن المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين فاقت مدة إصابتهم بالمرض عن 15 سنة وقد بلغ عددهم (24) فرداً بمتوسط رتب بلغ 85.33، وقد أفرز اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليز (H) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية (3) بـ 4.61 وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، ومنه لا توجد فروق في الوعي الصحي تبعاً لمتغير مدة المرض لدى مرضى السكري.

- أن إجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (160) فرداً قد انقسمت في متغير نوعية الحياة حسب مدة المرض إلى أربع مجموعات، تمثل المجموعة الأولى الأفراد الذين قلت مدة إصابتهم بالمرض عن 5 سنوات وقد بلغ عددهم (56) فرداً بمتوسط رتب بلغ 75.96، أما المجموعة الثانية فتمثل الأفراد تراوحت مدة إصابتهم بالمرض بين 5 إلى 10 سنوات وقد بلغ عددهم (44) فرداً بمتوسط رتب بلغ 89.28، أما المجموعة الثالثة فتمثل الأفراد الذين تراوحت مدة إصابتهم بالمرض بين 10 إلى 15 سنة وقد بلغ عددهم (36) فرداً بمتوسط رتب بلغ 78.92، في حين أن المجموعة الرابعة فتمثل الأفراد الذين فاقت مدة إصابتهم بالمرض عن 15 سنة وقد بلغ عددهم (24) فرداً بمتوسط رتب بلغ 77.35، وقد أفرز اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليز (H) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية (3) بـ 2.82 وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، ومنه لا توجد فروق في نوعية الحياة تبعاً لمتغير مدة المرض لدى مرضى السكري.

ومنه تم قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفروق، وبالتالي فإن هاتاه النتيجة المتوصل إليها تعارض فرضية البحث السابعة القائلة بـ وجود فروق ذات دلالة في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير مدة المرض أي أنه لا توجد فروق، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

3- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

3-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى والعامية على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري، ولأجل التأكد من صحة الفرضية أو عدمها قمنا بالتحليل الإحصائي (SPSS)، ومنها تأكدنا من صحة الفرضية بوجود علاقة ارتباطية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري بمعامل ارتباط قدر ب(0,71) وهذا ما جاء في الجانب النظري للوعي الصحي أن الوعي الصحي يرتبط بنوعية الحياة .

هذه النتيجة تتقاطع مع نتيجة دراسة جعفر العرجان (2015) بعنوان "مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين بالأردن"، وتكونت من (3400) فرداً، وكان من ضمن نتائجها وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية ما بين الوعي الصحي والرضا عن الحياة، وكذا دراسة حمدي محمد ياسين، رنا علي عاشور، هيام صابر شاهين (2016)، والتي انفقت مع دراستنا بوجود علاقة ارتباطية بين الوعي الصحي وإدارة الذات لدى مرضى السكري، والتي جاءت بعنوان "الوعي الصحي والتنبيه بإدارة الذات لدى عينة من مرضى السكري بمصر"، وتكونت العينة من (147) مريض بالسكري، أيضاً دراسة العربي محمد وحريتي حكيم (د.ت) بعنوان "الوعي الصحي وعلاقته باللياقة البدنية المرتبطة بالصحة"، بوجود علاقة ارتباطية بين الوعي الصحي ومكونات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة.

ونفسر هذه النتيجة للدراسة الحالية والتي أظهرت علاقة على مستوى أبعاد الوعي الصحي وأبعاد نوعية الحياة، فنجد بعد الوعي الصحي الجسمي في المرتبة الأولى، البعد الصحي الجسمي في نوعية الحياة في المرتبة الثانية هنا تقارب في الترتيب، وكذا في البعد النفسي في الوعي الصحي في المرتبة الثالثة مع البعد النفسي لنوعية الحياة أي المرتبة الثالثة، وأيضاً في بعد العلاقات الاجتماعية إحتمل المرتبة الأخيرة في المقياسين الوعي الصحي ونوعية الحياة، هذا ما يؤكد مدى العلاقة الطردية والمتزامنة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة، أي كلما زاد الوعي الصحي زادت نوعية الحياة والعكس صحيح.

إنّ هذه النتيجة منطقية تعود إلى خصائص العينة كلها من فئة الراشدين تتراوح بين 20 سنة وأقل من 65 سنة أي لديهم وعي لحالتهم الصحية، هنا كذلك المستوى التعليمي الذي ميز فئة الدراسة أنّ أغلبهم ذوو مستوى تعليمي ثانوي مما يجعلهم واعين بوضعهم الصحي ويسعون إلى الوصول إلى

حياة جيدة، كما ذكر هذا غلامي وبورجين وسيرازي (2013) أنّ مستوى نوعية الحياة يزداد بزيادة المؤهل العلمي لمرضى السكري (النوع الثاني) وكذا بالنسبة لمستوى الوعي الصحي الذي يعود إلى مستوى التعليم حسب دراسة فوهما وسعيد وأمليك وجفالي (2013).

إنّ مستوى التعليم من العوامل المهمة للتنبؤ بوجود وعي بالمرض، إذ أنّ هذا الارتباط الدال يعود إلى وجود مستوى تعليمي أثر على النتيجة، وكذلك دراسة رامي طشوش، محمد القشار (2016) التي اتفقت نتيجة دراستهما مع نتائجنا بوجود علاقة ارتباطية بين مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري بالأردن، أيضا الارتباط الدال بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري يرجع إلى الانتماء إلى جمعية مرضى السكري، لأنّ من أهداف الجمعية زيادة الوعي الصحي للمريض، والوصول بهم إلى نوعية حياة جيدة، وهذا ما لمسناه داخل عمل الجمعية، هذا ما ينبئ بوجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري المنتمين إلى جمعية مرضى السكري.

3-2 مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية أنّ "مستوى الوعي الصحي لدى مرضى السكري مرتفع"، وبعد التحليل الإحصائي تحققت الفرضية بوجود مستوى مرتفع في الوعي الصحي لمرضى السكري. ويرجع تفسير هذه النتيجة والتي نعتبرها منطقية لسبب واحد، هو للانتماء إلى جمعية مرضى السكري، هذه الجمعية التي ما لاحظناه فيها أنّها جمعية ناشطة هدفها رفع مستوى وعي المريض بمرضه والتحكم فيه، من خلال اللقاءات الدورية الأسبوعية التدريبية حول كيفية تناول الأدوية (الحقن بالأنسولين) وكيفية قياس نسبة السكر في الدم عبر الجهاز الخاص لهذا الغرض، أيضا طرق الحفاظ على جسم المريض خاصة الحفاظ على الأقدام ونحن نعلم أنّ من أخطر مضاعفات مرض السكري هو القدم السكرية، وكذلك تتبع تناول الأدوية في الأوقات المناسبة مع عمل التحاليل الدورية اللازمة والفحص الطبي الذي يتوفر داخل الجمعية بوجود أخصائيين بداء السكري وبالتغذية، هذا الأخير الذي يلعب دورا مهما في توعية المريض من الجانب الغذائي والحمية والتحكم في نسبة السكر في الدم من خلال الوجبات المنظمة والتحكم في السرعات الحرارية، وكذا توفير كتيبات للمرضى لزيادة وعيهم بصحتهم ونذكر منها:

- السكري والتغذية Diabété alimentation.
- داء السكري وصوم رمضان Diabété et Ramadan.

- الوقاية من المضاعفات .Prévenir les complications
 - معرفة كيفية التصرف أمام الوضعيات المستعجلة Savoir gérer les situations d'urgence
 - دفتر المراقبة الذاتية لداء السكري Carnet d'antaxuvillance glycémique
- وأكد "Briche" (1989) على دور التعلم والإدراك كنظام نمائي معرفي، وكذلك ذكر روجرس "Rogers" في نظريته "دافع الحماية" (PMT) التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة أي القيام بسلوكات صحية في توجيه السلوك الصحي الوقائي للتهديدات الصحية المتمثلة في مضاعفات المرض مثلا (ستكون حميتي مناسبة لتحسين صحتي) ما يسميه روجرز "الفاعلية المدركة" كلما زاد إدراكه ووعيه زادت فاعليته في الحفاظ على صحته من خلال إتباع السلوكيات الصحية كالغذاء، الحماية، الرياضة، إتباع توصيات الطبيب مع دفعه إلى الكفاية الذاتية لصد خطر المرض، أي يزيد من معرفة الفرد لوضعيته خاصة الصحية هذا ما لمسناه في الدور الذي تلعبه جمعية مرضى السكري في التعلم وإنماء إدراك المرضى لهذا وخطورته على صحتهم.
- وما يفسر كذلك ارتفاع مستوى الوعي الصحي لمرضى السكري أنهم في مرحلة عمرية تمكنهم من وعيهم لوضعيتهم الصحية أي العينة كلهم من فئة الراشدين، مع مستوى تعليمي لا بأس به (16% جامعيين و35% مستوى ثانوي و27% مستوى متوسط) أي 78% منهم يتمكنون من قراءة التعليمات الطبية التي تقدم لهم وهذا ما أثر على ارتفاع مستوى الوعي الصحي.
- ومرض السكري نفسه يفرض على المريض أن يكون واعيا بصحته، لخطورة مضاعفاته والتي تؤثر على جسمه وحياته الاجتماعية والمهنية والأسرية، لذلك يتحتم عليه أن يكون واعيا به .
- وقد اتفقت دراسة بن زيدان حسن، مقراني جمال، سيفي بلقاسم (2017) بعنوان "مستوى الوعي الصحي لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي لكرة السلة على الكراسي المتحركة، والتي إحتوت على عينة من (100) معاق حركيا، بوجود مستوى وعي صحي مرتفع لدى المعاقين حركيا الممارسين للنشاط الرياضي لكرة السلة على الكراسي المتحركة.
- وكذا دراسة رشيد القوي (2019) التي اتفقت في النتيجة بوجود مستوى وعي صحي عام مرتفع لدى طلبة الجامعة، تكونت العينة من (497) طالب وطالبة.
- ودراسة وفاء جاسم سلمان (2019) بعنوان "الوعي الصحي والثقافة الصحية لدى عينة من الأمهات من (20 سنة - 43 سنة) بمنطقة الحضر والريف في بغداد"، اتفقت مع نتائجنا بوجود وعي صحي مرتفع لصالح النساء الريفيات بنسبة (62%) مقارنة بنساء المدينة ب(38%).

أما الدراسات التي اختلفت مع نتائج دراستنا، بوجود وعي صحي متوسط أو منخفض نجد دراسة (Singla, Sharma and Kaely (2017 بعنوان: "تقييم الوعي الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني بالهند" بمستوى وعي صحي متوسط، وكذلك دراسة Omlitre and Forma, Saider and (2013) بعنوان: "الوعي الصحي لدى مرضى السكري بدولة غامبيا" بمستوى وعي صحي منخفض، ودراسة ناهض سالم العودة (2020) بوعي صحي متوسط لدى مرضى السكري بعوامل الخطورة بإدارة المرض بمنطقة الإحساء، ودراسة مساني فاطمة (2020) بعنوان: "الثقافة الصحية وتسيير المرض المزمن في الجزائر" بوجود وعي صحي منخفض.

3-3 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على التالي: "مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري مرتفع"، وبعد التحليل الإحصائي تحققت الفرضية بوجود مستوى مرتفع في نوعية الحياة لمرضى السكري.

ونفس هذه النتيجة بالرجوع إلى مصطلح نوعية الحياة، والذي يحمل جوانب موضوعية وأخرى ذاتية، وحسب مصطفى عبد المعطي (2005) أعطى مفهوم للجانب الموضوعي لنوعية الحياة بأنه "يستخدم المفهوم للتعبير عن مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع". هذه الخدمات المادية لمساها مكان الدراسة "جمعية مرضى السكري" أين كان توفير الخدمات المادية للمرضى بتوفير الأدوية، سواء للنمط الأول أو الثاني على السواء ومجانية، توفير أجهزة لقياس السكري لكل مريض، وتوزيع كتيبات خاصة بمرض السكري.

الخدمات الاجتماعية كاللقاءات الدورية بين المرضى والمختصين في المتابعة الصحية لمرض السكري وغيرها من الخدمات، هذا ما انعكس على نوعية حياة المرضى، أما الجانب الذاتي لنوعية الحياة تكلم عنها Ryf et al (2006) بأنها "الإحساس بحسن الحال. كما يرصد المؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته والإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية"، هذه الأحاسيس بالرضا والسعادة والسكينة لمساها لدى المرضى أين انعكس الجانب الموضوعي على الجانب الذاتي، الخدمات المادية والاجتماعية جعلت مريض السكري يحس بالإيجابية وحسن الحال ورضاه لوضعيته المادية والمعنوية مما انعكس هذا على مستوى نوعية حياته وعزز في رفعها.

وقد انققت نتيجة دراسة (Spasic, Veleckovic dordevic, Nikola & Tatjana (2014 مع نتيجتنا بوجود مستوى نوعية الحياة مرتفعة لمرضى السكري للنوع الثاني.

والتي جاءت بعنوان "مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري (النوع الثاني) والعوامل المؤثرة فيها بمدينة نيش الصربية"، وكذلك دراسة رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي (2018) اتفقت معنا في هذه النتيجة بمستوى مرتفع في نوعية الحياة لمرضى السرطان، والتي كانت بعنوان "مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السرطان".

وأيضاً دراسة رامي طشوش ومحمد القشار (2016) اتفقت نتيجة دراسته مع نتيجتنا والتي كانت بعنوان "توعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن" بوجود مستوى مرتفع في نوعية الحياة لدى مرضى السكري، وكذلك اتفقت نتيجة دراسة عمر آدم مسرة (د.ت) مع نتيجة الدراسة الحالية بعنوان "توعية الحياة لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم وعلاقته ببعض المتغيرات" والتي توصلت بتمتع مرضى ارتفاع ضغط الدم بنوعية حياة جيدة.

كما اختلفت نتيجة بعض الدراسات مع نتيجة الفرضية الثالثة مثل دراسة فاطمة عبد الجبار قريط (2019) بعنوان "تقييم نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن" والتي جاءت نتائجها بوجود مستوى متوسط لنوعية الحياة للمرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن وكذلك دراسة وفاء عبد العزيز مصطفى، ومحمد يوسف المختار (2011) كان مستوى نوعية الحياة متوسط لمرضى السكري النوع الثاني، ودراسة (2015) Jamel Karm, shakor "تقييم نوعية الحياة للمرضى المصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم بكرديستان (العراق)"، والتي كشفت عن مستوى منخفض أو ضعيف في نوعية الحياة للمرضى المصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم.

ومثل هذه دراسة (2013) Gholami, Borji, Sheraki & Azini بعنوان "مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالسكري بالمناطق الريفية في نيسابور بشمال شرق إيران"، ودراسة Josepcoman- Comet- Mabeul Aguta Françex leiro-luis (2012) بعنوان "توعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من فشل قلبي مزمن الانقباض في إسبانيا"، نتيجة مفادها أنّ نوعية الحياة لمعظم المرضى المصابين بالفشل القلبي الانقباضي لديهم نوعية حياة منخفضة.

وأيضاً دراسة عمران لخضر (2009) ودراسة بختية زين علي محمد، وعذبة صلاح لخضر خلف الله (2018) ودراسة شلاش إبراهيمي، وحيد فخري التكمجي (2017) كلها اشتركت بنتيجة واحدة وهي أنّ مستوى نوعية الحياة منخفضة وضعيفة.

3-4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة بأنه يوجد تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري. وبعد التحليل الإحصائي تبين أنّ الفرضية تحققت بوجود تفاوت فعلي في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري، حيث احتل بعد الوعي الصحي الجسمي الترتيب الأول بمتوسط رتبي (4,31) ثم الوعي الصحي الغذائي بمتوسط رتبي (3,46) يليه الوعي الصحي النفسي بمتوسط رتبي (2,97) وبعدها الوعي الصحي الرياضي بمتوسط (2,38)، وأخيرا الوعي الصحي الاجتماعي بمتوسط رتبي بلغ (1,29)، أي هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين ترتيب أبعاد الوعي الصحي لمرضى السكري.

ويفسر هذا التفاوت في ترتيب أبعاد الوعي الصحي لمرضى السكري بأن لكل بعد درجة من الأهمية والخصوصية لمرضى السكري، فالنسبة لبعد الوعي الصحي الجسمي والذي احتل المرتبة الأولى يرجع إلى المرض نفسه لأنّ المرض عضوي يمس الجسم بالدرجة الأولى، وبعد الوعي الصحي الجسمي يحتوي على مؤشرات على مستوى المقياس مثل انتظام مواعيد الفحص الطبي، تناول الأدوية، التحاليل الطبية... الخ، كلها تقيس الجانب الجسمي، ولأنّ أول أعراض الإصابة بداء السكري تظهر على مستوى الجسم على شكل مضاعفات مثل كثرة التبول، العطش، ضعف الرؤية، ضعف عمل الكليتين، تأثر الشرايين وغيرها من المضاعفات التي تشكل هاجسا لمرضى السكري تجعله دائما يقظا وواعيا لصحته الجسدية. ويفسر هذا الترتيب للوعي الصحي الجسمي كذلك إلى خصوصية العينة وإلى الانتماء إلى جمعية مرضى السكري وما تقدمه من إرشادات صحية وتنقيف وتوعية المرضى حول المرض وكيفية التحكم فيه من خلال دورات إرشادية وتدريبية، وتوفير الأدوية والمراقبة الدورية للمرضى حول مضاعفات المرض.

وحسب (2007) Hanté Autorite santy أنّ اندماج تربية المريض في العملية العلاجية للمرضى المزمّن مهم، حيث يعتبر تعلم المريض كجزء مكمل للرعاية والعلاج المقدمين له، ولا يمكن أن تفصل عن العلاج، فهي تخفف من أعراض الألم وتقي من المضاعفات، وتتعامل مع مواطن الضعف النفسية والاجتماعية وأولوية المريض.

أما بالنسبة لبعد الوعي الصحي الغذائي الذي احتل المرتبة الثانية، يعني وجود وعي صحي بالغذاء الخاص لفئة مرضى السكري، لأنّ التغذية السليمة والمتوازنة والصحية تعتبر ذات أهمية في حياة مريض السكري لأنّ مرض السكري لا يمكن التحكم فيه إلا من خلال الاعتماد على نظام غذائي،

لضمان استقرار الحالة الصحية للمريض، حيث يضل عمل الأنسولين مرتبطا بنوعية الغذاء والحمية من أهم العناصر لإدارة مرض السكري.

وحسب (Blochum & Kanders 1987) للنظام الغذائي دور في علاج المرض، ويعتبر النظام الغذائي هو وسيلة من استراتيجيات التعامل مع مرض السكري النوع الأول والثاني يؤدي إلى التقليل من الوزن وتحسين الغلوكوز في الدم.

وقد أشار "Berslow et Bollocy (1972)" أن "تسع سلوكيات مهمة يمكن أن تقي الإنسان من كل الأمراض والمشكلات الصحية، من بينها التغذية الصحية والنشاط البدني". (Antomia, C.L and Kery, 2005, p72)

كذلك نفس ترتيب الوعي الصحي الغذائي في المرتبة الثانية بوجود أخصائية تغذية داخل جمعية مرضى السكري، أين وجدنا نشاطا فعليا للمرضى مع أخصائية التغذية، وفق برامج خاصة بالحمية الغذائية وتقدير الاحتياجات الغذائية للمرض والإشراف والتوجيه حول أهمية ومتطلبات الحمية، وإعطاء الطرق الكفيلة لتحسين مستوى التزامهم بالنظام الغذائي كضبط أنواع التغذية والسعرات الحرارية المسموح بها كل حسب نوع مرض السكري (الأول والثاني).

أما الترتيب الثالث لصالح البعد النفسي: ما نلاحظه أنّ الوعي الصحي النفسي منخفض مقارنة بالجانب الجسدي والغذائي، ويفسر هذا التفاوت بنقص ثقافة المريض بأهمية الجانب النفسي في التحكم في مرض السكري وأنّ الحالة النفسية تتحكم في نسبة السكر في الدم، بحيث أنّ الانفعالات والقلق والمواقف الضاغطة تزيد من ارتفاع نسبة السكر ومضاعفاته.

وفي دراسة لـ"ساندر أليفي S.Levy" وجدت المناعة الطبيعية عند مريضات سرطان الثدي المستسلمات للمرض واليائسات من العلاج أقل كفاءة ومناعة من خلايا المناعة عند مريضات سرطان الثدي غير المستسلمات للمرض والمتفائلات للعلاج. (محمد عز الدين توفيق، 2002، ص337)

وأشارت دراسة قام بها تيلور وزملاؤه Taylor, Kenreny, Aspinivieille حول علاقة التفاؤل بالسلوك الصحي في تحسين الجانب الصحي للمريض وجدوا أنّه كلما زاد التفاؤل زاد السلوك الصحي.

وكذلك هذه النتيجة نرجعها إلى جمعية مرضى السكري التي تنتمي إليها الفئة أنهم ليس لديهم أخصائية نفسانية، هذا الغياب قد يؤثر على وعي المريض بوضعيته النفسية.

وكذا مستوى التعليم مهم في وعي المريض بأهمية الجانب النفسي، حيث وجدنا 6% دون مستوى، 16% مستوى ابتدائي، 27% متوسط، 35% مستوى ثانوي، 16% فقط جامعيين، هذا الانخفاض

في المستوى التعليمي لأغلبية العينة يعتبر سببا في انخفاض ترتيب الوعي النفسي، ولأن الأمراض النفسية وموضوع الأخصائي النفسي وعيادته تتطلب مستوى تعليمي لفهم دور الجانب النفسي في الصحة والمرض.

أما تفسير ترتيب البعد الوعي الصحي الرياضي في المرتبة الرابعة ما قبل الأخيرة نرجعه إلى خصوصية العينة، فالحالة الاجتماعية نجد 30% من العينة مستوى الاجتماعي ضعيف، و59% الحالة الاجتماعية متوسط، و11% فقط جيدة، ونحن نعلم أن ممارسة الرياضة خاصة في القاعات الرياضية الخاصة تتطلب مصاريف باهظة لا يتمكن أصحاب الحالة الاجتماعية الضعيفة وحتى المتوسطة، ورغم أن الرياضة تحسن الجهاز الدوري والتنفسي وخاصة المشي والجري والسباحة، كما تعمل على تحسين عمليات التمثيل الغذائي التي تعمل على تحسين الأنسولين والذي يساعد على زيادة استهلاك الجلوكوز في الخلية، وقد أثبتت الدراسات أن التدريب الرياضي له أثر إيجابي على مريض السكري. كما نرجع هذه النتيجة إلى تقصير الأطباء وأخصائيي الصحة، في توعية مريض السكري لفائدة الرياضة.

أما بعد الوعي الصحي الاجتماعي الذي كان في الترتيب الأخير على مقياس الوعي الصحي لمرضى السكري، وهذه النتيجة التي تطرح السؤال: ما هو السبب الذي يجعل الجانب الاجتماعي يكاد يكون لا يذكر، مقارنة بالأبعاد الأربعة الأخرى؟

تكلمت شيلي تايلور (2008) عن هذا أن الأمراض المزمنة ومنها مرض السكري يؤدي إلى خلق مشكلات للمريض على صعيد التفاعل الاجتماعي، وقد يواجه المريض صعوبة في بناء علاقات اجتماعية سوية، فقد يشكك فيما يبديه الآخرون من مشاعر تجاهه معتبرا أنها نابعة من الشفقة، فقد ينسحب كليا من علاقته مع الآخرين. (شيلي تايلور، 2008، ص 537)

كذلك الاستجابة السلبية من الآخرين، الذين يظهرون عدم التكيف مع التغيرات التي تطرأ على حالة المريض، فهناك من الأفراد من يحمل أفكار نمطية ازدرائية تجاه فئات من المرضى المزمنين كالمصابين بالسرطان أو الإيدز. (fiche & Wrigh, 2000)

وكذلك ارتباط مريض السكري بمواعيد دوائه، حميته، الحفاظ على راحته، كلها تساهم في الابتعاد عن المحيط الذي يعيش فيه وتقلص من العلاقات الاجتماعية.

وقد انفتحت نتيجة دراسة ناهض سالم العودة (2020) مع نتيجة الفرضية الرابعة، بوجود تفاوت أو اختلال في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لمرضى السكري، وكانت الدراسة بمنطقة الإحساء

بعنوان "الوعي الصحي لدى مرضى السكري في منطقة الإحساء بعوامل الخطورة المرتبطة بإدارة المرض"، وقد احتل كل من البعد النفسي والاجتماعي المرتبة الأولى ثم بعد الوعي الصحي بعوامل الخطورة للعادات الشخصية والصحية يليها بعد الوعي الصحي بعوامل الخطورة للعلاج والدواء. وكذلك اتفقت دراسة العنزي وآخرون (2017) وكانت بعنوان "درجة الوعي الصحي لدى السكان بمختلف جوانب مرض السكري بمنطقة عرعر بالمملكة العربية السعودية" أي بوجود اختلاف في ترتيب أبعاد الوعي الصحي حيث جاء في الترتيب الأول الوعي الصحي الخاص بالفحص الطبي الدوري، أي الجسمي ثم البعد الرياضي والسمنة، ثم بعد الوعي الصحي لمضاعفات المرض.

3-5 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية بوجود تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لمرضى السكري، وبالفعل تحققت الفرضية بوجود تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لمرضى السكري، أي هناك فروق ذات دلالة إحصائية في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لمرضى السكري، حيث احتل الترتيب الأول البعد الجسمي بمتوسط رتبي (3,18) ثم البعد البيئي (3,10) يليه البعد النفسي بمتوسط (2,72) وأخيرا بعد الجانب الاجتماعي بمتوسط رتبي (1,00).

اتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة فاطمة عبد الجبار (2019) بعنوان "تقييم نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن بسوريا" بوجود تفاوت في أبعاد نوعية الحياة، وكانت كالاتي: البعد النفسي ثم البعد الجسمي ثم بعد العلاقات الاجتماعية وأخيرا بعد البيئة أي هناك اختلاف في الترتيب لكن ليس بنفس ترتيب الأبعاد لدراسة الحالية.

ونفس احتلال المرتبة الأولى للبعد الجسمي على مقياس نوعية الحياة قد نرجعه إلى المرض نفسه (داء السكري) وما يخلفه من آثار على الجسم بسبب مضاعفاته الخطيرة مما يجعل المريض يهتم وبصورة كبيرة بصحته الجسدية من خلال العلاج بكل ما يحمله من معاش، وقد انطبق هذا الترتيب على مقياس الوعي الصحي بوجود الوعي الصحي الجسمي في المرتبة الأولى مما انعكس على نوعية حياة مريض السكري على جسده وهذا ما يؤكد وجود علاقة ارتباطية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة، أي كلما زاد الوعي الصحي الجسمي زادت نوعية الحياة الجسمية للمرضى.

هذه النتيجة انطبقت مع نتيجة دراسة جمال كريم شاكور (2015) بعنوان "تقييم نوعية الحياة للمرضى المصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم بمنطقة بکردستان (العراق)" باحتلال البعد الجسمي في نوعية الحياة المرتبة الأولى، ويمثل البعد الجسمي في مقياس نوعية الحياة رضا الفرد عن

حالاته الصحية والتعايش مع المرض، وقد تكلم Craig A. Jackson واصفا الحياة ومكوناتها بـ Rue 3BS الكينونة Being، والانتماء Belonging والسيروورة Becoming.

فالكينونة Being وتعني الوجود البدني أي (البعد الجسمي) Phycal Beinig وهي قدرة المريض على التحرك وممارسة الأنشطة وأساليب التغذية الجيدة، وهذا ما لاحظناه داخل جمعية مرضى السكري التي تنتمي إليها فئة الدراسة بوجود نشاط داخل الجمعية من خلال اللقاءات الإرشادية مع أخصائي السكري وأيام خاصة لإعطاء الأدوية وجلسات مع أخصائية التغذية، هذا ما انعكس على حياتهم وصحتهم الجسمية، كذلك تفسر هذه النتيجة بأن أغلب العينة تتراوح أعمارهم من 20 سنة إلى 50 سنة بمعدل 79% أي أغلبهم شباب مما يجعلهم يتمتعون بصحة جسدية جيدة رغم المرض، كذلك مدة الإصابة بالسكري لها تأثير على ذلك، حيث نجد نسبة 62% من المرضى مدة إصابتهم تقل عن 10 سنوات موزعة بـ 35% من خمس سنوات فأقل و 27% من خمس سنوات إلى 10 سنوات، وما وجدناه في التراث النظري أن أقل من 9 سنوات إصابة بمرض السكري لا تؤثر على صحة وجسم المريض.

أما بالنسبة لتفسير البعد البيئي الذي جاء في الترتيب الثاني لنوعية الحياة لمرضى السكري، فحسب (Good 1991) أن مفهوم نوعية الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة بالبيئة التي يعيش فيها الإنسان وأنه يعكس التراث الثقافي له وللأشخاص المحيطين به، هذا ما يسمح لنا القول أن البيئة التي تنتمي إليها العينة هي بيئة جيدة وهي "جمعية مرضى السكري" التي تعتبر مكانا يجد فيه المريض اهتماماته الخاصة بمرضه، التكفل المادي والمعنوي بالاستماع إلى مشاكلهم وانشغالاتهم وغيرها.

وقد اقتربت نتيجة دراسة R. Doraviay بعنوان "تقييم نوعية الحياة بعد التعرض للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري الإيدز" بنتيجة دراستنا في الترتيب الأول للبعد البيئي في نوعية الحياة، واختلفت نتيجة دراسة فاطمة الجبار (2015) في احتلال البعد البيئي في المرتبة الأخيرة على مقياس نوعية الحياة، أما فيما يخص البعد النفسي الذي جاء في الترتيب الثالث، فقد فسرت بعض الدراسات الأنجلوسكسونية أن انتشار القلق والحصر العام بنسبة 31,18% عند مرضى السكري حيث يظهر لديهم خوف مرتبط بالجروح لأن الجروح خاصة على مستوى القدم ينبئ بالبتير وكذلك المضاعفات الأخرى التي تهدد حياة المريض وتؤثر على الجانب النفسي مثل توقف عمل الكليتين، العمى، تصلب الشرايين، كلها تخلق مخاوف وقلق موضوعية، وحسب تفسير النموذج الطبي النفسي الاجتماعي فإن الأمراض المزمنة تؤثر على حياة المريض حيث لا يمكنه أن يعيش حياة جيدة بتوفير الدواء والعلاج فقط، لأن

الجانب النفسي والاجتماعي مهم لإكمال العملية العلاجية للمريض، فالتكامل بين ما هو طبي و نفسي واجتماعي مهم في مرحلة المرض والعلاج للمريض.

وحسب دراسة لطرش خديجة (د.ت) والتي جاءت بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية نوعية الحياة لدى المراهقات المصابات بداء السكري" فقد وجدت فروقا ذات دلالة إحصائية، بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي للمراهقات المريضات بداء السكري، في بعد الصحة النفسية قبل وبعد تطبيق برنامج تدريبي سلوكي معرفي يعمل على الجانب النفسي. النتيجة أنه أحدث تغييرا في تحسين نوعية الحياة للمريضات، ما يفسر أن التكفل النفسي للمريض مهم وأن الأخصائي النفساني يلعب دورا في العلاج، وهذا النقص الذي لاحظناه في جمعية مرضى السكري يعود إلى غياب الأخصائي النفساني على غرار وجود الأخصائي في التغذية وأخصائي في السكري، هذا ما يمكن إعطاء تفسيراً لترتيب البعد النفسي في المرتبة ما قبل الأخيرة.

وقد تكلم (2011) J. Bergrey عن الأمراض السيكوسوماتية أنها تتوافق مع مستوى التنظيم للشخصية، وأن هذه الفئة من المرضى يتميزون بافتقار للمرونة مع وجود انفعال وبرود يسمح بظهور تصورات، وكثرة عدائهم يؤدي إلى هذا النوع من الفكر الذي وصف من طرف مارتي ودافيد Merty et Mureny David باسم الفكر العملياتي (التطبيقي) Pénsecoprtoire يكون فيها المريض يفتقر لنظرة مستقبلية للحياة وفقر في الرغبة للحياة. (J. Bergriy, 2008, p219)

أما تفسير بعد العلاقات الاجتماعية الذي تحصل على آخر ترتيب على مقياس نوعية الحياة لمرضى السكري، وما لاحظناه، أن بعد العلاقات الاجتماعية على مقياس الوعي الصحي جاء كذلك في المرتبة الأخيرة ما يؤكد العلاقة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة، نقص الوعي الصحي من الجانب العلاقات الاجتماعية أثر على نوعية الحياة من جانب العلاقات الاجتماعية.

وقد اتفقت نتيجة دراسة وفاء عبد العزيز ومصطفى ومحمد يوسف المختار (2011) مع نتيجة الدراسة الحالية بالترتيب الأخير في بعد العلاقات الاجتماعية في مقياس نوعية الحياة .

ويفسر هذا الترتيب الأخير للعلاقات الاجتماعية، أن أصعب السمات للمرضى المزمنين هي المشكلات الاجتماعية Social Problemes وتأثيره على العلاقات الشخصية، ويمكن أن تشمل المشكلات الاجتماعية فقدان أو خسارة العلاقات وقلة الدعم الاجتماعي وردود الأفعال السالبة من الآخرين. أي أن المرض المزمن يؤثر على حياة المريض فيصبح يتجنب التجمعات والمناسبات بسبب مواعيد الدواء (حقن الأنسولين)، تناول الدواء، قياس نسبة السكري بشكل دوري، كلها تضعه مرهونا

لوقت، مما يؤثر على نوعية علاقته بالآخرين، كذلك طبيعة المرض وآثاره وتعقيداته قد تضع المريض في عزلة الابتعاد بطريقة غير مباشرة مثل الحمية التي تجبره على الابتعاد عن جلسات الأكل مع الأسرة، فالريجيم يفرض عليه البقاء لوحده وأيضا الابتعاد عن بعض النشاطات المشتركة (الجماعية) أين يجد المريض نفسه في وحدة يفرضها مرض السكري وعلاجه.

3-6 مناقشة وتحليل الفرضية السادسة:

تنص الفرضية بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى إلى نوع العلاج. بعد التأكد منها من خلال الحساب الإحصائي تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوعي الصحي ونوعية الحياة تبعا لنوع العلاج لدى مرضى السكري، أي أنّ الفرضية السادسة لم تتحقق. هذه النتيجة اتفقت مع نتيجة دراسة عمران لخضر (2009) بعنوان: "الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين"، بعدم وجود فروق دالة في تقدير جودة الحياة للنمط الأول والثاني.

وكذا دراسة حمدي محمد ياسين، رنا علي عاشور، هيام صابر شاهين (2016) بعنوان: "الوعي الصحي والتنبؤ بإدارة الذات لدى عينة من مرضى السكري".

أنّه لا توجد فروق دالة إحصائية في الوعي الصحي لمرضى السكري بين مرضى السكري للنمط الأول والنمط الثاني، وتفسر الباحثة هذه النتيجة أنه رغم وجود اختلاف في معاشة المرض في طرق العلاج لمرضى السكري نمط (1) باستعمال الأنسولين ومرضى السكري نمط (2) باستعمال الأقراص يبقى الاشتراك في المرض "مرض السكري".

وتقول في هذا، Lourent Chneuwesses أننا أمام بروفيلين مختلفين لا يجمعهما سوى اسم السكري". ربما هذه النتيجة غير المتوقعة تدفعنا إلى الرجوع إلى التفسير النموذج الحيوي والذي واجه مثل هذه النتائج في دراسات عدة في تفسير السبب الذي يجعل تواجد مجموعة من الأعراض لا تؤدي دائما إلى الإصابة بالمرض، فهو يركز على الظروف التي تسبب المرض وليس على الظروف التي تساعد على الارتقاء بالوضع الصحي (GL, Engl, 1977) هذا ما يؤكد النقص الواضح في النموذج الطبي الحيوي في تفسير المرض وأسبابه، لذلك جاء النموذج الطبي النفسي الاجتماعي ليفسر مثل هذه التحديات في مجال الطب، فالعوامل الحيوية لوحدها لا يمكنها تفسير مثل هذه النتائج إلا بالرجوع إلى العوامل النفسية والاجتماعية التي يعيشها المريض وأن الصحة لا يمكن تحقيقها إلا من خلال التوازن

العضوي والنفسي والاجتماعي، هذه الموازنة الثلاثية تسمح لمريض السكري بتخطي مضاعفات المرض سواء النمط الأول أو الثاني من السكري، حيث تلغي الفروق بينهما سواء في وعيهم الصحي أو في نوعية حياتهم، وكذلك يمكننا تفسير هذه النتيجة بالرجوع إلى خصائص العينة، فإذا نظرنا إلى الجانب التعليمي أو المستوى التعليمي لأفراد العينة نجد أنّ أغلبهم مستوى ثانوي، فمستوى التعليم يعتبر عامل مهم في زيادة وعي مريض السكري بصحته، وقد ذكرت دراسة فوما وسعيد وأماليك (2013) Foma, Saida, Omleke and Jafali أن الوعي الصحي مرتفع وأرجعوا هذه النتيجة إلى مستوى التعليم الذي يلعب دورا في وعي المريض بصحته، وكذلك عامل السن الذي يمكن أن يتدخل كعامل محدد، ففي دراسة (2000) Robin ذكر أنّ الصحة تنحصر مع العمر واحتمالية وجود مرض مزمن تزداد مع العمر، ونحن نعلم أنّ الفئة العمرية لعينة دراستنا تنحصر من [20 إلى 60 سنة] وأن 79% أقل من 50 سنة من [20 إلى 50] سنة أي هذا العمر أقل أو يساوي من السن الذي تتراجع فيه مناعة المريض مما يؤكد انعدام الفروق لمرضى السكري لكلا النمطين سواء للوعي الصحي أو نوعية الحياة.

وأیضا انتماء أفراد العينة إلى جمعية مرضى السكري أين وجدنا التكفل والاهتمام والرعاية الصحية من توفير الأدوية الأقراص الخاصة بمرضى النمط الثاني وحقن الأنسولين الخاصة بمرضى السكري النمط الأول، وكذا جلسات ولقاءات دورية لأجل التوعية الصحية الغذائية بتوفير أخصائية تغذية كذلك الإرشاد الطبي فيما يخص المرض لكل المرضى سواء مرضى السكري نمط (1) أو (2) لا فرق بينهما، هذا ما يفسر نتيجتنا بعدم وجود فروق دالة إحصائية في الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري للنمطين الأول والثاني أنهما يعيشان نفس الظروف.

3-7 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

تنص الفرضية الجزئية السابعة على أنه "يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير مدة المرض.

وبعد الحساب الإحصائي ومن خلال اختبارات "كروسكال وأليز" تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة في مدة المرض، وهذه النتيجة أكد عليها Wold (2019) Health organization أنّ الأمراض المزمنة تصيب المسنين بالدرجة الأولى، ونحن نعلم أنّ نصف عدد الوفيات الناجمة عن تلك الأمراض تقريبا تحدث في مرحلة مبكرة من العمر، وتصيب الأشخاص التي تقل أعمارهم (70) سنة، كما نعلم أنّ ربع وفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة يحدث

لدى الأفراد التي تقل أعمارهم عن 60 عام مما يفسر أنّ مدة المرض ليس لها أثر على نوعية حياة المريض مقارنة بأقل عمر والكبار التي مدة الإصابة لديهم أكثر من صغار السن.

وكذلك أكدت دراسة عبد الكريم سعيد محمد رضوان (2002) "القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات" أنّ مضاعفات مرض السكري تبدأ بعد (9) سنوات تقريبا وتزداد كلما تقدم عمر المريض، ولو قارنا متوسط مدة الإصابة لفئة الدراسة الحالية لوجدناها (08,63) سنوات أي أقل من (09) سنوات، بمعنى أغلب العينة مازالت مضاعفات مرض السكري لم تظهر خاصة المضاعفات الحادة، هذا ما يفسر عدم وجود فروق دالة في الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري في مدة الإصابة.

كما أنّ نتيجة هذه الفرضية جاءت متفقة مع دراسة عمران لخضر (2009) بعنوان "الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين".

على عينة مكونة من (40) مريضا بالسكري والتي كان من بين نتائجها أنّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى إلى مدة المرض.

وتتفق أيضا مع دراسة Spaxic، (2014) Velickovic, dordevic, Wikola & Tatyana بوجود مستوى مرتفع لنوعية الحياة للمرضى الذين مدة إصابتهم بالسكري أقل من (10) سنوات والتي تقل أعمارهم عن 60 سنة، بمعنى مدة الإصابة لا تؤثر على نوعية الحياة .

وهناك دراسات لم تتفق مع نتيجة هذه الفرضية مثل دراسة Retmier la dwing retmier la (2015) Dwing Creiser & Tamyo بألمانيا، بوجود فروق في مستوى نوعية الحياة تعود إلى مدة الإصابة بعنوان "مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري النوع الثاني" وكذا دراسة مجذوب أحمد (2016) بالسودان بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لمرضى الإيدز تعزى لمدة المرض، وأيضا دراسة رامي طشوش، محمد القشار (2016) لم تتفق نتائجها مع نتيجة الفرضية السابعة بوجود فروق في نوعية الحياة لمرضى السكري تعزى لمدة المرض.

- الاستنتاج العام:

أن تقديم دراسة ما كتجربة بحث علمي يعني تقييم مشوار عمل، انطلاقاً من الموضوع ذاته ليفتح مجالاً للتساؤلات والقراءات النظرية، إجراءات البحث وخطواته، أدواته وأخيراً نتائجه، استناداً إلى الفرضيات التي تم اختبارها.

هذه الدراسة المتواضعة التي سمحت لنا معرفة نوع العلاقة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري كفرضية عامة، والتي أظهرت للارتباط العالي وتحقق الفرضية العامة بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري، مع تحقق بعض الفرضيات الجزئية، والبعض منها لم يتحقق، فيما يخص الفرضيات التي تحققت فنجد كل من الفرضية الجزئية الأولى، والثانية، والثالثة، والرابعة وهي كآلاتي:

- مستوى الوعي الصحي لدى مرضى السكري مرتفع.

- مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري مرتفع.

- هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري .

- هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري .

أما فيما يخص الفرضيات التي لم تتحقق فهي كل من الفرضية الجزئية السادسة والسابعة وهما كآلاتي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لنوع العلاج (الأنسولين، الأقراص) .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمدة الإصابة بالسكري.

هذه النتيجة للفرضيتين الأخرتين السادسة والسابعة التي لم نتوقعها بعدم وجود فروق رغم اختلاف الفئتين، من حيث معاشة المرض، طرق العلاج، مدة الإصابة، السن الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، لكن إشتراكهم في الانتماء إلى جمعية مرضى السكري هو العامل الذي غير الافتراضات، هذا ما يؤكد دور جمعية مرضى السكري في التكفل بالمرضى والمساهمة في تحسين نوعية حياته ورفع وعيه الصحي من جوانب مختلفة كالجانب العلاجي والغذائي لان هذان الجانبان مهمان في حياة مريض السكري، هذه النتيجة سمحت لنا القول أن العمل الجماعي خاصة الجمعيات التي تعمل لصالح الأمراض المزمنة لها الدور الإيجابي والفعال للمرضى في خفض عبء المرض ومضاعفاته الجسمية، النفسية، والاجتماعية.

وفي الأخير نقول أن هذا العمل المتواضع لم نجد دراسة مطابقة له في متغيراته، الوعي الصحي ونوعية الحياة مما ميزه عن الدراسات السابقة وخاصة في الدراسة الميدانية التي كانت في جمعية مرضى السكري بولاية المسيلة مما أضفى على هذه الدراسة نوع من الجدية في البحث، وعليه جاءت بعض الاقتراحات .

الاقتراحات:

بعد إنهاء هذا العمل واستنادا إلى النتائج المتوصل إليها تبين لنا أن من المهم ترك بعض الاقتراحات التي قد يستفيد منها الباحث والهيئات الرسمية، وإذ تحققت يعتبر مكسب للباحثين، وللمرضى المزمين خاصة ولقطاع الصحة عامة وهي كما يلي:

- بالنسبة للطلبة الباحثين خاصة في تخصص علم نفس الصحة الاهتمام بمواضيع الصحة والمرض خاصة الأمراض المزمنة، وتناول موضوعي الوعي الصحي ونوعية الحياة من جوانب مختلفة مثل ما نقترحه: الوعي الصحي لمرضى القلب، الوعي الصحي لمرضى الكلى، الوعي الصحي للعاملين (مرضى وأطباء) في قسم الأمراض المعدية، الوعي الصحي وعلاقته بعوامل الخطر، نوعية الحياة وعلاقتها بالرضا على الحياة لدى المرضى المزمنين، الوعي الصحي وعلاقته بالتحكم في الجوائح. الوعي الصحي وعلاقته بالوقاية الصحية للأمراض المعدية. وأن تكون الدراسات الميدانية في الجمعيات التي تنتشط لصالح المرضى .

- نقترح كذلك تعميم عمل الجمعيات في كل ربوع الوطن خاصة الجمعيات التي تهتم بالمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة وهذا الاقتراح ما هو إلا لنتيجة هذه الدراسة التي أظهرت دور جمعية مرضى السكري لولاية المسيلة في رفع مستوى الوعي الصحي للمرضى وتحسين نوعية حياتهم.

- كما نقترح على الهيئات الصحية كالمراكز الصحية والمستشفيات عقد ندوات دورية تثقيفية وتوعوية لصالح المرضى خاصة، وهذا بمساهمة متخصصين في الأمراض المزمنة وأخصائيين في الصحة النفسية والتغذية وأخصائيين اجتماعيين لأجل نشر الوعي الصحي وتحسين نوعية حياتهم.

- جعل موضوع الوعي الصحي والتثقيف الصحي ونوعية الحياة موضوعا مجتمعا من حقه أن يدمج في المناهج التربوية لان الوعي الصحي يبدأ من المراحل الأولى من نمو الإنسان بدأ من الأسرة ثم المدرسة إلى غاية المرحلة الجامعية

الخاتمة

دراسة الوعي الصحي ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة هي ضمن تخصص علم نفس الصحة، وعلاقتها بمتغيرات تؤثر فيها وتتأثر بها كانت ومازالت من أهم المجالات الخصبة التي تحتاج المزيد من الدراسات لأهميتها والمزيد من البحث والتقصي من أجل الوصول إلى نتائج تجنب الأفراد خاصة المرضى المزمنين لأنهم يستحقون المساعدة نظرا لما تفرضه هذه الأمراض من مضاعفات جسدية ونفسية واجتماعية وحتى اقتصاديا على المريض نفسه والمجتمع

وانطلاقا من هذا المبدأ جاءت دراستنا هذه والتي حاولنا فيها التطرق إلى موضوع مهم إلا وهو الوعي الصحي وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكري محاولة معرفة نوع العلاقة بين الوعي الصحي ومؤشراته الجسمية والنفسية والاجتماعية والرياضية والغذائية بنوعية الحياة ومؤشراتها الجسمية والنفسية والبيئية التي يعيش فيها وعلاقاته الاجتماعية ومدى التفاوت في ترتيب أبعاد كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة والكشف عن الفروق بين الوعي الصحي ونوعية الحياة التي تعود إلى مدة الإصابة بمرض السكري وأيضا نوع مرض السكري نمط 1 أو 2 وعلى هذا الأساس قمنا بتدعيم دراستنا بفصول نظرية وأخرى تطبيقية ميدانية

الفصول النظرية ثلاثة فصول خاص بالوعي الصحي فصل خاص بنوعية الحياة وفصل لداء السكري وفي البداية كان الفصل التمهيدي الذي يشمل على المقدمة والإشكالية والفرضيات والتعريفات الإجرائية وأهداف وأهمية الموضوع والدراسات السابقة أما الجانب التطبيقي وفيه حددنا عينة الدراسة كذلك المنهج (المنهج الوصفي الارتباطي) الذي يتلاءم مع دراستنا والأدوات المتمثلة في مقياس نوعية الحياة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية (2004) المختصر، وأيضا تم إعداد من طرف الباحثة استبيان لقياس الوعي الصحي لمرضى السكري وبعد تطبيقها على عينة الدراسة تحصلنا على نتائج أهمها:

- تحققت الفرضية الأولى والقائلة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات الدلالة الإحصائية بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.

- تحققت الفرضية الثانية والثالثة: بوجود مستوى مرتفع للوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري.

- وكذا تحققت الفرضية الرابعة والخامسة بوجود اختلاف وتفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي وأبعاد مقياس نوعية الحياة لمرضى السكري.

- أما الفرضية السادسة والسابعة لم تحقق أي لا توجد فروق دالة إحصائية في الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري تعود إلى مدة الإصابة ونوع العلاج (بالأنسولين أو الأقراص).
- هذه النتائج جاءت في ظروف خاصة حيث أثرت جائحة كورونا على عدد العينة الذي كان قليلا لما كانت تتطلع إليه الباحثة لذلك تحتاج مثل هذه الدراسات إلى توسع أكثر وفي ظروف أحسن لتعميم النتائج والاستفادة وعليه جاءت اقتراحاتنا كالتالي:
- استكمالا للدراسة الحالية ولهذا العمل ترى الباحثة ضرورة التركيز على هذا النوع من الدراسات والبحوث ومن جهات نظر أخرى ومتغيرات مختلفة وبعينات أكبر.
- ربط الوعي الصحي بمتغيرات مثل السلوك الصحي وعوامل الخطر الصحية .
- ربط نوعية الحياة والمرض المزمن في الجزائر .
- الوعي الصحي لدى أمهات أطفال التوحد .
- الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضي مصحة الأمراض المعدية.
- الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرض القلب والشرابيين المزمن أمراض الكلي المزمنة.

قائمة

المصادر والمراجع

القرآن الكريم برواية ورش عن نافع

أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم مدكور. (1996). معجم علم الاجتماع. مكتبة الحديثة.
- ابن منظور. (2000). لسان العرب، (ط.1). المجلدين (8. 15). دار صادر للنشر.
- أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الحق. (2010). جودة الحياة المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السنوي. كلية التربية. جامعة كفر الشيخ.
- أبو ساكور، تيسير عبد الرحمن. (2009). دور الجامعات الفلسطينية في تنمية الوعي الاجتماعي ونشره لدى طلبة من وجهة نظرهم. جامعة عين الشمس. مجلة 3.
- أبو سريع، أسامة وآخرون. (2006). أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في جودة الحياة لدى تلاميذ مدراس التعليم العام بالقاهرة الكبرى. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان قابوس.
- أحمد حسن اللقاني، علي الجمل. (1999). معجم المصطلحات التربوية. عالم الكتب.
- أحمد عبد العزيز أحمد القبلي (2014). مفهوم نوعية الحياة: النشأة والتطور. ورقة بحثية. المؤتمر السنوي الثالث والأربعين قضايا السكان والتنمية والواقع وتحديات المستقبل ما بعد 2015.
- أحمد، سليمان رجب. (2010). جودة الحياة ذوي صعوبات التعلم وجودة حياة أسرهم. مجلة عالم. [http:// alani.ai/125html](http://alani.ai/125html)، (
- الأشوال، عادل عز الدين. (2005). نوعية الحياة من منظور الاجتماعي والنفسي والطبي. وقائع المؤتمر العلمي الثالث. الإنماء النفسي والتربوي في ضوء جودة الحياة. جامعة الزقازيق. 11/03.
- إقبال، إبراهيم مخلوف. (1991). العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات النظرية. دار المعرفة الجامعية.
- أمل، إبراهيم أبو بكر. (2015). الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري. [مذكرة ماجستير في التربية إرشاد نفسي تربوي]. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- أميرة، منصور يوسف. (1997). المدخل الاجتماعي: الصحية والطبية والنفسية. دار المعرفة الأزارطة.
- الأمين محمد السيد وآخرون. (2004). الأسس العلمية للصحة والتربية الصحية. النهضة العربية.

- أمين، سامر. (2012). دليل التنقيف الصحي للعاملين في مجال الرقابة الصحية. (ط.1). وزارة الصحة دائرة الصحة العامة. قسم الرقابة العلاجية.
- بدح أحمد محمد، أيمن مزاهرة، زين حسن بدران. (2009). الثقافة الصحية. (د.ط). دار النشر والتوزيع والطباعة.
- الوردان، محمد عبد الرزاق. (2006). نوعية الحياة في المجتمعات الزراعية الجديدة. [رسالة دكتوراه]. كلية الزراعة. جامعة الإسكندرية.
- بسام، سعد الأمامي. (2007). الوعي الصحي ودرجة الممارسات الصحية لدى طلبة المرحلة الأساسية في مدارس محافظة معان، [رسالة ماجستير، جامعة مؤتة]
- بكر رامل إبراهيم. (1993). تطور معاناة النفسية في ربع القرن الأخير بقطاع غزة.
- بن يحي، سهام. (2005) الصحافة المكتوبة وتنمية الوعي البيئي في لجزائر. [رسالة ماجستير]. علم اجتماع تنمية.
- بهاء الدين، إبراهيم سلامة. (1997). الصحة العامة والتربية الصحية. (ط.1). دار الصفاء للنشر والإشهار.
- بهاء الدين، إبراهيم سلامة. (2001). الصحة والتربية الصحية. دار الفكر العربي.
- بوزيوت. مراد. (1994). مرض السكري أعراضه أسبابه، طرق الوقاية علاجه. دار الهدى.
- بوعيشة، أمال. (2013). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب. [أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية].
- تالا قطيشاد وآخرون. (2009). مبادئ في الصحة والسلامة العامة. (ط.3). دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- الجبوري، حنان عيسى. (2002). الرعاية الصحية المدرسية في المدرسة الأساسية للبنات بين الواقع والتطلعات المستقبلية. مجلة الطفولة والتنمية، 2(5). 104-144.
- حسن شحاتة، زينب النجار. (2003). معجم المصطلحات التربوية النفسية: عربي انجليزي انجليزي /عربي. (ط.1). الدار البنانية المصرية.
- حمدي محمد ياسين، ورناء على عاشور، وهيام صابر شاهين. (2016). الوعي الصحي والتنبؤ بإدارة الذات لدى مرضى السكري، جامعة عين الشمس. 2. العدد 7.

- الخاجة هدى. (2001). اتجاهات طالبات جامعة البحرين نحو النشاط البدني: دراسة مقارنة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد 2، العدد 1.
- خديجة لطرش وأحمد فاضلي. (د،ت). فاعلية برنامج تدريبي مقترح لتنمية نوعية الحياة لدى المراهقات المصابات بداء السكري، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، جامعة البلدة 2، علي لونيبي
- الخزاعي نصير. (2016). الدافعية الإبداعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة [رسالة ماجستير كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية]. جامعة لخضر باتنة .
- الخميس، نداء عبد الرزاق. (1999). مبادئ التربية الصحية، ط1، ذات السلاسل للطباعة والنشر.
- الخياط، محمد. (1996). فقه الصحة سلسلة التثقيف الصحي من خلال تعليم الديني. دار الفكر.
- دايدي، مريم (د،ت). نوعية الحياة والنمط السلوكي عند مرضى السرطان. مجلة حقائق الدراسات النفسية والاجتماعية، العدد 8.
- دوري ديلو بيلوس. (2013). مرض السكري (هناوي مزبودي ترجمة). (ط.1). دار المؤلف.
- ديفيد فونتي، وأنو ستوليدس، وتاري كلود لاغرافيل سيموني. (2014). المهارات النفسية والاجتماعية والتعليم العلاجي لمرضى السكري من النوع الأول. جامعة ايكس مرسيليا، المجلد 26.
- رشا، عبد الحلیم الخطيب. (2015). اتجاهات الفرد الأردني نحو برامج الصحة في الإذاعة الأردنية. [رسالة ماجستير]. جامعة الشرق الأوسط.
- رشيد القوي. (2019). مستوى الوعي الصحي وعلاقته بالحفاظ على الوزن الطبيعي لدى طلبة الجامعة [رسالة دكتوراه منشورة، جامعة مستغانم قسم الرياضة] .
- الركبان، محمد. (2009). الداء والدواء. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية Kacst.
- رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي. (2011). نوعية الحياة لدى مرضى المزمين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة قاصدي مرباح. 21.2.
- رياض، نايل العاسمي. (2016). علم النفس الصحة الاكلينيكي. (ط.1)، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
- الريامي، أحمد. (2009). إعداد المعلمين في سلطنة عمان: تحديات العولمة والتربية السياسية والبيئية. (ط.1). علم الكتاب الحديث لنشر والتوزيع.
- الزارد. فيصل. (1983). الأمراض النفسية والسلوكية. دار العلم.

- زرواتي، رشيد. (2002). *تدريبات على منهجية البحث في العلوم الاجتماعية*. (ط.1). ديوان المطبوعات الجامعية.
- زعطوط رمضان. (2018). *نوعية الحياة لدى مرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات*، [رسالة دكتوراه] جامعة ورقلة.
- زهران حامد. (1977). *الصحة النفسية والعلاج*. (ط. 3). عالم الكتب.
- زهير بن أحمد السباعي، حسن بن بلة الأمين. (1998). *التثقيف الصحي مبادئه*
- زين إحسان دوبا. (2003). *نوعية الحياة وعلاقتها بالادراك البيئي في ضوء بعض المتغيرات النفسية: دراسة مقارنة ف علم النفس البيئي على عينات من ساكنى المناطق العشوائية* [رسالة دكتوراه. [معهد الدراسات والبحوث البيئية للعلوم لإنسانية.
- زين الدين، عبد المقصود. (1981). *البيئة والإنسان*. مطبعة رؤيا للنشر.
- ساسور اوديل فرانك كوكورا إكوباء، وأكيسي، ستفان بارفيه سابل، فليكس أكاو، نشوسيميليس، داجيان. (2017). *العادات الغذائية لدى مرضى السكري من النوع الثاني المترددين على مراكز ابيدجان للسكري*. اذبيجان. المجلد 92 العدد 9
- سحر، جبر فضة. (2012) *دور الإدارة المدرسية في تفعيل التربية الصحية في المرحلة الأساسية بمحافظة غزة*، [رسالة ماجستير، جامعة الأزهر]. كلية التربية. قسم أصول التربية.
- سمير، أحمد أبو العيون. (2013). *الثقافة الحية*. (ط.1). دار المسيرة للنشر والإشهار والتوزيع.
- سمير، محمود. (2008). *الإعلام العلمي*. دار الفجر للنشر والتوزيع.
- سوزان دريد، أحمد زنكنة. (2009). *مستوى الوعي الصحي ومصادره لدى الطلبة*. مجلة ديالي.
- السيول، خالد وليد. (2015). *الصحة النفسية في البيئة المدرسية*. دار المناهج.
- شادية عمر، وآدم ومسرة. (2012). *نوعية الحياة لدى مرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم وعلاقته ببعض المتغيرات*.
- الشريف، صلاح الدين. (1991). *الإدراك البيئي وعلاقته بالمستوى الثقافي والأسري لدى تلاميذ الصف التاسع*. مجلة كلية التربية. أسيوط. المجلد 1 العدد 7.
- شلدان، فايزة كمال. (2006). *نموذج مقترح لدور الجامعات الرسمية لدى الطلبة من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس والطلب* [رسالة دكتوراه]. كلية الدراسات العليا الجامعية الأردنية.

- شيخي مريم. (2013). *طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة: دراسة في ظل بعض لمتغيرات* [رسالة ماجستير]. جامعة تلمسان.
- شيلي تيلور. (2008). *علم نفس الصحة* (وسام درويش بريك، فوزي شاكرا طعمية داود ترجمة). (ط 1). دار الحامد للنشر والتوزيع.
- صابر، محمد عبد ربه. (2002). *الاتجاهات النظرية في تفسير الوعي السياسي*، دار الوفاء للطباعة والنشر.
- صالح محمد صالح. (2002). *فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنور شمال سيناء*، كلية التربية العربية، قناة السويس.
- صفاء، توفيق الحاج صالح. (2015). *التربية الصحية في المدارس الأساسية*. (د.ط). مركز دبيور لتعليم الفكر.
- طنطاوي. محمود. (1989). *التربية الصحية وأثرها في رفع مستوى الصحي*. مكتبة الفلاح.
- العامودي خالد، العوفي عبد اللطيف. (1995). *مصادر المعلومات للمعرفة الصحية: دراسة ميدانية لمهية المصادر الطبية وأثارها في الوعي الصحي في البيئة السعودية*. مجلة جامعة أم القرى 11.
- عبد الستار، إبراهيم. (1990). *العلاج النفسي الحديث*. عالم المعرفة.
- عبد السلام. الدويبي. (2006). *دراسة السلوك الصحي لتلاميذ المرحلة الثانوية من خلال ممارسة الأنشطة البدنية*. حوليات جامعة الجزائر، مجلد 2 (33).
- عبد السلام، مصطفى عبد السلام. (2003). *الاتجاهات الحديثة في تدريس العلوم*. دار الفكر العربي.
- عبد القادر، مها. (2020) *تصور مقترح لمواجهة الحياة*. مجلة البحث في التربية وعلم النفس. مجلد 45 (4).
- عبد الكريم، سعيد رضوان. (2002). *القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات*. [رسالة ماجستير منشورة].
- عبد المعطي، حسن مصطفى. (2015). *الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر*. وقائع المؤتمر العلم الثالث الانتماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق.

- عبيدات، محمد، وآخرون. (2018). منهجية البحث العلمي والقواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر.
- عثمان، العربي. (2007). الإعلام البناء الاجتماعي للمواطن العربي، بحث مقدم للمؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر، كلية العلوم، جامعة القاهرة.
- العربي محمد حريتي. (2018). الوعي الصحي وعلاقته باللياقة البدنية المرتبطة بالصحة، مخبر علوم وممارسة الأنشطة البدنية الرياضية والفنية (SPAPSA)، جامعة الجزائر. مجلة علوم وممارسة الأنشطة البدنية والفنية. العدد 14.
- العرجان جعفر، ذيب مرفت، الكبلاني غازي. (2013). مستوى الوعي الصحي ومصادره للحصول على المعلومات الصحية لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية في الأردن. مجلة العلوم التربوية والنفسية. 14. (1).
- عصام توفيق قمر. (2005). الأنشطة المدرسية والوعي البيئي: الأطر القانونية للأدوار الوظيفية التجارية الدولية. دار السحاب للنشر والتوزيع.
- عطية، دليلة. (2017). فعالية برنامج تثقيفي صحي في رفع درجة تقبل المرض والتحكم الذاتي لدى مرضى السكري النمط 2. [أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة].
- عطية، مورييس. (1993). داء السكري وكيف نتعايش معه. (ط.2). دار الشواف.
- علاء الدين، محمد. (1999). الصحة في مجال الرياضي الإسكندرية، منشأة المعارف.
- على شلاش الإبراهيمي، وحيد فخري التكمجي. (2017). تقييم نوعية الحياة الصحية لدى مرضى داء السكري من النوع الثاني وارتفاع ضغط الدم، قسم الصيدلة الإكلينيكية - كلية الصيدلة. جامعة الكوفة النجف العراق المجلد 26 (22)
- عليوة، علاء الدين. (1977). الصحة في المجال الرياضي. منشأة المعارف.
- عماد عيسى صالح، أماني محمد السيد. (2009). دور المكتبات العامة في تنمية الوعي الصحي ومكافحة الأزمات الصحية العالمية. المؤتمر العشرون للاتحاد العربي للمكتبات والمعلومات نحو جيل جديد من نظم المعلومات والمتخصصين.
- عمران لخضر. (2009). الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين: دراسة ميدانية بمستشفى النهار لمرضى السكري بوادي العثمانية. [رسالة ماجستير في علم النفس الصحة. كلية الآداب والعلوم الإنسانية]. معهد علم النفس وعلوم التربية. قسم الدراسات العليا.

- عويدة، سلطان المشعان. (2011). علق الصلابة النفسية بالشكاوي البدنية والأهل والانضباط لدى الموظفين من الجنسين في القطاع الحكومي، مجلة العلوم الاجتماعية. مجلس النشر. جامعة الكويت. مجلد 39 (03).
- غريب، محمد سيد أحمد. (2006). علم الاجتماع. دار المعرفة.
- فاطمة الزهراء، الزروق. (2015). علم النفس الصحي. الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية.
- الفراء، فاروق حمدي. (1984). اتجاهات مستخدمة في التربية الصحية وانعكاساتها على المناهج المدرسية في الدول العربية والخليجية
- فوزي، عبد الرحمان. (1999). وعي الأمهات بمفهوم النظافة الإصابية بأمراض الإسهال لدى الأطفال: دراسة ميدانية على منطقة ريفية وأخرى حضرية. الملخصات السوسولوجية العربية. يصدرها مركز البحوث والدارسات الاجتماعية. كلية الأدب. جامعة القاهرة.
- فيصل عباس. (1999) التحليل النفسي للشخصية. (ط.1). دار الفكر البنائي للتربية. دار النهضة العربية.
- قارة، السعيد. (2015). الضبط الصحي مصدر وعلاقته بكل من فاعلية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. أطروحة دكتوراه منشورة، تخصص علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية] . جامعة الحاج لخضر.
- القاموس المعتمد. (2000).
- القدومي عبد الناصر عبد الرحمن. (2005). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية لكرة الطائرة، مجلة العلوم التربوية والنفسية. العدد 1.
- القص، صليحة. (2016). فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمدينة عين التوتة باتنة. [رسالة دكتوراه. كلية العلوم الإنسانية. قسم العلوم الاجتماعية] . جامعة محمد خيضر.
- قواطمية، محمد. (2018). الاتصال التنظيمي وتأثيره على جودة الحياة لدى معلمين الابتدائي. [أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية.]جامعة عبد الحميد بن باديس. مستغانم.
- كاترين، سندرس. (2019). علم النفس الصحة. فهم العلاقة بين العقل والجسم (مراد عيسى ترجمة). (ط.1). دار الفكر.

- كارين، رودهام. (2009). علم النفس الصحي. (ترجمة: هناء أحمد شويخ). مكتبة الأنجلو المصرية.
- لال، عدنان. (2004). التربية الصحية المدرسية والغذائية وبيان مشكلات ال/اجتماعية. مكتبة مطابع الصفا.
- لطفي، الشربيني. (2001). موسوعة شرح المصطلحات النفسية إنجليزي/عربي. تقديم حسين عبد الرزاق الجزائري. دار النهضة العربية.
- ليلي بدر، سامي عبد الرزاق، عائدة عبد العظيم البنة. (1985). أصول التربية الصحية والصحة العامة. (د.ط). مكتبة النهضة المصرية.
- ليلي، شيباني. (2021). أهمية الوعي الصحي وممارسة النشاط البدني لدى الراشدين المصابين بالسمنة. جامعة لونسي علي. البليدة..
- مجذوب، أحمد. (2016). نوعية الحياة عند المصابين بمرض الإيدز. مجلة جامعة النجاح للأبحاث في العلوم الإنسانية السودان مجلد 30 العدد 9.
- مجلة الرابطة، مجلد 23 (02)، المكتب الإقليمي.
- محرم إبراهيم، سمير الشاذلي، أيمن الحقيق، احمد إسماعيل، صلاح عام. (2003). أثر برنامج على تحسين جودة الحياة الريفية: جهاز بناء وتنمية القرية المصرية. وزارة التنمية المحلية.
- محمد عادل، الفتاح القصاص. (1990). وسائل الاتصال وخدمة البيئة مسؤولية قومية وإنسانية.
- محمد على المتوكل. (2003). تطوير التربية الصحية ف مناهج العلوم في الحلقة الثانية من التعليم الأساسي. [رسالة دكتوراه]. كلية التربية. جامعة عين الشمس.
- محمد. عز الدين توفيق. (2002). التأصيل الإسلامي للدراسات الفقهية. (ط.2). دار السلام للطبع والنشر والتوزيع والترجمة
- محمد، الحفناوي. (2014). الصحة والتوعية الصحية. (ط.1). دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- محمد، بن سعد. (2008). داء السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم.
- محمد، شريم. (2012). الثقافة الصحية. (د.ط). مطبعة السفير.
- المشعان عويدة، الحويلة أمثال. (2013). الفرق بين نوعية الحياة لدى طلبة جامعة الكويت وفق الجنس والحالة الصحية. المجلة التربوية. مجلد 26 (104).
- المشبوخي، حمد سليمان. (2002). تقنيات ومناهج البحث العلمي. (ط. 1). دار الفكر العربي.

- مصطفى محمد، بسيت. (2014). أبعاد السلوك الصحي المرتبطة ببعض المؤشرات الصحية والنفسية والبدنية لدى المسنين. [رسالة دكتوراه] جامعة القاهرة.
- مصطفى. الحجازي. (2012). إطلاق طاقات الحياة قراءة في علم النفس الايجابي. مؤسسة ديمو برس للطباعة والنشر.
- مصطفى، القمس. (2000). مبادئ الصحة العامة. (د.ط). دار الفكر للطباعة والتوزيع.
- المنجد في اللغة العربية (2001). دار المشرق للطباعة.
- منظمة الصحة العالمية (1984).
- منظمة الصحة العالمية (1998)، التربية الصحية وتعليم العلوم والتكنولوجيا
- منظمة الصحة العالمية (2010).
- منظمة الصحة العالمية. (2015). داء السكري. صحيفة الوقائع، رقم 312، جينيف.
- منظمة الصحة العالمية (2016). تقرير حول مرض السكري العالمي. ملخص تنفيذي، جينيف.
- منظمة الصحة العالمية (2019)، الأمراض المزمنة وتعزيز الصحة.
- منير لطفي. (2015). الداء والدواء (ط.2). دار البدر.
- موسوعة القرن. (2006). دار المتوسطة للنشر.
- مؤيد، طلال. (1975). الوعي الإنساني من التأمل المجرد إلى الممارسة الثورية دراسات عربية. دار القليعة. مجلة فكرية اقتصادية اجتماعية. العدد 5.
- ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة. (1991). المؤتمر الأول لتقرير الصحة في مارتين ج للصحة.
- نبيلة، بوخزة. (1995). الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر. معهد الإعلام والاتصال جامعة الجزائر.
- نجيب، الكيلاني. (2013). التنقيف الصحي للطلاب وأفراد المجتمع دوره وأهميته. (ط.1). دار الصحوة للنشر والتوزيع.
- هاني، نصرى. (1998). الفكر والوعي. المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع .
- الهزاع. هزاع. (2004). النشاط البدني في مجابهة الأمراض المزمنة. المجلة العربية للغذاء والتغذية (5).
- واكد، رابح. (2016). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري. مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 01 العدد 09.

- الوحشى احمد بيرى، عبد السلام الدويبي. (1995). مقدمة في علم الاجتماع الطبي. الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.
- وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات. (2004). الديوان الوطني للإحصائيات المسح الجزائري حول صحة الأسرة. 2002. التقرير الرئيسي.
- وزارة المعارف السعودية. (2004). الصحة المدرسية. مركز تطوير الصحة.
- وفاء عبد العزيز مصطفى، محمد يوسف المختار. (2012). جودة حياة المرضى الذين يعانون من داء لسكري من النوع الثاني في لموصل. حوليات كلية الطب، المجلد 28.
- يزيد شعيل. (2018). نوعية الحياة من منظور علم النفس الإيجابي: دراسة تحليلية، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية جامعة الجلفة، مجلد 11. العدد 01.
- يمنية قوراح، محمد صالح. (2017). الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والأفاق. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 28.
- المراجع الأجنبية:

- Aandre, Donnant et jaques, Bournkeuf. (1983). *Le petit larousse de la médecine*.
- Anne, François el all. (2007). *mesure de la qualité de vie des Personne atteintes de maladies chronique*. urmel.
- Aurélie, Untas. (2012). *L'ajustement à la maladie*. *Psychologie de la santé*<https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782130593157.htm>, p 41 - 66Doi 10.3917/puf. sulta 01. 0041.
- Ayano, takahara. s. ikeda . K. (fujimota. S. hamaski. Aharashima. S. l tayods . k. ... a iangaki N. (2015) . glycemc variability is associated with type diabetes cave 38p 21-22
- Bailey , T. eng. Frisch, M. snyder . E. (2007). hopand optimisms related of life satiatioms. *journal of position psychology* (2)69-68.
- Bandura, a . (2006). *Self-efficacy beliefs of adolescents Greenwich,*
- Baully, t. eng, w, frish, m, & snyder, c. (2007). hop and optimisms related to life satiation, *journal of positive psychology*. 2(3). 168-169.
- Benony . H. (2001) .*mesure de la vie: réadaptation médecine physique*.
- Bonomi , A, patrick . D. l &. Bushnel . D. M. (2002). validation of the united states version of the world health organization quality of life (WHOQOL) *instrument journal of cliemcal epidermal* 53 p 1-2.
- Brothers ,C., others .(1991). the impact of television news on public environmental know ledge .*journal of environmental education* .v22.4.
- Brown, j, j mc gece, h. m . ,o'boyle, l, a. (1997). *conceptual approaches to lhe assortment of quality of life psychology*.

- Carlos, Vingrc .(1999) . *populaces' ejovens de amlos as sexes*-Ferrar. jodos 10 sos 18 anos de iodai apidé firico.
- Cdc. (2002) .
- Connie. (2001). *health aware health larving* . the roland prees company.
- CT: Information Age Publishing p307- 337.
- Ogden, jane. (2011). *Psychologie de la santé adaptation française* d'Olivie Desrichard. DeBoeck
- Cuarguata, l, whiting, d, hamblitus, I, begly, j, u es haw j. global estimates of dm prevalence for. (2013). and projection for 235 dm Research and chemical practice elsevier 2014. 103. 137 – 149.
- Cummins, r, a, &mccabe, m. p. (1996). *the comprehensieve quality of life*.
- Cupa, d . (2002) . *psychologie et morphologie* editoins edk.
- Dhhs health people. (2010). *understanding and improving health* .Washington.DC,US department of health and human sewices
- Elserer, marron s. a. s .(n.d). woman and man with 2 type diabetes a comparison group journal of diabetes patients self *Saudi medical journal* . 32(3). 193-200.
- Ferriera, joao. Carlos, vingre. (2015). *atividade fisica esaude da populacao escolar do centae. da area educativa de viseu estudo emcriancas jovens de ambos. os sexox dos 10 sos 18anos de idade, aptidao fisico*
- Filson ‘gelen and Melinda, mcco. (1993). *farmers quality oflife. social class rural sociology (13)1*.
- Frisch, m. cler ‘ m; rousm, s; ruld, m; pazeleck ;. j ‘ greenstone, a.; & kopplin, d. (2005). *prediction and traitmentvail deity of life satisfaction and the quality of life in ventoryassment, vol . b n (01)*.
- G, f. fisher . (2002) . *la psychologie de la santé* . Dunod . .
- Gholami,A; borji.; Ashirazi. F ;azini. E. (2013). *Quality of life in pationts with type 2 diabetes shiraz E-medical journal. 14(3). 163 155-* reitmer . P. ladwing. K. H greiser. G& Tamyo, t .(2015). *healtl-realted Quality of life in women and man with 2 type diabetes: A comparison across treatment group . journal of diabetes patients self esteem. Saudi medical journal 32(9). 3-7.*
- Gholami,A; borji;Ashirazi.F; azini.E .(2013). *Quality of life in pationts with type 2 diabetes shiraz E-medical journal.14(3).163.*
- Reitmer ‘P; ladwing,K.H; greiser.G; tamyo.t .(2015) .*health-realted Quality of life in women and man with 2 type diabetes:A comparison across treatment group .journal of diabetes patients self esteem. Saudi medical journal 32(9).3-7.*
- Good, d. (1990). *quality of life for person with diabetes*. in mitchell, d . (1997) book.
- Graig, A. Jackson. (2010). *work related of Quality of life. health research consultation centre. oxford university press.*
- Harris, mbwaltersic ‘ waschell s .(1991). *gender and athing difference in ebaity related behaviors and in college simple journal of app lied social psychologies. 1545-1566.*
- kiecolt. Claserjk; dura jrspeicher; c etrask ; claser .(1990). *spousal cargivers of dementa*

victims longitudinal changes in Immunity and health . *psychology notice medicine*. 53. 345-362.

- Haynes, r, b, (1979) . *introduction to compliance in health care balli more john hop k ins university press* .

- [http://www.carm.info/psychologie de la santé ...](http://www.carm.info/psychologie_de_la_santé...) page 17 . htm.

- Institute of medicine. (2004). *health Washington* . national academy press.

Institute of medicine. (2004). *health literacy aprescription to end confusion* Washington DC .national academy press.

- j . bergeret,A ‘beahe, j, j . boulnger, j, p. charter . dulon, m. house .

j lustin. (2012) . *psychologie pathologique* . ced. 11.

- Jamel, karem shakor. (2005) . asserement of heath relate to quality of life in hospital . *journal for warring science vol. 5. (03)* .

- Janice L; Hinkle CNRN, Kerry H; Cheever. Brunner ; Suddarth's .(n.d). *Textbook of Medical-Surgical Nursing* .14th Edition .

- Juliette, Blocch. (2008). *importance du problème:fréquence, contribution des différentes pathologies revue sur les maladies chroniques et qualité* . adsp n 72.

- kaplam, r; msalliss, j; f, pattersiser, t, u. (1993). *health and human behavior mg grau hill*. word health organization gerva (1999) report nalive who/wcd /ncs / 99. 2.

- Kikuch, y .(1999). *health consciousness of young pepole personalit. Journal of epidemiogy* . 9(2), 121-31apravabiable [www.gateway . ovid. com](http://www.gateway.ovid.com).

- kishaw, g ‘ shewmaker, c. (1999). *Biotechnology: enhhancing human nutrition in developing and developed worlds* .

- Iatifa el emarani, abdenbi bendriss, meftah senhaji. (2013) . *sante et qualité de vie : situation pour la population de Tétouan . université abdemlek essaide faculty des sciences 5 vol . 25. Dou10, 397.*

- Linelison, Bohlman .panze am, kinding da. (2004). *health litracy. Aprescription and confusion* .Washington. DC ‘the national academe .press.

-Llv iolaine, et al. (2008). *Docimologie nation clinique et soin infermiere S-lamarre*.

- Mahan ‘S cot stump . (2008). *food and nutrition theory. 12th edition*.

- Manne, Sharon. (2003). *Coping and social and support et al hand bouk of psychology, volume, 9 john wiley sons, inc* .

- Manu elusing practice edition new yowk :Lippincott company.

- Marlous Hall; Oras A; Alabas; Tatendashe B; Dondo; Tomas Jernberg; Chris P. Gale . (2015). *Use of relative survival to evaluate non-ST-elevation myocardial infarction quality of care and clinical outcomes. Volume1, Issue 2, 1 November.*

- Matsumoto, d, (ed) . (2009). *the combridge dictionary of psychology cambrige university junco, b. (2009). identity and chronic ullness kidney diseas and quality of life ;dictralassertlaion south florida university of south.*

- Michael, A; Harris ; Patrick J; Lustman. (1998). The psychologist in diabetes care In *Clinical Diabetes*(Vol. 16, Issue 2)*Publisher: American Diabetes Association*
- Nadeau «Messis . (1994). living with diabetes d the relationship between quality of life . coping style. adhernce and metabolic control in adolescence diabetes. *mellitus* dissertation *absrcts international, vol 56 . 02 .*
- National des statistiques (oms) . (2015). *suivie de la situation des enfants et des femmes*, enquête national a indicateur multiples.
- Nelson, Bohman, panzamandkinching da . (2004) *.health literacy*. aprescmntion to end confusion washing open . dc the national aladim press.
- Nettina .(1996). Manuel of nursing practice .new York.lippincott company.eth edition.
- Obrin, r, w, & bush, p, j. (1997). health behavior in children in d, s bochman (ed) . hand book of health behavior research (vol 3) . *demograph development and diversity . (49-71) .* *Plemum press r etwed march. (2004). from an ebsco host data base abstracts.
- OMS, (2004).
- Parterson, S, marsland, a, I, manuck, s, kamenera, m, Muldoon, m, f. (2009). acute human contradiction psychological stress . assortments factors international *journals of beharioral medicine 204-212.*
- Pediniell «J;l rouan; G,Gimenez,G. (1995). pratique psychologie éditions qualité de vie .
- Peterson c « Seligman .(2004). character strengths and virtues a hand book qndclassificatoin oxford university prees
- Reine, g; lancon, c; tucci, s;spain, c, ;auqwer p. (2003). chronic phase schizophres mic patient actpyschiatricaxandinavica. vol 108 p 272-303.
- Rizzol, sptig. (2002). *santé et qualité de vie in fisher La psychologie de la santé .*
- Ruff.C;et al. (2006). *psychological Wells binge and 3 binge dothey have distinction pirated biological correlate?.psychotherapy psychoses arics.75.85-95.159.*
- Scale « Combol, instrument developement and psychological measurement vol (54).
- Schlenk, et al. (1998) . Health quality of life in chronic disorder. Company cross studies using the moss f-36 quality of life 57-65.
- Seligman, m. e . p «Peterson, c. (2003). Positive clinical psychology. In l. g aspinwall & u. m Staudinger (eds) *a psychology of human strengthen fundamental question and future directions a posture psychology* p. 305-317.
- Singla, a, Sharma, t, kaely. (2017). awareness of dialectic portents towards diabetes aswwey based study, *national journal of community medicine 8(10). 606 - 610.*
- Skevingtion.S,lofty.m &oconnell,k.(2004). the world health(WHQOL) organizationbref quality of life assment .psychometric properties and results of the international fieldtrial,areport from the WHOQOL group qualigt of research journal of
- Spasie «A;velicjovic «R;dordevic «A.wikola.S ; tatjana .c.(2014). Quality of life type 2 diabetes patients.*acta facilitates medicate naissensis .31(3) p193-200.*

- Taylor, h.r & bogdanin R.l.schalock & M;J begab. (1996). and the individuals perspective .Quality of life perspective retardation Washington.American association on mental issues 27-40. 210210 210210
- The WHOQOL group. (1995). *the world health organization quality of life assessment*. whool . Post on paper from the world health organization.
- Thiery, Soulas, anne bredart. (2012) . *qualité de vie et santé*. presses universaires de France, Doi 10-39. 17, puf sulta, 01, 0017.
- Ubbes, v,. (1996). promoting health half behaviors in children and youth *journal of health education*. 27 (5) 60- 58.
- Veenhoven, Ruut .(1996). the study of life satisfaction . Chapter 1 in: Saris, W.E., Veenhoven, R., Scherpenzeel, A.C. & Bunting B. (eds) 'A comparative study of satisfaction with life in Europe. Eötvös University Press, ISBN963 463 081 2, pp. 11-48
- Washington American association on menal retardation . 27- 40.
- WHOQOL Group. (1995) .
- William ‘C;Cockerham ;Ferris ;J.Ritchey .(1997) *.dictionary of medical sociology* .Greenwoud press
- Willitis ‘F erm .K. (1993). Question of effects on sulgectre quality of life real sociology et qualite (60).
- Word Heath organization genera. (1999). report nature who /wcd/ncs 99. 2 definition . diagnosis and classification of dailies mellitus and its complications part 1 : diagnosis and classifications of dailies mellitus.
- World Health organisation. (1948) .

الملاحق

الملحق رقم (01) استبيان الوعي الصحي لمرضى السكري

نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يهدف إلى قياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري نمط (2,1) حسب المتغيرات الآتية (المتزوجين، العزاب)، (المستوى الثقافي، السن)، الجنس (ذكر-أنثى).

ملاحظة:

هذه المعلومات سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط ولا داعي لذكر اسمك ويرجى الإجابة عن جميع الفقرات وذلك بوضع إشارة (x) أمام العبارة التي تعتقدون أنها مناسبة مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة .

شكرا لكم على حسن تعاونكم واهتمامكم.

الإجابة بعلامة (x).

-الجنس : أنثى ذكر

-مدة المرض :

من 1 - 5 سنوات

من 5 - 10 سنوات

من 10 - 15 سنوات

من 15 - فما فوق

-المستوى التعليمي :

- مستوى ابتدائي

- مستوى متوسط

- مستوى ثانوي

- دراسات عليا

-الحالة العائلية :

- غير متزوج (ة)

- متزوج (ة)

- أرمل(ة)

- مطلق(ة)

-السنن :

- من 20 - 30 سنة

- من 30 - 40 سنة

- من 40 - 50 سنة

- من 50 - 60 سنة

الحالة الاجتماعية:

ضعيفة

متوسطة

جيدة

لا تنطبق أبدا	تنطبق بدرجة ضعيفة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة كبيرة	الفقرات	الرقم
				عندما أتعرض لجروح اذهب مباشرة إلى الطبيب.	01
				لا أرى ضرورة لإجراء التحاليل الطبية الدورية .	02
				اللقاحات الموسمية ضرورية .	03
				التزم في مواعيدي لزيارة الطبيب .	04
				أتناول دوائي في أوقات منتظمة .	05
				أقيس نسبة السكر بانتظام .	06
				أمتلك جهاز لقياس نسبة السكر .	07
				أصوم شهر رمضان رغم ان الطبيب نصحني بعدم الصيام.	08
				أهتم بصحتي الجسمية .	09
				أهتم بنظافة وسلامة قدمي .	10
				مرض السكري يؤثر سلبا على أعضاء الجسم (كالعينين وضغط الدم والكلية).	11
				أحافظ على ساعات نومي .	12
				أشارك أسرتي في كل المناسبات .	13
				اهتمام أسرتي بنمط غذائي .	14
				أمارس عملي دون انقطاع.	15
				تساعدني أفراد أسرتي في قياس نسبة السكر	16
				أتناول وجباتي مع أسرتي حتى ولو كان غذائي مختلفا .	17
				أتعب كثيرا في عملي.	18
				مرضي لا يؤثر على مسؤوليتي في أسرتي.	19
				أقضي وقت فراغي مع أصدقائي وأسرتي	20
				أمشي نصف ساعة على الأقل يوميا .	21
				الرياضة تجعلني أكثر نشاطا .	22
				عندما أجد نسبة السكر مرتفعة أقوم بحركات رياضية كالمشي.	23
				الرياضة مهمة لمرض السكري .	24
				أمارس الرياضة للحفاظ على وزني .	25
				أمضي معظم وقتي وأنا جالس .	26
				النوم لفترات طويلة مضر بالصحة .	27
				أمارس أعمالتي بكل نشاط .	28
				النشاط الرياضي يضبط نسبة السكر في الدم	29
				أشرب الماء وبكثرة.	30
				أحرص على ان يكون طعامي متوازنا.	31

				لا أحرم نفسي من الحلويات .	32
				أحرص أن يكون طعامي خاليا من السكريات (جلوكوز).	33
				أتبع حمية غذائية	34
				أفضل الوجبات السريعة	35
				أفضل المشروبات الطبيعية	36
				أتناول بعض الأغذية الخاصة بمرض السكري والتي نسبتها 0% من السكر .	37
				أتأكد من مكونات الأغذية المصنّبة قبل شرائها	38
				أحرص على تناول الخضراوات والفواكه .	39
				لا أتناول العجائن بكثرة .	40
				ابتعد عن المواضيع التي تقلقني .	41
				أذهب باستمرار إلى الأماكن الهادئة.	42
				أتحكم بأعصابي في المواقف المقلقة.	43
				عندما أحس بتعب نفسي أزور أخصائي نفسي.	44
				أعلم أن القلق يزيد من نسبة السكر في الدم .	45
				لا أعرض نفسي إلى الضغوطات .	46
				أحل مشاكلي دون قلق.	47
				أتعايش مع مرضي وأقبله	48
				أتجنب عن الأماكن التي بها اكتظاظ وضجيج .	49
				أنهي أشغالي رغم الإحساس والشعور بالضغوط التعب	50

الملحق رقم: (02) مقياس نوعية الحياة

نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يهدف إلى قياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري نمط (2,1) حسب المتغيرات الآتية (المتزوجين، العزاب)، (المستوى الثقافي، السن)، الجنس (ذكر-أنثى).

ملاحظة:

هذه المعلومات سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط ولا داعي لذكر اسمك ويرجى الإجابة عن جميع الفقرات وذلك بوضع إشارة (x) أمام العبارة التي تعتقدون أنها مناسبة مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة .

شكرا لكم على حسن تعاونكم واهتمامكم.

الإجابة بعلامة (x).

-الجنس : أنثى ذكر

-مدة المرض :

-من 1 - 5 سنوات

-من 5 - 10 سنوات

-من 10 - 15سنوات

-من 15 - فما فوق

-المستوى التعليمي :

- مستوى ابتدائي

- مستوى متوسط

- مستوى ثانوي

- دراسات عليا

-الحالة العائلية :

- غير متزوج (ة)

- متزوج (ة)

- أرمل(ة)

- مطلق(ة)

-السن :

- من 20 - 30 سنة
- من 30 - 40 سنة
- من 40 - 50 سنة
- من 50 - 60 سنة

الحالة الاجتماعية:

- ضعيفة
- متوسطة
- جيدة

لا تنطبق أبدا	تنطبق بدرجة ضعيفة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة كبيرة	العبارات
				<p>1- أشعر بأن مرضي يمنعي من القيام بالأعمال التي أريدها.</p> <p>2- أحتاج للعلاجات الدوائية كي أقوم بأعمالي اليومية.</p> <p>3- أمتلك ما يكفي من الطاقة للقيام بواجبات الحياة اليومية.</p> <p>4- أستطيع التكيف مع حالتي الصحية.</p> <p>5- أشعر بالرضا عن نومي .</p> <p>6- أشعر بالرضا عن قدرتي على أداء النشاطات اليومية.</p> <p>7- أشعر بالرضا عن طاقتي في العمل.</p> <p>8- أشعر بالرضا عن حالتي الصحية.</p> <p>9- أشعر بالاستمتاع بحياتي.</p> <p>10- أشعر بأن حياتي لها معنى.</p> <p>11- أمتلك القدرة على التركيز.</p> <p>12- أشعر بالرضا عن شكل جسمي الخارجي.</p> <p>13- أشعر بالرضا عن نفسي.-</p> <p>14- أشعر بمشاعر سلبية مثل: المزاج السيئ، القلق، الاكتئاب.</p> <p>15- أشعر بالرضا عن حياتي.-</p> <p>16- أشعر بالرضا عن علاقتي الشخصية.</p> <p>17- أشعر بالرضا عن حياتي الجنسية.</p> <p>18- أشعر بالرضا عن الدعم الذي أحصل عليه من أصدقائي.</p> <p>19- أشعر بالأمن في حياتي.</p>

				<p>20- أشعر بأن البيئة المحيطة بي صحية.</p> <p>21- أمتلك المال الذي يلبي احتياجاتي.</p> <p>22- تتوفر المعلومات التي أحتاجها في حياتي اليومية</p> <p>23- تتوافر لدي الفرصة للراحة وممارسة الأنشطة الترفيهية.</p> <p>24- أشعر بالرضا عن حياتي الخاصة.</p> <p>25- اشعر بالرضا عن الخدمات الصحية المقدمة.</p> <p>26- أشعر بالرضا عن وسائل التنقل التي أستخدمها.</p>
--	--	--	--	---

الملحق رقم: (03) استمارة تحكيم استبيان الوعي الصحي



جامعة محمد بوضياف المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس
التخصص: علم النفس الصحة
استمارة التحكيم:



الأستاذ(ة): الكريم(ة):

الدرجة العلمية:

التخصص:

الجامعة:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: "الوعي الصحي وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكري" واستكمالا لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه في علم نفس الصحة، فقد تم بناء أداة للدراسة المتمثلة في مقياس الوعي الصحي لأفراد عينة الدراسة (مرضى السكري)، وذلك من خلال خمس مجالات (الجسمي، النفسي، الاجتماعي، الرياضي والغذائي). بالاستعانة بالتراث النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع.

ونظرا لما تملكونه من خبرة في هذا المجال وللمساعدة في إتمام هذه الدراسة أرجو من سيادتكم التكرم بتحكيم هاته الأداة في ضوء النقاط التالية:

1- صياغة عبارات الاستبانة ومدى ملاءمتها.

2- الصحة العلمية.

3- السلامة اللغوية.

مع العلم أن عبارة استمارة الاستبيان تتضمن أربعة بدائل (تتطبق بدرجة كبيرة، تتطبق بدرجة متوسطة، تتطبق بدرجة ضعيفة، لا تتطبق أبدا) تبلغ أوزان البدائل (1-2-3-4) نشكركم على تعاونكم معنا ودمتم في خدمة العلم.

الأستاذة المشرفة د/ بورنان سامية

الطالبة: شلابي عائشة

العدد	الفقرات	تقيس	لا تقيس	البدائل
البعد الأول: مجال الوعي الصحي الجسدي				
01	عندما أتعرض لجروح اذهب مباشرة إلى الطبيب.			
02	لا أرى ضرورة لإجراء التحاليل الطبية الدورية .			
03	اللقاحات الموسمية ضرورية .			
04	التزم في مواعيدي لزيارة الطبيب .			
05	أتناول دوائي في أوقات منتظمة .			
06	أقيس نسبة السكر بانتظام .			
07	أتبع كل نصائح الطبيب .			
08	أمتلك جهاز لقياس نسبة السكر .			
09	يهمني الحذاء المناسب لمظهري دون مراعاة راحة قدمي.			
10	أصوم شهر رمضان رغم ان الطبيب نصحني بعدم الصيام.			
11	أهتم بصحتي الجسمية .			
12	أهتم بنظافة وسلامة قدمي .			
13	مرض السكري يؤثر سلبا على أعضاء الجسم (كالعينين وضغط الدم والكلى).			
14	أحافظ على ساعات نومي .			
15	أغلب وقتي افضيه في النوم .			
مجال الوعي الصحي (الاجتماعي)				
01	أنشط في الجمعية الخاصة بمرض السكري.			
02	أشارك أسرتي في كل المناسبات .			
03	اهتمام أسرتي بنمط غذائي .			
04	أمارس عملي دون انقطاع.			
05	تساعدني أفراد أسرتي في قياس نسبة السكر			
06	أحرص على ان تكون علاقتي جيدة مع الجميع .			
07	أتناول وجباتي مع أسرتي حتى ولو كان غذائي مختلفا .			
08	لا أتحمل الفوضى.			
09	أحب ممارسة الرياضة ضمن جماعة			
10	أتعب كثيرا في عملي.			
11	مرضني لا يؤثر على مسؤوليتي في أسرتي.			
12	أغيب كثيرا في عملي .			
13	أفضي وقت فراغي مع أصدقائي وأسرتي			
مجال الوعي الصحي الرياضي				
01	أمارس الرياضة يوميا.			

			لدي هويات رياضية .	02
			أمشي نصف ساعة على الأقل يوميا .	03
			الرياضة تجعلني أكثر نشاطا .	04
			عندما أجد نسبة السكر مرتفعة أقوم بحركات رياضية كالمشي.	05
			الرياضة مهمة لمرض السكري .	06
			زيادة الوزن يزيد من نسبة الإصابة بالسكري .	07
			أمارس الرياضة للحفاظ على وزني .	08
			أمضي معظم وقتي وأنا جالس .	09
			النوم لفترات طويلة مضر بالصحة .	10
			أمارس أعمالتي بكل نشاط .	11
			النشاط الرياضي يضبط نسبة السكر في الدم	12
مجال الوعي الصحي الغذائي				
			أشرب الماء وبكثرة.	01
			أتجنب شرب الماء مع الوجبات الغذائية .	02
			أحرص على ان يكون طعامي متوازنا.	03
			لا أحرم نفسي من الحلويات .	04
			أحرص أن يكون طعامي خاليا من السكريات (جلوكوز).	05
			أتبع حمية غذائية	06
			أفضل الوجبات السريعة	07
			أفضل المشروبات الطبيعية	08
			أتجنب المشروبات الغازية	09
			أفضل المأكولات المطبوخة وابتعد عن الوجبات المقلية.	10
			أتناول بعض الأغذية الخاصة بمرض السكري والتي نسبتها 0% من السكر .	11
			أتأكد من مكونات الأغذية المصّبرة قبل شرائها	12
			أحب تناول الحلويات ولو مرة واحدة في اليوم .	13
			أحرص على تناول الخضراوات والفواكه .	14
			لا أتناول العجائن بكثرة .	15
الوعي الصحي النفسي				
			ابتعد عن المواضيع التي تقلقني .	01
			أحرص ألا أدخل في النقاشات.	02
			أذهب باستمرار إلى الأماكن الهادئة.	03
			أتمتع بالمناظر الطبيعية.	04
			أقوم يوميا بالاسترخاء .	05

			أتحكم بأعصابي في المواقف المقلقة.	06
			أجد راحتي مع أسرتي .	07
			عندما أحس بتعب نفسي أزور أخصائي نفسي.	08
			أعلم أن القلق يزيد من نسبة السكر في الدم .	09
			لا أعرض نفسي إلى الضغوطات .	10
			أحل مشاكلتي دون قلق.	11
			أتعاش مع مرضي وأقبله	12
			أتجنب عن الأماكن التي بها اكتظاظ وضجيج .	13
			أشارك أسرتي فرحتي.	14
			أنهي أشغالي رغم الإحساس والشعور بالضغط والتعب	15

تحكيم بدائل الأجوبة

ملاحظة	غير كافية	كافية	غير مناسبة	مناسبة	البدائل
					1- تنطبق بدرجة كبيرة 2- تنطبق بدرجة متوسطة 3- تنطبق بدرجة ضعيفة 4- لا تنطبق أبدا

الملحق رقم: (04) قائمة المحكمين

الرقم	الاسم واللقب	الدرجة العلمية	مكان العمل
01	محمد بودريالة	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف
02	يامنة إسماعيلي	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف
03	سامية بورنان	أستاذ محاضر أ	جامعة محمد بوضياف
04	عواطف بوقرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف
05	بلدية بن زطة	أستاذ محاضر أ	جامعة محمد بوضياف
06	بركات	طبيب مختص في الغدد والسكري	عيادة خاصة
07	تركي إبراهيم	طبيب مختص في الغدد والسكري	عيادة خاصة
08	عبد العزيز حريزي	رئيس جمعية مرضى السكري	جمعية مرضى السكري
09	نجلاء داود	أخصائية نفسانية	مستشفى الزهراوي المسيلة
10	أمينة لطرش	أخصائية نفسانية	مستشفى الزهراوي المسيلة
11	أمينة علي زغلاش	أخصائية تغذية	جمعية مرضى السكري
12	بحاش عبد الحق	أستاذ محاضر ب	جامعة المدية

ملحق رقم: (05) وثيقة تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس -
الهاتف: 035353054

المسيلة في: 2019/11/11

إلى السيد المحترم: مدير مديرية الصحة والسكان لولاية المسيلة

تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية

تحية عطرة وبعد:.....

في إطار انجاز دراسة ميدانية (أطروحة دكتوراه)

التخصص: علم النفس الصحة

نرجو من سيادتكم المحترمة تسهيل مهمة الطالب(ة) المذكور(ة) أدناه وتقديم المساعدة الممكنة واللازمة لها.

عنوان الدراسة: الوعي الصحي وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكري

الأستاذ المشرف: د/ بورنان سامية

إعداد الطالب(ة):

رقم التسجيل	اللقب والاسم	الرقم
D.PS/3C/02/18	شلابي عائشة	01

في الأخير لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.



Téléphone / Fax

(213) 035353054

قسم علم النفس . الهاتف / الفاكس

E-mail

univ28psy@yahoo.com

البريد الإلكتروني

الملحق رقم (06): الثبات والصدق

أولاً/ ثبات وصدق مقياس الوعي الصحي:

أ/ الثبات:

Reliability

Reliability Statistics		
الإبعاد	Cronbach's Alpha	N of Items
البعد 1	0.919	12
البعد 2	0.783	8
البعد 3	0.843	9
البعد 4	0.848	11
البعد 5	0.877	10
الكلية	0.958	50

ب/ الصدق:

Correlations

Correlations					
		دك 1			دك 1
ب1	Pearson Correlation	.552**0	ب7	Pearson Correlation	.445*0
	Sig. (2-tailed)	0.002		Sig. (2-tailed)	0.015
	N	30		N	29
ب2	Pearson Correlation	.530**0	ب8	Pearson Correlation	.414*0
	Sig. (2-tailed)	0.003		Sig. (2-tailed)	0.023
	N	30		N	30
ب3	Pearson Correlation	.821**0	ب9	Pearson Correlation	.856**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	29		N	30
ب4	Pearson Correlation	.786**0	ب10	Pearson Correlation	.810**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	29
ب5	Pearson Correlation	.679**0	ب11	Pearson Correlation	.641**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	28
ب6	Pearson Correlation	.831**0	ب12	Pearson Correlation	.741**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).					

Correlations

Correlations					
		دك 2			دك 2
ب13	Pearson Correlation	.712**0	ب17	Pearson Correlation	.651**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
ب14	Pearson Correlation	.626**0	ب18	Pearson Correlation	.416*0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.022
	N	29		N	30
ب15	Pearson Correlation	.646**0	ب19	Pearson Correlation	.504**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.006
	N	30		N	28
ب16	Pearson Correlation	.446*0	ب20	Pearson Correlation	.760**0
	Sig. (2-tailed)	0.015		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	29		N	30
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).					

Correlations

Correlations					
دك3			دك3		
21ب	Pearson Correlation	.731**0	26ب	Pearson Correlation	.471**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.009
	N	29		N	30
22ب	Pearson Correlation	.756**0	27ب	Pearson Correlation	.404*0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.027
	N	29		N	30
23ب	Pearson Correlation	.798**0	28ب	Pearson Correlation	.736**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
24ب	Pearson Correlation	.569**0	29ب	Pearson Correlation	.663**0
	Sig. (2-tailed)	0.001		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
25ب	Pearson Correlation	.804**0	** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
	Sig. (2-tailed)	0.000	* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		
	N	30			

Correlations

Correlations					
دك4			دك4		
30ب	Pearson Correlation	.615**0	36ب	Pearson Correlation	.558**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.001
	N	30		N	30
31ب	Pearson Correlation	.856**0	37ب	Pearson Correlation	.715**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
32ب	Pearson Correlation	.598**0	38ب	Pearson Correlation	.679**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
33ب	Pearson Correlation	.607**0	39ب	Pearson Correlation	.690**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
34ب	Pearson Correlation	.508**0	40ب	Pearson Correlation	.446*0
	Sig. (2-tailed)	0.004		Sig. (2-tailed)	0.015
	N	30		N	29
35ب	Pearson Correlation	.582**0	** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
	Sig. (2-tailed)	0.001	* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		
	N	30			

Correlations

Correlations					
دك5			دك5		
41ب	Pearson Correlation	.806**0	46ب	Pearson Correlation	.567**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.001
	N	30		N	30
42ب	Pearson Correlation	.835**0	47ب	Pearson Correlation	.822**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
43ب	Pearson Correlation	.785**0	48ب	Pearson Correlation	.777**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
44ب	Pearson Correlation	.566**0	49ب	Pearson Correlation	.653**0
	Sig. (2-tailed)	0.001		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
45ب	Pearson Correlation	.648**0	50ب	Pearson Correlation	.367*0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.046
	N	28		N	30
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).					

Correlations

Correlations					
		الكلي			الكلي
دك 1	Pearson Correlation	.847**0	دك 4	Pearson Correlation	.912**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
دك 2	Pearson Correlation	.763**0	دك 5	Pearson Correlation	0.884**
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
دك 3	Pearson Correlation	.759**0	**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
	Sig. (2-tailed)	0.000			
	N	30			

ثانيا/ ثبات وصدق مقياس نوعية الحياة:

أ/ الثبات:

Reliability

Reliability Statistics		
الإبعاد	Cronbach's Alpha	N of Items
البعد 1	0.907	8
البعد 2	0.909	7
البعد 3	0.725	3
البعد 4	0.823	8
الكل	0.942	26

ب/ الصدق:

Correlations

Correlations					
		دك1			دك1
ب1	Pearson Correlation	.561**0	ب5	Pearson Correlation	.647**0
	Sig. (2-tailed)	0.001		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
ب2	Pearson Correlation	.461*0	ب6	Pearson Correlation	.823**0
	Sig. (2-tailed)	0.010		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
ب3	Pearson Correlation	.801**0	ب7	Pearson Correlation	.805**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
ب4	Pearson Correlation	.898**0	ب8	Pearson Correlation	.920**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
level (2-tailed).5* . Correlation is significant at the 0.0

Correlations

Correlations					
		دك2			دك2
ب9	Pearson Correlation	.850**0	ب13	Pearson Correlation	.911**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
ب10	Pearson Correlation	.767**0	ب14	Pearson Correlation	.415*0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.023
	N	30		N	30
ب11	Pearson Correlation	.856**0	ب15	Pearson Correlation	.896**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
ب12	Pearson Correlation	.902**0	** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). level (2-tailed).5* . Correlation is significant at the 0.0		
	Sig. (2-tailed)	0.000			
	N	30			

Correlations

Correlations					
		دك3			دك3
ب16	Pearson Correlation	.825**0	ب18	Pearson Correlation	.832**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
ب17	Pearson Correlation	.813**0	** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
	Sig. (2-tailed)	0.000			
	N	30			

Correlations

Correlations					
		دك4			دك4
ب19	Pearson Correlation	.792**0	ب23	Pearson Correlation	.684**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000

	N	30		N	30
ب20	Pearson Correlation	.827**0	ب24	Pearson Correlation	.775**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
ب21	Pearson Correlation	.644**0	ب25	Pearson Correlation	.534**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.003
	N	30		N	29
ب22	Pearson Correlation	.498**0	ب26	Pearson Correlation	.690**0
	Sig. (2-tailed)	0.005		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

Correlations					
		الكلبي			الكلبي
دك1	Pearson Correlation	.870**0	دك3	Pearson Correlation	.787**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30
دك2	Pearson Correlation	.929**0	دك4	Pearson Correlation	.881**0
	Sig. (2-tailed)	0.000		Sig. (2-tailed)	0.000
	N	30		N	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

المخلص باللغة العربية:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري بـ"جمعية مرضى السكري لولاية المسيلة" وإلى التعرف على مستوى كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة إلى جانب التعرف على ترتيب والتفاوت في أبعاد الوعي الصحي ونوعية الحياة لمرضى السكري والكشف عن الفروق في مدة الإصابة بالسكري والفروق في نوع العلاج (بالأنسولين، والأقراص) لمرضى السكري للنمط الأول والثاني، تكونت العينة من 160 مريض ومريضة 79 ذكر و 81 إناث، بنسبة 49 بالمائة ذكور، و 51 بالمائة إناث، وقد تراوحت أعمارهم بين 20 و 60 سنة، 85 منهم يعالجون بالأنسولين و 75 يعالجون بالأقراص، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية. ولتحقيق أهداف البحث، استخدمت الباحثة مقياس نوعية الحياة المعد من طرف منظمة الصحة العالمية 2004 والمترجم من طرف (رامى طشوش ومحمد القشار 2016) واستبينانا للوعي الصحي لمرضى السكري المعد من طرف الباحثة. وباستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وبعد المعالجة الإحصائية عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، تم التوصل إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية دالة بين الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.
 - مستوى الوعي الصحي لدى مرضى السكري مرتفع.
 - مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري مرتفع.
 - هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس الوعي الصحي لدى مرضى السكري.
 - هناك تفاوت في ترتيب أبعاد مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير نوع العلاج بالأقراص والأنسولين.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الوعي الصحي ونوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمدة الإصابة بالسكري.
- الكلمات المفتاحية:** الوعي الصحي، نوعية الحياة، مرضى السكري، جمعية مرضى السكري.

Abstract :

The present study aims to identify the nature of the relationship between health consciousness and quality of life in diabetic patients of "The Diabetes Association of the Wilaya of M'sila" and to identify, in particular, the level of health consciousness and quality of life among them. The research aims, also, to identify the order and difference in the dimensions of health consciousness and quality of life among diabetic patients, and to reveal the differences in the duration of diabetes and in the type of treatment by insulin (type 1) or tablets (type 2) among diabetic patients. The research sample was composed of 160 patients, of which 79 were males (49%) and 81 were females (51%). The patients were aged between 20 and 60 years. 80% of them were treated with insulin and 75% with tablets. The choice of the sample was intentional. And in order to achieve the research objectives, the researcher used the quality of life scale developed by the World Health Organization (WHO) in 2004, translated by (Ramy Tachouche and Mohamed EL Kachar, 2016), and a questionnaire about health consciousness of diabetic patients developed by the researcher. Adopting the correlational descriptive method, the statistical treatment of the data by SPSS program showed the following results:

- There is a significant correlational relationship between health consciousness and quality of life in patients with diabetes .
- The level of health consciousness in diabetic patients is high.
- The level of quality of life in patients with diabetes is high.
- There is a difference in the order of dimensions of the health consciousness scale in diabetic patients.
- There is a difference in the order of dimensions of the quality of life scale in diabetic patients.
- There are no significant differences in health consciousness and quality of life in diabetic patients according to the variable of type of treatment with insulin (type 1) and tablets (type 2) .
- There are no significant differences in health consciousness and quality of life in diabetic patients according to the duration of diabetes .

Keywords : health consciousness - quality of life - diabetic patients - Diabetes Association

Résumé :

La présente étude vise à identifier la nature de la relation entre la conscience sanitaire et la qualité de vie chez les patients diabétiques de « l'Association du Diabète de la Wilaya de M'sila » et à identifier, notamment, le niveau de conscience sanitaire et de qualité de vie chez eux. La recherche vise, aussi, à identifier l'ordre et la différence dans les dimensions de la conscience sanitaire et de la qualité de vie chez les patients diabétiques, et à dévoiler les différences dans la durée du diabète et dans le type de traitement par insuline (type 1) ou par comprimés (type 2) chez les patients diabétiques.

L'échantillon de la recherche est composé de 160 patients, dont, 79 hommes, d'un pourcentage de 49 %, et 81 femmes, d'un pourcentage de 51 %. Ces patients leur âge varie entre 20 et 60 ans. 80% parmi les 160 patients font leur traitement par insuline et les 75% par comprimés. Le choix de l'échantillon était intentionnel. Et afin d'atteindre les objectifs de la recherche, la chercheuse a utilisé l'échelle de qualité de vie élaboré par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2004, traduit par (Ramy Tachouche et Mohamed EL Kachar, 2016), et un questionnaire que la chercheuse a élaboré sur la conscience sanitaire des patients diabétiques. En adoptant la méthode descriptive corrélative, le traitement statistique des données par le programme SPSS a démontré les résultats suivants :

- Il existe une relation corrélative significative entre la conscience sanitaire et la qualité de vie chez les patients diabétiques.
- Le niveau de conscience sanitaire chez les patients diabétique est élevé.
- Le niveau de qualité de vie chez les patients diabétiques est élevé.
- Il existe une différence dans l'ordre de dimensions de l'échelle de conscience sanitaire chez les patients diabétiques.
- Il existe une différence dans l'ordre de dimensions de l'échelle de qualité de vie chez les patients diabétiques.
- Il n'existe pas de différences significatives dans la conscience sanitaire et la qualité de vie chez les patients diabétiques selon la variable de type de traitement par insuline (type 1) et par comprimés (type 2).
- Il n'existe pas de différences significatives dans la conscience sanitaire et la qualité de vie chez les patients diabétiques selon la durée du diabète.

Les mots clés : la conscience sanitaire-la qualité de vie- les patients diabétiques – l'association du diabète.