



جامعة زيان عاشور بالجلفة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والفلسفة

عنوان المذكرة:

الإدارة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

د. حفزة فاطمة.

إعداد الطالبتين:

▪ زيتوني عائشة.

▪ ربوح نسرين.

لجنة المناقشة

رئيسا ومناقشا

مشرفا ومقرا

مناقشا

أ. دزعتن نور الدين

د. حفزة فاطمة

د. مرباح أحمد تقي الدين

السنة الجامعية 2024/2023



الإهداء

إلى أعلى ما في الوجود: والدي الكريمن حفظهما الله وأطال عمرهما.

إلى إخوتي وأخواتي زهرة، ربيعة، مخطار، نسيمة، نجاة.

إلى صديقاتي وأصدقائي كلثوم بالأخص.

إلى كل طالب علم

عائشة.

الإهداء

قال تعالى ﴿ وَقُلْ أَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

إلهي لا يطيب الليل الا بشكرك، ولا يطيب النهار الا بطاعتك، ولا
تطيب اللحظات الا بذكرك، ولا تطيب الجنة الا برؤيتك. .

إلى من كلله الله بالهبة والوقار، الى من علمني العطاء دون انتظار، الى
من احمل اسمه بكل افتخار. إلى والدي

إلى ملاكي في الحياة، الى من دعاؤها ودعمها سر نجاحي وحنانها
بلسم جراحي، الى ست الحبايب إلى أُمي الغالية.
الى من أخذ بيدي نحو ما اريد واعاد الي ثقتي بقدرتي على التقدم، الى
زوجي الغالي.

الى من أضاءت عمتي وكاتفتني ونحن نشق درب الحياة معا. . الى نسختي
الاجمل حليلة

الى من مد لي يد الاخوة الاخ الحنون عبد الصمد والاخت الحنونة الام
ايمان وإلى اخوتي الرائعين فطيمة فريد وفؤاد. .

الى من حلت بركة وجودهم في حياتي، الى اولادي الاحباء لؤي ورسيم. ..
الى صديقاتي ورفاق الخطوة الاولى زهرة، باية، اسماء، فاطمة، مروة. .
الى الدكتورة التي اهتمتني وحببتني بالتخصص، كلمة شكرا لا توفيقها،
كانت بصمة جميلة في حياتي الجامعية الأستاذة الدكتورة حمزة فاطمة.

نسرين

كلمة شكر

الحمد والشكر لله الذي وفقنا في إعداد وإنجاز هذه المذكرة
نتقدم بخالص الشكر والتقدير للدكتورة المشرفة حمزة فاطمة التي تابعت
هذا العمل بنصائحها وتوجيهاتها طوال فترة البحث.

جزيل الشكر وأسمى عبارات الامتنان والتقدير لكل من ساهم ولو بالكلمة
الطيبة والنصيحة لمواصلة هذا العمل والإبداع فيه....

إلى كل يد رافقتنا في إنجاز هذا العمل سواء من قريب أو من بعيد.

إلى الطاقم الطبي بمستشفى عين الشيخ، والطبيب فلاك موسى،

والطبيب قزران سالم، وشكر خاص للدكتور زعتر نور الدين مسؤول

التخصص على مجهوداته المبذولة مع طلبة الدفعة علم النفس

العيادي، والدكتور مرباح تقي الدين على كل المعلومات القيمة التي لم

يبخل علينا بها.

وإلى كل الأساتذة والأستاذات الذين رافقونا طوال المشوار الدراسي

كل الاحترام والشكر والعرفان للجنة المناقشة التي تشرف على مذكرتنا.

المخلص

جاءت هذه الدراسة لمحاولة الكشف عن مستوى كل الإدارة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني والعلاقة بينهما ولقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي الارتباطي لأنه الأنسب للدراسة حيث قمنا بتطبيق مقياس الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري ومقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية، على عينة قصدية قوامها 60 فردا تم تشخيصهم بداء السكري من النوع الثاني بمدينة الجلفة.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الإدارة الذاتية وبين جودة الحياة لدى مرضى السكري.
- مستوى الإدارة الذاتية لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط.
- مستوى جودة الحياة لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط.

الكلمات المفتاحية: الإدارة الذاتية، جودة الحياة، مرض السكري من النوع الثاني.

Abstract

This study came to try to reveal the level of both self-management and quality of life in patients with type 2 diabetes and the relationship between them.

In our study, we adopted the descriptive-correlational approach because it is the most appropriate for the study, where we applied the self-management scale for diabetic patients and the World Health Organization's quality of life scale to a purposive sample of 60 individuals diagnosed with type 2 diabetes in Djelfa city.

The study found the following results:

- There is a statistically significant correlation between self-management and quality of life in diabetic patients.
- The level of self-management of type 2 diabetes patients is moderate.
- The level of quality of life of type 2 diabetic patients is moderate.

Keywords: Self-management, quality of life, type 2 diabetes.



فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	
أ	الإهداء
ث	كلمة الشكر
هـ	ملخص العربية
و	ملخص الانجليزية
ز	فهرس المحتويات
ي	فهرس الجداول
ك	فهرس الأشكال
ل	فهرس الملاحق
1	مقدمة
الباب الأول الجانب النظري	
6	الفصل الأول: الإشكالية واعتباراتها
8	1- إشكالية الدراسة
11	2- فرضيات الدراسة
11	3- أهداف البحث
12	4- أهمية البحث
12	5- الدراسات السابقة
17	6- التعاريف الإجرائية
18	الفصل الثاني: الإدارة الذاتية
20	تمهيد
20	1- تعريف الإدارة الذاتية
21	2- أهمية الإدارة الذاتية
22	3- مهارات الإدارة الذاتية
24	4- خطوات تطبيق الإدارة الذاتية

فهرس المحتويات

25	5-الصعوبات التي تحد من تطبيق الإدارة الذاتية
25	6-مشكلات الإدارة الذاتية للسكري
28	7-فعالية إدارة الذات
29	8-معوقات الإدارة الذاتية
30	خلاصة الفصل
31	الفصل الثالث: جودة الحياة
33	تمهيد
33	1-مفهوم جودة الحياة
34	2-أبعاد جودة الحياة
35	3-مكونات جودة الحياة
35	4-مظاهر جودة الحياة
37	5-مجالات جودة الحياة
37	6-مقومات جودة الحياة
38	7-معوقات جودة الحياة
38	8-السلوك الوقائي لمرضى السكري
40	خلاصة الفصل
	الجانب التطبيقي
42	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة
44	1-الدراسة الاستطلاعية
44	2-منهج الدراسة
44	3-حدود الدراسة
45	4-عينة الدراسة وخصائصها
48	5-أدوات الدراسة
57	6-الأساليب الإحصائية
58	الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

فهرس المحتويات

60	عرض ومناقشة الفرضية العامة
66	عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
69	عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
73	الاستنتاج العام
74	الخاتمة
77	قائمة المصادر والمراجع
81	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان
45	الجدول رقم (01): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الجنس والمستوى التعليمي
47	الجدول رقم (02): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب السن والحالة الاجتماعية
52	جدول رقم(03): يمثل نتائج الصدق التمييزي للمقياس
53	جدول رقم(04): يمثل نتائج ثبات ألفا كرونباخ للمقياس
54	جدول رقم(05): يمثل نتائج ثبات التجزئة النصفية للمقياس
55	جدول رقم(06): يمثل نتائج الصدق التمييزي للمقياس
56	جدول رقم(07): يمثل نتائج ثبات ألفا كرونباخ للمقياس
57	جدول رقم(08): يمثل نتائج ثبات التجزئة النصفية للمقياس
60	الجدول رقم (09): يمثل نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الادارة الذاتية وجودة الحياة
61	الجدول (10): يمثل نتائج معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة وأبعاد الإرادة الذاتية.
66	جدول رقم(11): يمثل نتائج اختبار (T) لمستوى الادارة الذاتية
70	جدول رقم(12): يمثل نتائج اختبار (T) لمستوى جودة الحياة

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان
46	شكل رقم (01): يمثل توزيع العينة حسب الجنس والمستوى التعليمي
48	شكل رقم (02): يمثل توزيع العينة حسب السن والوضعية الاجتماعية

فهرس الملاحق

فهرس الملاحق

العنوان	رقم الملحق
مقياس الإدارة الذاتية	01
مقياس جودة الحياة	02
مخرجات spss	03

مقدمة

يعتبر موضوع جودة الحياة من أهم مواضيع علم النفس، وبطبيعة الحال فإنها تبرز في السلامة العامة للأفراد والمجتمعات، مع تلخيص السمات السلبية والإيجابية في الحياة، كما هي خبرة ذاتية يشعر بها المريض في جل وظائفه الجسمية والمهنية والاجتماعية. ومن زوايا أخرى فإن مفهوم نوعية الحياة لا يكون له معنى إلا من خلال إدراكات الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية.

كما ترتبط جودة الحياة بمرض السكري إذ أنها تجعل مريض السكري في تكيف وتأقلم مستمر، مع ظروفه بالإضافة إلى أنها تؤثر على مدى إيجابية وقدرته على أداء مهامه وأدواره في حياته. ومن خلال هذا نجد أن جودة الحياة متواجدة دائماً سواء أكان الفرد في حالة صحية او مرضية. ولقد برز مرض السكري بشكل واضح كواحد من أبرز التحديات الصحية التي تواجه البشرية في القرن الحادي والعشرين. وتصحب هذه الظاهرة تهديدات عديدة تعيق جودة حياة الأفراد. وعلى الرغم من التقدم الطبي والتكنولوجي، إلا أن هذا المرض لا يزال يشكل عبئاً كبيراً على المجتمعات، حيث تؤثر هذه التهديدات على حياة الأفراد وتحد من جهودهم لتحسينها، مما يتطلب دراسات علمية متعمقة لفهم هذه الظاهرة والبحث عن الحلول المناسبة.

حيث يعد مرض السكري من الأمراض التي تؤثر بشكل كبير على الجسم البشري، إذ لا يقتصر على إصابة عضو واحد بل يمتد ليصيب جميع الأعضاء ويعطل وظائفها، بما في ذلك الجلد واللثة واللسان والجهاز الهضمي والجهاز التنفسي والعينين. وهذا يؤدي إلى تدهور صحة الإنسان وجسده بشكل شامل، مما يفرض على مريض السكري تغيير نمط حياته، واتباع نظام غذائي صحي، وممارسة الرياضة بانتظام، وإجراء فحوصات دورية. وقد أظهرت الدراسات أن هناك علاقة سببية بين السمنة ومرض السكري، حيث إن مريض السكري غالباً ما يكون مصاباً بالسمنة أو يعاني من زيادة

في الوزن. بالإضافة إلى أن من عوامل الإصابة بالسكري أن يكون عمر الفرد أكبر من 40 سنة، حيث تزداد نسبة الإصابة بالسكري لدى الأشخاص الذين تجاوزوا الأربعين.

وفي نفس الصدد فإن داء السكري في الجزائر من بين أكثر الأمراض انتشاراً بعد ضغط الدم، حسب وزارة الصحة الجزائرية. ويعود انتشار هذا المرض إلى أسلوب الحياة غير الصحي الذي يتبعه الجزائريون والتغيرات الكثيرة التي طرأت على نمط الحياة، مما حوله إلى نمط حياة سريع وعجول، بالإضافة إلى الابتعاد عن التصرفات الصحية المتعلقة بالتغذية نتيجة ضعف التوعية.

لذا، تمحورت دراستنا حول استكشاف كيفية تأثير الإدارة الذاتية على جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني. هذا البحث يهدف إلى تقديم رؤى عميقة وشاملة حول الطرق التي يمكن من خلالها تحسين إدارة المرض من قبل المرضى أنفسهم، مما يساهم في تحسين حالتهم الصحية بشكل عام. من خلال هذه الدراسة، نسعى إلى تقديم إسهام فعال في مجال الصحة العامة، من خلال تسليط الضوء على العوامل التي تعزز الرعاية الصحية الفعالة والاحتياجات الخاصة بمرضى السكري. كما وضحنا كيف يمكن تحسين جودة الحياة لهؤلاء المرضى، وذلك عبر تبني أساليب حياة صحية، وتقديم إرشادات حول النظام الغذائي، وممارسة الرياضة، وأهمية الفحوصات الدورية. نتطلع إلى أن تساهم نتائج هذه الدراسة في رفع مستوى الوعي بين المرضى والمجتمع الطبي على حد سواء، وتعزيز الجهود المبذولة لتحسين الرعاية الصحية والوقاية من مضاعفات المرض.

في إطار الدراسة، تناولنا في الفصل الأول مقدمة شاملة تشمل إشكالية الدراسة وأهدافها وأهميتها، مع استعراض الدراسات السابقة وتحليلها، وتحديد التعريفات الإجرائية. كما نوقشت التحديات التي تواجه الأفراد المصابين بمرض السكري وكيفية تحسين جودة حياتهم من خلال تعزيز الإدارة الذاتية.

أما الفصل الثاني، فاستعرضنا عناصر الإدارة الذاتية بتفاصيلها، بدءًا من تعريفها وأهميتها ومهاراتها، وصولًا إلى خطوات تطبيقها والتحديات التي تعترض طريقها، مع تناول مشكلاتها وفعاليتها ومعوقاتها. كما ناقشنا كيف يمكن للأفراد تحسين إدارتهم الذاتية للتغلب على صعوبات المرض وتحقيق أهدافهم الشخصية والصحية.

وفي الفصل الثالث، تحدثنا عن متغير جودة الحياة، حيث استعرضنا مفهومها وأبعادها ومكوناتها، بالإضافة إلى مظاهرها ومجالاتها ومقوماتها، مع التطرق إلى معوقات تحسين جودة الحياة والسلوك الوقائي لمرضى السكري. تم استعراض السياسات والتدابير الصحية التي يمكن اتخاذها لتحسين جودة الحياة لهؤلاء المرضى وتوفير بيئة ملائمة لهم.

أما في الإطار الميداني في الفصل الرابع، قمنا بتوضيح الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، من منهج الدراسة وحدودها، إلى العينة وخصائصها، مرورًا بالأدوات المستخدمة والأساليب الإحصائية. تم توضيح كيفية تصميم الدراسة وجمع البيانات وتحليلها بدقة للوصول إلى نتائج دقيقة وموثوقة.

وفي الفصل الخامس، تناولنا عرضًا ومناقشةً لنتائج الدراسة الميدانية، بما في ذلك فرضيات الدراسة وتحليل نتائجها، مع تقديم خاتمة شاملة وقوائم المراجع والملاحق اللازمة. تم تقديم توصيات عملية للسياسات الصحية والبرامج التثقيفية لتعزيز الإدارة الذاتية وتحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري.



الباب الأول
الجانب النظري

الفصل الأول

الإشكالية واعتباراتها

الفصل الأول: الإشكالية واعتباراتها

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة.
3. أهداف البحث.
4. أهمية البحث.
5. الدراسات السابقة.
6. التعاريف الإجرائية.

1- إشكالية الدراسة:

إن للصحة النفسية دور فعال ومهم في حياة الفرد حيث تؤثر بشكل كبير على عافيته الجسدية والعاطفية والنفسية والاجتماعية، ويرى عبد السلام عبد الغفار (1976) أن الصحة النفسية السليمة هي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة مما يؤدي إلى حسن استثماره لها، وبها يؤدي إلى تحقيق وجوده، أي تحقيق إنسانيته وهو بهذا يؤكد على أن الفرد لا يستطيع أن يحقق الصحة النفسية السليمة إلا إذا تكاملت طاقاته بشكل يؤدي إلى حسن استثماره لها بحيث يستطيع الإنسان أن يحقق ما يصبو إليه في حياته، وهو تحقيق وجوده، أي إنسانيته. (نبيه، 2001، ص31)

وبطبيعة الحال الصحة النفسية المثلى تساعد الشخص على إدارة تحديات الحياة والتعرف على نقاط قوته وتحقيق النجاح في الحياة الشخصية والمهنية فضلا عن المساهمة بإيجابية في مجتمعه.

إلا أنه على الرغم من أن الصحة النفسية حالة من الرفاهية إلا أن ضعفها أو إهمالها يؤدي إلى اضطرابات في التفكير أو الانفعال أو السلوك وتشكل الاضطرابات البسيطة في هذه الجوانب من الحياة أمرا شائعا، ولكن عندما تسبب هذه الاضطرابات الضيق الشديد وتعيق الشخص بشكل كبير خاصة اذا ما تعلق الامر بالصحة الجسدية أو الإصابة بالأمراض المزمنة التي تحتاج الى علاج طبي وحمية ومتابعة مما يؤثر على مستوى جودة حياتهم، ويمكن للأفراد الذين يعملون على تطوير أنفسهم أن يكتسبوا القدرة على التعامل بفاعلية مع التحديات، وتحقيق التوازن النفسي، وتعزيز الرفاه العام، ومن بين المفاهيم الحديثة التي تعد عامل ايجابي وأساسي لما لها من دور فعال في تعديل حياة الفرد ادارة الذات

وفي سياق الصحة النفسية والجسدية تلعب ادارة الذات دورا مهما في مرض السكري تعد مفتاح النجاح والسيطرة على السكري وبوجه الخصوص لدى مرضى النمط الثاني حيث يمكن إحداث أثر من

الفصل الأول الإشكالية واعتباراتها

خلال تغيير أسلوب عيشهم، فقد تبين أن الأفراد الذين يمتلكون مهارات ضبط الذات يحققون سيطرة أفضل في ضبط الجلوكوز بفضل التزامهم بالبرامج العلاجية فتمتية النواحي الإيجابية يزيد من مستوى الالتزام بالعلاج من خلال قدرة الفرد على إشباع الحاجات في الأبعاد الحياتية والموضوعية والتي تشمل النمو الشخصي، والسعادة البدنية والمادية، والاندماج الاجتماعي. (فواطمية، ب، ص 2)

حيث تعرفها بأنها إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعاييره ومخاوفه، أي إدراكه لوضعه في الحياة في سياق الثقافة، وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعات قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية وحالته النفسية ومستوى استقلالته وعلاقاته الاجتماعية واعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة. (حمزة، 2018، ص 38)

ويعتبر داء السكري أحد الأمراض المزمنة التي تساهم العوامل النفسية بدور مهم في بداية الإصابة به، وفي تفاقم الحالة المرضية لدى الكبار والصغار على حد سواء وقد يكون مصاحب للمريض مدى الحياة، خاصة إذا كان من النوع الثاني الذي يتميز بوجود مقاومة لمفعول الأنسولين، في المراحل الأولى تحدث مقاومة للأنسولين تمثل استجابة الأنسجة للأنسولين يرافقها ارتفاع كمية هرمون الأنسولين في الدم، وفي هذه المرحلة يجب تقليل كمية الغلوكوز في الدم عبر الاعتماد على الوسائل والأدوية التي تزيد من مفعول الأنسولين، وتقلل من كمية الغلوكوز التي ينتجها الكبد، ومع تطور المرض يعجز البنكرياس عن إفراز الأنسولين مما يستلزم الحقن المستمر بالأنسولين وإتباع نظام غذائي صحي.

بالإضافة إلى تعقيده المتعددة ومضاعفاته الخطيرة كاعتلال البصر، حدوث اضطرابات كلوية واضطرابات وعائية قلبية هذه التعقيدات والمضاعفات تؤدي إلى وتختلف ردود الفعل لدى المصابين

الفصل الأول الإشكالية واعتباراتها

بالرغم من كون طبيعة المرض واحدة عند جميع الأفراد إلا أن استجاباتهم تختلف من مريض لآخر وذلك باختلاف طبيعة الفرد والمساندة الاجتماعية والأسرية وطبيعة المرحلة العمرية فهناك مجموعة من الانظمة العلاجية المساعدة في مقاومة المرض من خلال ممارسة بعض العادات الصحية الإيجابية. وتعد الإدارة الذاتية لمرض السكري من النوع الثاني ضرورة حتمية للسيطرة على مرضهم، والتي تعمل على الحفاظ على تحقيق نسبة السكر الطبيعي في الدم ومراقبة مستويات الجلوكوز، وتشمل أيضا تعديل في نمط الحياة واتباع نظام غذائي صحي يتحكم في السعرات الحرارية، كذلك جودة الحياة تؤثر على المريض بشكل كبير من خلال تغيير في نمط أفكاره وتواصله الإيجابي مع الغير، وإدراكه لطبيعة مرضه وفهمه، فتمنع حدوث مضاعفات أو تأخرها، والقيام بفحوصات طبية للوقاية، فالإدارة الذاتية تسعى لتطوير قدرات الفرد لإدارة حياته بإنتاجية في شتى المجالات. ففي سياق الصحة تكمن أهميتها في جعل المرضى قادرين على التعامل مع حالاتهم بفعالية أكبر مما يؤدي إلى تحسين حياتهم.

وفي حالة مرضى السكري، تعد الإدارة الذاتية عنصرا أساسيا لتحسين نوعية الحياة لديهم، فهي تشمل التعلم المستمر وتطوير المهارات اللازمة لإدارة السكري بفعالية، مثل مراقبة مستويات السكر في الدم وتنظيم النظام الغذائي وممارسة الرياضة بانتظام.، بالإضافة إلى ذلك، يمكن للإدارة الذاتية أن تسهم في التغلب على التحديات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالمرض، مثل الشعور بالقلق أو الاكتئاب وتأثيرها على العلاقات الاجتماعية والمهنية، فهناك مجموعة من الاستراتيجيات الفعالة للإدارة الذاتية تمكن المرضى من أن يشعروا بالثقة في قدرتهم على التعامل مع السكري وتحقيق الأهداف الشخصية والمهنية، فالإدارة الذاتية لمرض السكري من النوع الثاني تشمل عدة عناصر مثل التغذية السليمة، وممارسة الرياضة بانتظام، ومراقبة مستويات السكر في الدم بشكل منتظم، والتعامل مع التوتر وإدارة الضغوط النفسية، هذه العوامل تساهم بشكل كبير في تحسين الصحة

الفصل الأول الإشكالية واعتباراتها

العامة وبالتالي جودة الحياة لمرضى السكري. فعلى سبيل المثال، عندما يتمكن المريض من السيطرة على مستويات السكر في الدم بفعالية، يقل ذلك من مخاطر الإصابة بمضاعفات السكري وبالتالي يحسن من جودة حياته. كما أن ممارسة الرياضة والتغذية الصحيحة تعزز اللياقة البدنية وتحسن المزاج والعمل العقلي، مما يسهم في تعزيز الصحة العامة والرفاهية للمريض، ومن هنا ارتأت الباحثتان دراسة العلاقة بين متغيري جودة الحياة والإدارة الذاتية لمرضى السكري من النوع الثاني والتي نلخص إشكاليتهما في التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإدارة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني؟
- ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني؟
- ما مستوى الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني؟

2- فرضيات الدراسة:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإدارة الذاتية وبين جودة الحياة لدى مرضى السكري.
- مستوى الإدارة الذاتية لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط.
- مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني متوسط.

3- أهداف البحث:

- تهدف الدراسة الحالية إلى مجموعة الأهداف يمكن عرضها على النحو التالي:
- الكشف عن علاقة بين الإدارة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني.
 - معرفة مستوى كل من جودة الحياة والإدارة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

4- أهمية البحث:

• الأهمية النظرية :

في حدود علم الطالبين تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة في الجزائر التي تناولت موضوع الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري وعلاقته بمتغير مهم كجودة ومن المتوقع أن تسهم نتائج الدراسة في تقديم فهم نظري لطبيعة هذه العلاقة وبالتالي فهي تعتبر إثراء للمكتبة الجزائرية خاصة.

• الأهمية التطبيقية

تساهم هذه الدراسة في توفير معلومات لوضع برامج و سياسات وخطط الخاصة من قبل الباحثين والمسؤولين وصناع القرار من أجل تحسين ورفع مستوى جودة الحياة وتعزيز الدارة الذاتية لهذه العينة

5- الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع جودة الحياة لدى مرضى السكري وكذا علاقته ببعض المتغيرات، أما متغير الادارة الذاتية فقد ظهر مؤخرا في بعض بحوث علم نفس الصحة وبعض التخصصات الأخرى خاصة التي تناولت عينة الامراض المزمنة وهناك من جمعها بمتغير جودة الحياة وسوف نستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي علاقة

وجدت الطالبين دراسة مطابقة واحدة فقط في حدود بحث الطالبين

دراسة حدادي، (2023)

بهدف الإدارة الذاتية للمرض وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، والتي هدفت إلى معرفة ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإدارة

الفصل الأول الإشكالية واعتباراتها

الذاتية للسكري وجودة الحياة المتعلقة بالصحة، وتمثلت عينتها عينة قصدية في 64 مريض بالسكري من النوع الثاني كلا الجنسين (باتنة)، استخدمت استبيان Dsm، ومقياس 12-F HGRQdF، واعتمدت الباحثين على استمارة المعلومات الديمغرافية، وفق المنهج الوبائي وكان من نتائجها عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإدارة الذاتية للسكري وجودة الحياة المتعلقة بالسكري. وجود مستوى متوسط من الإدارة الذاتية للسكري.

دراسة العشري (2022)

تهدف الدراسة الى الكشف عن مساهمة إدارة الذات الرعاية الذاتية والضيق الانفعالي وفعالية الذات في التنبؤ بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري والتي هدفت إلى إيضاح دور كل من إدارة الرعاية الذاتية والضيق الانفعالي وفعالية الذات في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة، تمثلت عينتها في 323 مشاركا من مرضى السكري من النوع الثاني، واستخدمت مقياس لإدارة الذاتية لمرض السكري، قائمة الضيق الانفعالي لمرضى السكري، مقياس فعالية الذات ومقياس جودة الحياة لمرض السكري وفق المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، كان من نتائجها وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة وكل من متغيرات الإدارة الذاتية لمرضى السكري والكفاءة الذاتية.

دراسة ذياب، (2022)

هدفت الدراسة الى أثر الفعالية الذاتية والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية للمرض لدى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني، هدفت إلى الكشف عن تأثير الفعالية الذاتية والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية للمرض لدى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني، تمثلت عينتها في 80 مريض بالسكري من النوع الثاني كلا الجنسين (باتنة)، استخدمت مقياس الإدارة الذاتية ومقياس الفعالية الذاتية لمرض

الفصل الأول الإشكالية واعتباراتها

السكري و مقياس المساندة الاجتماعية لمرضى السكري ومقياس الضبط الصحي وفق المنهج الارتباطي، ومن نتائجها يتميز مرض السكري من النوع الثاني بمستوى متوسط من الفعالية الذاتية ومستوى منخفض من الإدارة الذاتية.

- لا توجد علاقة ارتباطية بين كل من الفعالية الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية.

دراسة خلف (2022)

بعنوان مؤشرات جودة الحياة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري، وهدفت إلى دراسة مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية مرض السكر، تمثلت عينتها في 123 من المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني في محافظة الفيوم، استخدمت أداة البيانات الأولية واستبيان جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وفق المنهج الوصفي، وكان من نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى الى نوع المرض لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني ووجود فروق ذات دلالة احصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى في مستوى الدخل الصالح الدخل الذي يكفي لسد الضروريات والكماليات

دراسة شويحات، (2021)

بعنوان الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري دراسة ميدانية على عينة من المصابين بداء السكري بمستشفى ترشين إبراهيم (غرداية)، والتي هدفت إلى الكشف بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، وتمثلت عينتها 30 فرد من كلا الجنسين، واستخدمت مقياسي الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وفق المنهج الوصفي، ومن نتائجها وجود علاقة دالة احصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

دراسة بوظراف، (2019)

بعنوان **جودة الحياة لدى مريض السكري** دراسة ميدانية لخمس حالات بعيادة متعددة الخدمات لداء السكري (مستغانم)، هدفت إلى معرفة جودة الحياة لدى مريض السكري، وتمثلت عينتها في مرض السكري، استخدمت مقياس جودة الحياة المختصر، والملاحظة العيادية، وفق المنهج العيادي، ومن أبرز نتائجها أن مريض السكري يتمتع بمستوى جودة الحياة مرتفع ولا يوجد اختلاف في مستوى جودة الحياة عند مريض السكري باختلاف مدة الإصابة.

دراسة شاهين (2017)

بهدف الكشف عن فاعلية برنامج قائم على **إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي** لدى المراهقين مرضى السكري، وتهدف هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكري، وتمثلت عينتها في 8 مراهقين ذكورا واناث من مرض السكر، استخدمت مقياس إدارة الذات والسلوك الصحي وفق المنهج التجريبي وكان من أبرز نتائجها: توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس السلوك الصحي تجاه القياس البعدي

دراسة ابركان، (2014)

تهدف الدراسة الى إدراك **المرض** بأساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المصاب بالمرض المزمن دراسة ميدانية بولاية باتنة، هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين إدراك المرض أساليب المواجهة وجودة الحياة، من خلال تطبيق نموذج المعنى المشترك، تمثلت عينتها في 158 مصاب بالمرض المزمن (السكري، الربو)، استخدمت ثلاث أدوات المقياس المعدل لإدراك المرض- مقياس أساليب المواجهة

الفصل الأول الإشكالية واعتباراتها

مقياس جودة الحياة، وفق المنهج الوصفي الارتباطي، ومن أبرز نتائجها وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى أفراد العينة. ووجود تأثير لإدراك هوية المرض.

التعليق على الدراسات السابقة:

تشابهت دراسة "احلام" و"سمراء" و"ابركان" و"نهى" من حيث الهدف والمتمثل في معرفة العلاقة بين متغيرات دراستهم، واختلفت مع دراسة "حسن" والتي هدفت إلى إيضاح دور كل من إدارة الرعاية الذاتية والضيق الانفعالي وفعالية الذات في التنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة، وكذلك اختلفوا مع دراسة "شاهين" والتي هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي، ودراسة "بوظراف" التي هدفت إلى معرفة جودة الحياة لدى عينة الدراسة، و "شويحات" التي هدفت دراسته إلى الكشف بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة.

تشابهت جميع الدراسات السابقة من حيث عينة الدراسة والتي تمثلت في مرضى السكري.

تشابهت دراسة "حسن" مع دراسة "احلام" و"سمراء" و"ابركان" من حيث المنهج المتبع في الدراسة وهو المنهج الوصفي الارتباطي، واختلفت مع دراسة "شويحات" و"نهى" والذي تمثل في المنهج الوصفي، وكذلك مع دراسة "شاهين" المتمثل في المنهج التجريبي، و دراسة "بوظراف" وهو المنهج العيادي.

تشابهت جميع الدراسات السابقة من حيث الأدوات المستخدمة في الدراسة والمتمثلة في الاستبيانات والمقاييس المتعلقة بمتغيرات الدراسة.

الفصل الأول الإشكالية واعتباراتها

تشابهت جميع الدراسات السابقة من حيث الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة والمتمثلة في معامل الارتباط بيرسون، اختبار كرونباخ، t test، النسب المئوية والتكرارات، المتوسط الحسابي وذلك بالاعتماد على برنامج spss.

تشابهت دراسة "حسن" مع دراسة "أبركان" و "شويحات" من حيث وجود علاقة بين متغيرات دراساتهم، واختلفت مع دراسة "احلام" و"سمراء" والتي أسفرت نتائج دراستهم على عدم وجود علاقة بين متغيرات دراستهم، و"شاهين" الذي كانت نتائج دراسته هي وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، اما نتائج دراسة "بوظراف" فقد حددت بمستوى جودة الحياة مرتفع، و"نهى" التي أسفرت نتائج دراستها على وجود فروق بين متغيرات دراستها.

6- التعاريف الإجرائية:

الإدارة الذاتية

وهي قدرة الفرد على مراقبة حالته واجراء تعديل وتغيير في نمط حياته والقيام بتمارين رياضية تناول الأدوية القيام بالفحوص الطبية وتتكون الإدارة الذاتية من ثلاث مجموعات متميزة من الانشطة وهي الادارة الطبية والادارة السلوكية والادارة الانفعالية. وهو ما يقيسه مقياس الإدارة الذاتية (2013) لأندرياس شميت وآخرون، تعريب حنان البدر وآخرون.2018

جودة الحياة

فهي تعبير عن مدى إدراك الفرد وتقييمه للجوانب المادية وأهميتها في حياته في ظل الظروف التي يعيشها. وهي الدرجة التي يحصل عليها مريض السكري من النمط الثاني في مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية المطبق في الدراسة. وهو أيضا إدراك الأفراد لمدى قدرة الخدمات الاجتماعية والمادية على إشباع حاجاتهم. وما يقيسه مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية تعريب وتقنين فاطمة حمزة. (حمزة. 2018. ص28)

الفصل الثاني

الإدارة الذاتية

الفصل الثاني الإدارة الذاتية

تمهيد

- (1) تعريف الإدارة الذاتية
- (2) أهمية الإدارة الذاتية
- (3) مهارات الإدارة الذاتية
- (4) خطوات تطبيق الإدارة الذاتية
- (5) الصعوبات التي تحد من تطبيق الإدارة الذاتية لمرضى السكري
- (6) مشكلات الإدارة الذاتية
- (7) فعالية الإدارة الذاتية
- (8) معوقات الإدارة الذاتية

خلاصة الفصل

تمهيد:

إدارة الذات هي مدرسة فكرية حديثة توسعت خلال السنوات الأخيرة، وتعرف بأنها عملية تحقيق الأهداف الشخصية بأكبر قدر من الكفاءة مع بلوغ مشاعر الرخاء والسعادة والرضى، وإدارة الذات تعتمد بشكل كبير على وجود أهداف يسعى الإنسان لإنجازها، ورسالة يود إيصالها، إذ لا حاجة لإدارة الذات بلا وجود أهداف يعمل المرء بكل طاقته لبلوغها.

إن حسن إدارة الإنسان لذاته وتعامله معها بفعالية لنيل أهدافه المرجوة يعد من أبرز مؤشرات النجاح في الحياة ومقابل ذلك فإن فشله مع ذاته هي أولى علامات فشله في عيش حياته بشكل صحيح.

1. تعريف الإدارة الذاتية:

هي مقدرة الفرد على قيادة وتوجيه مشاعره وأفكاره وإمكانياته نحو تحقيق الأهداف التي تصبو إليها نفسه، إذن الذات هي كل ما يملكه الشخص من أفكار ومشاعر وإمكانات وقدرات، وإدارتها تعني استغلال الأمثل لها في تحقيق الأهداف، وهذه القدرات لها صنفان، ما هو موجود في الفرد منذ نشأته ومنها ما يكسبه عبر الممارسة والتمرين (عبد اللطيف، 2015، ص56)

تعريف المهيري (2004)

إنها الطرق والوسائل التي تعين الفرد على الاستفادة القصوى من وقته في تحقيق أهدافه وخلق في حياته ما بين واجباته ورغباته وأهدافه.

تعريف ستيفن (2008)

هي مصطلح سيكولوجي يستعمل لوصف عملية الإنجاز الشخصي. تعريف محمود (2012)

الفصل الثاني الإدارة الذاتية

هي مجموعة من المهارات والآليات التي يستعملها الشخص في مواقف مختلفة لتعديل وتغيير سلوكه وتحديد احتياجاته ومن ثم الوصول إلى أهدافه التي يسعى لتلبيتها وتحتوي مهارات إدارة الوقت، وإدارة الانفعالات، وإدارة العلاقات الاجتماعية، والثقة بالنفس، والدافعية الذاتية (كاظم، 2009، ص7)

وهي أيضا عبارة عن مصطلح لبرنامج علاجي سلوكي يتعلم فيه الفرد كيفية تطبيق الفنيات التي تساعد على تعديل سلوكه الشخصي، في تعلم الفرد كيف أن يحدد المشكلة وأن يضع أهداف واقعية، وأن يضع في اعتباره احتمالات عديدة أثناء إصداره للسلوك المرغوب فيه وأن يحافظ عليه وأن يراقب تقدمه الشخصي (فرغلي، 2019، ص 505)

وإدارة الذات هي تعديلات في نمط الحياة والتمكن من مراقبة وإدارة المرض وقوة المشاركة والحضور النفسي للمرضى في علاجهم الشخص الذي يشارك في ادارة مرضه لديه فرصة أفضل من التعلم عن عملية المرض.

من المرجح أن يحافظ مريض السكري على نسبة السكر في الدم والالتزام بمهارات ادارة الذات والإجراءات التي يمكن أن تؤخر المضاعفات (fatimah poulad , 2018 p18)

2. أهمية الإدارة الذاتية:

توجد فوائد لإدارة الذات منها:

- تساعد على خلق رؤية واضحة للأهداف المرغوب فيها
 - تجعل خطوات العمل تسير نحو أهداف محددة يمكن تحقيقها على المدى القصير
 - تسهم إدارة الذات في خلق حياة جيدة في المستوى الشخصي والاجتماعي والمهني
 - تعمل على التقسيم المستمر للاستراتيجيات والمهارات والموارد اللازمة لتحقيق الأهداف
 - تعمل إدارة الذات على إيجاد الحلول للعقبات التي تحول دون النجاح.
- (الجمعان، 2019، ص7)

3. مهارات الإدارة الذاتية:

- تحدد بعض القواعد العامة لإدارة الذات بفعالية من تأدية حقوق الله، سبحانه وتعالى والتفأول وتوقع النجاح، وتعويد النفس على الأهداف وإلزام النفس بالتخطيط لأمر الحياة المختلفة.
- إدارة الوقت: تمثل إدارة الوقت جزءا من إدارة الذات فإدارة الذات أهم واشمل من إدارة الوقت، وتكمن المشكلة في أنفسنا وان المسألة ليست في مقدار ما نملك من الوقت بل في كيفية اغتنامه واستغلاله جيدا، فالساعات والدقائق لا يمكن التحكم فيها، ولكن نستطيع إدارة أنفسنا حسب الساعة.
- التخطيط وتحديد الأدوار: هناك عدد من المبادئ لإدارة الذات والتي تتمثل في تحديد الأدوار للفرد وأدوار من معه حتى يستثمر وقته وطاقته على أساس منظم، واختيار الأهداف بما تتضمن من تحديد الأهداف وتجزئتها إلى أهداف جزئية واقعية وعمل خطط لتنفيذ، وما يترتب عليه من تنظيم جدول المهام لمعرفة ما تم تنفيذه وما لم يتم تنفيذه، ليتم وضع أولويات الأنشطة والاستجابة للأحداث والعلاقات والخبرات غير المتوقعة بطريقة مقبولة. (حمدان، 2018، ص21، ص22)
- مراقبة الذات: هي إحدى التقنيات السلوكية المعرفية التي تشير إلى مجموعة من الإجراءات التي يستخدمها الفرد بهدف توجيهه للوعي بسلوكه أو أخطائه، ومحاولة تصحيح هذه الأخطاء وصولا إلى التحكم الذاتي في السلوك الشخصي، أو الأداء المهاري في المواقف والأماكن المختلفة.
- وهناك مجموعة من الإيجابيات عند استخدام استراتيجية مراقبة الذات منها: عرض صورة واضحة للتغيير الذي يحدث سواء كان تغييرا اجتماعيا أو أكاديميا وإعطاء تغذية رجعية فورية وزيادة التفاعل التعاوني لكونها تتيح نوعا من المقارنة بين السلوكيات لدى الفرد ذاتية وليس بين الأفراد.
- تقييم الذات: عرف تقييم الذات بأنه تقييم الفرد لأدائه الشخصي وتقرير إذا ما كان هذا الأداء يقابل المعيار المرغوب فيه أم لا، وغالبا ما يتم تلقين الأفراد أساليب التقييم الذاتي بعد إن يكونوا قد تعلموا إدارة الذات أولا.

الفصل الثاني الإدارة الذاتية

- تعزيز الذات: تعرف بأنها مكافأة الفرد لنفسه على السلوك المناسب، كجزء من العلاج السلوكي المعرفي وللتعزيز الذاتي سجل حافل يدل على تأثيره المتسق في قطاع كبير متنوع من البشر وفي عناصر سلوكية متنوعة وان هذا التأثير يفوق مراقبة الذات.

- تعليمات الذات: ويقصد بها تقديم مساعدة أو تدريبات اضافية للفرد، ليقوم بتأدية سلوكيات جديدة مرغوبة، وتوجيهه لذاته وخصوصا مهارات المبادرة أو المثابرة الإصرار، وأنشطة أوقات الفراغ.

- إدارة الضغوط والانفعالات: هي مهارة الفرد في التعامل مع انفعالاته المختلفة والقدرة على تغيير الحالات المزاجية السيئة، وإبداء الانفعال المناسب للمواقف المختلفة من حيث نوعية الانفعال سواء كان سعادة أو خوفاً أو حزناً، ومن حيث شدة الانفعال سواء كان معتدلاً أو زائداً.

- إدارة العلاقات الاجتماعية: هي قدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية إيجابية مع غيره، واستغلالها من خلال التواصل مع الافراد وحل النزاعات بينهم، والتأثير فيهم من خلال التغذية الراجعة للوصول إلى الأهداف من خلال العمل الجماعي.

الثقة بالنفس: تعرف بأنها ميزة من ميزات تكامل الشخصية يشعر معها الفرد بكفاءة والقدرة على اجتياز العقبات والظروف المختلفة مستعملاً أقصى ما تتيحه له قدراته وإمكاناته لتحقيق رغباته المرجوة مما يشجعه على النمو النفسي السوي، وتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي، كما تتمثل باتجاه الفرد نحو الذات والآخرين واعتقاده بأنه يستحق وجدير بتقدير الآخرين.

- الدافعية الذاتية: هي قدرة الفرد على دفع ذاته واستثارة الهمة في نفسه نحو تحقيق أهدافه وتوجيه الانفعالات لجمع الطاقة، وبذل الجهد والاستمرارية والمثابرة من أجل الوصول للغايات ومواجهة التحديات والعقوبات مع الشعور بالتفاؤل.

الضبط الذاتي: هو العملية التي يفعلها الفرد للسيطرة على مشاعره واندفاعاته وسلوكياته والقدرة على تهدئة النفس، والتخلص من القلق والتهكم، وسرعة الإثارة والسيطرة على الانفعالات من خلال

الفصل الثاني الإدارة الذاتية

كبح السلوك الاندفاعي ويعني تأقلم الفرد مع المعايير الاجتماعية والقوانين والضبط الذاتي يحدث من خلال تغيير الأفكار والسلوك من خلال مجموعة من التقنيات والمهارات، ويحدث هذا من خلال التفاعل بين المحددات الداخلية والخارجية لدافعية الفرد، وهو محاولة تحقيق النتائج بعيدة المدى، ولكنها أحسن من النتائج التي يمكن أن يحصل عليها الفرد على المدى القصير.

التفاؤل: هو استعداد شخصي للتوقع الإيجابي للمواقف، والرؤية الإيجابية والإقبال على الحياة، والايان بإمكانية تحقيق الآمال والأهداف في المستقبل، إضافة إلى الاعتقاد بإمكانية حدوث الخير، وتوقع الاحسن بدل من حدوث الشر أو الشيء السيء الضار.

(خطاطية، 2019، ص201، ص203)

تعتبر مهارات التعليم في الإدارة الذاتية أكثر فعالية عندما يتعلق الأمر بنوع مرض السكري والإصابة به يوصى به من أجل القدرة على التعلم والتكيف معه تغيير في الأشخاص وثقافتهم وثقافتهم التي تخصهم (Sherifali, 2018, p3)

4. خطوات تطبيق الإدارة الذاتية: لإدارة الذات عدة خطوات ومنها:

أ- تقييم الذات: حيث إن عدم معرفة الإنسان بذاته وجهله بقدراته وإمكاناته، تجعله يقيم ذاته تقييما خاطئاً فيعطي ذاته أكثر مما يستحق، أو يقلل من قيمة ذاته.

ب- تحديد الاحتياجات وتحديد الأهداف: تحديد الأهداف المرغوب تحقيقها، وتخصيص وقت كاف لتحقيقها والمراجعة المستمرة للوسائل المستعملة في تحقيقها لمعرفة هل هذه الوسائل ملائمة ومناسبة لإنجاز الهدف، والعمل على مراجعة الأهداف، لمعرفة إذا ما كانت واقعية أو منطقية ويمكن إنجازها.

ت- التحكم الذاتي الفعال في عناصر الوقت والبيئة والمشكلات: ضبط الفرد لذاته عن طريق السيطرة على عناصر الوقت والبيئة والمشكلات من العوامل الهامة التي تساعد على

الفصل الثاني الإدارة الذاتية

إدارة ذاته وذلك من خلال الاستغلال الأمثل للوقت واستغلال وقت الفراغ فيما هو مفيد ونافع، بذل الجهد لاستغلال الوقت المتاح لإنجاز الأهداف المهنية والشخصية واستغلال الوقت بشكل فعال يعتبر عنصر أساسي من عناصر الإدارة الفعالة، وإدراك الفرد بقدرته على التحكم في البيئة المحيطة يزيد من دافعيته للتغيير نحو الأفضل وبالتالي تحسين ذاته.

ث- تقييم الذات من خلال قياس مستوى النجاح في تنفيذ الخطط وإعادة ضبط العناصر المؤثرة: على الإنسان أن يقوم بالتخطيط ويجعله عادة لأنه وسيلة للنجاح في الحياة، ومراقبة ما تم تحقيقه من إنجازات بشكل مستمر لمعرفة نقاط القوة والضعف لديه ومعرفة نشاطه وطاقاته ومراقبة تطوره ومتابعة آثار التخطيط باستمرار. (محمود، 2013، ص15، ص19)

5- الصعوبات التي تحد من تطبيق الإدارة الذاتية:

- الحاجة إلى موظفين ومدربين لتقديم برامج الإدارة الذاتية.
- التكاليف المالية التي قد لا يغطيها التأمين الصحي.
- الحالة الاجتماعية والاقتصادية للمريض.
- كما يجب أن تحظى الإدارة الذاتية المتعلقة بالسكري بالتعاون مع مقدمي الرعاية الصحية بالاهتمام عند تصميم التدخلات. (ذياب، 2022، ص36)

6- مشكلات الإدارة الذاتية للسكري:

تعد الإدارة الذاتية النشطة أساس النجاح في السيطرة على السكري، وخاصة لدى مرض النوع الثاني، حيث من الممكن إحداث أثر من خلال تغيير نمط حياتهم مما يؤدي إلى تحسين مسار المرض ومنع حدوث مضاعفاته والمعالجة المثالية في الوقت الحاضر هي المعالجة المتمحورة حول

الفصل الثاني الإدارة الذاتية

المريض، أو الموجهة للمريض، لا للطبيب، فضبط السكري يوجب مراقبة المريض بشكل دائم لمستويات الغلوكوز في جسمه يوميا والتصرف سريعا اذا لزم الامر، وايضا فان الحمية المناسبة، والتمارين الرياضية وضبط الوزن والسيطرة على الضغوط كلها عناصر اساسية لاي برنامج إدارة ذاتية يهدف إلى ضبط السكري. (تايلور، 2008، ص624)

يكون الهدف من علاج مرض السكري هو الحفاظ على المستوى الطبيعي للسكر في الدم، ومنع حدوث المضاعفات، ويتم ضبط السكر في الدم عادة من خلال الحقن المنتظم بالأنسولين، والحمية الغذائية، والسيطرة على الوزن والعلاج الأفضل للمرضى من النوع الأول، بينما يتم استخدام الحمية وضبط الوزن والتمارين والأدوية في إدارة كلا النوعين من السكري (1و2)، وعندما يتم ضبط مستويات الغلوكوز بفاعلية من خلال هذه الأساليب، فإننا نكون قد خفضنا من احتمالات حدوث امراض اخرى متعلقة بالسكري مثل امراض العيون، امراض الكلى، امراض الاعصاب، وذلك نسبة تزيد عن 50%. ويكون التدخل على مستوى الحمية الغذائية تقليل السكر والنشويات، كما يجب ضبط عدد السعرات الحرارية اليومية، بالإضافة إلى إن الطعام يجب أن يكون حسب نظام الوجبات وليس حسب الرغبة أو الشهية، ونظرا لكون البدانة تمثل حملا على نظام الأنسولين، يجب إلزام المريض على الحفاظ على وزنه الطبيعي والمواظبة على التمارين الرياضية لحرق كميات من السكريات الفائضة، والمحافظة على الوزن المعتدل يصبح أمرا واجبا. والالتزام لدى مرضى السكري لسوء الحظ وقلة الوعي منخفضا في العادة تبعا لبرامج الادارة الذاتية فقد لاحظ فريق من الباحثين إن:

- 80 % من مرضى السكري كانوا يستخدمون الأنسولين بطريقة غير صحيحة.

- 58% منهم أخطأوا في تناول الجرعات.

- 77 % كانت فحوصاتهم للسكر في البول غير دقيقة.

الفصل الثاني الإدارة الذاتية

- 75% لم يتبعوا طريقة ثابتة في تناول الوجبات وانتظامها.

- 75% لم يتناولوا الطعام الصحيح أو المطلوب بينما لم تتجاوز نسبة من اتبعوا التوصيات العلاجية بشكل صحيح.

- 15% من مجموع المرضى. ولقد لوحظ أن للأسباب السيكولوجية شأن في عدم التزام المرضى ببرامج الإدارة الذاتية. (المرجع نفسه، 2008، ص624)

ومن بين هذه الأسباب الضغوط النفسية والاجتماعية المرتبطة بالأكل، وقد تبين أيضا أن الافراد الذين يمتلكون مهارات ضبط الذات يحققون سيطرة أفضل في ضبط الغلوكوز بفضل التزامهم الحسن ببرامج العلاج.

-بالإضافة أيضا لأسباب أخرى كالبرامج العلاجية المعقدة فهي تلعب دورا سلبيا في التزام الفرد بالدرجة المطلوبة، وفي سيطرته الذاتية، واتباعه الحمية والتمارين وتغيير نمط وأسلوب حياته.

وللمساندة الاجتماعية دور في تحسين وزيادة مستوى الالتزام، ولكن قد لا يتحقق هذا التعميم على كثيرا من مرضى السكري فقط. ينخرط المرضى المصابين بالسكري ضمن شبكة من العلاقات الاجتماعية التي غالبا ما تجعله معرضا لمغريات تقوده لتناول اطعمة تؤدي إلى الاضرار بادائه. ويبقى دور المريض عنصر مهم في علاجه ونجاح برامج الادارة الذاتية، فقد توصل مختصي علم النفس الصحي والقائمين على وضع السياسات الصحية إن مرض السكري يمثل مشكلة صحية عامة رئيسية، لهذا فان استراتيجيات الصحية الحديثة تبذل جهودا فعالة لمواجهة العوامل الخطرة التي تؤدي للإصابة بالسكري، كالبداية. (تايلور، 2008، ص 624، ص 626) الإدارة الذاتية لمرض السكري هي عملية تحديد جرعة الأنسولين وإدارتها الاستجابة لقيم الجلوكوز أو انخفاضه في الدم، وتناول الدواء عن طريق الحقن أو عن طريق الفم حسب ما يحدده الطبيب

(BDS, 2012, p06)

7- فعالية إدارة الذات:

توجد بعض القواعد العامة إذا ترجمها الإنسان إلى عمل في حياته تحقق له بإذن الله ما يمكن أن نقول عليه إدارة الذات بفعالية

1. تأدية حقوق الله سبحانه وتعالى، والتوكل عليه في كل شؤون حياته.
 2. ملء الذهن بالتفاؤل وتوقع النجاح بإذن الله، وجعل الاستبشار دائما هو التحكم على الفكر والشعور.
 3. أن تكون الأهداف عالية.
 4. التخطيط لكل امور حياته، والابتعاد عن الفوضى والارتجالية قدر الإمكان.
 5. تحويل الخطط في السعي نحو الهدف إلى عمل ملموس واضح.
 6. الحذر من ضياع شيء من الوقت دون فعل فهو ضياع للحياة.
 7. تنظيم المواعيد والالتزامات بتدوينها والاعتياد على حفظها.
 8. مقاومة محاولات النفس للتغلب من الأعمال الجادة والمهمة نحو المتعة واللهو.
 9. عدم تضييع الوقت في الأمور التافهة
 10. المبادرة والمسارة إلى كل خير ومفيد ونافع
 11. مواجهة نتائج الأعمال شجاعة وصبر وثبات ومسؤولية
 12. التمرن على ضبط المشاعر والاحاسيس مع الاحتفاظ بالهدوء ورباطة الجأش في المواقف المثيرة والجادة
 13. جعل الرسول محمد صلى الله عليه وسلم المثل الأعلى والقُدوة في كل امور الحياة.
- (محمود، 2013، ص10، ص17).

8- معوقات الإدارة الذاتية:

- غياب الخطط والأهداف للمراحل الحياتية القادمة.
- التكاسل والتسويف وتأجيل تنفيذ ما تم تخطيطه.
- عدم توثيق الأهداف مما يجعل الأعباء تتراكم ومن ثم النسيان.
- الاستجابة لمقاطعات الآخرين وتشويشهم وعدم سؤال ذوي الخبرة للتعلم من تجاربهم وخبراتهم.
- ضعف يقين الفرد بإمكانية تحقيق الأهداف. (الجمعان، 2019، ص7)

خلاصة الفصل:

تمثل الإدارة الذاتية عنصر فعال ومهم، وهي تعني إن المصاب بمرض السكري يستطيع التعايش مع مرضه وإدارة ذاته دون اللجوء إلى مساعدة من طرف الآخر، وللإدارة الذاتية أهمية كبرى في العلاج، خصوصا إذا ما كان المصاب يمتلك وعيا وثقافة كافيين، وايضا الإدارة القوية التي تمكنه من متابعة مرضه بحرص، بالإضافة إلى اتباع حمية مناسبة ومراقبة ما يعمل على رفع مستوى السكري على المستوى الطبيعي له.

يمكن لأنشطة التثقيف الصحي وبرامج الإدارة الذاتية أن تساهم في توعية المرضى عن كيفية إدارة امراضهم المزمنة بشكل ذاتي.

الفصل الثالث

جودة الحياة

الفصل الثالث جودة الحياة

تمهيد

- (1) مفهوم جودة الحياة.
- (2) أبعاد جودة الحياة.
- (3) مكونات جودة الحياة.
- (4) مظاهر جودة الحياة.
- (5) مجالات جودة الحياة.
- (6) مقومات جودة الحياة.
- (7) معوقات جودة الحياة.
- (8) السلوك الوقائي لمرضى السكري.

خلاصة الفصل

تمهيد:

جودة الحياة من المفاهيم التي تبلورت حديثا حيث اهتم بها العديد من علماء النفس لأنها تدخل ضمن التيار علم النفس الايجابي، الذي يركز على تنمية الجوانب والقوى الإيجابية للفرد والفضائل الإنسانية والتي لها دور كبير في حمايته من الاضطرابات النفسية خصوصا التي تتعلق بشخصيته.

1 - مفهوم جودة الحياة

- جودة الحياة لغة:

الجودة أصلها الفعل الثلاثي "جود" والجيد طبقا لابن منظور، نقيض الرديء وجاد بالشيء جودة وجوده أي صار جيدا.

وترجم مصطلح (Quality of life) الى مصطلح نوعية الحياة، وهو مصطلح عام يشير الى معنى تقييمي يفترض انها جيدة، مع انها يمكن ان تكون رديئة. ويشير مصطلح نوعية إلى خصال او خصائص معينة، كمية أو كيفية في موضوع ما (وهو الحياة في هذه الحالة)، والحياة (life) فئة واسعة كل الكائنات الحية

وترجم المصطلح (Quality) إلى الجودة، يكون وفق هدف الباحث، إذا كان يبحث عن تقييم لحياة الفرد أو الافراد في جانبها الإيجابي، أي فيما إذا كان المبحوثين يقيمون حياتهم على أنها جيدة وبالتالي، فإن وسيلة القياس التي تستعمل لجمع المعلومات ينبغي أن تصمم في اتجاه تقييم مدى جودة حياة المبحوثين، ويعد مصطلح جودة الحياة (حمزة،، 2018، ص49)

-تعريف منظمة الصحة العالمية تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق انظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه. (مسعودي، 2015، ص3)

-تعريف دينيز (2009) لجودة الحياة انها الإدراكات الحسية للفرد تجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية، ومن منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد وكذلك علاقته بأهدافه وتوقعاته وثوابته ومعتقداته، وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي (بوعيشة، 2013، ص80)

- وفي تعريف آخر نوعية الحياة هي الشعور الذاتي بالسعادة الشخصية، والرضا الذاتي، والرضا عن الجوانب المهمة في حياة الشخص، وهذه السعادة هي نتيجة تقدير الإنسان لذاته، وهو الشيء الأساسي عند الحكم على نوعية الحياة. (EHAMA, 2002, P3).

جودة الحياة تمثل نمطاً مميزاً من التفكير (David Phillips,P2)

2-أبعاد جودة الحياة:

مجدي (2009) يضيف إلى أن هناك ثلاث أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي:

○ جودة الحياة الموضوعية: وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانيات مادية إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

○ جودة الحياة الذاتية: والتي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة.

○ جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة. (عايض، 2022، ص 10)

3- مكونات جودة الحياة

- الرضا عن الحياة هي سيرورات معرفية تشمل المقارنة بين حياة الفرد ومعايير المرجعية.
- السعادة هي مصطلح فلسفي والتي تعبر عن وجدان ايجابي وانفعالات ايجابية تطفو على الوجدان السلبي.
- الراحة النفسية الذاتية تم تحديدها حسب غولو (2000) من خلال ثلاث شروط اساسية وهي ذاتية بمعنى تقدير ذاتي الذي لا علاقة له مع شروط الحياة الموضوعية
- ترتبط بالتقويم الإيجابي الشامل للحياة
- ترتبط بالحضور الوجدان الإيجابي (فواظمية، 2017، ص101)

4- مظاهر جودة الحياة:

- اقترح عبد المعطي (2005) خمس مظاهر رئيسية لجودة الحياة تشمل خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي:
- 1- الحلقة الأولى: وتشتمل على:
 - أ- العوامل المادية والموضوعية:
- التي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع للأفراد إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية والتعليمية.
- ب- حسن الحال: ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة.

2- الحلقة الثانية: وتشتمل:

أ- إشباع وتحقيق الحاجات:

فعندما يتمكن الفرد من إشباع حاجاته فإن جودة حياته تزداد وترتفع.

ب- الرضا عن الحياة:

يعتبر أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة فعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته يشعر حينها بالرضا.

3- الحلقة الثالثة:

أ- القوى والمتضمنات الحياتية:

البشر لكي يعيشوا حياة جيدة لابد لهم من استخدام القدرات الكامنة داخلهم والقيام بتنمية العلاقات الاجتماعية وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

ب- معنى الحياة:

ويرتبط معنى الحياة بمفهوم جودة الحياة، كلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع والآخرين كلما أحس الفرد بجودة الحياة التي يحيها.

4- الحلقة الرابعة:

أ- الصحة والبناء البيولوجي: أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل سليم يجعل الجسم في حالة جيدة.

ب- السعادة: هي الإحساس بالبهجة والاستمتاع، يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

5- الحلقة الخامسة: وتشتمل على:

أ- جودة الحياة الوجودية: وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة وهي الأكثر عمقا داخل النفس، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه.
(بوعامر، 2021، ص57، ص59)

5- مجالات جودة الحياة:

المجال النفسي: المنحنى النفسي يفترض أن جودة الحياة نتيجة لعدد من المحددات أولها الانفعالات ووجود المشاعر الإيجابية وغياب الانفعالات السلبية وأيضا سلامة المكونات المعرفية للفرد ويهتم أيضا بتقييم التقدير الذات عند الفرد وصورة الجسم.

المجال الاجتماعي: يهتم بالعلاقات والنشاطات الاجتماعية، العلاقات المهنية.

المجال الطبي: الأطباء والمختصين في الشؤون الاجتماعية والسياسية، يهتمون بتعزيز ودفع نوعية الحياة لتصبح هدف.

المجالات الأخرى: هناك مجالات عديدة ترتبط بجودة الحياة وتتمثل في الظروف المناخية، السكن، خدمات الاجتماعية المختلفة تدخل ضمن الجانب الموضوعي لجودة الحياة
(دحمانى، 2020، ص8، ص9)

6- مقومات جودة الحياة:

توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة ومنها:

- القدرة على التفكير واتخاذ القرارات.
- الصحة الجسمية والعقلية.
- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
- المعتقدات الدينية، القيم الثقافية والحضارية.

- الأوضاع المالية والاقتصادية. (عبيد، ب، ص 5)
- وحسب منظمة الصحة العالمية تتمثل مقومات جودة الحياة في عدة عناصر وهي:
 - الصحة الجسدية: من خلال القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية.
 - الصحة النفسية: القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها.
 - الصحة الروحية: تتعلق بالمعتقدات والمهارات الدينية.
 - الصحة العقلية: القدرة على التفكير بوضوح وتناسق.
 - الصحة الاجتماعية: القدرة على إقامة العلاقة مع الآخرين. (عبيد، ب، ص 5، ص 6)

7- معوقات جودة الحياة:

توجد العديد من الأسباب التي قد تعوق الفرد عن الشعور بجودة الحياة ومنها:
أحداث الحياة وضغوطاتها وفقد الشعور بمعنى الحياة.

- قلة الوازع الديني.
- قلة الخدمات التي تقدم للفرد وعد توفير رعاية صحية كاملة للفرد.
- قلة الذكاء الوجداني للأفراد.
- هناك ظروف تعوق الفرد عن الشعور بجودة الحياة مثل ذلك المرض والإعاقات والخبرات الحياتية السلبية، ونقص المساندة الاجتماعية والانفعالية. (عبد المجيد، ب، ص 26)

8- السلوك الوقائي لمرضى السكري:

الوقاية من أمراض العصر تقع على عاتق المجتمع والفرد قبل الطبيب، ولذا فان الإدارات المتعلقة بالصحة الوقائية تعمل على مكافحة الأمراض والأوبئة ومنع حدوثها قدر الاستطاعة عبر وضع برامج محددة نمطية مرتبطة بالغذاء وسلوكيات الغذاء الصحي والممارسات البيئية مثل التدخين على سبيل المثال لا الحصر، حيث تم سن قانون خاص لمكافحة التدخين ويمثل قرار انضمام قسم التنقيف الصحي إلى إدارة الصحة الوقائية خطوة في المسار الصحيح بقصد تفعيل دور العمل

الصحي الوقائي، حيث يكمل كل منهما دور الآخر، وذلك عبر إيجاد وسيلة الإعلام الفعالة من حيث الشكل والمضمون وطريقة العرض الذي يضمن الحصول على أكبر درجة فاعلية لجهود الوقاية من الأمراض والأوبئة وبناء على كل ما سبق نستطيع أن نركز على أنماط السلوك الصحي التالية ولما لها من تأثيرات ايجابية على الصحة تحمي الإنسان من الدخول في متاهة أمراض العصر وهي كثيرة.

أولاً: التمارين الرياضية لما لها من أثر إيجابي على الصحة وعلى النفس أيضاً وقدرة الفرد على التركيز والتي بالتالي تقي من مشاكل السمنة السكري ومشاكل القلب أيضاً.

ثانياً: الغذاء الصحي المتوازن كما وكيفياً والذي قد يحمي الإنسان من كافة الأمراض الناتجة عن سوء أو نقص في الغذاء ومن ثم فيكون قد أنشأ معبر غذائي جيد لغايات تنشيط القدرات الذهنية والعقلية.

ثالثاً: التنشئة الاجتماعية والثقافية الأخلاقية المستندة على توفر الوازع الديني والمجتمعي والذي سوف يبني جدار حماية صلبة للإنسان من الدخول في متاهة آفات العصر سواء كانت أمراض مناعة، أو مرض السكري بنوعيه، أمراض جنسية او حتى آفة التدخين والمخدرات.

(بدح، 2009، ص124، ص125)

خلاصة الفصل:

جودة الحياة هي تجربة شاملة يؤثر فيها مجموعة من العوامل على رضا الفرد وسعادته، تشمل أبعاد متعددة مثل الصحة، العلاقات، الراحة المالية، وتعتمد على مكونات مثل السعادة والرضا. تتنوع مجالاتها بين الحياة المهنية، الصحة، العلاقات الاجتماعية، وتعتمد على مقومات مثل الصحة الجسدية والعقلية والدعم الاجتماعي. ومع ذلك، يمكن أن تتأثر بمعوقات مثل الضغوط النفسية والضائقة المالية.



الجانِب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

لِلدِّرَاسَةِ

الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- (1) الدراسة الاستطلاعية.
- (2) منهج الدراسة.
- (3) حدود الدراسة.
- (4) عينة الدراسة وخصائصها.
- (5) أدوات الدراسة.
- (6) الأساليب الإحصائية.

خلاصة الفصل

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من الخطوات المنهجية الأساسية والأولية والتي تساعد الباحث خاصة في إطار البحوث ذات الطابع الميداني، فتمكنه من الوقوف على أهم الإجراءات المنهجية من أجل الوصول إلى نتائج مضبوطة ودقيقة انطلاقاً من مبادئ منهجية لدراسة علمية. وتمثلت إجراءات دراستنا الحالية في:

- جمع الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة.
- التدريب على تطبيق الاستبيان وضبط المدى الزمني.
- جمع المقاييس التي تقيس متغيرات الدراسة، وكذا وملاءمتها للعينة في دراستنا، وفي دراستنا هذه اخترنا المقاييس التالية:
 - مقياس الإدارة الذاتية.
 - مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية تقنين الدكتورة حمزة فاطمة.

2- منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي باعتباره الأنسب للدراسة، بما يلي الشروط التي تتطلبها الدراسة. المنهج الارتباطي ذلك النوع من طرق أو أساليب البحث الذي يمكن بواسطته معرفة ما إذا كان هناك ثمة علاقة بين متغيرين أو أكثر ومن ثم معرفة درجة وقوة تلك العلاقة. (حنون، 2023، ص16)

3- حدود الدراسة:

3-1- الحدود الزمانية:

تم تطبيق الدراسة الميدانية من 10 جانفي إلى 25 مارس 2024.

3-2- الحدود المكانية:

أجريت الدراسة الميدانية بالعيادة الطبية أبو بكر الصديق في القطب الطبي عين اسرار وعيادة خاصة في أمراض السكر والغدد الأمراض الايضية للدكتور فلاك موسى (عين الشيخ) وأخرى متخصصة لعلاج مرضى السكري المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجلفة بعين الشيخ (مصلحة السكري).

4- عينة الدراسة وخصائصها:

تم تطبيق الدراسة على عينة قدرها 60 مريضا بالسكري اختيرو بطريقة قصدية

مرضى السكري من النوع الثاني.

-توزيع العينة المدروسة حسب الجنس والمستوى التعليمي:

وبعد فرز الاستمارات تم توزيع أفراد الدراسة حسب الجدول التالي:

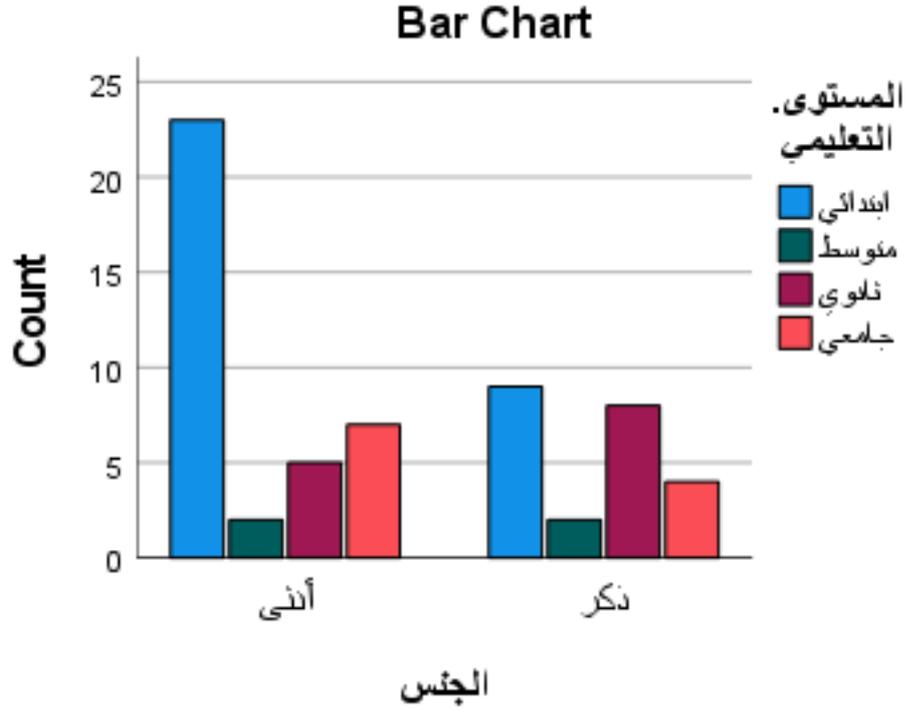
الجدول رقم (01): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الجنس والمستوى التعليمي

المجموع		إناث		ذكور		الجنس المستوى التعليمي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%53.3	32	%38.3	23	% 15.00	09	ابتدائي
% 6.7	04	% 03.30	02	% 03.30	02	متوسط
%21.7	13	% 08.30	05	% 13.30	08	ثانوي
%18.3	11	% 11.7	07	% 6.7	04	جامعي
%100	60	%61.7	37	%38.3	23	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (01) أن:

الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة

هناك اختلاف في توزيع العينة حسب طبيعة الدراسة أغلبها الاناث الذي بلغ عددهم 37 بنسبة 61.70% على اختلاف مستوياتهم التعليمية بينما بلغ عدد الذكور 23 بنسبة 38.30% والشكل الموالي يوضح نسبة التوزيع حسب الجنس والمستوى التعليمي.



شكل رقم (01): يمثل توزيع العينة حسب الجنس والمستوى التعليمي

-توزيع العينة المدروسة حسب الحالة الاجتماعية والسن:
وبعد فرز الاستمارات تمّ توزيع أفراد الدراسة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (02): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب السن والحالة الاجتماعية

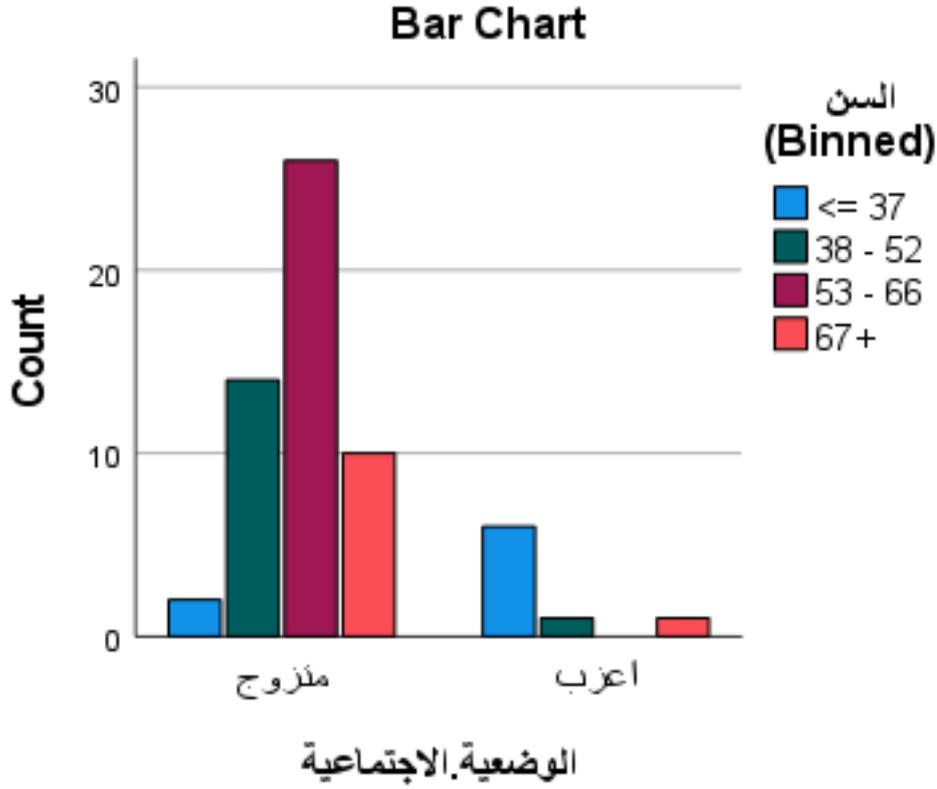
المجموع		متزوج		أعزب		الحالة الاجتماعية السن
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%13.30	8	%3.30	2	%10.00	6	<= 37
%25.00	15	%23.30	14	%1.70	1	38 - 52
%43.30	26	%43.30	26	%0.00	0	53 - 66
%18.3	11	%16.70	10	%1.70	1	67+
%100	60	%86.70	52	%13.30	8	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (02) أن:

هناك اختلاف في توزيع العينة حسب طبيعة الدراسة أغلبها المتزوجون الذي بلغ عددهم 52 بنسبة

%86.70 على اختلاف اعمارهم بينما بلغ عدد العزاب 08 بنسبة %13.30 والشكل الموالي يوضح

نسبة التوزيع حسب السن والحالة الاجتماعية.



شكل رقم (02): يمثل توزيع العينة حسب السن والوضعية الاجتماعية

5- الأدوات المستعملة في الدراسة:

5-1- استبيان الإدارة الذاتية لمرضى السكري (DSMQ)

لتقييم سلوكيات الإدارة الذاتية للمرض المتعلقة بحالة التحكم في مرض السكري، تم تصميمه في ألمانيا من قبل أندرياس شميت وآخرون، وتمت ترجمته من قبل (حنان البدر وآخرون، 2018) بالكويت

يتكون DSMQ من 16 عبارة موزعة على أربع أبعاد وهي إدارة الجلوكوز (GM) تتكون من خمسة بنود 1، 4، 6، 10، 12، التحكم الغذائي (DC): يتكون من أربع بنود 8، 11، 15 واستخدام الرعاية الصحية (HU): يتكون من ثلاث بنود 3، 7، 14، والعنصر الأخير (البند 16) يطلب من المستجيبين تقييم الرعاية الصحية الذاتية الشاملة لمرض السكري يتم التقييم باستخدام

مقياس ليكرت المكون من أربع نقاط من 0 (لا ينطبق علي) إلى 3 (ينطبق علي كثيرا) يتكون الاستبيان من سبع عبارات إيجابية (1، 2، 3، 4، 6، 8، 9) وتسع عبارات سلبية (5، 7، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16) تمت صياغتها بشكل عكسي فيما يتعلق بسلوكيات الرعاية الذاتية الفعالة.

تتراوح مجموع نقاط المقياس من 0-98 وتشير الدرجة الأعلى إلى سلوك إدارة ذاتية أكثر فعالية تم اختبار الاستبيان للتأكد من صدقه وثباته، حيث ثبت أنه يتمتع بثبات

(EL –BADRA AL. 2018 ،P3)

قن على البيئة الجزائرية من قبل الباحثان سمراء حدادي، ولبنى أحمان، سنة 2023 (باتتة)

5-2- مقياس جودة الحياة:

- جاء هذا المقياس كاختصار لمقياس جودة الحياة المئوي (100 WHOQOL) الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذي تم إعداده عام (1991)، عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس جودة الحياة، يغطي الجوانب المختلفة لجودة الحياة التي تناولتها أو لم تتناولها الأدوات التقليدية لتقدير جودة الحياة المتعلقة بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع، هو تصميم أداة لتقييم جودة الحياة يمكن استعمالها بشكل واسع حيث تم اعداده من خلال 15 مركزا ميدانيا تابعا لمنظمة الصحة العالمية وترجم ل 12 لغة، حيث طبقت الصيغة الاستطلاعية الأصلية 235 بندا، واستعملت هذه اللغة في 15 مركزا ميدانيا بلغات مختلفة عبر العالم لتنتهي إلى 100 بندا شملت 24 مجالا من مجالات الحياة والذي اختصر فيما بعد إلى مقياس جودة الحياة المختصر.

- تم تعريب المقياس وتقنيته على البيئة الجزائرية من قبل حمزة فاطيمة، تم حساب الصدق بواسطة طريقة الاتساق الداخلي للاختبار وذلك بحساب الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس حيث وصل إلى (0.67) أما الثبات فقد تم استعمال التجزئة النصفية حيث وصل

معامل الارتباط بعد التصحيح إلى (0.97) بطريقة ألفا كرونباخ حيث وصلت قيمة المعامل إلى (0.74). وحساب الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): حيث تم ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى بحيث تم أخذ 33% من أعلى التوزيع و 33% من درجات أدنى التوزيع فكان عدد الأفراد (66) فرداً، وبعد ذلك تم حساب (T) لمعرفة الفروق بين المجموعتين، ووصلت قيمة (t) بلغت القيمة 26.25 عند درجة الحرية 130 بمستوى الدلالة الإحصائية 0.000 أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس بين المجموعتين، وذلك لصالح المجموعة العليا أي المقياس لديه قدرة تمييزية، حيث بلغ متوسط المجموعة العليا 93.30 بينما متوسط المجموعة الدنيا بلغ 63.94 وهي قيم عالية وصدق الاتساق الداخلي: التحقق من صدق الاتساق الداخلي قامت الباحثة بحساب ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس.

اتضح أن هناك ارتباطاً بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس حيث إن بعد الصحة الجسمية صادق عند مستوى الدلالة (0.01)، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (25.35)، وبلغت قيمة الانحراف المعياري (4.82) وكانت قيمة معامل الارتباط (0.84)، بينما بعد الصحة النفسية صادق عند مستوى الدلالة (0.01)، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (21.07) وبلغت قيمة الانحراف المعياري (4.24)، وكانت قيمة معامل الارتباط (0.80)، وبعد العلاقات الاجتماعية صادق عند مستوى الدلالة (0.01)، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (10.33) وبلغت قيمة الانحراف المعياري (2.68) وكانت قيمة معامل الارتباط (0.71)، أما بعد البيئة فكان صادق عند مستوى الدلالة (0.01)، إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي (22.00) وبلغت قيمة الانحراف المعياري (4.58)، وكانت قيمة معامل الارتباط (0.83) وعليه يمكن القول إن المقياس يتمتع بمعاملات صدق عالية.

أ- ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بمجموعة من الطرق هي: ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ تمت معالجة البيانات بطريقة ألفا-كرونباخ للمقياس.

من خلال نتائج المحصل عليها إن معامل الثبات بلغ القيمة (0.885) للمقياس وهذا يدل على الثبات وبما إن هذه القيم تقترب من الواحد فهي قيمة عالية وتدل على الثبات المرتفع للمقياس. حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار باستخدام معادلة سبيرمان براون (الافتراض عن استخدام هذه المعادلة تساوي تباين الدرجات على نصفي الاختبار)، اعتمدت الباحثة في حساب الثبات على طريقة التجزئة النصفية والتأكد من الثبات بطريقة جوتمان.

من خلال نتائج المحصل فيها عليها نلاحظ أن: قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وصلت إلى (0.697) قبل التصحيح وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى (0.817) وهي قيمة عالية بالتالي المقياس ثابتة. (فاطمة حمزة، 2018، ص119، ص123)

ومن هنا يمكن القول إن مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL -BREF) يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية مما يجعله صالحا للاستعمال بكل ثقة سواء في مجال البحث العلمي عموما أو في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي على وجه الخصوص.

- الخصائص السيكومترية للمقياس الادارة الذاتية:

بعد إستكمال إعداد المقياس قامنا بإتباع مجموعة من الطرق للتأكد من صلاحية المقياس على البيئة الجزائرية، بعد بتطبيق المقياس على أفراد عينة الدراسة، تمّ حساب معامل الصدق والثبات بعدة طرق هي:

أولاً- حساب صدق المقياس:

1- الصدق المقارنة الطرفية: Validity The comparison of extreme groups

الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة

تمّ الاعتماد لحساب صدق المقياس على الصدق التمييزي، حيث تمّ ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى بحيث تم أخذ 27% من أعلى التوزيع و27% من درجات أدنى التوزيع فكان عدد الأفراد (10) فرداً، وبعد ذلك تمّ حساب (T) لمعرفة الفروق بين المجموعتين، وفيما يلي وصف للنتائج المحصل عليها:

جدول رقم(03): يمثل نتائج الصدق التمييزي للمقياس

المتغير المقاس	N	مجموعات المقارنة	\bar{X}	S ²	T	Df	الدلالة الإحصائية
الادارة الذاتية	16	المجموعة العليا	34.00	3.05	12.20	30	0.000 دال إحصائية
	16	المجموعة الدنيا	20.94	2.99			

من خلال الجدول رقم (03) المحصل عليه أعلاه نلاحظ أنّ:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى العينة بناءً على المجموعات (العليا-الدنيا) لصالح المجموعة العليا بمتوسط حسابي بلغ 34.00 وهي قيمة أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا الذي بلغت 20.94؛ وقيمة (T) بلغت 12.20 عند درجة الحرية 30 بمستوى الدلالة الإحصائية (0.000) وهي قيمة عالية جداً؛ وبذلك تعطي هذه النتائج مؤشراً لصدق المقياس.

ثانياً - حساب ثبات المقياس:

-الثبات: Reliability

- ثبات المقياس بطريقة ألفا-كرونباخ *cronbach Alpha M*:

تم حساب معامل ثبات المقياس عن طريق المعامل ألفا-كرومباخ الذي يعتبر من أهم طرق حساب الثبات وأيضا لأن عدد البدائل بلغ خمسة بدائل وهو يعتمد على قياس الارتباطات المختلفة الممكنة بين البنود وذلك بحساب قياسين كل بند على التباين الكلي للمقياس ثم حسابه بـ: *SPSS 27*، وفيما يلي وصف للنتائج المحصل عليها:

جدول رقم(04): يمثل نتائج ثبات ألفا كرونباخ للمقياس

المقياس	عدد البنود	N	\bar{X}	S^2	معامل الثبات ألفا-كرونباخ
الإدارة الذاتية	16	60	27.53	5.44	0.541

من خلال الجدول رقم (04) المحصل عليه أعلاه نلاحظ أن:

- قيمة معامل الثبات ألفا-كرونباخ بلغت القيمة 0.541 تقريبا واحد عند متوسط حسابي بلغ القيمة 27.53؛ حيث بلغت نسبة تشتت العينة في مجتمعها 5%، بالتالي المقياس يتمتع بدلالة ثبات عالية تسمح باستخدامه وتناسب أغراض هذه الدراسة.

4.1- حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية Split-Half:

يتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الإختبار باستخدام معادلة سبيرمان براون (الإفتراض عن استخدام هذه المعادلة تساوي تباين الدرجات على نصفي الإختبار- أي تجانس التباين وهذا شرط من شروط التكافؤ)، وتمت مقارنة درجات الأسئلة الفردية منها للاختبارات بدرجات الأسئلة الزوجية، والجدول يلخص لنا النتائج للبيانات بطريقة التجزئة النصفية كما يلي:

جدول رقم(05): يمثل نتائج ثبات التجزئة النصفية للمقياس

معامل الثبات			S ²	\bar{X}	N	البنود	المتغير المقياس
طريقة التصحيح	بعد التصحيح	قبل التصحيح					
جوتمان	0.515	0.349	3.67	14.90	8	الفردية	الادارة الذاتية
			3.27	14.36	8	الزوجية	

من خلال الجدول رقم (05) المحصل عليه أعلاه نلاحظ أن:

- قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وصلت إلى 0.34 قبل التصحيح وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى 0.515 وهي قيمة عالية، والمقياس يتمتع بدلالة ثبات عالية تسمح باستخدامه وتناسب أغراض هذه الدراسة.

- الخصائص السيكومترية للمقياس الجودة:

بعد إستكمال إعداد المقياس قامنا بإتباع مجموعة من الطرق للتأكد من صلاحية المقياس على البيئة الجزائرية، بعد بتطبيق المقياس على أفراد عينة الدراسة، تمّ حساب معامل الصدق والثبات بعدة طرق هي:

أولاً- حساب صدق المقياس:

1- الصدق المقارنة الطرفية: Validity The comparison of extreme groups

تمّ الاعتماد لحساب صدق المقياس على الصدق التمييزي، حيث تمّ ترتيب الدرجات من الأدنى إلى الأعلى بحيث تم أخذ 27% من أعلى التوزيع و27% من درجات أدنى التوزيع فكان

عدد الأفراد (10) فردا، وبعد ذلك تمّ حساب (T) لمعرفة الفروق بين المجموعتين، وفيما يلي وصف للنتائج المحصل عليها:

جدول رقم(06): يمثل نتائج الصدق التمييزي للمقياس

المتغير المقاس	N	مجموعات المقارنة	\bar{X}	S ²	T	Df	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	16	المجموعة العليا	85.81	5.38	14.32	30	0.000 دال إحصائيا
	16	المجموعة الدنيا	57.06	5.96			

من خلال الجدول رقم (06) المحصل عليه أعلاه نلاحظ أنّ:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى العينة بناءً على المجموعات (العليا-الدنيا) لصالح المجموعة العليا بمتوسط حسابي بلغ 85.81 وهي قيمة أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا الذي بلغت 57.06؛ وقيمة (T) بلغت 14.32 عند درجة الحرية 30 بمستوى الدلالة الإحصائية (0.000) وهي قيمة عالية جدا؛ وبذلك تعطي هذه النتائج مؤشرا لصدق المقياس.

ثانيا - حساب ثبات المقياس:

-الثبات: Reliability

- ثبات المقياس بطريقة ألفا-كرونباخ *cronbach Alpha M*:

تم حساب معامل ثبات المقياس عن طريق المعامل ألفا-كرومباخ الذي يعتبر من أهم طرق حساب الثبات وأيضا لأنّ عدد البدائل بلغ خمسة بدائل وهو يعتمد على قياس الارتباطات المختلفة

الممكنة بين البنود وذلك بحساب قياسين كل بند على التباين الكلي للمقياس ثم حسابه بـ: *SPSS 27*، وفيما يلي وصف للنتائج المحصل عليها:

جدول رقم (07): يمثل نتائج ثبات ألفا كرونباخ للمقياس

المقياس	عدد البنود	N	\bar{X}	S ²	معامل الثبات ألفا- كرونباخ
جودة الحياة	26	60	72.33	11.66	0.837

من خلال الجدول رقم (07) المحصل عليه أعلاه نلاحظ أن:

- قيمة معامل الثبات ألفا-كرونباخ بلغت القيمة 0.837 تقريبا واحد عند متوسط حسابي بلغ القيمة 72.33؛ حيث بلغت نسبة تشتت العينة في مجتمعها 12%، بالتالي المقياس يتمتع بدلالة ثبات عالية تسمح باستخدامه وتناسب أغراض هذه الدراسة.

4.1- حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية Split-Half:

يتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الإختبار باستخدام معادلة سبيرمان براون (الإفتراض عن إستخدام هذه المعادلة تساوي تباين الدرجات على نصفي الإختبار- أي تجانس التباين وهذا شرط من شروط التكافؤ)، وتمت مقارنة درجات الأسئلة الفردية منها للاختبارات بدرجات الأسئلة الزوجية، والجدول يلخص لنا النتائج للبيانات بطريقة التجزئة النصفية كما يلي:

جدول رقم(08): يمثل نتائج ثبات التجزئة النصفية للمقياس

معامل الثبات			S ²	\bar{X}	N	البنود	المتغير المقياس
طريقة التصحيح	بعد التصحيح	قبل التصحيح					
جوتمان	0.782	0.644	5.97	37.43	13	الفردية	جودة الحياة
			6.41	37.96	13	الزوجية	

من خلال الجدول رقم (08) المحصل عليه أعلاه نلاحظ أنّ:

- قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وصلت إلى 0.64 قبل التصحيح وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى 0.782 وهي قيمة عالية، والمقياس يتمتع بدلالة ثبات عالية تسمح باستخدامه وتناسب أغراض هذه الدراسة.

6- الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الطالبتان على بعض الأساليب الإحصائية بهدف تسهيل عملية العرض والتحليل والتفسير وصولاً إلى نتائج الدراسة التي سنخرج بها ويمكن توضيحها كالتالي:
تطبيق مقياس النزعة المركزية المتمثلة في (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري) معامل بيرسون لحساب العلاقة .
ولقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال حزمة البرنامج الإحصائي في العلوم الاجتماعية .spss

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج

الدراسة الميدانية

الفصل الخامس عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية

- (1) عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة.
- (2) عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
- (3) عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية.
- (4) عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.
- (5) الاستنتاج العام.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نص الفرضية: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الادارة الذاتية وبين جودة الحياة لدى مرضى السكري"؛ وللتحقق من صحة فرضيتنا استخدمنا اختبار معامل الارتباط بيرسون (R) وذلك للتحقق من وجود علاقة بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الادارة الذاتية وجودة الحياة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (09): يمثل نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الادارة الذاتية وجودة الحياة

المتغيرات	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	R	Df	الدلالة الإحصائية
الادارة الذاتية	60	29.27	5.71	0.516	59	0.000 دال
جودة الحياة	60	72.33	11.66			إحصائياً

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أعلاه:

أن قيمة المتوسط الحسابي للإدارة الذاتية بلغت 29.27 وقيمة الانحراف المعياري بلغت 5.71 بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لجودة الحياة 72.33 وقيمة الانحراف المعياري بلغت 11.66 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط 0.516 عند درجة الحرية 59 وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى 0.000 مما يعني وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات الادارة الذاتية ودرجات جودة الحياة، وبالتالي نقبل الفرضية ككل.

مما يؤكد صحة الفرضية، أي " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الادارة الذاتية وبين جودة الحياة لدى مرضى السكري ".

وللتوضيح أكثر أين تم الارتباط قمنا بحساب ارتباط درجات جودة الحياة بدرجات أبعاد الادارة الذاتية والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (10): يمثل نتائج معامل الارتباط بيرسون بين جودة الحياة وأبعاد الارادة الذاتية

المتغيرات	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	R	Df	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	60	72.33	11.66	0.395	58	0.005 دال إحصائيا
ادارة الجلوكوز	60	11.30	2.61			
التحكم الغذائي	60	6.68	2.38	0.186	58	0.154 غير دال إحصائيا
النشاط البدني	60	3.86	2.78	0.072	58	0.583 غير دال إحصائيا
الرعاية الصحية	60	5.68	1.62	0.195	58	0.135 غير دال إحصائيا

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أعلاه:

بينما حسب أبعاد الادارة الذاتية:

- بلغت قيمة المتوسط الحسابي لبعء ادارة الجلوكوز 11.30 وقيمة الانحراف المعياري بلغت 2.61 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط 0.395 عند درجة الحرية 58 وهذه القيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.005 مما يعني وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات جودة الحياة ودرجات بعد ادارة الجلوكوز، وبالتالي نقبل الفرضية جزئيا.

- بلغت قيمة المتوسط الحسابي لبعء التحكم الغذائي 6.68 وقيمة الانحراف المعياري بلغت 2.38 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط 0.186 عند درجة الحرية 58 وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى 0.154 مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات ادرة الذات ودرجات بعء التحكم الغذائي، وبالتالي نرفض الفرضية جزئياً.

- بلغت قيمة المتوسط الحسابي لبعء النشاط البدني 3.86 وقيمة الانحراف المعياري بلغت 2.78 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط 0.072 عند درجة الحرية 58 وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى 0.583 مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات ادرة الذات ودرجات بعء النشاط البدني، وبالتالي نرفض الفرضية جزئياً.

- بلغت قيمة المتوسط الحسابي لبعء الرعاية الصحية 5.68 وقيمة الانحراف المعياري بلغت 1.62 بينما بلغت قيمة معامل الارتباط 0.195 عند درجة الحرية 58 وهذه القيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى 0.135 مما يعني عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين درجات ادرة الذات ودرجات بعء الرعاية الصحية، وبالتالي نرفض الفرضية جزئياً.

اختلفت النتائج مع نتائج دراسة سمراء، (2023) والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين الإدارة الذاتية للسكري وجودة الحياة المتعلقة بالسكري يمكن عزو هذه النتيجة "وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الإدارة الذاتية للسكري وجودة الحياة المتعلقة بالصحة". إلى أن ارتباط الإدارة الذاتية للسكري بجودة الحياة باعتبارها نظام حياة، حيث يقوم المريض بفحص نسبة السكر في الدم وممارسة الرياضة وتناول غذاء صحي مع القيام بالرعاية الصحية اللازمة، الأمر الذي يجعل المريض يتحكم في مرضه، وبالتالي يتجنب مضاعفاته ومنه تتحسن جودة حياته. تدخلات الإدارة الذاتية لتحسين جودة الحياة والأثر النفسي والاجتماعي لدى مرضى السكري من النوع الثاني. ان العلاقة الارتباطية ذات الدلالة الإحصائية بين الإدارة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني تشير إلى أن تحسين مهارات الإدارة الذاتية يمكن أن يؤدي إلى تحسين جودة الحياة لهؤلاء المرضى. الإدارة الذاتية الفعالة تشمل قدرة المرضى على مراقبة مستوى

السكر في الدم، اتباع نظام غذائي مناسب، ممارسة الرياضة، والالتزام بالأدوية الموصوفة. عندما يتمكن المرضى من تحقيق إدارة ذاتية فعالة، فإنهم غالباً ما يشعرون بالسيطرة على حالتهم الصحية، مما يقلل من التوتر والقلق المرتبطين بالمرض. هذا الشعور بالسيطرة يمكن أن يعزز الحالة النفسية والعاطفية للمرضى، مما ينعكس إيجابياً على جودة حياتهم. من الممكن أن تكون هناك عوامل أخرى تلعب دوراً أكبر في تحديد جودة الحياة لدى مرضى السكري. هذه العوامل قد تشمل الدعم العائلي، الحالة الاقتصادية، التفاوت في مستوى الرعاية الصحية، والأوضاع النفسية والاجتماعية.

تعد الإدارة الذاتية الفعالة الأسلوب المناسب، عن طريق إجراء تغييرات على نمط الحياة الصحي والتمكن من إدارة الأعراض والعلاج والمضاعفات. فالإدارة الذاتية للسكري لا تعني فقط إدارة الجوانب الطبية كتناول الأدوية، لكنها تمتد لأبعد من ذلك لتشمل التعديلات الانفعالية والاجتماعية التي يتعين على المرضى القيام بها للتعامل مع مرض السكري، حيث حددت الجمعية الأمريكية لمرضى السكري سبعة سلوكيات للرعاية الذاتية وهي: الأكل الصحي، النشاط البدني، مراقبة مستويات السكر في الدم، الالتزام بالأدوية الموصوفة، مهارات حل المشكلات، سلوكيات الحد من المخاطر والتكيف الصحي، وهي سلوكيات أساسية لإدارة مرض السكري، ودمج هذه الأنشطة في الروتين اليومي لمرضى السكري يعد أمر صعب للغاية، ويصعب الحفاظ عليه على المدى الطويل، إذ يتزايد الاهتمام بالحالة الصحية المتصورة أو تقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة *HRCOL* نظراً لأنه يمثل مكوناً مهماً وواحداً من أكثر الاستراتيجيات الفعالة لتقييم جودة الحياة، فالحالة الصحية للإنسان يمكن أن تؤثر بشكل كبير على تقييم المريض حسب مشاعره الذاتية المتصورة لحياته، وعلى قدرته على تنفيذ بعض الأنشطة، إضافة إلى الآثار السلبية للمرض والعلاج والعجز، الأمر الذي يؤثر في النهاية على تقييمه لجودة حياته.

بالإضافة إلى ذلك، الإدارة الذاتية الفعالة تقلل من احتمالية حدوث مضاعفات السكري، مما يساهم في تحسين الصحة العامة والرفاهية. بناءً على ذلك، تعزيز مهارات الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري يمكن أن يكون استراتيجية فعالة لتحسين جودة حياتهم بشكل عام.

إلا أنه يمكن إرجاع الأمر إلى التثقيف الصحي حول أساسيات التحكم الجيد في نسبة السكر في الدم، إلى جانب اعتماد نمط حياة صحي في المجتمع الجزائري سواء من ناحية التغذية أو ممارسة النشاط البدني كالمشي. خاصة أن الكثيرين منهم التقينا بهم في العيادات الخاصة وهذا دليل أنهم يقومون بالمتابعة الدورية للتثقيف وأخذ رأي الطبيب فيما يخص مرضه وهذا ما يؤدي الى تحسين مستوى جودة حياتهم حسب رأي الطالبتين

قد يعود الارتباط بين أبعاد الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري وجودة الحياة إلى خصائص عينة الدراسة، حيث يعتمد المرضى على عدة أبعاد من الإدارة الذاتية في إدارة مرضهم. أيضاً، يعود ذلك إلى سن العينة، حيث نجد أن أكبر عدد من المستجيبين تتراوح أعمارهم بين 53 و66 سنة، مما يشكل 43.3% من إجمالي العينة، مقارنة بالفئة العمرية الأقل شيوعاً التي تقل عن 37 عاماً بنسبة 13.3%.

يمكن أن يعود الارتباط بين المتغيرين إلى سن وثقافة العينة حول الإدارة الذاتية، حيث أن أغلب المستجيبين تجاوزوا سن الخمسين. قد يكون مصطلح الإدارة الذاتية جديداً في ميدان الصحة، ولم تترسخ مهاراتها وأهميتها بعد في محيط العينة، مما يعزز العلاقة بين الإدارة الذاتية وجودة الحياة.

قد يكون الارتباط بين أبعاد الإدارة الذاتية وجودة الحياة ناتجاً عن صدق الاستجابات على المقاييس، حيث وجدنا توافقاً في الاستجابات بين عبارات المقاييس. على سبيل المثال، إذا كانت ميول المستجيب في مقياس الإدارة الذاتية نحو البعد الداخلي، مثل اختيار الطعام الذي يساعد في تحقيق مستوى السكر المثالي في الدم، نجد توافقاً في استجابة المريض على مقياس جودة الحياة، مما يشير إلى اتفاق بين الاستجابتين.

إضافة إلى ذلك، فإن مفهوم الإدارة الذاتية يركز على كيفية إدارة مرض السكري وتعلم مهارات التعايش معه، بينما يعبر مفهوم جودة الحياة عن معتقدات الفرد حول حياته ومدى رضاه عنها. لذا

يمكن أن يكون هناك ارتباط بين المفهومين نظراً لأن الإدارة الذاتية الجيدة تؤدي إلى تحسين جودة الحياة.

فالإدارة الذاتية المكثفة للسكري جزءاً لا يتجزأ من مناهج الرعاية الصحية، حيث يتم تعليم مرضى السكري كيفية إدارة مرضهم وتحمل المسؤولية، وتجنب مضاعفات المرض. يمكن عزو هذه النتيجة إلى طبيعة مرض السكري الذي يتطلب مراجعة اختصاصيين بشكل دوري، وتتبع نظام غذائي صحي، مما يعزز التزام المرضى بالإدارة الذاتية وتحسين جودة حياتهم.

يمكن إرجاع الأمر أيضاً إلى زيادة الوعي الصحي حول طبيعة مرض السكري، حيث يتطلب المرض دراية كبيرة حول هذا المرض الشائع في المجتمع الجزائري. يمكن أن يؤدي زيادة الوعي إلى تعزيز التزام المرضى بسلوكيات الإدارة الذاتية وتحسين جودة حياتهم.

كذلك، يعد السكري مرضاً يتسبب بالكثير من المتاعب ولا يتناسب مع روتين حياة العديد من المرضى، مما يجعلهم يجدون دافعاً أكبر لاتباع التوجيهات الصحية والإرشادات الطبية لتحسين جودة حياتهم.

علاوة على ذلك، يمكن أن تؤثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع الجزائري على قدرة المرضى على الوصول إلى الرعاية الصحية المناسبة. قد يواجه بعض المرضى تحديات مالية تحول دون قدرتهم على شراء الأدوية اللازمة أو الوصول إلى الرعاية الطبية المنتظمة، مما يؤثر على جودة حياتهم.

ويمكن القول أيضاً أن الدعم النفسي والاجتماعي من قبل الأسرة والمجتمع يلعب دوراً هاماً في تحفيز المرضى على الالتزام بسلوكيات الإدارة الذاتية، مما يعزز جودة حياتهم. نقص هذا الدعم قد يؤدي إلى شعور المرضى بالإحباط والعجز عن متابعة الخطة العلاجية بشكل فعال.

بالإضافة إلى ذلك يمكن للتقدم التكنولوجي يمكن أن يساهم في تحسين إدارة مرض السكري. توفير تطبيقات الهواتف الذكية والأجهزة القابلة للارتداء التي تساعد في تتبع مستويات السكر والنظام الغذائي يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على التزام المرضى وتحسين جودة حياتهم.

- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نص الفرضية "مستوى الإدارة الذاتية لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط".
وللتحقق من صحة فرضيتنا استخدمنا اختبار "ت" للمجموعة الواحدة (T-test) كما تم حساب المتوسط والانحراف المعياري لمستوى الإدارة الذاتية حسب المستويات الثلاثة التالية: قيم المتوسط من [0-16] تمثل مستوى منخفض، وقيم المتوسط من [16-32] تمثل مستوى مرتفع، وأن قيمة المتوسط الفرضي قدرت بـ 24 تم حسابها من مجموع البدائل تقسيم عددهم ضرب عدد البنود "0+1+2+3=4 = 1.5 * 16 = 24"، وفيما يلي عرض للنتائج في الجدول الموالي الذي يوضح ذلك:

جدول رقم(11): يمثل نتائج اختبار (T) لمستوى الإدارة الذاتية

المتغيرات	N	المتوسط الحسابي	\bar{X}_0	الانحراف المعياري	T	Df	الدلالة الإحصائية
الإدارة الذاتية	60	27.53	24	5.44	5.024	59	0.000 دال إحصائياً

نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) المحصل عليه أن:

- قيمة (T) بلغت 5.024 عند درجة الحرية 59 بمستوى دلالة 0.000 وهو دال إحصائياً وبلغ متوسطهم الحسابي القيمة 27.53 بانحراف معياري قدر بـ 5.44 وبلغ المتوسط الحسابي الفرضي القيمة 24 وكانت الفروق لصالح المتوسط الحسابي للدراسة وكلا القيمتين تقع

ضمن المستوى المتوسط من [16-32] بالتالي تحققت الفرضية وهذا يدل على مستوى متوسط للإدارة الذاتية؛ أي تحققت الفرضية القائلة بأن "مستوى الإدارة الذاتية لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط" ونقبلها.

ولقد تبين أن مرض السكري من النوع الثاني لديهم مستوى متوسط من الإدارة الذاتية. وهاته النتيجة مخالفة لدراسة احلام (2022) والتي توصلت إلى مستوى منخفض من الإدارة الذاتية. وتطابقت النتيجة مع دراسة سمراء (2022) التي توصلت وجود متوسط من الإدارة الذاتية للسكري .

يمكن عزو هذه النتيجة الى ان مستوى الإدارة الذاتية المتوسط لدى مرضى السكري من النوع الثاني يعكس قدرة محدودة على التعامل مع متطلبات إدارة المرض بشكل فعال ومستدام. هؤلاء المرضى قد يمتلكون بعض المعرفة والمهارات الأساسية لإدارة حالتهم، مثل مراقبة مستوى السكر في الدم واتباع نظام غذائي صحي إلى حد ما، لكنهم يفتقرون إلى الانضباط الكامل أو الموارد اللازمة لتحقيق إدارة مثلى. هذا المستوى من الإدارة الذاتية قد يؤدي إلى تذبذب في مستويات السكر في الدم، مما يزيد من خطر التعرض لمضاعفات السكري على المدى الطويل. بالإضافة إلى ذلك، قد يشعر المرضى بالإرهاق أو الإحباط بسبب الصعوبات المستمرة في السيطرة على حالتهم الصحية، مما قد يؤثر سلباً على حالتهم النفسية والدافعية. لتحسين إدارة الذاتية لدى هؤلاء المرضى، من الضروري توفير دعم تعليمي وصحي مكثف، بالإضافة إلى تعزيز الدعم الاجتماعي والنفسي لتمكينهم من تحقيق إدارة أفضل لحالتهم الصحية والعيش بجودة حياة أعلى.

باختصار، يظهر أن مستوى الإدارة الذاتية بين مرضى السكري من النوع الثاني يتأثر بشكل كبير بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية، مما يؤدي إلى فروقات كبيرة بين الفئات المختلفة، يشير التباين الكبير بين المجموعات إلى وجود فروقات واضحة في مستويات الإدارة الذاتية بين الفئات المختلفة، مما يعكس تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية على مهارات

الإدارة الذاتية. أما التباين داخل المجموعات فيشير إلى وجود تباين فردي داخل كل فئة، وهو أمر متوقع حيث تختلف مهارات الإدارة الذاتية بين الأفراد حتى ضمن نفس الفئة.

الأفراد الذين ينتمون لفئة ذات الإدارة الذاتية المنخفضة قد يعانون من مشكلات اقتصادية أو اجتماعية تؤثر على قدرتهم على إدارة حياتهم بشكل فعال، وقد يكون لديهم فرص أقل للوصول إلى تعليم جيد أو تدريب مناسب. الفئة ذات الإدارة الذاتية المتوسطة تضم الأفراد الذين قد يكون لديهم مستوى تعليم متوسط يوفر لهم بعض المهارات الأساسية في الإدارة الذاتية، لكنهم قد يحتاجون إلى المزيد من الدعم لتطوير هذه المهارات. أما الفئة ذات الإدارة الذاتية العالية فتكون غالباً بين الأفراد الذين لديهم وصول جيد إلى الموارد التعليمية والمهنية، مما يتيح لهم فرصاً أفضل للتعلم والتدريب على مهارات الإدارة الذاتية، مما ينعكس إيجابياً على حياتهم الشخصية والمهنية.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأنها ناتجة عن عدم فهم المرضى لمرضهم ونقص في المعلومات التي يتلقونها، مما يؤدي إلى عدم انخراطهم في سلوكيات الإدارة الذاتية مثل التمارين الرياضية والنظام الغذائي الصحي، وبالتالي تؤدي إلى نتائج صحية سلبية. لذا، يجب التأكيد على أهمية النشاط البدني كأحد سلوكيات الإدارة الذاتية الفعالة، حيث أبلغ معظم أفراد العينة عن عدم ممارسة النشاطات البدنية باستثناء المشي، وعدم الالتزام بالحمية الغذائية والرياضة. قد يكون هذا نتيجة للبيئة الاجتماعية التي تفتقر إلى ثقافة الرياضة، خاصة لدى النساء.

تعتبر المهمة الرئيسية للإدارة الذاتية مسؤولية المريض أولاً، ثم الطبيب. يساهم الطبيب في مساعدة المرضى على إدارة أنفسهم بنجاح واختيار السلوكيات الصحية والحفاظ عليها من خلال التركيز على العلاقة التعاونية بين المريض ومقدمي الرعاية الصحية. يتم تفعيل المرضى لتحمل مسؤولية إدارة مرضهم، مما يزيد من فعاليتهم وثقتهم تجاه المرض. ومن المهارات الداعمة والأساسية للإدارة الذاتية هي حل المشكلات، التي تتضمن تحديد المشكلة واقتراح الحلول الممكنة، مما يمكن الأفراد المصابين بداء السكري من إدارة أوضاعهم وظروفهم بشكل أكثر نجاحاً.

يشمل توعية المرضى من قبل الأطباء تزويدهم بمعلومات جديدة وتعليمهم مهارات محددة تتعلق بالمرض، مثل كيفية مراقبة مستويات الجلوكوز في الدم وما يجب فعله في حالة حدوث موقف معين. الأهم في ذلك هو دعم المريض للحفاظ على حياته واستعادة الصحة والرفاهية للحد من الآثار السلبية لهذا المرض. كما يُعد التزام واستعداد المريض لتغيير السلوك عنصراً لا يتجزأ من أي برنامج تعليمي، حيث تساهم مشاركة المريض الفعالة في هذه العملية التعليمية في تحقيق نتائج صحية إيجابية.

المريض الذي يتمكن من إدارة مرضه بشكل جيد يقلل من العبء الكبير على نظم الرعاية الصحية. ويمكننا تفسير هذه النتائج بثقافة العينة، حيث يساهم قلة النشاط البدني في زيادة السمنة، مما يؤدي إلى أضرار صحية مثل داء السكري.

- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نص الفرضية "مستوى جودة لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط".

وللتحقق من صحة فرضيتنا استخدمنا اختبار "ت" للمجموعة الواحدة (T-test) تم حساب المتوسط والانحراف المعياري لمستوى جودة الحياة حسب المستويات الثلاث التالية: قيم المتوسط من [61-26] تمثل مستوى منخفض، وقيم المتوسط من [95-61] تمثل مستوى متوسط، قيم المتوسط من [180-95] تمثل مستوى مرتفع، وأن قيمة المتوسط الفرضي قدرت بـ 78 تم حسابها متوسط البدائل ضرب عدد البنود "0+1+2+3=4" $26 * 3 = 78$ ، وفيما يلي عرض للنتائج في الجدول الموالي الذي يوضح ذلك:

جدول رقم(12): يمثل نتائج اختبار (T) لمستوى جودة الحياة

المتغيرات	N	المتوسط الحسابي	\bar{X}_0	الانحراف المعياري	T	Df	الدلالة الإحصائية
جودة الحياة	60	72.33	78	11.66	3.764	59	0.000 دال إحصائياً

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) المحصل عليه أنّ:

-قيمة (T) بلغت 3.764 عند درجة الحرية 59 بمستوى دلالة 0.000 وهو دال إحصائياً وبلغ متوسطهم الحسابي القيمة 72.33 بانحراف معياري قدر بـ 11.66 وبلغ المتوسط الحسابي الفرضي القيمة 78 وكانت الفروق لصالح المتوسط الفرضي المحسوب وكلا القيمتين تقع ضمن المستوى المتوسط من [61-95] بالتالي تحققت الفرضية وهذا يدل على مستوى متوسط لجودة الحياة؛ أي تحققت الفرضية القائلة بأنّ "مستوى جودة الحياة لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط" ونقبلها.

في الدراسات السابقة لا توجد دراسة مطابقة لهذه النتائج.

يمكن عزو هذه النتيجة الى ان مستوى جودة الحياة المتوسط لدى مرضى السكري من النوع الثاني يعكس حالة من التوازن الهش بين التحديات الصحية والقدرة على التكيف معها. هؤلاء المرضى غالباً ما يواجهون صعوبات مستمرة في إدارة مرضهم بسبب الموارد المحدودة والدعم الاجتماعي المتفاوت. على الرغم من أنهم قد يكونون قادرين على تحقيق بعض النجاحات في إدارة السكري، إلا أن نقص التنشيط الصحي والعوامل النفسية السلبية، مثل القلق والاكتئاب، يمكن أن يعوق تحسين جودة حياتهم. من ناحية أخرى، يمكن أن يؤدي وجود شبكة دعم اجتماعي متواضعة إلى تقديم بعض الدعم النفسي والعاطفي الذي يساهم في تحسين حالتهم إلى حد ما. وبالتالي، يعكس

مستوى جودة الحياة المتوسط توازنًا بين الإيجابيات والسلبيات التي يواجهها هؤلاء المرضى، مما يجعلهم في وضع يتطلب دعمًا وتعليمًا مستمرين لتعزيز إدارة مرضهم وتحسين جودة حياتهم.

باختصار، يظهر أن مستوى جودة الحياة بين مرضى السكري من النوع الثاني يتأثر بشكل كبير بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية، مما يؤدي إلى فروقات كبيرة بين الفئات المختلفة. الفرضية القائلة بأن مستوى جودة الحياة متوسط قد لا تعكس التعقيد الكامل للواقع الاجتماعي والاقتصادي الذي يؤثر على حياة المرضى.

التباين الكبير بين المجموعات يشير إلى وجود اختلافات واضحة في جودة الحياة بين الفئات المختلفة، مما يعكس تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية مثل الدخل، التعليم، الفرص الوظيفية، والوصول إلى الخدمات الصحية.

الأفراد في الفئة ذات جودة الحياة المنخفضة قد يعانون من مشكلات اقتصادية مثل البطالة أو الدخل المنخفض، مما يؤثر سلبًا على جودة حياتهم. بينما تشمل الفئة ذات جودة الحياة المتوسطة أفرادًا لديهم تعليم متوسط، مما يوفر لهم فرص عمل أفضل مقارنة بالفئة ذات جودة الحياة المنخفضة، لكنهم قد لا يتمتعون بنفس مستوى الرفاهية كالفئة ذات جودة الحياة العالية. أما الأفراد في الفئة ذات جودة الحياة العالية، فقد يكون لديهم وصول أفضل إلى الخدمات الصحية والتعليمية، مما يعزز من جودة حياتهم.

جودة الحياة ليست مقتصرة على الأغنياء والقادرين، بل يمكن لأي فرد أن يعيش حياة ذات جودة عالية باتباع مجموعة من النصائح البسيطة. تعتبر جودة الحياة مفهومًا شاملاً يمتد ليشمل ليس فقط الوضع المالي، بل أيضًا الحالة النفسية والاجتماعية والصحية للفرد. وقد أظهرت الدراسات أن اتباع بعض العادات الصحية والأنشطة الاجتماعية يمكن أن يحسن بشكل كبير من جودة الحياة والشعور بالسعادة والرضا.

النشاط البدني، مثل المشي نصف ساعة يوميًا، يمكن أن يرفع من جودة الحياة، حيث يساهم النشاط البدني المنتظم في تحسين الصحة البدنية والنفسية، من خلال تقليل التوتر، وتحسين المزاج،

وزيادة مستويات الطاقة. كذلك، الحديث عن المشاكل والمشاكل الحياتية يمكن أن يكون له تأثير إيجابي كبير على الصحة النفسية، حيث يساعد التعبير عن المشاعر والتحديات في تخفيف العبء النفسي والضغط.

تعلّم هوايات جديدة يمكن أن يضيف معنى وهدفًا جديدًا لحياة الفرد، ويساهم في تحسين الحالة المزاجية وتوفير فرص للتفاعل الاجتماعي. كما أن العيش في محيط اجتماعي صحي وداعم يعتبر من أهم العوامل المؤثرة على جودة الحياة، حيث يشعر الأشخاص الذين يعيشون في بيئات اجتماعية داعمة بالسعادة والرضا بشكل أكبر. بالإضافة إلى ذلك، تعلم تقنيات الاسترخاء والتأمل يمكن أن يساعد في إدارة التوتر وتحسين الحالة النفسية بشكل عام.

من خلال تحليل ردود أفراد العينة، تبين أن الكثير منهم أبدوا ردودًا إيجابية حول مختلف جوانب حياتهم عند اتباعهم النصائح المذكورة. ومع ذلك، عبر بعض الأشخاص عن علاقاتهم الاجتماعية السيئة، مما أثر سلبًا على جودة حياتهم وشعورهم بالسعادة. هذا يشير إلى أن العوامل المادية والنفسية تلعب دورًا كبيرًا في تحديد مدى جودة حياة الأفراد.

الدراسة التي تناولت العوامل المتعددة مثل التغذية، النشاط البدني، الدعم الاجتماعي، الحالة النفسية، والخطط المستقبلية، أظهرت بوضوح أن هذه العوامل مجتمعة تؤدي إلى تحسين مستوى الشعور بجودة الحياة. ومن هنا، يتضح أن جودة الحياة ليست حكرًا على الأغنياء والقادرين، بل يمكن تحقيقها من قبل أي شخص باتباع مجموعة من الممارسات اليومية الصحية والمفيدة.

الاستنتاج العام:

يعتبر داء السكري من الأمراض المزمنة التي تتخذ منحى خطير في الانتشار. كما أن مضاعفاته تؤدي إلى العجز بدرجات متفاوتة مع انخفاض معدل البقاء وارتفاع التكاليف المالية التي تتفهمها نظم الرعاية الصحية. يتوقع في السنوات القليلة القادمة أن يرتفع عدد المرضى بالسكري كنتيجة لنمط الحياة الذي يتبناه الأفراد في ظل التطور التكنولوجي فالمرضى في هذه الفئة غالباً ما يكون لديهم موارد اقتصادية أفضل تتيح لهم الوصول إلى رعاية صحية عالية الجودة، بالإضافة إلى دعم اجتماعي قوي من العائلة والأصدقاء. هذا الدعم يمكن أن يتجلى في المساعدة في الأنشطة اليومية، وتوفير الموارد اللازمة لإدارة مرضهم بفعالية كما أن المرضى قد يكون لديهم وصول أفضل إلى الموارد الصحية والتعليمية، مثل المراكز الصحية، الأطباء المتخصصين، والبرامج التثقيفية. الدعم الاجتماعي من العائلة والأصدقاء أيضاً قد يكون أكبر، مما يعزز قدرتهم على الإدارة الذاتية. المرضى ذوو جودة الحياة العالية غالباً ما يكون لديهم مستوى تعليمي أعلى ومعرفة أوسع بطرق إدارة مرض السكري كذلك التثقيف الصحي يلعب دوراً كبيراً في تحسين جودة الحياة من خلال تمكين المرضى من اتخاذ قرارات صحية واعية، والفئات ذات المستوى المرتفع من الإدارة الذاتية قد تكون أكثر تعليماً ووعياً بأهمية الإدارة الذاتية للسكري. قد يكون لديهم أيضاً ثقافة صحية أقوى تشجع على الرعاية الذاتية والوقاية. وبهذا يكون لديهم حالة نفسية أفضل، مع توقعات إيجابية تجاه حياتهم وصحتهم. الدوافع النفسية القوية تساعدهم على الالتزام بخطط العلاج والنظام الغذائي الصحي. ولديهم دوافع نفسية قوية وأهداف واضحة لتحسين صحتهم، بالإضافة إلى عادات صحية جيدة مثل ممارسة الرياضة واتباع نظام غذائي صحي. وهذا ما تبين في هذه الدراسة حيث توصلت إلى:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الإدارة الذاتية وبين جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني
- مستوى الإدارة الذاتية لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط.
- مستوى جودة الحياة لمرضى السكري من النوع الثاني متوسط.

الخاتمة

الخاتمة

في هذه الدراسة، استهدفنا عينة من مرضى السكري لفحص العلاقة بين مستوى الإدارة الذاتية لديهم وجودة حياتهم، وكيفية التعامل مع المرض دون تأثير سلبي على نوعية حياتهم. وبالرغم من أهمية الإدارة الذاتية في تحسين حالة مرضى السكري، إلا أن العينة الدراسية لم تظهر انضباطاً جيداً في إدارة المرض، حيث لم يلتزم الكثيرون بنظام غذائي صحي محدد ولم يمارسوا الرياضة بانتظام، وهما عنصران أساسيان في علاج السكري. هذا يشير إلى وجود نقص في مستوى الإدارة الذاتية، مما يمكن أن يؤدي إلى تدهور الصحة النفسية والبدنية للمرضى وتفاقم مضاعفات المرض وفي الختام، يجدر بنا التأكيد على أهمية تعلم وتطوير مهارة الإدارة الذاتية، فهي تسهم بشكل كبير في نجاح عمليات العلاج وتحسين جودة حياة المرضى. لذا، ينبغي دراسة هذا المفهوم في جميع المراكز الصحية والمؤسسات الطبية لرفع الوعي به وتحقيق تحسينات في تجربة المريض. بالإضافة إلى ذلك، فإن مهارة تحمل المسؤولية تلعب دوراً هاماً في تعديل سلوكيات المريض وتوعيته بأخطائه، مما يمكنه من التعايش بشكل أفضل مع حالته، وخاصة في حالات مثل مرض السكري، شريطة أن يكون المريض على دراية بطبيعة مرضه ومتعلماً حول كيفية التعامل معه بشكل فعال.

وبناء على ما سبق يمكننا تقديم بعض الاقتراحات والتي نوجزها في:

* وضع برامج تحسيسية حول إدارة الذات وتحسين جودة الحياة والتطرق إلى متغيرات أخرى تعلق بجودة الحياة لهذه العينة.



قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

- أسامة محمود حمدان، 2018، فاعلية برنامج علاج وظيفي لتحسين إدارة الذات لذوي الإعاقة الحركية في قطاع غزة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة (فلسطين).
- بدح احمد، مزاهرة ايمن، بدران زين، 2009، الثقافة الصحية، عمان، ط1، دار الميسرة.
- بوعيشة امال، 2013، جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر، دراسة ميدانية بلدية براقى دائرة الحراش الجزائر العاصمة، مذكرة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة بسكرة.
- خطاطية يحي مبارك، 2019، مهارات ادارة الذات وعلاقتها بالرفاهية النفسية لدى طلبة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، العدد 54، السعودية.
- سناء عبد الزهرة، حميد الجمعان، 2019، الانفتاح على الخبرة وعلاقته بإدارة الذات لدى طلبة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بن سعود الإسلامية، العدد 54، السعودية.
- سناء عبد الزهرة، حميد الجمعان، 2019، الانفتاح على الخبرة وعلاقته بإدارة الذات لدى طلبة الجامعة، مجلة وميض، جامعة البصرة (لبنان)، المجلد 5
- سناء عبد الزهرة، حميد الجمعان، بدون سنة، الانفتاح على الخبرة وعلاقته بإدارة الذات لدى طلبة الجامعة، كلية التربية للعلوم الانسانية، قسم الارشاد النفسي والتوجيه التربوي، جامعة البصرة.
- سمية حنون، 2023، المتسلسل الممتع والدافع المحفز لفك عقدة المنهجية موجة للطلبة المقبلين على اجتياز مسابقة الدكتوراه تخصصات علم النفس وعلوم التربية، الجزائر(برج بوعيريج)، ط1، دار خيال للنشر والترجمة.
- شيلي تايلور، 2008، علم النفس الصحي، تروسام درويش، عمان (الأردن)، ط1، دار العامل للنشر والتوزيع.

- عبد العزيز قوصي، 1952، أسس الصحة النفسية، القاهرة، ط4، مكتبة النهضة المصرية.
- عبد المجيد بن صالح حمد المضي، بدون سنة، جودة الحياة وعلاقتها بالأمل ومفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين بمدينة الرياض، رسالة مقدمة لقسم علم النفس لنيل درجة الماجستير في علم النفس، جامعة الامام بن سعود الاسلامية.
- عبيد عائشة بيه، بدون سنة، جودة الحياة وسبل، المجلة تاريخ العلوم، العدد السادس، جامعة باتنة.
- عصام عبد اللطيف، 2015، التخطيط الاستراتيجي وإدارة الذات، مدينة نصر (القاهرة)، ط1، نيو لينك للنشر والتدريب.
- فاطيمة حمزة، 2018، المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى العاملات بالقطاع الصحي، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث تخصص الصحة النفسية، جامعة الاغواط.
- فواطيمة محمد، 2017، الاتصال التنظيمي وتأثيره على جودة الحياة لدى معلمي التعليم الابتدائي، دراسة ميدانية ببعض المدارس التعليم الابتدائي بولاية مستغانم، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس تخصص علم نفس عمل والصحة العقلية، جامعة مستغانم.
- فواطمية محمد، بدون سنة، التوجهات النظرية لجودة الحياة، كلية العلوم الاجتماعية، شعبة علم النفس، جامعة مستغانم.
- ماسية جمال فرغلي، 2019، فعالية ممارسة استراتيجية إدارة الذات في خدمة الفرد لتنمية مؤشرات الحكمة العلمية، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم (مصر)، العدد 16.
- محمد كاظم جاسم الجيزاني، نظيمة أحمد الجاف، 2019، إدارة الذات وعلاقتها بأنماط الضبط الصفي لدى معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية، مجلة الفتح، كلية القلم الجامعة كركوك، العدد 80ص38.

- مريم دحماني، 2020، جودة الحياة لدى تلاميذ الثانوية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، المجلد 12(04).
- مسعودي امحمد، 2015، بحوث جودة الحياة في العالم العربي دراسة تحليلية، جامعة وهران، العدد 20.
- نبيه إبراهيم إسماعيل، 2001، عوامل الصحة النفسية السليمة، مصر، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع.
- نعيمة بوعامر، 2021، جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى امهات اطفال التوحد، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس العيادي، جامعة غرداية.
- هاجر عايض محمد الخلقي، 2022، جودة الحياة لدى الأبناء، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة المنصورة، المجلد التاسع، العدد الثاني.
- هبة محمد محمود احمد، 2013، اثر ادارة الذات على عملية اتخاذ القرارات لدى موظفي الإدارة العليا في الجامعة الإسلامية، دراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة.
- British diabetes sociétés (2012) self-management of diabetes in hospital-(UK).
- David Phillips ،Quality of life – Concepts, policy and practice (book) ،A Database of Abstracts of scientific papers – Quality of life. INVESTIS DO ROZVOJE. European Union.
- LEHAMA Houria ،AIT GUENI SAID Naima ، 2021 ،The Quality of life and Positive Psychology ،Lounici Ali Blida 2 university ،Folder 11 ،The number 02 .
- Shefali Diana(2018) Éducation sur l'autogestion et encadrement canadien journal of diabetes canada.
- Fatimah pouladi (2018) diabetes knowledge ،self efficacy...diabetes self-management affecting type2...-case western reserve university - (Qatar) .

الملاحق

الملاحق

استبيان الإدارة الذاتية للسكري DSMQ

من فضلك أجب على العبارات التالية بوضع (X) أمام الاختيار المناسب. مع العلم أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.

لا ينطبق علي نهائياً	ينطبق علي بعض الشيء	ينطبق علي بدرجة معقولة	ينطبق علي بدرجة كبيرة	العبارة
				أنا أفحص نسبة السكر في الدم برعاية واهتمام
				الطعام الذي أختار تناوله يسهل علي تحقيق مستوى السكر المثالي في الدم
				أنا أحافظ على جميع مواعيد الأطباء الموصى بها لعلاج السكر
				أنا أخذ أدوية السكر (مثل أنسولين، كبسولات) حسب وصفة الطبيب
				أنا أحياناً أكل الكثير من الحلويات وغيرها من الأطعمة الغنية بالكربوهيدرات (النشويات)
				أنا أسجل نسبة السكر في الدم بشكل منتظم
				أنا أميل إلى تجنب مواعيدي الخاصة بטיפול السكر

الملاحق

				أنا أمارس النشاط البدني (الرياضة) بشكل منتظم لتحقيق مستوى السكر المثالي في الدم
				أنا أتابع بدقة التوصيات الغذائية التي أعطاها لي طبيب السكر
				أنا لا أفحص نسبة السكر في الدم بمعدل كافي كما يجب للسيطرة الجيدة على نسبة السكر في الدم
				أنا أتجنب النشاط البدني (رياضة)، على الرغم من أنه يحسن السكري
				أنا أميل إلى نسيان أو تخطي أخذ أدوية السكر (مثل أنسولين، كبسولات)
				في بعض الأحيان أنا أفرط في الأكل أكثر من المعتاد (ليس بسبب نقص السكر في الدم)
				بالنسبة لرعايتي لمرض السكري، يجب علي مراجعة الطبيب المختص مرات أكثر
				أنا أميل إلى تخطي النشاط البدني (رياضة) الذي يتبع خطة في الأداء
				رعايتي الذاتية لمرض السكر ضعيفة (سيئة)

مقياس جودة الحياة (WOHQOL-BREF)

الجنس:

السن:

المستوى التعليمي:

الوضع الاجتماعية (متزوج (ة) / غير متزوج(ة)):

التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات تهدف إلى معرفة نظرك واتجاهك نحو جودة الحياة التي تعيشها وصحتك وغير ذلك من مجالات الحياة، لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا أو اختيار البديل الذي يناسبك أكثر بوضع علامة (X) مع الإجابة على جميع الأسئلة:

	سيئة جدا	سيئة	ليست سيئة وليست جيدة	جيدة	جيدة جدا
1					ما هو تقييمك لجودة حياتك؟
	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
2					ما مدى رضاك عن صحتك؟

	لا إطلاقا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	كثيرًا جدا
3					إلى أي درجة تمتعك حالتك الصحية من أداء ما أنت بحاجة إلى القيام به
4					إلى أي درجة أنت بحاجة لعلاج طبي لتأدية نشاطاتك اليومية
5					إلى أي درجة تستمتعين بحياتك؟
6					إلى أي درجة تشعرين أن لحياتك معنى
	ضعيفة جدا	ضعيفة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
7					ما درجة قدرتك على التركيز؟
8					ما درجة شعورك بالأمان في حياتك اليومية؟
9					إلى أي درجة تعد بيئتك المادية بيئة صحية

الملاحق

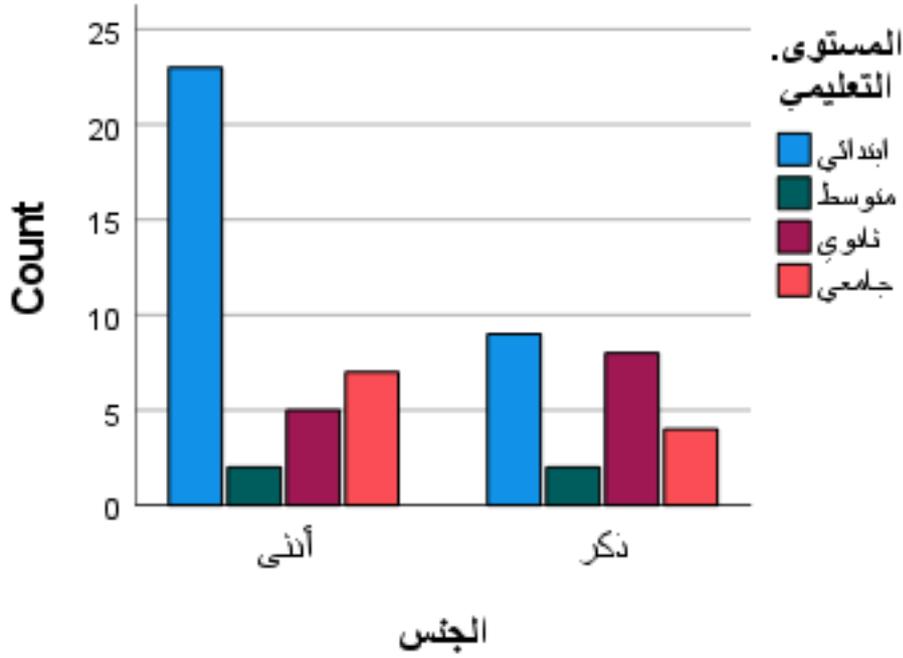
	لا إطلاقا	قليلا	بقدر متوسط	كثيرا	تماما
10					هل لديك الطاقة الكافية لأداء مهامك اليومية؟
11					هل لديك القدرة على تقبل مظهرك الجسماني؟
12					هل لديك المال الكاف لقضاء احتياجاتك؟
13					هل تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟
14					إلى أي مدى لديك الفرصة للقيام بالأنشطة الترفيهية
	سيئة جدا	سيئة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
15					ما مدى قدرتك على التنقل؟
	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
16					ما مدى رضاك عن نومك؟
17					ما مدى رضاك عن قدراتك على أداء أنشطتك اليومية؟
18					ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟
19					ما مدى رضاك عن ذاتك؟
20					ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟
21					ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟
22					ما مدى رضاك عن الدعم المقدم من أصدقائك؟
23					ما مدى رضاك عن ظروف معيشتك (المكان)؟
24					ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة لك؟
25					ما مدى رضاك عن المواصلات المتاحة لك (وسائل النقل)؟
	أبدا	نادرا	غالبا	في كثير من الأحيان	دائما
26					في الأيام القليلة السابقة هل انتابتك مشاعر سلبية كالمزاج السيئ أو القلق أو اليأس أو الاكتئاب

الملاحق

Crosstabulation التعليمي.المستوى * الجنس

			التعليمي.المستوى				Total
			ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	
الجنس	ذكر	Count	9	2	8	4	23
		% of Total	15.0%	3.3%	13.3%	6.7%	38.3%
	أنثى	Count	23	2	5	7	37
		% of Total	38.3%	3.3%	8.3%	11.7%	61.7%
Total		Count	32	4	13	11	60
		% of Total	53.3%	6.7%	21.7%	18.3%	100.0%

Bar Chart

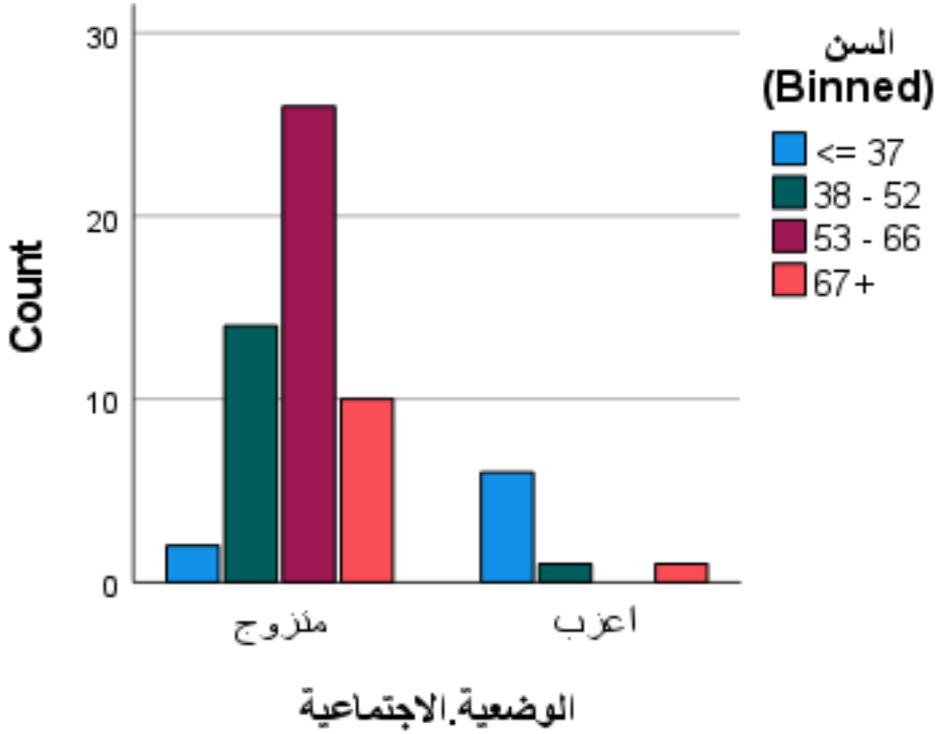


الملاحق

الاجتماعية.الوضعية * السن (Binned) Crosstabulation

			السن (Binned)				Total
			<= 37	38 - 52	53 - 66	67+	
الاجتماعية.الوضعية	اعزب	Count	6	1	0	1	8
		% of Total	10.0%	1.7%	0.0%	1.7%	13.3%
	متزوج	Count	2	14	26	10	52
		% of Total	3.3%	23.3%	43.3%	16.7%	86.7%
Total		Count	8	15	26	11	60
		% of Total	13.3%	25.0%	43.3%	18.3%	100.0%

Bar Chart



Descriptives

الحياة. جودة

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
منخفض مستوى "26_61"	6	56.50	3.146	1.285	53.20	59.80	51	60
متوسط مستوى "61_95"	52	76.73	9.058	1.256	74.21	79.25	61	95
مستوى مرتفع "96_180"	2	97.50	.707	.500	91.15	103.85	97	98
Total	60	75.40	11.234	1.450	72.50	78.30	51	98

ANOVA

الحياة. جودة

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3212.169	2	1606.085	21.621	.000
Within Groups	4234.231	57	74.285		
Total	7446.400	59			

Descriptives

الذاتية. الإدارة

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
"0_16" منخفض مستوى	1	15.00	15	15
"16_32" متوسط مستوى	39	26.51	3.417	.547	25.41	27.62	17	31
"32_48" مرتفع مستوى	20	35.35	3.588	.802	33.67	37.03	32	42
Total	60	29.27	5.716	.738	27.79	30.74	15	42

الملاحق

ANOVA					
الذاتية.الادارة					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1239.440	2	619.720	51.321	.000
Within Groups	688.294	57	12.075		
Total	1927.733	59			

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
الذاتية.الادارة	29.27	5.716	60
الحياة.جودة	72.33	11.660	60
الجلوكوز.ادارة	11.3000	2.61223	60
الغذائي.التحكم	6.6833	2.38279	60
البدني.النشاط	3.8667	2.78900	60
الصحية.الرعاية	5.6833	1.62075	60

Correlations							
		الذاتية.الادارة	الحياة.جودة	الجلوكوز.ادارة	الغذائي.التحكم	البدني.النشاط	الرعاية لصحية
الذاتية.الادارة	Pearson Correlation	1	.516**	.005	.020	.001	.144
	Sig. (2-tailed)		.000	.967	.880	.994	.271
	N	60	60	60	60	60	60
الحياة.جودة	Pearson Correlation	.516**	1	.359**	.186	.072	.195
	Sig. (2-tailed)	.000		.005	.154	.583	.135
	N	60	60	60	60	60	60
الجلوكوز.ادارة	Pearson Correlation	.005	.359**	1	.239	.064	.311*
	Sig. (2-tailed)	.967	.005		.066	.626	.016
	N	60	60	60	60	60	60
الغذائي.التحكم	Pearson Correlation	.020	.186	.239	1	.029	.307*
	Sig. (2-tailed)	.880	.154	.066		.824	.017
	N	60	60	60	60	60	60
البدني.النشاط	Pearson Correlation	.001	.072	.064	.029	1	.073
	Sig. (2-tailed)	.994	.583	.626	.824		.578
	N	60	60	60	60	60	60
الصحية.الرعاية	Pearson Correlation	.144	.195	.311*	.307*	.073	1
	Sig. (2-tailed)	.271	.135	.016	.017	.578	

الملاحق

N	60	60	60	60	60	60
*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).						

Group Statistics					
	الجودة.مستويات	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الحياة.جودة	"26_61" منخفض مستوى	11	54.45	5.373	1.620
	"61_95" متوسط مستوى	49	76.35	8.450	1.207

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
الحياة. جودة	Equal variances assumed	2.086	.154	-8.198	58	.000	-21.892	2.671	-27.238	-16.547
	Equal variances not assumed			-10.836	22.725	.000	-21.892	2.020	-26.075	-17.710

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
الذاتية. الادارة	60	27.53	5.448	.703

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 24					
	t	df	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الذاتية. الادارة	5.024	59	.000	3.533	2.13	4.94

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
الحياة جيدة	60	72.33	11.660	1.505

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 78					
	t	df	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الحياة جيدة	-3.764-	59	.000	-5.667-	-8.68-	-2.65-

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.837	26

Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
72.33	126.210	11.660	26

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	.742
		Nombre d'éléments	13 ^a
	Partie 2	Valeur	.732
		Nombre d'éléments	13 ^b
	Nombre total d'éléments		26
Corrélation entre les sous-échelles			.644
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		.783
	Longueur inégale		.783
Coefficient de Guttman			.782

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013.

b. Les éléments sont : VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026.

Statistiques d'échelle

	Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
Partie 1	37.43	35.741	5.978	13 ^a
Partie 2	37.96	41.118	6.412	13 ^b
Deux parties	72.33	126.210	11.660	26

الملاحق

- a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013.
- b. Les éléments sont : VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026.

Statistiques de groupe

المجموعات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
الحياة.جودة العليا المجموعة	16	85.81	5.382	1.345
الحياة.جودة الدنيا المجموعة	16	57.06	5.961	1.490

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	df	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Std. standard	Intervalle de confiance inférieur
الحياة.جودة	Hypothèse de variances égales	.126	.725	14.320	30	.000	28.750	2.008	2
	Hypothèse de variances inégales			14.320	29.692	.000	28.750	2.008	2

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.541	16

Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
27.53	32.673	5.448	16

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	.354
		Nombre d'éléments	8 ^a
	Partie 2	Valeur	.422
		Nombre d'éléments	8 ^b
	Nombre total d'éléments		16
Corrélation entre les sous-échelles			.349
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		.518
	Longueur inégale		.518
Coefficient de Guttman			.515

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016.

Statistiques d'échelle

	Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
Partie 1	14.9000	13.515	3.67631	8 ^a
Partie 2	14.3667	10.745	3.27790	8 ^b
Deux parties	27.53	32.673	5.448	16

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016.

Statistiques de groupe

	المجموعات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
الذاتية.الادارة	العليا المجموعة	16	34.00	3.055	.764
	الدنيا المجموعة	16	20.94	2.999	.750

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	df	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Std. standard	Intervalle de confiance
									Inférieur
الذاتية.الادارة	Hypothèse de variances égales	.080	.779	12.204	30	.000	13.063	1.070	
	Hypothèse de variances inégales			12.204	29.990	.000	13.063	1.070	