جامعة ابن خلدون تيارت

University Ibn Khaldoun Of Tiaret

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

Faculty Of Humanities And Social Sciences

قسم علم النفس والفلسفة والأرطفونيا

Department Of Psychology Philosophy And Speech Therapy

M

مذكرة مكملة لنيل شهـــــادة ماستر الطور الثاني ل.م.د

في علم النفس العيادي

جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري

دراسة عيادية لثلاث حالات بمستشفى محمد بوضياف بمهدية–تيارت–

إعداد:

- ✓ در أحمد
- ✓ بوعمرة نور الهدى

إشراف:

أ.د قريصات الزهرة

لجنـــــــــة المناقشـــــــــــة

الأستاذ(ة)	الرتبة	الصفة
قمراوي إيمان	أستاذ(ة): محاضرة ب	رئيسا
قريصات الزهرة	أستاذ(ة): التعليم العالي	مشرفا ومقررا
بن لباد أحمد	أستاذ(ة): محاضر ب	مناقشا

السنـــة الجامعية: 2022 /2023

كلـمة شـــــكر

الحمد لله رب العالمين قيوم السموات والارض، نحمده على جميع نعمه ونسأله المزيد من فضله وكرمه ،وأفضل الصلوات والتسليم على محمد عبده ورسوله أفضل المخلوقين والمخصوص بجوامع الكلم وسماحة الدين .

فنحمد الله على أن يسر لنا اتمام هذا العمل وأن ينفع به من قرأه ونسأله سبحانه أن يرزقنا الاخلاص في أعمالنا كلها إنه ولي ذلك والقادر عليه

كما نتقدم بجزيل الشكر والاحترام والتقدير إلى من تشرفنا بالعمل معها ولقبولها الإشراف على هذه الدراسة ومساعدتنا بكل خبراتها وتوجيهاته والتي كانت خير مرشد وموجهة، *الأستاذة القديرة*" قريصات.ز "وكل أستاذة علم النفس

ولا يفوتنا أن نعبر عن شكرنا واحترامنا وتقديرنا الى كل من سخر فكره وطاقاته وساهم من بعيد أو قريب في اتمام هذه الدراسة .

إهـــــــــداء

أشكر الله تعالى على فضله، حيث وفقنا على إنجاز هذا العمل

فله الشكر والحمد أولا وأخرا .

أخص بالشكر أستاذتنا القديرة " قريصات.ز"

أهدي هذا العمل المتواضع إلى سر نجاحي إلى والدي الغالي

أطال الله في عمره وحفظه من كل داء، و إلى روح والدتي الطاهرة "رحمها الله وأسكنها فسيح جناته"

كما لا أنسى رفيقة الدرب " زوجتي العزيزة " وكل إخوتي.

وكذا رفيقا الدرب الصديق عبد القادر واسماعيل وزملاء العمل عبد القادر و وليد

و إلى كل أفراد الأسرة الجامعية بتيارت ،إلى كل من حملتهم ذاكرتي وغابوا عن مذكرتي ..

❀ . .إليكم جميعا....أُهدي ثمار جهدي..❀

إهـــــــداء

قال الله تعالى : {يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ} [المجادلة: 11]

أهدي ثمرة نجاحي ..

الى أحن قلب في الدنيا جدتي الغالية أمي الثانية أسأل الله أن يطيل في عمرك ان شاء الله

جدتي الغالية " مسعودة "

إلى أبي الذي لم يبخل علي بشيء احتجته، إلى من سهر وتعب من أجل نجاحي، إلى سندي في هذه الحياة، أنت بعيني أعظم الرجال في زمانك يامن دللتني وأشعرتني بالأمان لن أوفيك حقك في ماقدمته لي منذ صغري إلى أن كبرت، إليك يا أعزّ انسان على قلبي

أبي الغالي أطال الله في عمرك انشاء الله

إلى التي سهرت الليالي لأنام في أمان أمي انت أول كلمة نطقها لساني، أول حب عرفه قلبي، أغلى شخص في حياتي إليك يا رمز الحنان والحب والتضحية إلى من كانت دعواتها الصادقة سر نجاحي أنا و

إخوتي يقولون أن الجنة تحت أقدامك وأقول أيضا أنك أنت جنتي في هذه الحياة لك حبي ولو خيرت لقدمت لك عمري.

هناك قلب يحتاج مني شكر مميز لكني أعجز عن صياغته اليك زوجي الحبيب

أدعو الله أن يحفظك من كل مكروه وأن يديم وجودك في حياتي وأن لا يحرمني من وجودك بجانبي.

إلى من هم أقرب الى روحي أجمل وأحلى النعم في حياتي أنتم السند والظهر والقوة التي اتباها بها في كل مكان أنتم العون لي في هذه الحياة ولا طعم للحياة من دونكم أدعو الله أن يحفظكم من كل مكروه وأن يطيل في أعماركم انشاء الله

إلى إخوتي وأخواتي " ربيعة ، أحمد ، دنيا ، أدم "

الى رفيقات الطفولة وأخواتي الغاليات بنات خالاتي التي تذوقت معهم أجمل اللحظات

بنات خالاتي العزيزات.

نور الهدى

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري بمستشفى مهدية ولاية تيارت، تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات من أمهات لأطفال المصابين بداء السكري، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان المنهج العيادي – دراسة حالة – وتم تطبيق المقابلة العيادية النصف موجهة ، ومقياس جودة الحياة للأمهات للباحثة أمينة حرطاني ، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن جودة الحياة كان منخفض لدى الحالة الأولى والثانية، بينما الحالة الثالثة تحصلت على مستوى جودة حياة مرتفع .

الكلمات المفتاحية : جودة الحياة ، مرض السكري، أمهات الأطفال .

Abstract:

The current study aims to reveal the levels of dimensions of quality of life for mothers of children with diabetes in Mahdia Hospital, Tiaret state. The study samples consisted of three cases of mothers of children with diabetes. To obtain the aims of the studies, according to the researchers, they use the clinical method - case study - and apply the semi-directed clinical interview, and test of the quality of life of mothers by researcher Amina Hartani. The results of the study showed that the quality of life was low in the first and second cases, while the third case reached a high level of quality of life.

Keywords: quality of life, diabetes, mothers of children**.**

Résumé de l’étude:

L'étude actuelle vise à reveler les niveaux de la qualité de vie pour les mères d'enfants atteints de diabète à l'hôpital de Mahdia willaya de Tiaret .L'échantillons d'étude se composait de trois cas de mères d'enfants atteints de diabète. Pour obtenir les resultats de la recherche, selon les chercheurs a utiliser la méthode clinique - étude de cas - et applique l’entretien clinique semi-dirigé, et test du qualité de vie des mères par la chercheuse Amina Hartani. Les résultats de l'étude ont montré que la qualité de vie était faible dans les premier et deuxième cas, tandis que la troisième cas atteignent un niveau élevé de qualité de vie.

Mots-clés: Qualities de vie, Maladie de diabetes, Meres des L’Enfant’s.

فهرس المحتويات.

- كلمة شكر.
- إهداء.
- ملخص الدراسة.
- فهرس المحتويات.
- قائمة الجداول.
- قائمة الأشكال.
- مقدمة.....01

الفصل الأول : الاطار العام للدراسة.

1.إشكالية الدراسة.....05
2.فرضيات الدراسة.....06
3.أهمية الدراسة 07
4.أهداف الدراسة.....08
5.أسباب اختيار الموضوع.....08
6.التعاريف الاجرائية 08
7.الدراسات السابقة.....09
8.التعقيب على الدراسات السابقة.....14

الفصل الثاني : جودة الحياة.

تمهيد.....22
1.نشأة مصطلح جودة الحياة.....22
2.مفهوم جودة الحياة.....23
3.أبعاد جودة الحياة.....24
4.التوجهات النظرية لجودة الحياة.....26
5.أنواع جودة الحياة 34
6.مظاهر جودة الحياة.....35
7.مقومات جودة الحياة.....37
8.مؤشرات جودة الحياة.....37

9.مقاييس جودة الحياة 39
10.العوامل والمظاهر التي تعيق جودة الحياة.....39
11.الخطوات التي تساعد على تحقيق جودة الحياة 40
خلاصة 42

الفصل الثالث :مرض السكري

تمهيد.....45
1.نبذة تاريخية عن داء السكري.....45
2.تعريف سكري الأطفال.....46
3.أنواع داء السكري.....47
4.أسباب مرض السكري.....48
5.التفسير العلمي لمرض السكري.....49
6.المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري.....50
7.مضاعفات مرض السكري.....50
8.أعراض ارتفاع نسبة السكر في الدم لدى الطفل 51
9.أعراض انخفاض نسبة السكر في الدم لدى الطفل 51
10.المعاش النفسي للطفل المريض بالسكري 51
11.العوامل النفسية المرتبطة بردود فعل الطفل مريض السكري.....53
12.علاج مرض سكري الأطفال.....57
خلاصة 64

الفصل الرابع : الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.....66
- **أولا:** الدراسة الاستطلاعية

1.مجالات الدراسة الاستطلاعية 66
2.حالات الدراسة 67
- **ثانيا:** الدراسة الأساسية

3.منهج الدراسة.....67
4.مجتمع الدراسة.....67
5.مجالات الدراسة 68

6.أدوات الدراسة 70
خلاصة.....74

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

- أ. عرض نتائج الدراسة .

تمهيد 78
1.عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.....78
2.التحليل العام للحالة الأولى 81
3.التقييم العام للحالة الأولى.....82
4.عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.....82
5.التحليل العام للحالة الثانية.....86
6.تقييم العام للحالة الثانية 86
7.عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.....87
8.التحليل العام للحالة الثالثة.....90
9.التقييم العام للحالة الثالثة.....90

- ب. مناقشة نتائج الدراسة. 91

1.مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات 91
1.1.أ- مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة.....93
2.1.ب- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري.....98

- ✓ خاتمة 99
- ✓ اقتراحات.....100
- ✓ قائمة المصادر والمراجع.....102
- ✓ الملاحق.

قائمة الجداول:

الرقم	الموضوع	الصفحة
01	نموذج كايسر لتحليل محتوى أهداف الناس حسب توجههم في الحياة	30
02	تصور أبو سريع وأخرون لمحددات جودة الحياة	33
03	نموذج« A.lacroix » للعوامل النفسية المرتبطة بردود فعل الطفل مريض السكري	53
04	يوضح معاملات ألفا كرومباخ لأبعاد استبيان جودة الحياة لدى الأمهات	73
05	يوضح طريقة التجزئة النصفية على معامل جوثمان و معامل سبيرمان براون لاستبيان جودة الحياة لدى الأمهات	73
06	يوضح لنا جدول سير المقابلات مع الحالة الأولى " ب،ف"	78
07	يوضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الأولى	81
08	يوضح لنا سير المقابلات مع الحالة الثانية " م.ز"	83
09	يوضح نتائج مقياس جودة الحياة عند الامهات المطبق على الحالة الثانية	85
10	يوضح لنا جدول سير المقابلات مع الحالة الثالثة " ش ،ح "	87
11	يوضح نتائج مقياس جودة الحياة عند الامهات المطبق على الحالة الثالثة	89
12	يوضح مستوى جودة الحياة لدى حالات الدراسة	91
13	يبين المقارنة والاختلاف في مستوى جودة الحياة بناءا على الدرجات المتحصل عليها	92

قائمة الأشكال

الرقم	الموضوع	الصفحة
01	يمثل نموذج العوامل الستة لجودة الحياةRutt et Keyes	39
02	يوضح المراحل النفسية التي يسلكها مريض السكري A.Lacroix	52
03	يمثل نموذج العوامل الستة لجودة الحياةRutt et Keyes	62

مقدمـــــة :

أصبح موضوع الصحة محور اهتمام الكثير من الخبراء والأخصائيين والباحثين في كل التخصصات والمهتمين بمحاولة أهمية الاعتناء بالصحة بين شرائح المجتمع وفئاته المتنوعة ، فبرغم من تطور الأبحاث ، ووجود العلماء إلا أن الانسان أصبح أكثر عرضة للأمراض الخطيرة التي يشهدها العصر الحالي من خلال انتاجها وتطويرها باختلاف أنواعها مثل مرض الكوليرا ، ضغط الدم ، فقر الدم ، السيدا ، السرطان ولا سيما مرض السكري والذي هو موضوع دراستنا الذي يعد من أخطر الأمراض المزمنة التي تصيب الانسان والذي عرف بدوره انتشارا واسعا في السنوات الأخيرة ، و يعد مرض السكري من بين الأمراض المزمنة المنتشرة بشكل كبير في العالم وخاصة في المجتمع الجزائري حيث يقدر عدد المصابين بداء السكري حسب وزارة الصحة حوالي ثلاثة ملاين جزائري مصاب بالسكري في مختلف الأعمار لسنة 2019 . **(قوناس،01:2022)**.

ويعرف المرض حسب منظمة الصحة العالمية 2013 بأنه: مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، والأنسولين هو هرمون ينظّم مستوى السكر في الدم، ويعد فرط سكر الدم أو ارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جراء عدم السيطرة على مرض السكري، مما يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم، ويؤثر ذلك على الفرد المصاب بمرض السكري غالبا ما يشعر بتغير في نمط حياته بعد الإصابة بالمرض ، فالمرض هنا يمثل حالة طويلة الأمد كما أنه يحمل دلا لات مهددة لحياة المصاب من الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية ، وهذا الدلالة مرتبطة بجودة الحياة فحسب **(Delawell et all , 1995)** فإن مصطلح جودة الحياة يستخدم لتحديد الآثار الجسمية والاجتماعية لمرض ما على حياة الفرد ، بمعنى تحديد آثار وعواقب الأمراض المزمنة والمستعصية على مختلف جوانب الحياة: الجسمية والنفسية والاجتماعية والمهنية، وآثار الأدوية والعلاجات وإشراك المريض في القرارات العلاجية، كما أن مفهوم جودة الحياة يشمل شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة علي إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ، ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والإفادة منه.

يرى الراسبي إلى أن الباحثين و الدارسين قد أكدوا بأن مفهوم جودة الحياة الفرد هو مفهوم متعدد الأبعاد ومتعدد الجوانب، فكل منا ينظر إلى جودة حياته من زاوية أو مجال أو عدة مجالات، وهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته وفقا للمراحل العمرية والمواقف التي يعيشها الفرد ويتعايش معها، ويضيف أيضا بأنه حينما يرتبط هذا المفهوم بحاجات الفرد النفسية والاجتماعية والروحية والدينية والعقلية، ومن ثم تلبية إشباع هذه الحاجات، حينما تمثل هذه الحاجات وإشباعها مقومات جودة الحياة الفرد (الراسبي،2006 :135) .

وفى حالة إصابة أحد أفراد الأسرة ببعض الأمراض المزمنة نجد العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي تتعرض إليها الأسرة ولعل من أهم هذه المشكلات القلق لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بمرض السكر ,الأمر الذى يؤدى إلى ضعف قدرتهم على أدائهم لوظائفهم داخل الأسرة.

ومن هنا تنطلق دراستنا لمعرفة جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري ،من جميع جوانبها و أبعادها : الجسمية و النفسية ،العلاقات الأسرية، وكذا الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة بحيث تم تقسيم الدراسة الى قسمين جانب نظري والأخر تطبيقي ، حيث احتوى الجانب النظري على الفصول التالية :

الفصل الأول: المُعنوّن بـ "الإطار العام للدراسة" حيث تم التطرق فيه إلى إشكالية الدراسة، أهميتها أهدافها، أسباب اختيار الموضوع.

الفصل الثاني: بعنوان "جودة الحياة"، تناولنا فيه مفهوم جودة الحياة وأبعادها ثم التوجهات النظرية لجودة الحياة و أنواعها ومظاهرها وأخيرا الخطوات التي تساعد على تحقيقها.

الفصل الثالث: المتمثل في داء السكري والذي تناولنا فيه نبذة تاريخية عن داء السكري و أنواعه ، فالتفسير العلمي ثم مضاعفاته ثم العوامل النفسية المرتبطة بردود فعل الطفل مريض السكري وأخيرا أنواع العلاج .

أما الجانب التطبيقي : فتم من خلال فصلين هما :

الفصل الرابع: وتمثل في الإجراءات المنهجية للدراسة ، وتناولنا الجانب الأول المتعلق بالدراسة الاستطلاعية من حيث تعريفها أهدافها ومجالاتها وكذا الحالات المتعلقة بدراستنا ، أما الجانب الثاني خصصناه للدراسة الأساسية من خلال التطرق إلى منهج الدراسة ، ومجتمع وحالات الدراسة ، وكذلك مجالاتها و الأدوات المستخدمة في الدراسة .

الفصل الخامس : وتم فيه عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة ، وذلك بناء على المعلومات التي تم جمعها عن حالات الدراسة ، ثم مناقشة نتائج هذه الدراسة في ضوء الفرضيات المنطلق منها ، وكذلك مناقشة نتائج الدراسة وفق الدراسات السابقة والإطار النظري .

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

إشكالية الدراسة

فرضيات الدراسة

أهمية الدراسة

أهداف الدراسة

أسباب اختيار الموضوع

التعاريف الاجرائية

الدراسات السابقة

التعقيب على الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

تتقبل معظم الأسر أمراض الطفولة المعتادة والتي تشفى في فترة بسيطة ولكن يختلف الوضع إذا أصيب الطفل بمرض مزمن ، فإن الطفل وأبويه يواجهون مشكلة حقيقية ، وذلك لأن المرض المزمن في فترة الطفولة يؤثر غالبا على التطور الطبيعي لنمو الطفل ، فلحظة اكتشاف إصابة طفل بمرض مزمن لحظة حاسمة قد تحدث تغيير جذري في المسار النفسي والاجتماعي وأيضا الاقتصادي للأسرة عامة وللأم خاصة ،وذلك يرجع إلى نوع وطبيعة المرض بالإضافة إلى أفكار الوالدين عن المرض (عجاج، 1992).

ويعد السكري نوع الأول أحد الأمراض المزمنة التي قد تصيب الأطفال و هو حالة مرضية يتوقف فيها جسم الطفل عن إنتاج هرمون (الأنسولين)،يحتاج الطفل إلى الأنسولين للبقاء على قيد الحياة؛ لذا يجب استبدال الأنسولين المفقود بالحقن، و يُطلَق على داء السكري من النوع الأول عادةً عند الأطفال بالسكري المعتمِد على الأنسولين.

تعد الأمهات المتكفل الأول برعاية الطفل خصوصا اذا كان مصاب بالسكري لذلك قد يشعرن بالتحديات التي قد تواجهن في الرعاية الصحية والإدارة الصحية اليومية لأطفالهن، بما أنه يتطلب إدارة دورية لمستويات السكر في الدم والتحكم في النظام الغذائي وأخذ الأدوية بشكل منتظم، فإن هذه العوامل يمكن أن تؤثر على جودة حياتهن وتشكل تحديات لهن، وقد تختلف رد الفعل من امرأة الى أخرى لكن مهما كانت المعلومات المتوفرة عن مرض السكري الا أنها لابد وأن تصاب بشيء من المفاجأة وعدم التصديق ، والحزن والغضب .

وقد حظي موضوع تأثير إصابة الأطفال بالأمراض عامة والمزمنة خاصة على مستوى جودة الحياة عند الأمهات والأسر باهتمام الكثير من الباحثين ، وهناك مجموعة من الدراسات التي تناولت هذا الموضوع منها دراسة زينب ثامر (2019) حول جودة الحياة واستراتيجية التعامل مع الضغط النفسي لأم الطفل المصاب بالسكري " دراسة عيادية لثلاث حالات بولاية المسيلة " وقد هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات التعامل عند أمهات الأطفال المصابين بالسكري وكذا التعرف على مستوى جودة الحياة لديهن وتوصلت الدراسة الى :

- مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري مرتفع .
- مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري منخفض .

- تعتمد أمهات الأطفال المصابين بالسكري على نوع استراتيجية التعامل المركزة حول الانفعال للتخفيف من الضغوط النفسية .

ودراسة بوحبيب و شرقي (2019) حول جودة الحياة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون وكان هدف الدراسة الكشف عن جودة الحياة عند أمهات أطفال دوان وخلصت الدراسة إلى أن أمهات أطفال داون لديهن مستوى جودة حياة متوسط.

وعليه كانت مبرراتنا لإجراء الدراسة الحالية هو الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات الاطفال المصابين بداء السكري ، **ومن هذا المنطلق جاءت تساؤلات دراستنا على النحو الآتي:**

التساؤل لعام :

- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري ؟

التساؤلات الفرعية:

- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري في بعد الصحة الجسمية ؟
- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري في بعد العلاقات الأسرية ؟
- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري في بعد الرضا عن الحياة والشعور بالسعادة ؟
- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري في بعد الصحة النفسية ؟
- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري في بعد الدخل المادي ؟

2- فرضيات الدراسة :

2 .1. الفرضية العامة:

❖ لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة حياة منخفض.

2.2. الفرضيات الجزئية:

- لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد الصحة الجسمية.
- لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد العلاقات الأسرية.
- لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد الرضا عن الحياة والشعور بالسعادة.
- لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة منخفض في بعد الصحة النفسية.
- لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة منخفض في بعد الدخل المادي.

3- أهمية الدراسة :

- إن أهمية البحث ضرورية سواء من الناحية النظرية أو الميدانية فمن الناحية **النظرية:**

تتضح أهمية الدراسة في الاستجابة الفعلية لنتائج الدراسات والبحوث السابقة التي توصي بضرورة الاهتمام بمشكلات أسر الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة ومنها أسر الأطفال المصابين بالسكري.

- تكوين فكرة عن موضوع الأمراض المزمنة عند الأطفال بصفة عامة والسكري بصفة خاصة، وكون انعكاسات المرض لا تقع على الطفل فقط بل تمتد مشكلاته لتشمل الأسرة وجميع أفرادها والمجتمع أيضا.
- إبراز دور الأم في حياة الطفل المصاب بداء السكري، كونها أكثر الأفراد قلقا على ابنها ومستقبله.

أما من الناحية التطبيقية:

- تكمن الأهمية أيضا في النتائج المحصل عليها من خلال هده الدراسة التي ستكون نقطة انطلاق لدراسات أخرى في نفس الجانب .
- تساهم نتائج الدراسة الحالية بالكشف عن معرفة أبعاد جودة الحياة لدى الأمهات لفئة معينة من الأبناء(الأطفال المصابين بداء السكري).

- كما تتضح أهمية البحث في الاستجابة الفعلية لنتائج الدراسات والبحوث السابقة التي توصى بضرورة الاهتمام بمشكلات أسر الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة ومنها أسر الأطفال المصابين بالسكري.

4- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق جملة من الأهداف وهي:

1. الكشف عن مستويات جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري .
2. التعرف على مستوى الصحة الجسمية لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري .
3. التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري .
4. التعرف على مستوى الرضا لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري .
5. التعرف على مستوى العلاقات الاجتماعية لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري .
6. التعرف على مستوى الدخل المادي لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري.
7. معرفة الفروق النسيبة في مستوى أبعاد جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري .
8. تسليط الضوء على الحالة النفسية لأم الطفل المصاب بالسكري، والتعرف على مستوى جودة الحياة لديهن.

5- أسباب اختيار الموضوع:

- السعي لمعرفة نوعية جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري وكيفية المواجهة ومدى الرضا عن الظروف الحياتية.
- محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد استراتيجيات ايجابية تساعد أمهات الأطفال المصابين بداء السكري والتكيف مع أبناءهم .
- تعتبر هذه الدراسة كفرصة الأمهات الأطفال المصابين بداء السكري، للتعبير عما يعانين من ظروف الحياتية وتوجيههن إلى كيفية مواجهتها والتكيف معها.

6-التعاريف الاجرائية :

جودة الحياة : تعرفها منظمة الصحة العالمية :" بأنها إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة و القيم في المجتمع الذي يعيش فيه" .

تعريف جودة الحياة عند الأمهات" :هي الدرجة التي تتحصل عليها أمهات الأطفال المصابين بداء السكري في مقياس جودة الحياة عند الأمهات المستخدم في الدراسة.

الأطفال المصابين بالسكري: هم الأطفال المصابين بمرض السكري من النوع الأول (Type1) بسبب عجز البنكرياس في الجسم على إفراز مادة الأنسولين بالكميات المطلوبة، أو عدم استخدام هذه المادة بالطريقة السليمة وبالشكل الفعال(**الجمعية الأمريكية لمرض السكر2004**).

أم الطفل المصاب بالسكري:

هن أمهات الأطفال المصابين بالسكري والمقيمون بالمؤسسة الاستشفائية أثناء فترة علاج أبنائهم.

ويعرف مرضى السكري إجرائيا :بأنهم المرضى المصابين بمرض السكري من النوع الأول (Type1)والذين يقومون بمراجعة مستشفى محمد بوضياف بمهدية لطلب المساعدة أو التعديل لمستوى ارتفاع السكر في الدم .

7- الدراسات السابقة:

أولا: الدراسات المحلية:

1) دراسة حرطاني (2014) "جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء

هدفت الدراسة إلى البحث عن العلاقة الموجودة بين جودة الحياة لدى الأمهات، والمشكلات السلوكية لدى أبنائهن، وكذا البحث في إمكانية تأثر هذه العلاقة ببعض المتغيرات، السن، المستوى التعليمي للأم، تكونت الدراسة من 330 فردا من بينهم 165 أم و 165 ابن أو ابنة ، يتابعون دراستهم بالمدارس الابتدائية بولاية سيدي بلعباس، وتتراوح أعمارهم ما بين (10 إلى 13سنة) ، وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي وأسفرت نتائج الدراسة على وجود ارتباط بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات ودرجات الأمهات على مقياس جودة الحياة، لا تتأثر العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات بمتغير سن الأم، وعملها، ومستواها التعليمي، تحصلت غالبية الأمهات على درجة مرتفعة من جودة الحياة كما تحصلت غالبية الأبناء على درجة منخفضة في المشكلات السلوكية.

2) **دراسة أسماء (2018) عنوان الدراسة: "جودة حياة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد** " هدفت الدراسة التعرف على السمة العامة المميزة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال التوحديين كذلك الكشف عن العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة وحجم الإعاقة لدى أسر الأطفال التوحديين. وأيضا توضيح الفروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال التوحديين تبعا لأبعاد جودة الحياة بعد الفقدان بعد التحدي, و بعد الخطر، توضيح العلاقة بين متغيري اضطراب التوحد عند الأبناء و جودة الحياة لدى الأولياء باختلاف الأبعاد المكوّنة لجودة الحياة (الشعور بالسعادة, الرضا عن الحياة, الدخل المادي, الصحة النفسية)،أما أدوات الدراسة فكانت :المقابلة العيادية و مقياس جودة الحياة لفرغيسون ferguson .

تتكون عينة الدراسة من (3) حالات و هن أمهات أطفال توحديين من مختلف الأعمار و المستوى الثقافي ،حيث أظهرت نتائج الدراسة بأنه تختلف جودة حياة الأمهات من إيجابية إلى سلبية و غير متوافقة في العلاقة الأسرية و الدعم الأسري، كما كشفت الدراسة أيضا أن كلما ارتفعت نسبة بعد الخطر و بعد الفقدان لدى الأمهات انخفضت جودة الحياة لديهن, و كلما ارتفعت نسبة بعد التحدي ارتفعت جودة الحياة لديهن، وقد دلت عملية تحليل النتائج على تحقق الفرضية العامة حيث تتأثر جودة حياة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بالأبعاد المكونة لجودة الحياة (الصحة الجسمية, العلاقات الأسرية, الشعور بالسعادة, الرضا عن الحياة, الدخل المادي, الصحة النفسية).

3) **دراسة زينب ثامر(2019) بعنوان: "جودة الحياة واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لأم الطفل المصاب بالسكري** "هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية، ونوع استراتيجيات التعامل لأمهات الأطفال المصابين بالسكري، وكذا التعرف على مستوى جودة الحياة لديهن، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

– ما مستوى الضغط النفسي لدى أم الطفل المصاب بالسكري؟

– ما نوع استراتيجيات التعامل المستخدمة من طرف أم الطفل المصاب بالسكري للتعامل مع الضغوط النفسية ؟

– ما مستوى جودة الحياة لدى أم الطفل المصاب بالسكري؟

وقد تم الاعتماد في الدراسة على المنهج العيادي، كما تم اختيار العينة وهن ثلاث حالات أمهات لأطفال مصابين بالسكري ، تم اختيارهم بطريقة قصدية.

أدوات الدراسة: تم استخدام الوسائل التالية:

– المقابلة العيادية النصف موجهة، الملاحظة، مقياس الضغط النفسي ليفنستاين، مقياس استراتيجيات التعامل لبولهان، مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، تعريب بشرى أحمد(2008) وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن:

– مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري مرتفع.

– تعتمد أمهات الأطفال المصابين بالسكري على نوع استراتيجيات التعامل المركزة حول الانفعال للتخفيف من الضغوط النفسية.

– مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري منخفض.

4) دراسة بوحبيب و شرقي (2020) بعنوان : " جودة الحياة لدى أمهات أطفال متلازمة داون " حيث هدفت الدراسة الى التعرف والكشف عن مستويات وأبعاد جودة الحياة لدى أمهات أطفال متلازمة داون ،وتمثلت عينة الدراسة في 6 أمهات أطفال متلازمة داون تتراوح أعمارهن ما بين (30—50 سنة) .

كما تم استخدام المنهج العيادي في دراسة الحالات والملاحظة والمقابلة النصف موجهة بالإضافة إلى تطبيق مقياس جودة الحياة عند الأمهات لـ حرطاني (2014) .

فقد أظهرت نتائج الدراسة أن جودة الحياة لدى أمهات متلازمة داون يتمتعن بجودة حياة متوسطة التي أدت بدورها إلى ظهور بعض المشكلات الخاصة بمؤشرات جودة الحياة، متمثلة في الصحة الجسمية والنفسية، الرضا والعلاقات الاجتماعية عند بعض الأمهات، ولقد توصلنا من خلال فصل عرض النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات ومن خلال تحليل المحتوى ونتائج مقياس جودة الحياة في جمع بعض المؤشرات التي جعلتنا نستنتج بأن الحالات يتمتعن بجودة حياة متوسطة بالنسبة للحالات الثلاث، أما بخصوص الفرضيات الجزئية منها من تحققت صحتها وهي الفرضية الجزئية (1) فقد ثبتت صحتها بالنسبة للحالة (1) والحالة (2)، أما بخصوص الفرضية الجزئية (2) لدى أمهات متلازمة داون مستوى منخفض من الصحة النفسية لدى الحالة (2)، كذلك بالنسبة إلى تفسير نتائج الفرضية الجزئية (3) المتمثلة في مستوى الرضا" التي لم تتحقق في الحالات الثلاث، بل يتمتعن بمستوى متوسط من الرضا، وأخيرا الفرضية الجزئية (4) فتبين لنا أن الأمهات يتمتعن بمستوى متوسط من جودة الحياة بالنسبة للحالتين) (1) و (2) وتحققت بالنسبة للحالة (3) .

5) **دراسة سعيدون و زناني (2022) بعنوان :" القلق وجودة الحياة لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية**" هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق وجودة الحياة لدى أمهات لديهم أطفال ذوي إعاقة حركية في ضوء بعض المتغيرات" :المستوى التعليمي، الاقتصادي، الاجتماعي...الخ، ونوع إعاقة الطفل"، وتم استخدام منهج دراسة حالة.

تكوّنت عيّنة الدراسة من 6 حالات في المؤسسة الاستشفائية بقصر البخاري ، تمّ اختيارهنّ بطريقة عشوائية .. وكانت وسائل الدراسة التالية" :المقابلة نصف الموجهة، مقياس جودة الحياة لدى الأمهات، ومقياس القلق"

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية :

-يؤثر المستوى المنخفض في جودة الحياة لدى الأمهات في ظهور القلق لدى أمهات الاطفال ذوي الاعاقة الحركية.

-يعمل المستوى العالي في جودة الحياة على خفض مستوى القلق لدى الأم.

ولتحقق من هذه الفرضيات تم القيام بدراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية بقصر البخاري، على عينة تتكون من 06 من حالات و كانت النتائج التي تم التوصل إليها من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة أن الفرضية الأولى تحققت عند حالة نتيجة المستوى المنخفض لجودة الحياة لديهم و وجود إعاقة حركية لدى أطفالهم أما الفرضية الثانية التي احتوت أن المستوى العالي لجودة الحياة يخفض من القلق عند أمهات الاطفال ذوي الاعاقة الحركية ، حيث كان لها مستوى جودة حياة عالي و قلق طبيعي.

ثانيا: الدراسات العربية:

1) **دراسة محمد عثمان (2018) بعنوان :" الأمن النفسي لدى أمهات أطفال السكري وعلاقته ببعض المتغيرات** "هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الأمن النفسي لدى أمهات أطفال السكري وكل من(المستوى التعليمي للأم مهنة الأم وجنس الطفل (ذكر/أنثى)؛استخدم المنهج الوصفي التحليلي ،شملت عينة الدراسة (50) أم من أمهات أطفال السكري بمستشفى محمد الأمين حامد تم اختيارها بالطريقة العشوائية البسيطة ،استخدم مقياس الأمن النفسي ،تمثلت الأساليب الإحصائية المستخدمة :في اختبارات، تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA ، أسفرت نتائج الدراسة عن ، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأمن النفسي والمستوى التعليمي للأم لصالح

الأمهات المتعلمات ، وجود فروق دالة إحصائياً في الأمن النفسي لدى الأمهات تبعاً لمتغير نوع الطفل (ذكر،أنثى) لصالح أمهات الأطفال الذكور ، وجود فروق دالة إحصائيا في الأمن النفسي لدى الأمهات تبعا لمتغير مهنة الأم ، وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات الأمن النفسي لصالح الأمهات العاملات ، وبناء على هذه النتائج وضعت الباحثة مجموعة من التوصيات أهمها: الاهتمام بالمحاضرات والندوات التي تتناول الأمن النفسي للأمهات، الاستفادة من وسائل الأعلام في زيادة وعي المجتمع بأهمية الأمن النفسي لدي جميع شرائح المجتمع. وقدمت أيضا مقترحات تمثلت في: إجراء دراسة تستهدف الأمهات جميعاً لمعرفة درجة الشعور بالأمن النفسي إجراء دراسة تستهدف الأطفال المصابين بداء السكرى لمعرفة الأمن النفسي لديهم ومعرفة دور الأسرة في تحقيق الأمن النفسي.

2) **دراسة هيفاء(2018) بعنوان: "أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بدولة الإمارات العربية"** ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، تكونت عينة الدراسة من (32) أم اختيروا بالطريقة العشوائية البسيطة ، وتم استخدام مقياس أساليب المعاملة الوالدية ومقياس جودة الحياة ، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج التالية: تتسم جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية بالارتفاع، توجد علاقة ارتباطية بين أساليب المعاملة الوالدية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، كما خرج البحث بعدة توصيات أهمها ضرورة توعية والدي أطفال التوحد في كيفية التعامل مع الأطفال التوحديين.

ثالثا: الدراسات الأجنبية:

1) **هدفت دراسة (Hu, Hsiu-Shuo 2008) إلي التحقق والتنبؤ بجودة الحياة بين مقدم الرعاية للأطفال ذوى اضطراب التوحد في تايوان** من حيث الضغوط الأسرية وتأقلم الأسرة وتقييم الرعاية، وشملت عينة الدراسة 270 من مقدمي الرعاية للأطفال ذوى اضطراب التوحد في سن المدرسة الابتدائية، تم استخدام مقياس جودة الحياة الذي يتكون من أربعة أبعاد (الصحة البدنية والصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئة) وأظهرت النتائج أن التقييم السلبي لتقديم الرعاية هو أكثر المتغيرات التي تؤثر سلبا على الأبعاد الأربعة لجودة الحياة، وتم توقع أن الإجهاد الأبوي السلبى يؤثر على صحة

مقدمي الرعاية الجسدية والنفسية، وأما التكيف الأسري والدعم الاجتماعي فإنه يؤثر بشكل إيجابي على مقدم الرعاية فيما يتعلق بالعلاقة الاجتماعية والبيئية، والناحية الدينية، وأشارت التحليلات إلي التقييم السلبي لتقديم الرعاية في الأبعاد الأربعة لجودة الحياة، ووجد أن التكيف وتقبل الإعاقة وتوافر الموارد المالية، وشدة الإعاقة والوصف الاجتماعي للطفل والمستوى التعليمي لمقدم الرعاية يحسن من جودة الحياة، والدخل الشهري للأسرة يؤثر على الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئة فيما يتعلق بجودة الحياة لمقدم الرعاية، وأن العمل يمثل جانبا إيجابيا للتأثير على الصحة النفسية لمقد م الرعاية.

2) **دراسة قوميز وقوميز: Gomez and Gomez(2011) بعنوان: "جودة الحياة لدى أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة "**

هدفت هذه الدراسة إلى وصف جودة الحياة لدى أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة في الفلبين، وذلك من خلال محددات جودة الحياة لدى الوالدين، أعتمد في هذه الدراسة على المنهج المختلط، وتكونت العينة من 76 فردا، واستخدم مقياس منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة الموجز (النسخة الفلبينية) والمقابلة كأداتين لجمع البيانات، وأشارت النتائج أن التحصيل التعليمي للوالدين والدخل السنوي وطول الفترة في العلاج هي أفضل مؤشرات جودة الحياة لدى الوالدين كما أظهرت الدراسة أن أباء الأطفال الفلبينيين من ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوطات سلبية تؤثر على حياتهم) .

1.8 -التعقيب على الدراسات السابقة:

- **من حيث المنهج المستخدم:**

تنوعت مناهج الدراسة التي اعتمدت في الدراسات السابقة من قبل الباحثين فكانت بين المنهج العيادي والمنهج الوصفي التحليلي وكذلك المنهج المختلط والجدول التالي يوضح الدراسات التي اشتركت واختلفت في المنهج :

المنهج العيادي	المنهج الوصفي الارتباطي	المنهج المختلط
دراسة سعيدون و زناني (2022) بعنوان " القلق وجودة الحياة لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية"	دراسة حرطاني (2014) "جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء "	

دراسة زينب ثامر (2019) بعنوان: "جودة الحياة واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لأم الطفل المصاب بالسكري"	دراسة محمد عثمان (2018) بعنوان " الأمن النفسي لدى أمهات أطفال السكري وعلاقته ببعض المتغيرات "	دراسة قوميز وقوميز Gomez and Gomez(2011) بعنوان: "جودة الحياة لدى أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة "
دراسة بن عيسى أسماء (2018)"جودة حياة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد"	دراسة هيفاء (2018)بعنوان "أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بدولة الإمارات العربية"	
دراسة بوحبيب و شرقي (2020) بعنوان " جودة الحياة لدى أمهات أطفال متلازمة داون"		

- **من حيث أدوات الدراسة:**

تعددت الأدوات المستخدمة من قبل الباحثين في الدراسات السابقة، وهنالك دراسات اشتركت في نفس الأدوات والجدول التالي يوضح ذلك:

المقابلات العيادية	الملاحظة	مقياس جودة الحياة
دراسة سعيدون و زناييني (2022) بعنوان " القلق وجودة الحياة لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية"	دراسة زينب ثامر (2019) بعنوان: "جودة الحياة واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لأم الطفل المصاب بالسكري"	كل الدراسات السابقة استخدمت مقياس جودة الحياة عدا دراسة أمينة محمد عثمان (2018)
دراسة زينب ثامر (2019) بعنوان: "جودة الحياة واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لأم الطفل المصاب بالسكري"	دراسة بوحبيب و شرقي (2020) بعنوان " جودة الحياة لدى أمهات أطفال متلازمة داون"	

دراسة بوحبيب و شرقي (2020) بعنوان " جودة الحياة لدى أمهات أطفال متلازمة داون"		
دراسة بن عيسى أسماء (2018)"جودة حياة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد"		

- **من حيث العينة:**

اختلفت عينات الدراسة وطريقة المعاينة في الدراسات السابقة تبعا لاختلاف أهداف الدراسة والجدول التالي يوضح ذلك:

عنوان الدراسة	العينة	طريقة المعاينة
دراسة سعيدون و زناني (2022) بعنوان " القلق وجودة الحياة لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية"	06 حالات من أمهات أطفال ذوي الاعاقة العقلية	بطريقة عشوائية
دراسة زينب ثامر(2019) بعنوان: جودة الحياة واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لأم الطفل المصاب بالسكري""	(03)حالات من أمهات الأطفال المصابين بالسكري	بطريقة قصدية
دراسة بوحبيب و شرقي (2020) بعنوان : " جودة الحياة لدى أمهات أطفال متلازمة داون	06حالات من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون	بطريقة قصدية
دراسة بن عيسى أسماء(2018) "جودة حياة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد"	03 حالات من أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد	بطريقة عشوائية
دراسة حرطاني (2014) "جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء "	330 حالة من بينهم: 165 أم و 165 ابن	بطريقة قصدية

دراسة أمينة محمد عثمان (2018) بعنوان " الأمن النفسي لدى أمهات أطفال السكري وعلاقته ببعض المتغيرات	50 أم من أمهات الأطفال المصابين بالسكري	بطريقة العينة العشوائية البسيطة
دراسة هيفاء (2018)بعنوان "أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بدولة الإمارات العربية"	32 أم من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد	بطريقة العينة العشوائية البسيطة
دراسة قوميز وقوميز Gomez and Gomez(2011)بعنوان: "جودة الحياة لدى أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة "	76 ولي من أولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	بطريقة عشوائية
هدفت دراسة Hu, Hsiu-Shuo (2008) إلى التحقق والتنبؤ بجودة الحياة بين مقدم الرعاية للأطفال ذوى اضطراب التوحد في تايوان	270 من مقدمي الرعاية الصحية	بطريقة قصدية

- **من حيث النتائج:**

اختلفت نتائج الدراسة مع الدراسات السابقة تبعا لاختلاف أهداف الدراسة والجدول التالي يوضح ذلك:

عنوان الدراسة	أهم النتائج التي توصلت إليها	درجة مستوى جودة الحياة
حرطاني (2014) جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء	–وجود ارتباط بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات ودرجات أمها على مقياس جودة الحياة. – لا تتأثر العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات بمتغير سن الأم، وعملها، ومستواها التعليمي.	تحصلت غالبية الأمهات على درجة مرتفعة من جودة الحياة كما تحصلت غالبية الأبناء على درجة منخفضة في المشكلات السلوكية.
دراسة بن عيسى أسماء (2018) جودة حياة أمهات الأطفال المصابين	–تتأثر جودة حياة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بالأبعاد المكونة لجودة الحياة (الصحة الجسمية, العلاقات الأسرية, الشعور بالسعادة,	تختلف جودة الحياة من إيجابية إلى سلبية و غير متوافقة. كلما ارتفعت نسبة بعد الخطر و بعد الفقدان لدى الأمهات

باضطراب طيف التوحد.	الرضا عن الحياة, الدخل المادي, الصحة النفسية).	انخفضت جودة الحياة لديهن, و كلما ارتفعت نسبة بعد التحدي ارتفعت جودة الحياة لديهن.
دراسة زينب ثامر (2019) جودة الحياة واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لأم الطفل المصاب بالسكري	– مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري مرتفع. – تعتمد أمهات الأطفال المصابين بالسكري على نوع استراتيجيات التعامل المركزة حول الانفعال للتخفيف من الضغوط النفسية.	– مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري منخفض.
دراسة بوحبيب وشرقي (2020) جودة الحياة لدى أمهات أطفال متلازمة داون	أن جودة الحياة لدى أمهات متلازمة داون يتمتعن بجودة حياة متوسطة أدت بدورها إلى ظهور بعض المشكلات الخاصة بمؤشرات جودة الحياة	جودة الحياة لدى أمهات متلازمة داون يتمتعن بجودة حياة متوسطة.
دراسة سعيدون و زناييني (2022) القلق وجودة الحياة لدى أمهات ذو أطفال ذوي إعاقة حركية	–يؤثر المستوى المنخفض في جودة الحياة لدى الامهات في ظهور القلق لدى امهات الاطفال ذوي الاعاقة الحركية. –يعمل المستوى العالي في جودة الحياة على خفض مستوى القلق لدى الأم.	بين المستوى المنخفض و المستوى العالي
دراسة خلف (2015) مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية	أظهرت نتائج الدراسة بين وجود وعدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية تبعا لمتغير الجنس(ذكر،أنثى)، وتبعا للمستوى التعليمي للوالدين، تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي، تبعا لمستوى الحالة الصحية للوالدين	أظهرت نتائج الدراسة أن السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا تتسم بالسلبية.

دراسة هيفاء (2018) أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد	توجد علاقة ارتباطية بين أساليب المعاملة الوالدية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.	تتسم جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية بالارتفاع.
دراسة قوميز وقوميز Gomez and Gomez2011 جودة الحياة لدى أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة.	أشارت النتائج أن التحصيل التعليمي للوالدين والدخل السنوي وطول الفترة في العلاج هي أفضل مؤشرات جودة الحياة لدى الوالدين	أظهرت الدراسة أن أباء الأطفال الفلبينيين من ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوطات سلبية تؤثر على حياتهم.

2.8- أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة المختلفة ذات الصلة بموضوع الدراسة وعرضها وتحليلها ، توصلنا الى أن هناك العديد من نقاط الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية الموسومة بـ: "**جودة الحياة عند أمهات الأطفال المصابين بالسكري**" والدراسات السابقة، يمكن أن نلخصه من خلال الجدول التالي:

أوجه الاتفاق	أوجه الاختلاف
• هناك تشابه بين الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في بعض الاهداف منها معرفة مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري . • التعرف على مدى تأثر جودة حياة أمهات الأطفال المصابين بداء السكري. • من حيث عينة الدراسة حيث تم اختيارها بطريقة قصدية. • من حيث أدوات الدراسة، حيث نجد أغلب الدراسات السابقة على مقياس جودة الحياة. • من حيث المنهج تشترك الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في اعتماد لمنهج العيادي و اعتماد المقابلة نصف الموجهة والملاحظة .	• حدود الدراسة المكانية ، بحيث تم اجراء الدراسة الحالية في مدينة مهدية بولاية تيارت ، مقارنة بالدراسات السابقة التي كانت في أمكنة مختلفة سواء محلية أو عربية أو أجنبية . • الحدود الزمانية : تم اجراء الدراسة في سنة 2023، بينما الدراسات السابقة كانت أسبق منها . • اختلاف من حيث حجم العينة وموصفاتها، بحيث اعتمدت الدراسة الحالية على حجم أقل مقارنة بالدراسات السابقة. • تباين في نتائج الدراسات السابقة فيما بينها، ونتائج الدراسة الحالية، وهذا راجع للعديد من العوامل المختلفة، (فمستوى جودة الحياة يختلف من منطقة الى أخرى ومن بيئة إلى بيئة أخرى ومن أم إلى أم أخرى) .

الفصل الثاني

جودة الحياة

تمهيد

نشأة مصطلح جودة الحياة

مفهوم جودة الحياة

أبعاد جودة الحياة

التوجهات النظرية لجودة الحياة

أنواع جودة الحياة

مظاهر جودة الحياة

مقومات جودة الحياة

مؤشرات جودة الحياة

مقاييس جودة الحياة

العوامل والمظاهر التي تعيق جودة الحياة

الخطوات التي تساعد على تحقيق جودة الحياة

خلاصة

تمهيد

شهدت السنوات الأخيرة اهتماما متزايدا في مجال علم النفس بدراسة مفهوم جودة الحياة والمتغيرات المرتبطة بها مثل الرضا عن الحياة والسعادة ومعنى الحياة وفعالية الذات وإشباع الحاجات وذلك في إطار علم النفس الإيجابي الذي يبحث في الجوانب الإيجابية في حياة الفرد والمجتمع ليصل بهما إلى الرفاهية، بعد أن تجاهل علماء النفس لفترات طويلة الجوانب الإيجابية لدى الإنسان وكان كل اهتمامهم بالجوانب السلبية كما كانت استخدامات مفهوم الجودة في كافة المجالات منها جودة الحياة وجودة التعليم وجودة الإنتاج وجودة المستقبل وغيرها من المجالات، وأصبحت الجودة هدف أي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد **(عبد الله ، 2008 :137)** .

1-نشأة مصطلح جودة الحياة :

في البداية كانت مع المفكر اليونان ي لأرسطو (Aristote) حيث عرّف جودة الحياة بما يلي: «إن كلا من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء ،ولكن مكونات السعادة عليها خلاف إذ يقول بعض الناس شيئا ما في حين يقول آخرون غيره ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات، فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما تعنى حالة شعورية، ونوعا من النشاط يكون فقيرا يرى السعادة في الغنى » ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة, وما ذلك بالتعبير الحديث سوى جودة الحياة**(Fayers & Machin:2007).**

وفي بداية الثمانينات بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة و أصبح جزءا من المصطلحات الطبية المستخدمة ، وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة مع مرضى الأورام ، لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لبعض الأمراض ذو تكلفة دفع عالية وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر لهؤلاء المرضى ، جودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى وتستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة ، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض **(صالح الهمس، 2010 :47)**

2- مفهوم جودة الحياة:

1.2- المفهوم اللغوي:

-**قاموس أكسفورد** :الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز والتي لا تقبل المناقشة أو الجدال.

-**ابن منظور** :الجودة أصلها الفعل الثلاثي جود والجيد نقيض الرديء وجاد بالشيء جوده وجودة أي صار جيدا. (**ابن منظور 1997 : 272**)

-**المعجم الوسيط** : جاد جودة صار جيدا يقال جاد المتاع وجاد العمل فهو جيد. (**المعجم الوسيط، 145:2004**)

-**المنجد في اللغة** :جاد جودة وجودة صار جيد وهو ضد الرديء جود الشيء حسنه جعله جيدا (**لويس معلوف ،1952 :109**).

-**ترجمة لا روس** :جاد.جودة.جيد Qualité -excellence-perfection supériorité (**لاروس ،1999:209**)

2.2- التعريف الاصطلاحي:

-يرى كومنس أن مفهوم جودة الحياة "يشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية".

ويرى ليتوين: " أن جودة الحياة لا تقتصر على تدليل الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط، بل تتعدى إلى تنمية النواحي الإيجابية" .

ويرى كِّل من ليمان وجيناس أن جودة الحياة تتمثل في الشعور بالرضا والإحساس بالرفاهية والمتعة في ظل الظروف التي يحياها الفرد.

ويذكر ليو بأن مصطلح جودة الحياة قد أستخدم بشكل واسع النطاق ليشير إلى الرفاهية.

ويشير كلا من تايلر وبيجدون في تعريفهما إلى جودة الحياة، بأنها عبارة عن دراسة إحصائية لقياس مدى الشعور بالراحة التي تتوافر عند الإنسان، من خلال خبرته الحياتية في هذا العالم (**شيخي،2014 : 76:71**) .

3.2- تعريف موسوعة علم النفس:

تعرف جودة الحياة على أنها مفهوم ذو أبعاد عديدة لخصت على أنها سبعه محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة وذلك لأغراض تيسير البحث والقياس وهي كالآتي:

التوازن الانفعالي حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الإيجابية والسلبية كالحزن والكآبة والقلق والضغوط النفسية ...إلخ، الحالة الصحية للجسم، والاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في جودة الحياة، الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي واستمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة، الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهه الحياة، ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام (**عدودة، 2015 : 121**) .

3- أبعاد جودة الحياة:

تحدد مجدي ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي:

1.3- جودة الحياة الموضوعية : وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

2.3- جودة الحياة الذاتية: والتي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة، ومن ثم الشعور بالسعادة.

3.3- جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية، والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيّم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

ويرى روزن أن جود الحياة تتضمن أربعة أبعاد أساسية تضمنها المقياس الذي أعده لهذا الغرض وهي: الضغط النفسي المدرك، والعاطفة، والوحدة النفسية، والرضا.(**محمد الهنداوي، 2010: 39**)

ويقدم كلا من فيلس وبيري نموذجاً لجودة الحياة تتكامل، المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة، وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية هي: الصلاحية الجسمية، والرفاهية المادية، والرفاهية الاجتماعية، والصلاحية الانفعالية، والنمو والنشاط.

وتشير منظمة الصحة العالمية **(WHO)** إلى أن مفهوم جودة الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل: الحالة النفسية، والحالة الانفعالية، والرضا عن العمل، والرضا عن الحياة، والمعتقدات الدينية، والتفاعل الأسري، والتعليم، والدخل المادي، هذا وتتكون جودة الحياة من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية، وقدرته الوظيفية، ومدى فهمه

للأعراض التي تعتريه ويذكر **(widar et al 2003)** أن هناك إجماع على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة هي :

-**البعد الجسمي:** وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

-**البعد الوظيفي:** وهو خاص بالرعاية الطبية، ومستوى النشاط الجسمي.

-**البعد الاجتماعي:** وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.

-**البعد النفسي** : وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية ، والإدراك العام للصحة والصحة النفسية ،والرضا عن الحياة والسعادة .

ويتفق مع ما أشار إليه ويدار وآخرون كل من عبد الوهاب كامل وتايلر والراسبي على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة.

أما شالوك فيشير إلى أنه ليس هناك حاجة إلى تصنيف متغيرات جودة الحياة إلى بعدين (موضوعي وذاتي) بل اعتبره تصنيفاً ينقصه بعض المرونة، حيث توجد متغيرات أخرى تخرج عن هذا التصنيف الثنائي، وبذلك يضيف (شالوك) بأن هناك ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة، والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها، وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة والأبعاد الثمانية كالتالي:

-**جودة المعيشة الانفعالية:** وتشمل الشعور بالأمان، والجوانب الروحية، والسعادة، والتعرض للمشقة، ومفهوم الذات، والرضا أو القناعة.

-**العلاقات بين الأشخاص:** وتشمل الصداقة الحميمة، والجوانب الوجدانية، والعلاقات الأسرية، والتفاعل، والمساندة الاجتماعية.

-**جودة المعيشة المادية:** وتشمل الوضع المادي، وعوامل الأمان الاجتماعي، وظروف العمل، والممتلكات، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية.

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

-**جودة المعيشة الجسمية** : وتشمل الحالة الصحية، والتغذية والاستجمام، والنشاط الحركي، و مستوى الرعاية الصحية، والتأمين الصحي، ووقت الفراغ، ونشاطات الحياة اليومية.

-**محددات الذات:** وتشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار الشخصي، وتوجيه الذات، والأهداف، والقيم.

-**التضمين الاجتماعي:** ويشمل القبول الاجتماعي والمكانة، وخصائص بيئة العمل، والتكامل والمشاركة الاجتماعية، والدور الاجتماعي، والنشاط التطوعي، وبيئة المسكن.

-**الحقوق :** وتشمل الخصوصية، والحق في الانتخاب والتصويت، وأداء الواجبات والحق في الملكية **(محمد الهنداوي، 2010 : 40).**

4- التوجهات النظرية لجودة الحياة:

1.4- الاتجاه الطبي :

يهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة، أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية، تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة التي تتعلق بالوضع الصحي و تطوير الصحة **(Raphael et al ,1996 :66) .**

كما يذكر الأشول نقلا عن كل من إبراهيم والصديق (2006) بأن الاهتمام من قبل أصحاب هذا المجال في تعزيز ودفع جودة الحياة لتصبح هدفا واقعيا في التعامل مع المرضى وتوفير الدعم النفسي ولاجتماعي لهم، وهناك أدلة متزايدة على إن المرض ولمؤسسات المتوفرة لعلاجه يرتبط ارتباطا وثيقا بكيفية تصور الفرد إنه إلى حد ما يتمتع بحياة ذات جودة عالية، وجاءت العديد من الأبحاث الطبية التي استهدفت تحسين جودة حياة الأفراد الذين يعانون من أمراض مختلفة**(تواتي:2018 ، 157).**

اعتمد قياس جودة الحياة وفق هذا المنظور على دراسة حالة المريض و علاج الأمراض و أعراضها بدلا من الحالة النفسية للمريض و معايشته للمرض مع إهمال تأثير البيئة المحيطة و السياق الاجتماعي و قد عرف هذا الاتجاه عدة انتقادات واسعة يمكن تلخيصها فيمايلي:

- أن التغيرات الحيوية الكيميائية لا تؤدي إل ى ظهور الأمراض حتما، فالمرض هو نتيجة تفاعل عوامل متعدد ة جزئي ة وفردية و اجتماعية، بل إن الاضطرابات النفسي ة و الاجتماعية ة ق د تظهر على شكل خلل حيوي كيميائي.
- لا تلقي التغيرات الحيوية و الكيميائية الضوء على المعنى و الدلالات التي تكتسبها أعراض المريض، و لا تساعد الطبيب على إيجاد طريقة للتعامل معها و جمع المعلومات الضرورية لرعايته.
- تكتسب المتغيرات النفسية الاجتماعية أهمية أكثر على حساسية و شدة و مسار المرض.

أغلب النجاحات التي تحققها الأدوية في العلاج مرتبطة بمتغيرات نفسية اجتماعية **(عبد الحفيظي: 2016، 33).**

- إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة.

تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة.وتعطى جودة الحياة مؤشر للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات **(Raphael et al ,1996 : 66).**

2.4- الاتجاه النفسي:

يركز الاتجاه النفسي على إدراك الشخص الذي يعتبرونه محددا أساسيا لمفهوم جودة الحياة في علاقته بالمفاهيم النفسية الأخرى، والتي من بينها القيم والحجات النفسية وأشبعاها وتحقيق الذات ومستوى الطموح(**بلعباس،2005:54**) .

فالإدراك محدد أساسي لجودة الحياة التي هي تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها كما أن جميع متغيرات المنحنى الاجتماعي السابق الإشارة إليها تعتمد على تقييم الفرد للمؤشرات المادية الموضوعية في حياته، أي أن العوامل النفسية ويعتمد هذا المنحنى على عدة مفاهيم أساسية منها :مفهوم القيم، مفهوم الإدراك الذاتي، ومفهوم الحاجات ومفهوم الاتجاهات و مفهوم الطموح و مفهوم التوقع ومفهوم تقدير الذات، إلى مفاهيم الرضا و التوافق و الصحة النفسية (**صالح إسماعيل عبد الله، 2010 :03**).

وترتبط جودة الحياة حسب هذا الاتجاه بالعديد من المؤشرات الذاتية للأفراد في المجتمع منها: العلاقات الاجتماعية، السعادة والرضا، الانتماء الأسري، التوافق الاجتماعي، ملء أوقات الفراغ وأدرتها, المشاركة في الأعمال التعاونية، المسؤولية الاجتماعية و الشخصية، درجة لمرونة الفكرية كما أن جودة حياة الفرد تتأثر بنوعية البيئة و الثقافة المحيطين به (**عبد الحفيظي، 32:2016**) .

أن جودة الحياة النفسية ترتبط بمحاولة رصد "كيف يدرك أو يقدر الناس مختلف جوانب حياتهم النفسية :على سبيل المثال، إلى أي مدى يشعر الناس بقدرتهم على السيطرة على حياتهم الشخصية؟ إلى أي مدى يشعر الناس بأن لحياته الشخصية معنى وقيمة؟ إلى أي مد ى يشعر الناس بامتلاكهم لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين ويشيرً إلى أن هذا المنظور يسمي منظور جودة الحياة النفسية، ويؤسس على ما يعرف الصحة النفسية الإيجابية بدلا من التركيز على الخلل أو المرض النفسي**(Diener & al ,1999 : 301 :302)**

3.4- الاتجاه الاجتماعي :

جودة الحياة حسب الاتجاه الاجتماعي من الخبرات السابقة التي يمر بها الفرد، ولإحساس بالانتماء داخل الجماعات بالإضافة إلى ضرورة التكامل بين كل ما أشار إليه (**Griffin, Flana John et Bogdan)** وهذا بضرورة الاهتمام بنوعية العلاقات الاجتماعية(مثلا العلاقات مع الزملاء)وفي نفس الوقت بكمية العلاقات (أي إلى الحجم ولدرجة التي تصل إليها هذه العلاقات)، وكل هذا يساعدنا في الارتقاء بجودة الحياة.

يرى **ألمير هانكيس ,Almir Hankiss (1984)** أن جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية الأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله (**الغندور، 1999 :27**).

كذلك بالنسبة **فاريام Vaariam (2004)** الذي حدد مجموعة المؤشرات المؤثرة في جودة الحياة و هي:

- ✓ **الخصائص الفردية** :السن، الصحة، القدرات المعرفية، القدرات المعرفية.
- ✓ **العوامل الاجتماعية** :الأسرة، الشبكات الاجتماعية، المشاركة الاجتماعية.
- ✓ **العوامل الاقتصادية** :الدخل، هيكل الأسرة.
- ✓ **العوامل البيئية** :السكن، المرافق، أسباب الراحة.
- ✓ **العوامل الشخصية** :الاستقلال، القدرة على الاختيار، الرقابة.
- ✓ **الأنشطة الرياضية** :الأنشطة الإنتاجية، العمل (**عبد الحفيظي ،2016 :32**).

4.4- التوجه المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:

-**الأولى:** إن طبيعة إد ا رك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة.

-**الثانية:** وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثار من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة وفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

أ- نظرية لاوتن 1997

طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة، ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الآتي:

إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

-**الظرف المكاني** : أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

-**الظرف الزماني** : إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته.

ب- نظرية اريف 1999

تدور نظرية" اريف "حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها اريف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاط لتحديد معنى السعادة النفسية.

-**البعد الأول** : الاستقلالية تمثل قدرة الشخص على اتخاذ القرارات يكون مستقل بذاته.

-**البعد الثاني** : التمكن البيئي.

-**البعد الثالث** : النمو الشخصي.

-**البعد الرابع** : العلاقات الإيجابية مع الآخرين.

-**البعد الخامس** : تقبل الذات.

-**البعد السادس** : الهدف من الحياة.

ولقد بين" اريف "أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

5.4- التوجه الإنساني:

-يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما:

وجود كائن حي ملائم، و وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، ولقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات.

6.4- التوجه التكاملي:

-نظرية أندرسون : شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذا من مفاهيم السعادة ومعنى الحياة ونظام المعلومات البيولوجي والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، فظلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطار نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة، فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات جودة الحياة إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة.

- أن نضع أهدافا واقعية نكو ن قادرين عل تحقيقيها.
- أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.
- أن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضروري إلى رضا الفرد وإلى شعوره بجودة الحياة.

7.4- نظرية الأهداف في الحياة:

لقد اقترح كل من **كايسر وريان (Kasser, 1993 et Ryan, 1996)** نموذج نظري لتحليل محتوى الأهداف وقد قسمها إلى قسمين حسب طبيعتها: داخلية (Intrinsèque) وخارجية (Extrinsèque).

محتوى الأهداف	داخلي	خارجي
الحاجة إلى الكفاءة	التطوير الذّاتي	تحقيق الثروة
الحاجة إلى الاستقلالية	تقبل الذّات	امتلاك السلطة والنفوذ
الحاجة إلى الانتماء	الانتماء إلى المجتمع	حب الشهرة
الحاجة إلى التقدير	الصّحة الجسمية	المكانة الاجتماعية

جدول رقم (01) يبن نموذج كايسر لتحليل محتوى أهداف الناس حسب توجههم في الحياة.

مع ذلك فان أهداف الفرد في حياته التي تتوجه نحو الذّات (محتوى الأهداف داخلي) هي التي تشبع في الحقيقة حاجات الأساسية للفرد وتطفئ المشاعر السلبية كالشعور بالنقص والدونية. وحسب هذه النظرية فان إشباع الحاجات القائم على محتوى الأهداف الخارجية هي إشباعات عابرة وسطحية تقوم على اللذة العابرة ولا تترك أثر عميقا إذا لم تلبي الحاجات

الداخلية. وإذا أصبحت هذه الأهداف الخارجية ضرورة وأولوية للفرد فان رفاهيته الذّاتية هشة لا تتحمل فقدان المكتسبات الخارجية التي بُنِيَت عليها (تغير نظرة الآخرين لتلاشي الشهرة أو فقدان نفوذ...). وللتأكد من هذه النظرية، قامت مجموعة من الدراسات التي تبحث في العلاقات بين كل من هذه الأهداف الداخلية والخارجية من جهة والرّفاهية الذّاتية من جهة أخرى بكل مكوناتها (تقدير الذّات، الرضا عن الحياة، المشاعر السلبية والأعراض الجسمية، وقد توصل الباحثون إلى أن الفرق بين الرّفاهية الذّاتية القائمة على الأهداف الداخلية وتلك القائمة على الأهداف الخارجية هي أن الأولى ذات توجه داخلي تقوم على إشباع حاجات نفسية قاعدية فتقضي على المشاعر السلبية وتبعث على درجة من السرور والرضا. مع ذلك فإنها لا تتحدد بهذه المشاعر السلبية والايجابية، بل تتحدد بالمعنى الذي نعطيه لحياتنا والطريقة التي نحيا بها كاملة بنقائصها ومتمماتها بسلبياتها وايجابياتها والتذبذب القائم بينهما، وكيف يمكن للفرد أن يترجم قدراته إلى انجازات ملموسة .**(Ryan, Huta & Deci, 2008)** وعلى العموم فان هذه الدراسات وأخرى أثبتت من خلال الملاحظات على مجموعة من الأفراد أن هؤلاء الذين يولون اهتماما كبيرا للأهداف الخارجية (جمع الأموال...) على حساب الأهداف الداخلية يميلون إلى عيش حياة تتصف برفاهية ذاتية أقل بكثير من هؤلاء الذين يتميزون بتوجههم إلى الذّات والى تحقيق أهدافهم الداخلية **(Bandura, ,Carver & Sheier, 1990)**

8.4- نظرية السعادة:(Autentic Happiness)

لا يختلف سليجمان **(Martin Seligman, 2002)** في نظريته حول السعادة الحقيقية عن هؤلاء الباحثين في التوجه، فقد اقترح هو الآخر علم النفس الايجابي كتسمية لاتجاه جديد يدرس الفضائل والقوى الإنسانية عوض أن يدرس الأمراض والاضطرابات النفسية. هذه القوى تعبر عن نقاط قوة الفرد داخل مجتمعه وحتى وإن لم تكن فطرية في الفرد فإنها يمكن أن تنموا مع ممارستها وتكرارها والانتفاع من حكمتها التي ترفع حياتنا إلى المزيد من الايجابية **(Seligman, M, 2004 :59)**وتشير هذه النظرية إلى ثلاثة مستويات للسعادة:

-مستوى الانفعالات الايجابية :(émotions Positives) من المؤكد أن للانفعالات قاعدة بيولوجية يولد بها الطفل، إلا أنها تتشكل وتظهر أولى الانفعالات انطلاقاً من مرحلة الطفولة المبكرة حسب أنماط التعلق التي حددها بولبي (Bowlby, 1969) في علاقة الطفل بأمه، مع ذلك يمكن أن يكون هناك تغيير نسبي في هذا التشكيل .

-**مستوى الاندماج :(Engagement)** وهو ذلك الالتزام بالمعايير الاجتماعية والأعمال الاجتماعية والانغماس أو الاندماج في الحياة التي تستغرق طاقات ونشاطات الإنسان. هذا يعني أن الفرد متكيف مع بيئته، بل أكثر من ذلك أنه عنصر فعال يستطيع استغلال طاقاته وتسخيرها للأخرين ويشعر بالمقابل أنه فعال من خلال ردة فعل الآخرين **(Noltemeyer & al, 2012).**

-**مستوى معنى الحياة :(Le sens de la vie)** في هذا المستوى يكون الفرد معنى للحياة إذ تكون لديه العديد من الأهداف الواقعية والمنطقية في حياته استطاع أن يحقق منها أجزاء مهمة ولا يزال يصبوا إلى أخرى أو يرفع ويزيد ويعدل من الأهداف حسب قدراته لتصبح حياته ذات معنى وذات دلالة أو القيمة.

من الناحية الفيزيولوجية يعد مفهوم سليجمان عن الاندماج في الحياة مماثل تماما لمفهوم التدفق والخبرة المثالية لدى **ميهايلي(Csikszentmihalyi, 1975)** ، ولكن اجتماعياً يخالف ميهايلي طرح سيليجمان، فقد أشار ميهايلي إلى أن قوة التدفق الشعوري يمكن أن يبتعد عن القيم والمعايير الاجتماعية (Value-Free) فقد يشعر الفرد بقوة التدفق الشعوري وهو يقوم بعمل غير أخلاقي فيه لذة بالنسبة له، مثل لعب البوكر الذي لا يسهم بالضرورة في الصالح الاجتماعي العام، مع ذلك يؤكد ميهايلي أن الحياة ذات المعنى والدلالة هي تلك التي تتضمن أهدافاً مترابطة في الحياة، وتحمل درجة من التحدي لتحقيق أغراض إيجابية وتتناغم مع قيمه ومعايير المجتمع **(أبو حلاوة،2013)**

في نفس السياق ذكر ماسلو أنّ إشباع الحاجات الأساسية البيولوجية والنفسية والاجتماعية ومواجهة التحديات بأقصى حدود القدرة، يعد مصدرا مباشرا للشعور بالبهجة، وما يطلق عليه بقمة الخبرة، والتي تعبر عن أسعد لحظات العمر. مما يعني قدرا أكبر من السعادة لدى من هم في المستويات العليا من هرم الحاجات (تحقيق الذّات)، حقا إن تحقيق الأهداف يبعث على الشعور بالرضا والسعادة حيث يتم إشباع مختلف الحاجات **(بشير معمرية، 2015)**.

9.4- النموذج النظري العربي لجودة الحياة:

أعطى أبو سريع وآخرون (2006) نموذجا لتقدير وتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة وهي موزعة على بعدين متعامدين، كما هو موضح في الجدول .

تقدير الذات	**الذاتية**	التوافق الأسري
الفاعلية الذاتية		الرضا عن الصداقة
التدين		العلاقة مع الزملاء
الهوايات الشخصية		الرضا عن المصروف
المحددات الداخلية		**المحددات الخارجية**
الصحة العامة		الدخل الشهري للأسرة
القوام البدني		المصروف الشخصي
القدرات والمهارات الشخصية		نوعية السكن
التفوق الدراسي		نوعية مكان العمل
	الموضوعية	

الجدول رقم (02) تصور أبو سريع وأخرون لمحددات جودة الحياة.

يمكن تفسير المخطط بالآتي :

1- أن البعد الأفقي يشمل قطبي توزيع محددات جودة الحياة، هو من داخل الشخص أو خارجه، وتسمى" بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل بعد المحددات الخارجية "

2- أن البعد الرأسي يمثل توزيع تلك المحددات على وفق قياسها وتحقيقها وهي تتوزع بين الأسس الذاتية(المنظور الشخصي للفرد) والأسس الموضوعة التي تشمل الاختبارات والمقاييس التي تتيح للفرد موازنة نفسه بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية وعلى وفق هذا التصور، فإن مصطلح جودة الحياة يمثل ظاهرة متعددة الجوانب(صحية، واجتماعية، واقتصادية، ونفسية)، تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فمثلا عن النظام السياسي، والتقاليد الاجتماعية، ومفهوم الرفاهية، ومعتقدات الأفراد المختلفة، كما تتمثل جودة الحياة في اشباع الحاجات الانسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو غير مادية، كما أن جودة الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل:

1-الرضا والقناعة .

2-التوافق النفسي، والاجتماعي، والصحي والأسري .

3-درجة الولاء والانتماء للأسرة والوطن.

4-مفهوم الذات والوعي .

5-درجة المرونة الفكرية وتقبل الأخر.(**الشنفيري، 2006 :20**)

5- أنواع جودة الحياة:

تتمثل أنواع جودة الحياة فيما يلي:

1.5- جودة الحياة النفسية:

يعتبر مفهوم جودة الحياة النفسية من المفاهيم المعقدة نسبيا حيث تسهم فيه مجموعة من المكونات والعوامل النفسية والانفعالية والمعرفية، ولقد تعددت تعريفات الباحثين المهتمين بهذا المجال نذكر منها تعريف ستيوارت حيث أشار أن جودة الحياة النفسية هي حالة كلية ذاتية ت وجد عندما يتوازن داخل الشخص بمدى واسع من المشاعر منها الحيوية والإقبال على الحياة والثقة في الذات، الصراحة والأمانة

مع الذات ومع الآخرين، البهجة والمرح، الهدوء، السعادة، الاهتمام بالآخرين.

وهناك مظهران لدراسة جودة الحياة النفسية هما:

المدخل الذاتي والمدخل النفسي اللذين يركزان على نضج الشخصية وتنمية القدرات الكلية للفرد **(عكاشة، 2010 :4)**.

2.5- جودة الحياة الأسرية:

تعد جودة الحياة الأسرية من العوامل المهمة في فهم جودة حياة الفرد حيث يؤكد الباحث ون على أن جودة الحياة للفرد ترتبط بتلك المحيطة به ويسيرون إلى أن من يبحث في جودة الأسرة عليه البحث في جودة حياة الفرد ويجب أن تشتمل دراستهم على جودة الحياة للمحيطين به ولقد ظهرت جودة حياة الأسرة من البحث في جودة حياة الفرد ويمكن أن تقدم تعريف لها على أنها مقابلة احتياجات الأسرة وتمتع أعضائها بحياتهم معا كأسرة، وامتلاك الفرصة لجودة الحياة الأسرية وهي التفاعل الأسري، والحياة اليومية، والحالة المادية المتيسرة للوالدين، الاتزان الانفعالي، والبيئة المادية والصحة الاجتماعية والتماسك**(عبد الفتاح، أحمد، حسين، 2006: 17)**

3.5- جودة الحياة الوظيفية:

إن مفهوم جودة الحياة الوظيفية يجب أن يكون مفهوما شاملا يتضمن تحقيق أهداف ومصالح العاملين وأهداف إدارة المنظمة والتي تعكس بدورها أصحاب رأس المال، حيث أن زيادة معدلات الرضا الوظيفي للعاملين والنتائج عن مستويات عالية لجودة الحياة الوظيفية يساهم في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمنظمة أو أيضا تلبية مطالب العملاء والمجتمع فهي تعتبر أقصى مدى يستطيع أعضاء المنظمة الوصول إليه في تلبية الاحتياجات الشخصية الهامة

وذلك من خلال خبراتهم في العمل وأحسن تعريف يمكن أن نقدمه هو: أنها عبارة عن الصفات أو الجوانب الإيجابية وغير الإيجابية المرتبطة بالبيئة كما يراها أو يدركها العاملون .

6- مظاهر جودة الحياة:

يشير عبد المعطي (2005) اقتراحه لخمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية، وهي كالتالي:

الحلقة الأولى:العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

-**العوامل المادية الموضوعية:** والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده ، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

-**حسن الحال** :ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهر سطحياً للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخا زن داخلية لا يفتحونها لأحد.

الحلقة الثانية:إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

-**إشباع وتحقيق الحاجات** :وهو أحد المؤشرات الموضوعية، لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فان جودة حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام والمسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة حياته.

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

-**الحلقة الثالثة:** إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة.

-**القوى والمتضمنات الحياتية** : قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن

ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكو ن لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

-**معنى الحياة** :يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بإنجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصا أو افتقاد للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

-**الحلقة الرابعة:** الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

-**الصحة والبناء البيولوجي** :وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، أن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

-**السعادة** : وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات وهي الشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

يعرفها فينهوفن (1994) بأنها الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابيًا على نوعية حياته بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها، وقد دلت بحوث كثيرة على أن السعادة هي نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته.

-**الحلقة الخامسة:** جودة الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمته، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. ويشير عبد المعطي، (2005) أن مظاهر جودة الحياة تتعدد لتشمل العوامل المادية، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، و إدراك الفرد الايجابي لمعنى الحياة، ومدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية والجسمية، فضلا عن جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثرا ، والذي يتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، إدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته، وشعوره

بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية، وإحساسه بمعنى السعادة، وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع .
(الهنداوي،2010:43:41) .

7- مقومات جودة الحياة:

تتمثل مقومات جودة الحياة وفق منظمة الصحة العالمية في عدة عناصر:

أ. **الصحة الجسدية** :القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية، وحالة الجسم مثلا اللياقة البدنية.

ب. **الصحة النفسية** :القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.

جـ. **الصحة الروحية** :وهي صحة تتعلق بالمعتقدات، والممارسات الدينية للوصول إلى الرضا مع النفس.

د. **الصحة العقلية** :وهي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح، والشعور بالمسؤولية، وقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات وصنعها.

هـ. **الصحة الاجتماعية** :وهي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين، والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم.

و. **الصحة المجتمعية** :وهي القدرة على إقامة العلاقة مع الآخرين، كلما يحيط بالفرد من مادة وأشخاص وقوانين وأنظمة(أمال، 2014 : 96).

8- مؤشرات جودة الحياة :

قد حددها حدد فلوفيد Fallowfied (1990) فيما يلي:

➢**المؤشرات النفسية:** والتي تتضح في درجة شعور الفرد في القلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

➢**المؤشرات الاجتماعية** :التي تظهر من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية ونوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

➢**المؤشرات المهنية** :تتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته و حبه لها ,و مدى سهولة تنفيذ مهام وظيفته.

➢**المؤشرات الجسمية والبدنية** :ويقصد بها رضا الفرد عن حالته الصحية، وقدرته على التعايش مع الآلام، والنوم والشهية. (منسي و كاظم، 2010 :47)

9- مقاييس جودة الحياة

1.9- مقياس - جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية(1997):

قامت منظمة الصحة العالمية بوضع مقياس شامل لقياس جودة الحياة لدى الفرد و لكي يصبح وسيلة موجهة لاستخدام عالميا مع الأخذ بعين الاعتبار تماثل الثقافات بين بلدان العالم ككل، يتكون من 100 بند في شكله الأصلي و آخر مختصر ، تم إعدادها و تكييفها في 15 دولة تحت إشراف المنظمة نفسها ، حيث يسمح المقياس في صورته المطولة بتقدير 6 ميادين لجودة الحياة : الصحة الجسمية,الصحة النفسية, الاستقلالية , العلاقات الاجتماعية , المحيط و الجانب الروحي(**حرطاني، 2014 :43**) أما النسخة المختصرة فتتكون من (28) بند أو سؤال تقيس أربعة ميادين وهي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، وتتراوح درجات المقياس من 28 إلى 140 وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة الحياة مرتفعة.

أما النسخة الفرنسية المعدة من طرف لوبلاج وآخرون تم تطبيقها على عينة من(2012) فردا يعانون من مرض عصابي عضلي وتمت ترجمته إلى لغة ، علما أنه تم إضافة بعض البنود الخاصة لبعد الصحة الجسمية (**عمران،2009:63**) .

2.9- مقياس جودة الحياة لفريش (Frisch 1992)

و هو يقيس(جودة الحياة)و يتضمن مقياس الجودة الذاتي الذي يغطي 17 مجال للحياة مثل :العمل , الصحة , أوقات الفراغ و العلاقات مع الأصدقاء و الأبناء , ومستوى المعيشة و فلسفة الحياة و العلاقات مع الأقارب و الجيران و العمل الوطني .... إلخ , حيث يطلب من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة و كذلك لقيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسب للسعادة العامة للفرد (**حرطاني، 2014 :33**) .

3.9- مقياس SF 36 (MOS 36 Short Form): يتكون من 36 بند مجمعة في 8 محاور : النشاط البدني (10) ، الدور البدني (4) ، الألم (2)، الصحة العامة (5) الحيوية(4) الوظائف الاجتماعية (2) ، الصحة النفسية (5) ، الدور الانفعالي (4) .

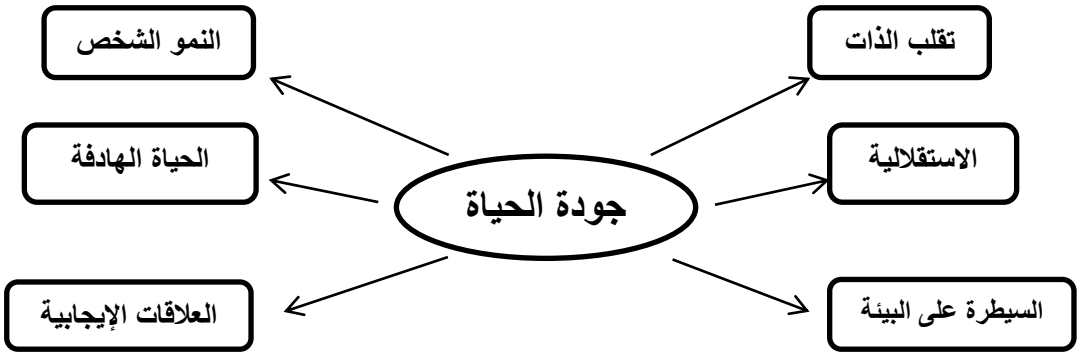
4.9- مقياس: NHP(Nottingham Heath Profile)وهو عبارة عن 45 بند مجمعة في 6 محاور **(بهلول،2009 : 57).**

5.9- المقياس العالمي :وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالا وحيدا يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس فلاناجان لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم في 15 مجالا.

6.9- المقياس **العام** :له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية، في الرعاية الصحية تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض هذا المرض على الحياة (**صالح، 2010 :50**).

7.9- مقياس الخاص بالمرضى :تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في حالات خاصة وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة مع المرضى، حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذل كقلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة(**شيخي،92:2013**) .

8.9- نموذج العوامل الستة لجودة الحياة: ومن والمقاييس المستخدمة في قياس جودة الحياة: (Ryff et Keyes ،1995) وذل ك بتعدد المؤشرات النفسية المرتبطة بها، من جهة ويأتي في مقدمة هذه المتغيرات، الرضا عن الحياة عن بعض ميادين الحياة والحاجات النفسية وهي متمثلة في الشكل التالي:



الشكل رقم (01) يمثل نموذج العوامل الستة لجودة الحياةRutt et Keyes

10- العوامل والمظاهر التي تعيق جودة الحياة:

تتمثل هذه العوامل فيما يلي:

1.10- ضغوط الحياة :أن الضغوط تمثل خطرا على صحة الفرد وتوازنه كما تهدد كيانه النفسي وما نشأ عنها من آثار سلبية كعدم القدرة على التكيف وضعف مستوى الأداء والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية وانخفاض الدافعية للعمل والشعور بالإنهاك النفسي، وقد يواجه الفرد يوميا العديد من الضغوط في البيت والشارع ومكان العمل وغيره.

2.10- الحروب :وما يصاحبها من توتر وخوف وقلق وخسائر في الأرواح والممتلكات والأخلاقيات والشعور بالضياع وفقدان الأمن، كل هذا يؤثر سلبيا على جودة الحياة.

3.10- الكوارث :مثل الزلازل والفيضانات والأوبئة الفتاكة وتلوث الهواء وغيرها كلها معوقات طبيعية لجودة الحياة، بالإضافة إلى الأمراض، الجهل، التعصب الديني، التخلف العلمي والثقافي (**الطائي، إيمان،2015 :50**).

11- الخطوات التي تساعد على تحقيق جودة الحياة :

تتحقق جودة الحياة من خلال مجموعة من العوامل وتتمثل كالتالي:

1.11- تحقيق الفرد لذاته وتقديرها : يتكون مفهوم الذات لدى الفرد من مجموعة من العوامل أهمها تحديد الدور، والمركز، والمعايير الاجتماعية ، والتفاعل الاجتماعي ، ، واللغة والعلاقات الاجتماعية فيجب على الفرد أن يمتلك الطاقات والقدرات ، وعليه أن يقدر ذاته ويحترمها ، وأن لا يقلل من قيمة نفسه ويستسلم لها، وعليه أن يعمل جاهدا على الرغم من وجود العقبات التي تعترضه في الحياة ، فتحقيق الذات يعتبر بمثابة قمة الشعور وإحساس بالرضا عن الذات ، ومن ثم شعوره بجودة الحياة .

2.11- إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة :ويذكر غندور (1999) أن البعض قد يرى أن له موضوع جودة الحياة يكمن في دراسة ماسلوا الحاجات إنسانية ، والنظرية الاقتصادية للمتطلبات الإنسانية، ومن المعلوم لدى أهل التخصص في علم النفس أن تصنيف ماسلو للحاجات الإنسانية يشمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها وهي كالتالي:

الحاجات الفسيولوجية .

الحاجة للأمن .

الحجة للانتماء .

الحاجة للمكانة الاجتماعية.

الحاجة لتقدير الذات .

الوقوف على معنى إيجابي للحياة:

يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوما هاما جدا، ويعتبر فارنكل (1969) الحياة يجب أن تكون لها معنى تحت كل الظروف ، وأن هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير، إلا أنه يظل موجودا دائما، ويرى فارنكل أن الإنسان يستطيع اكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاث طرق وهي كالتالي :

عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما.

تجربة خيرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.

الالتقاء بإنسان أخر في أو حالة تفرده إنساني.

ولقد حدد فارنكل ثلاث مصادر يستطيع الإنسان من خلالها تحقيق معنى لحياته وهي كالتالي:

القيم الإبداعية: وتشمل كل ما يستطيع الفرد إنجازه، فقد يكون ذلك إنجاز عملا فنيا أو اكتشاف علميا وتتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان.

القيم الخبراتية : تتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية وخاصة ما يمكن أن يحصل عليه من خلال الاستمتاع بالجمال، أو محاولات البحث عن الحقيقة، أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة كالحب أو الصداقة.

القيم الاتجاهية: وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي يمكن أن يتجنبها كالقدر أو المرض أو الموت .

3.11- توافر الصلابة النفسية:

ويعرفها حمزة(2002) بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية، في خصال تضم الالتزام و والتحدي والتحكم، والتي يراها الفرد على أنها خصال مهمة له تمكنه من مجابهة المواقف الصعبة والتصدي لها ، وكذلك المواقف المثيرة للمشقة النفسية، والتي تمكنه من التعايش معها بنجاح .

4.11- التوجه نحو المستقبل:

تشير شقير (2005) إلى أن قلق المستقبل يمثل أحد أنواع القلق والذي يشكل خطورة في حياة الفرد، والذي يمثل خوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة يعيشها الفرد، والذي يجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر، ومن ثم شعوره بعدم الاستقرار، وقد تسب هذه الحالة شيئا من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي خطير كالاكتئاب والاضطرابات النفسية العصبية الخطيرة ، وتشير أيضا إلى قلق المستقبل فقد ينشق عن أفكار خاطئة وغير عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله، وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق يفقده السيطرة على مشاعره وعلى أفكاره العقلانية، ومن ثم عدم الأمن والاستقرار النفسي .

ويشير حبيب (2006) إلى وجود خطوات هامة يستطيع الفرد استخدامها من أجل الوصول إلى جودة الحياة وتتمثل في التالي:

بناء الوعي بضرورة الحاجة إلى التحسين والتطور.

تحديد أهداف التحسين المستمر للأداء، وبناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف.

تنفيذ الجودة الحياتية .

ويلخص حبيب (2006) القول بأنه ينبغي أن يتبنى الفرد منظور التحسين المستمر لجوانب شخصيته، وأبعادها النفسية والعقلية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية كسلوك حياة مع تلبية احتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن واستمراريته في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما ينمي مهارته النفسية والاجتماعية (**بخوش،2016: 34: 36**).

خلاصة الفصل:

قد اتضح من خلال ما ذكر سابقا أن جودة الحياة مرتبطة بعوامل ذاتية متعلقة بالفرد وعوامل موضوعية مرتبطة بالبيئة التي بعيش فيه ،واختلف مفهومها باختلاف وجهة نظر الباحثين والمختصين في هذا المجال بحكم تخصصهم وبعدهم الجغرافي فمفهوم جودة الحياة واسع ليشمل الأبعاد النفسية والجسمية والاجتماعية والمهنية ، وكذا التعمق أكثر من خلال مظاهرها والخطوات التي تحققها وقد يتضح هذا من خلال الفصل الثالث حول داء السكري.

الفصل الثالث
مرض السكري

تمهيد

نبذة تاريخية عن داء السكري

تعريف سكري الأطفال

أنواع داء السكري

أسباب مرض السكري

التفسير العلمي لمرض السكري

مضاعفات مرض السكري

أعراض ارتفاع نسبة السكر في الدم لدى الطفل

أعراض انخفاض نسبة السكر في الدم لدى الطفل

المعاش النفسي للطفل المريض بالسكري

العوامل النفسية المرتبطة بردود فعل الطفل مريض السكري

علاج مرض سكري الأطفال

خلاصة

تمهيد

مرض السكر هو حالة مزمنة من ازدياد نسبة السكر في الدم عن المستوى العادي، و يحدث نتيجة عوامل بيولوجية كخلل في وظيفة البنكرياس ، السمنة(كثرة الدهون)،تلف عصبي يمس منطقة الهيبوتالاموس ،أو وجود اضطراب في وظائف بعض الغدد الصماء، وجود فشل كلوي أو تليف كبدي أو بسبب الأحماض الأمنية و الكريات التي تزيد من نسبة السكر في الدم و قد يحدث نتيجة عوامل وراثية أو عوامل نفسية اثر حادث مؤلم أو مفجع.

1- نبذة تاريخية عن داء السكري:

إن داء السكري مرض قديم قدم الإنسان نفسه، فقد عرفه المصريون القدماء من عام(1500ق.م) حيث وجد على بعض الجدران والمخطوطات المصرية القديمة وصف لمتلازمة البول والعطش.

كما اكتشفه الصينيون منذ القرون الأولى قبل الميلاد، وقد كانوا يشخصونه بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما إذا كان يحتوي على السكر يجعل طعمه حلو المذاق أم لا (**مرفت ،عايش ، 2009**)

أما عند اليونانيون القدماء فقد ذكر داء السكري منذ عام 80 ق الميلاد حيث أطلق عليه اسم diabètes mellitus وكلمة mellitus باللغة اللاتينية تعني الحلو المذاق، أو العسل وكلمة diabètes تعني خروج السائل والمقصود به البول وبذلك يكون المعنى الكامل، البول السكري.

أما عند العرب فيعتبر ابن سينا أول من وصف السكري وصفا دقيقا في كتاب(القانون في الطب)حيث قال :هو أن يخرج الماء كما يشرب في زمن قصير أو أن صاحبه يعطش فيشرب ولا يروى، بل يبول كما يشرب ويكون غير قادر على الحبس.

وفي القرن 17 وصف توماس ويلس حلاوة السكر بقوله :أنه مشروب العسل ، وتم اكتشاف بعدها أن هذا العرض ليس حتمي وبالتالي استطاع إعطاء تصنيف مبدئي لهذا الداء وذكر سكري ذو ارتفاع في نسبة السكر وابتداء من القرن 18 بدأ الباحثان الانجليزيان" بول و دوبسون pool et dobsn بوضع فكرة تواجد السكر في البول بعين الاعتبار، حيث وضع العالم الانجليزي جون رول النظريات الأولى الأيضية كما هي مفسرة للسكري في الوقت الحالي والقائلة " :إن السكر المتزايد في البول ينتج عن تحولات غير عادية للغل وسيدات الغذائية من طرف المعدة، كذلك يرجع الفضل إلى توماس كاوليي في زيادة فهم حقيقة هذا الداء باكتشافه

لدور البنكرياس في الإصابة به، حيث قام باجرا ء تشريح لشخص مصاب بهذا الداء وتوصل إلى وجود عجز واضح لديه في عمل البنكرياس وهذا ما دفعه للربط بين عجز البنكرياس والإصابة بالمرض.

وتم توضيح أهمية البنكرياس من خلال تجارب كل من أوسكار ميكووسك وفون ميرني حيث قاما بتجارب مخبرية على مجموعة من الكلاب، وذلك باستئصال قطع من البنكرياس لأحد الكلاب وبعد إجراء الجراحة لم يمت الكلب، ولكن بدأ بشرب الماء بكثرة، الأمر الذي لفت انتباه العالمان وذلك من خلال تجمع الذباب بكثرة على بول الكلب مما دفع بهما إلى إجراء تحليل للبول فوجها بأنه يحتوي على نسبة عالية من سكر الجلوكوز وسرعان ما اكتشفا بأنهما قد تسببا بإصابة الكلب بمرض السكري.

وقد استطاع العالمان بانتينغ وبست في عام 1921 استخلاص مادة من البنكرياس سببت هبوط في سكر الدم وسميت بالأنسولين .ومع اكتشاف الأنسولين أصبح مرضى السكري أطول عمر وأقل تعرض للاختلاطات الحادة وأكثر إصابة بالاختلاطات المزمنة. **(جاسم محمد عبد الله، 19:2008)**

2- تعريف داء السكري :

1.2- تعريف سكري الأطفال: يعتبر سكري الأطفال احد أكثر اضطرابات جهاز الغدد الصماء شيوعا لدى هذه الفئة الصغيرة ، وهو مرض مزمن يتضمن نقص الأنسولين أو إبطال مفعوله الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم ، و زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون وهو هرمون النمو و هذا يؤدي إلى زيادة في تصنيع الجلوكوز الداخلي المنشأ وكذلك تحلل الدهون وعندما يزيد تركيزه في الدم عن 180 ملغ يطرحه الجسم عن طريق البول ، وهذا يؤدي إلى زيادة طرح السوائل من الجسم يتبعه الحاجة لشرب السوائل أي العطش و زيادة في كمية إدرار البول (**الخطيب، 2006 : 135**).

2.2- تعريف منظمة الصحة العالمية :هو حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئة الوراثية ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم إلى قلة وجود الأنسولين.

تعريف الشوا (2005): أنه ارتفاع نسبة سكر الدم فوق المعدل الطبيعي **(ارتفاع سكر الدم أثناء الصيام فوق 110 ملغ/د.ل)** نتيجة لنقص في إفراز رمون الأنسولين أو عدم فعاليته، أو كلاهما معا.

وعرفه لوثر تارفيس: بأنه عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة.

وعرفته الدكتورة انتصار عزة :داء السكري هي متلازمة اضطراب استقلابي وعائي بأحد السببين :إما النقص إفراز الأنسولين أو المشاركة بين مقاومة أنسولينية مع عدم إفراز كاف (أي أن الجسم لا يملك القدرة على المقاومة).

كما يعرف هذا الداء أنه ذلك المرض الذي يجعل جسم المصاب به غير قادر على هضم الطعام، والاستفادة منه كما ينبغي، فتتراكم بذلك كميات السكر في الدم بدلا من أن تحترق للحصول على الطاقة، ويبدأ بعضها في الخروج من الجسم مع البول، كذلك تزداد في الدم كمية الدهون التي يحصل عليها الجسم من الطعام كالزبدة والجبن...الخ، دون الاستفادة منها، كما تتحول كمية من المواد البروتينية من اللحوم والأسماك إلى سكريات بدلا من أن تستخدم بواسطة الجسم في بناء العضلات وتجديد الأنسجة التالفة .ومع مرور الوقت تبدأ هذه الكميات المتراكمة من السكر في الدم في إتلاف بعض أعضاء الجسم المختلفة كالعينين، والكليتين، والأعصاب وغيرها من الأمراض، ويرجع السبب في كل هذه المشاكل إلى شيء واحد وهو عدم قدرة جسم المريض على إفراز كمية كافية من الأنسولين لهدم المواد السكرية الذي يرجع أساسا إلى إتلاف وعجز البنكرياس على أداء وظيفتها (حربوش، 2009 :80).

3- أنواع داء السكري:

لقد تعددت تقسيمات هذا الداء وتعددت بذلك تسمياتها.

1.3- داء السكري المعتمد على الأنسولين :وهو ما يطلق عليه سكري الأطفال والشباب.

يحتاج مرضى هذا النوع من السكري إلى مصدر خارجي للأنسولين عن طريق الحقن اليومية، وذلك لمنع تكوين وارتفاع الأجسام الكيتونية في الدم والمحافظة على الحياة.

ويعود سبب هذا النوع من المرض إلى تأثير عدة عوامل مجتمعة كالعوامل الوراثية والبيئية والمناعية، ويشكل ما نسبته حوالي % 10 من مجموع مرضى السكري في أي فئة عمرية ولكن غالبا ما تكون أعلى نسبة للإصابة في مرحلة البلوغ، وعلى الرغم من أهمية الأنسولين في علاج مرضى هذا النوع من السكري إلا أن الحمية الغذائية لها أهمية بالغة بالإضافة إلى أهمية الأنسولين في تجنب الإصابة بارتفاع السكر في الدم أو انخفاضه والمحافظة على صحة المريض.

2.3- داء السكري الغير معتمد على الأنسولين :أو ما يطلق عليه سكري الكبار.

لا يحتاج أغلب المصابين بهذا المرض إلى حقن يومية من الأنسولين في بداية الأمر، وهو يصيب الناس عادة بعد سن الثلاثين، ويمكن اكتشافه بالصدفة من فحص روتيني عابر أو شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسبي في تركيز هرمون الأنسولين في الدم وأضاف بعض الباحثين نوعين آخرين لمرض السكري هما:

3.3- سكري الحمل :والذي غالبا ما تتعرض له السيدات الحوامل اللاتي تعانين من وجود تاريخ مرضي لمرض السكري في العائلة، واللاتي تعانين من قصور الجسم عن احتمال الجلوكوز (أي عندما يأكل الإنسان مواد سكرية فإن البنكرياس يكون غير قادر على التخلص منها بسهولة) وزيادة الوزن، واللاتي يلدن أطفال أوزانهم أكثر من 4كغ يصيب سكري الحمل (1- 14 %) من النسوة الحوامل أي يمثل 90% من حالات السكري المشاهدة أثناء الحمل.

ويتم إجراء الفحوصات للأمهات الحوامل عادة بين الأسبوع الرابع والعشرون والسادس والعشرين من الحمل، وغالبا ما يؤدي سكري الحمل الذي لا يعالج إلى مشاكل في الأجنة، وإلى زيادة احتمال الإصابة بالسكري خلال خمس سنوات من اكتشاف سكري الحمل.

4-أسباب مرض السكري :

هناك عدة أسباب تلعب دورا كبيرة في التهيئة لداء السكري وهي: الوراثة، المناعة الذاتية، الفيروسات، والبدانة.

1.4- أسباب وراثية:

لقد أثبتت الدراسات أن العامل الوراثي له تأثير كبير ، وأكيد في انتقال مرض السكري وذلك من خلال استعدادات وراثية ، فالطفل لا يولد مريض ، وإنما مزود باستعدادات مرتبطة ببعض المجموعات النسيجية ، وقد أثبت العالمان "روبيتن " و "رال " بأن هذا المرض يصيب 50% من الاخوة والأخوات الذين يملكون نفس المجموعات النسيجية بنية الوراثية تحتوي على كلا الجانبين احدهما ناتج عن الأب والأخر عن الأولاد مصابين في حالة الطفل الأول مصاب ، هناك عامل وراثي أكيد في انتقال مرض السكري ، من خلال هذا يتبين ما يلي : عندما يكون أحد الوالدين مصاب هناك احتمال 50% من أن نلاحظ تواجد هذا المرض في بعض العائلات إلا أن طريقة توارثه لا تزال غير مفهومة تماما (**الحسيني ، د.ت : 08**).

2.4- المناعة الذاتية:

تعمل خلايا الجسم وبالتحديد الكريات الدموية البيضاء في الحالة العادية على مناعة الجسم من الأجسام الغريبة مثل الفيروسات ، البكتيريا ، وتسمى هذه الخلايا باللمفاويات ، غير أن اصابة المناعة الذاتية تحدث اضطراب هذه الوضعية ، فتتوجه الخلايا اللمفاوية الى مواجهة بعض الأنسجة الجسم بدل مواجهة الأجسام الغريبة أي وجود أجسام تتوجه ضد الخلايا التي تنتج الأنسولين ، فتقوم بتهديمها ، وبالتالي تسبب الاصابة بمرض السكري .

3.4- الفيروسات :

عند حدوث التهاب يقوم الجهاز المناعي بالتعرف عليه كجسم غريب ، فيقوم بتكوين أجسام مضادة للقضاء عليه ،ولكن نجد أن الجهاز المناعي لا يتعرف على الفرق الموجود بين خلايا البنكرياس والسم الغريب ،وبسبب التشابه الموجود في تركيبتهما وبالتالي يقوم بمواجهة الفيروس وفي نفس الوقت خلايا البنكرياس مما يؤدي الى تدميرها وحتى القضاء عليها تماما (**العيسوي ، 1994 :17**)

4.4- البدانة :

يعتبر العامل الأكثر انتشارا في الاصابة بمرض السكري ، وفي دراسة احصائية قام بها العالم جوسلين على 4500 حالة وجد 89 % بدنيين وكانت بداية مرضهم في سن 40 من عمرهم ، كما وجد موريك من (10 % - 20 %) من البدنين يعانون من مرض السكري ، كما أنه توجد علاقة طردية بين السمنة ومرض السكري ،فهناك احتمال أن زيادة تناول السعرات الحرارية لفترة طويلة من الزمن يضعف من قدرة الخلايا الخاصة بإفراز الأنسولين في البنكرياس والتي تسمى خلايا بيتا مما يؤدي الى ظهور مرض السكري (**الحسيني ، د.ت : 03**) .

5- التفسير العلمي لمرض السكري:

1.5- الجانب الطبي : إن الخلل الذي يحصل في مرض السكري هو واحد من ثلاثة إما عدم إفراز الأنسولين من البنكرياس كليا أو نقص إفرازه عن المستوى المطلوب لحاجة الجسم أو أن الأنسولين المفرز من البنكرياس لا تستخدمه خلايا جسم الانسان لأي سبب كان (**عبد ربه ، 2010: 29**) .

فهو يحدث من جراء انخفاض نسبة الأنسولين في الدم عن معدلاته الطبيعية، ذلك الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس، أو ينتج عن وجود خلل في الوظيفة البنكرياس، بحيث يصبح موجودا فعلا في الدم، ولكنه يصبح عاجزا عن أداء وظيفة في احتراق السكر في الدم (**Ande et Jaque , 1993: 296**).

2.5- الجانب النفسي :

حسب علماء النفس تعد ظاهرة الإصابة بالداء السكري راجعة إلى الحالة النفسية الجسدية ، بحيث يرون أن النصاب بالداء السكري ذو حساسية شديدة للتأثر بالموقف الانفعالي ، ومواجهة بنفس رد فعل الذي أصابه عند تعرضه لقلق الولادة ، فمنذ القرن 19 ،كانت تعتبر الإصابة بالداء السكري مرتبطة بالدرجة الأولى بالصدمات النفسية التي يتعرض لها الفرد في حياته

(العيسوي ، 1999: 439) .

وحسب التفسير السيكولوجي للأمراض النفسية الفسيولوجية على أساس أن الاضطرابات هي طاقة غير مشبعة حبيسة ، لم يتم التعبير عنها مباشرة فاتخذت ضورة التعبير الجسمي ،أي أن الأفراد الذين يصابون بمرض السكري مهيئين للتعبير الجسمي أكثر من التعبير السلوكي العصابي(**أبو القاسم، 2013 :138)** .

6- مضاعفات مرض السكري :

السكري مشكلة صحية رئيسية يسبب المضاعفات التي يمكن أن تنجم عنه، إذ يرتبط هذا المرض بـ :

- بتصلب الشرايين و انسدادها، الذي يعزى إلى تكلس الدم و لذلك هناك نسبة عالية من مرضى شرايين القلب كانوا مصابين السكري في ضعف البصر وفقدانه عند الكبار .
- الفشل الكلوي حيث نجد (50%) من المرضى السكري يعانون بهذه الإصابة.
- السكري يصاحبه عطل و تدمير الجهاز العصبي في الأطراف مما يسبب الألم و فقدان الاحساس وفي حالات شديدة حيث يصبح بتر الأطراف ضروريا.
- يؤدي إلى عطل في الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يمكن أن يؤثر على الذاكرة و خصوصا كبار السن .

- معدل حياة مريض السكري أقصر من معدل حياة غير المصاب بهذا المرض نتيجة لهذه المضاعفات .
- صعوبات على مستوى الوظائف النفسية و الاجتماعية، حيث يساهم في نشوء اضطرابات في الأكل واختلال الوظيفة الجنسية و إلى الشعور بالاكتئاب (تايلور، **2008**: **764**) .

7- أعراض السكري في الدم لدى الطفل

1.7- أعراض ارتفاع نسبة السكري في الدم لدى الطفل المصاب بالسكري:

- الشعور بالتعب.
- العطش الشديد و الرغبة الشديدة في شرب الماء.
- جفاف الحلق.
- كثرة التبول.
- الشعور بنمنمة أو وخز في أصابع القدمين و اليدين.
- بطئ التئام الجروح.
- تقلصات في العضلات.
- زوغان البصر.

2.7-أعراض انخفاض نسبة السكر في الدم لدى الطفل:

- الرجفة وتصبب العرق من الجسم.
- تسارع نبضات القلب.
- قلة التركيز و نقص في التنسيق.
- أوجاع في الرأس و العصبية و التصرفات الغريبة الغير مألوفة.

8- المعاش النفسي للطفل المريض بالسكري:

إن مرض السكري يستدعي على الطفل المريض اتباع علاج من النوع الثقيل المتمثل في الأنسولين و أدوية أخرى أحيانا ، فيصبح الطفل غير قادر على التأقلم مع المرض في مثل هذه الحالة المستعصية ويفقد الثقة بنفسه، و يتغير على المستوى النفس اجتماعي ، مما يؤدي إلى فقدان التوازن ، و لقد أعاد الأطباء والمختصين في مجال الطب النفسي توظيف المفهوم الذي جاء به " فرويد " المتمثل في " عمل الحداد " ، حيث يسمح عمل الحداد للمريض بالرضوخ للأمر الواقع و تقبل حالته الصحية الجديدة ، أما المرضى الآخرين الرافضين لعمل الحداد

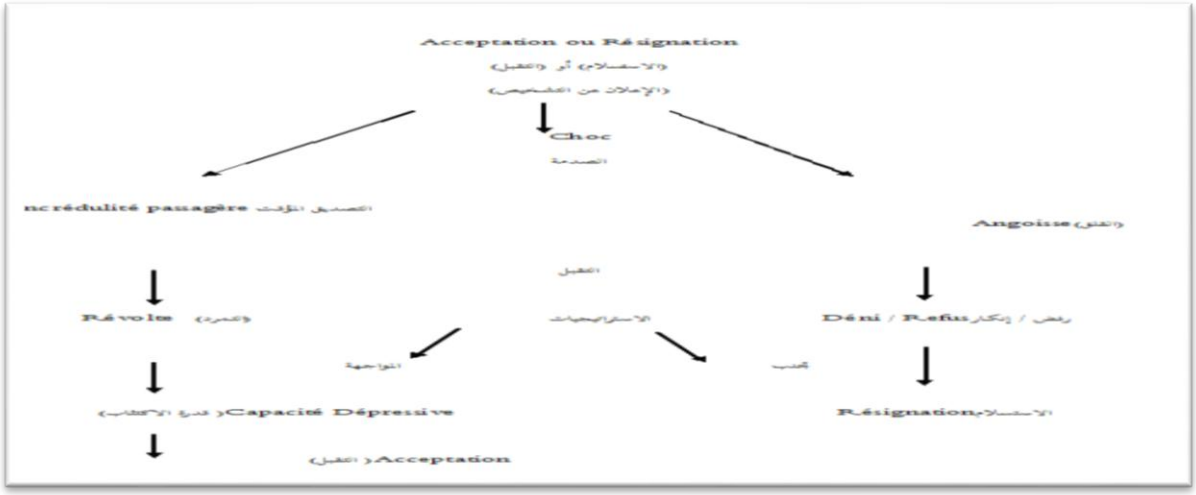
لمرضهم يختبئون وراء الآليات الدفاعية غير متقبلين المرض تماما ، لذلك فان الحداد العادي عند حدوثه يمثل عملية ديناميكية نفسية ، أين الآلام تعاش لتتجاوز فيما بعد ، بينما الفرد الذي لا يمر بعمل الحداد فانه يؤثر ذلك سلبا على حالته النفسية و الصحية.

(Simon pyu traynard, 2007 :49).

9- المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري:

عند تلقي الأفراد نتيجة التشخيص أن هناك مرض مزمن يختلف رد فعل كل شخص في طريقة التعامل و التعايش مع هذا المرض المزمن ، فيبدي المريض سلوكيات وانفعالات راجعة إلى عدم تقبله المرض ،ففكرة أنه سيلازمه طوال حياته يصعب عليه القيام بالعملية النفسية أو ما يعرف بالصيرورة النفسية نحو التقبل ، فمنذ الإعلان عن وجود مرض مزمن يعيش المريض في تلك الفترة حالة صدمة ، حيث يظهر عليه القلق واللامبالاة أو الانفعال الزائد والمفاجئ و عدم التصديق ، و في هذه السير وره نحو التقبل يبدي المريض سلوكيات مشابهة للاستجابات التي يقوم بها الفرد أثناء فقدان شخص عزيز و الذي اشرنا إليه سابقا ب" عمل الحداد "، لذلك من الضروري على الأخصائي النفسي و المعالجين أن يدركوا و يتعرفوا على مختلف الاستجابات الانفعالية التي يبديها المريض لغرض الإحاطة بها و العمل على خلق نوع من السلوكيات التي تتماشى معها **(Lacroix , 2005 :25)**

ولقد وضعت **A. Lacroix** نموذجا توضح فيه المراحل النفسية التي يسلكها المريض ,كما هو موضح في الشكل التالي-:



شكل رقم (02) A. Lacroix يوضح المراحل النفسية التي يسلكها مريض السكري.

وحسب النموذج السابق فان استجابات المريض تسلك طريقين و لكل طريق منهما مراحل خاصة به تتميز باستجابات مختلفة نلاحظها في تلك المرحلة، ولكي تسهل عملية تحديد المرحلة التي يكون فيها المريض وضعت « **A.Lacroix** » الجدول التالي لتوضح ذلك:

المرحلة	سلوك المريض المتبع	مثال	سلوك المعالج العادي	المتابعة
الصدمة	مفاجئ . قلق	لا يستوعب تماما	إعطاء قدر الإمكان معلومات عن المرض	الإحاطة ومساعدة المريض على المحافظة على توازنه
الرفض	لامبالاة، وعدم إعطاء أهمية لما يقال.	يوجد أمراض أكثر خطورة وحدة.	الاقتناع	خلق جو يسوده الثقة والبحث فيما يجعل المريض مهدد.
المعارضة	عدوانية	أنت السبب في ذلك هذا سبب علاجك	شعر بأنه مهاجم فيحكم على المريض	ببحث على موضوع المعارضة.
المساومة	أكثر تعاون كما يكون متلاعب.	أقبل اقل من أربعة حقن للأنسولين.	إعادة النظر في الموضوع	اخذ وعطاء مع المريض حول الأشياء الثانوية.
الاكتئاب	حزن	ستعمل حجة مرضي	قليل الاستماع	تدعيم الاستماع الايجابي
التقبل	هدوء متعاون	أتعايش معه لكن ليس على حساب مرضي.	إعطاء تشجيعات للمريض.	تدعيم وتوضيح التعليم و الاكتساب الذاتي للمريض.
النفي	سلبي اللامبالاة	اسلم أمري للطبيب	تمرد	العمل على تجنب تدهور صحة المريض
شبه تقبل	الرفض البدائي للمرض.	ارفض أن أكون معافا.	العجز التهديد	العمل على إعادة أو الحفاظ على الجانب الانفعالي للمريض.

جدول رقم (03) نموذج« A.Lacroix » للعوامل النفسية المرتبطة بردود فعل الطفل مريض السكري

10- العوامل النفسية المرتبطة بردود فعل الطفل مريض السكري:

إن خصوصية إشكالية السالم في سن الطفولة المتعرضة لمرض السكري تكمن في خبرة الألم و المواجهة عند الطفل المصاب ، هذا المرض المزمن يعتبر معاناة بالنسبة له ولعائلته ، كونه مهدد لحياته ، وتختلف ردود الفعل النفسية عند اكتشاف المرض من شخص لأخر ، و يتمثل في:

*إما أن يكون الرفض و الإنكار هو رد الفعل الشائع ، فالطفل المريض بالسكر هنا قد يتعمد عدم إتباع النظام الغذائي و حميته أو الإهمال في علاجه ، و كأنه يتحدى نفسه.

*هناك التمرد أيضا على العلاج و هو جانب من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطون بالطفل ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على أكله و شربه ، فما من احد يمكن أن يقبل التحكم الكامل طوال الوقت و لمدة طويلة في تفاصيل معيشته و تذكيره باستمرار بمرضه.

*و أحيانا قد ينشا الخوف الشديد من المرض و آثاره ، كرد فعل عند بعض الأطفال الذي يتسبب في حالة من الاكتئاب و العزلة.

*و أخير هناك الشعور بالذنب الذي يحدث عند وجود الطفل المريض في أسرة واحدة حيث ينتابه شعور بأن المرض عقاب له بسبب معاصي قد ارتكبها في الماضي ، مما يؤدي بالطفل الى الدخول في حالة من الإحباط(**بطرس ، 2008 : 440**).

و لاشك أن الإصابة بمرض السكري للطفل يصاحبه عدة ضغوط بالنسبة لعمره الصغير فمن اكثر المظاهر أهمية جد الضغوط اليومية التالية:

أ. حقن الأنسولين:

بالنسبة للطفل حقن الأنسولين ضرورية لبقاء حالته الصحية مستقرة ، و غالبا ما يكون التأثير الانفعالي للحقن بالأنسولين ذو طابع سلبّ و ضار على الطفل حيث يظهر فعله في شحوب الوجه و اصفراره و تصبب العرق ، وأحيانا يؤدي للإغماء.

ب. نظام التغذية (الحمية الغذائية:)

من القيود المفروضة على المريض الصغير هي القيود الخاصة بنظام التغذية والتي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف و القلق لدى الوالدين اتجاه الأطعمة كل يوم عند إطعام الطفل، وهذا النقص في تنوع الموارد الغذائية.

ج. فحص البول:

من المظاهر الأخرى للقيود المفروضة على ضبط الحياة اليومية للطفل المريض هو ضرورة فحص البول ، و نظرا لخبرة المريض الطويلة بالفحوص و التحاليل يبدأ في الشعور بالقلق اتجاه نتائجه ، كما تزداد السلوكيات الشاذة عند الأطفال مثل التبول الليلي نتيجة شعورهم بالعطش نهارا و تناولهم كميات كبيرة من الطعام.

–ويترتب على المظاهر السابقة عدم استجابة الطفل لإرشادات الطبيب و عدم تقبله نصائح الوالدين سواء من ناحية التغذية أو حقن الأنسولين (**بطرس ، 2008 : 443**).

إضافة إلى الضغوط اليومية التي يعيشها الطفل المريض والتي ذكرت سابقاً ، فإنّه يعاني كذلك من إضرابات نفسية تنجم عن مرض السكري والذي يؤثر بطريقة سلبية عليه وعلى المحيطين به ، فالمتابعة المستمرة بالمستشفى أو العيادة و استخدام الحقن و عملية الحقن والفحص اليومي لمعدل السكر في الدم قبل الأكل و بعده كل هذا يولد لدى الطفل الشعور بالتقييد و الملل و الضيق ، كذلك نظام التقييد بالحمية الغذائية و تناوله لأغذية بكميات و نوعيات محددة تولد لديه مشاعر الحرمان والقلق و الخوف اتجاه الأطعمة مما يخلق صراعا أحيانا بين الطفل وبين عائلته التي تقوم برعايته و التكفل به ، كل هذه الضغوط تأثر على صحة الطفل المصاب بالسكري و تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية تتمثل في:

"الانطواء الذات " ويتضح من خلال خوف الطفل المصاب بالسكري من المدرسة وأحيانا يؤدي إلى الهروب المدرسي ، كذلك مشكلات مع الزملاء و الصراع النفسي الفيزيولوجي و الآلام المبرحة في البطن أو الأوجاع الجسدية من جراء الحقن و الأدوية ، و المخاوف والقلق و توهم المرض و حالات الاكتئاب أحيانا ، و حالات سوء استخدام الأدوية ، كذلك ظهرت عند الأطفال من هذه الفئة " سلوكيات مضادة للمجتمع " والتي تجلت في سلوك تدمير الذات ،السلوك العدواني والإهمال ، سلوك تدمير الغير و العجز الاجتماعي في تكوين علاقات ناجحة ، والهروب من المنزل و البعد الأخير من السلوكيات التي تظهر لدى الأطفال المصابين بالسكري هو :

اضطرابات الطعام " كرفض الطعام أو الإفراط في تناول الأطعمة و عدم احترام الحمية الغذائية ، ولقد بينت الدراسات أن معدل الإصابة بهذه الاضطرابات زاد بنسبة 33.3 % في دراسة مقارنة بين مرضى السكري و بين مجموعة أخرى من الأصحاء.

د. مرض السكر و الاكتئاب عند الأطفال:

في العلاقة النوعية بين مرض السكر و الاكتئاب حاول الباحثون و الإكلينيكيين في تقاريرهم المبكرة ان يحددوا ما إذا كان السكر يؤدي إلى ارتفاع متزايد في الاكتئاب، ففي دراسة (روي و روي **ROY & ROY 1994**)تم مقارنة مجموعة من مرضى السكر المعتمد على الأنسولين مع مجموعة أصحاء من خلال درجاتهم على مقياس(**بيك**) **BECK** و كانت النتيجة أن درجة مرضى السكر مرتفعة على مقياس الاكتئاب عن درجة الأصحاء و هذه النتيجة تحقق الفرض القائل بان الاضطرابات النفسية و المشكلات الاجتماعية تظهر أكثر بين مرضى السكر المعتمد على الأنسولين(**ROY & ROY ,1994 :129**) .

هـ. مرض السكر و الضغوط النفسية عند الطفل:

لقد أجريت دراسات عديدة حول علاقة الضغوط بمرض السكري حيت نظر البعض إليها كسبب للإصابة فقد أوضح (**عطية، 1993**) إن كثير من الأقوال تردد أن السكر لم يصيب الكثير من الناس إلا بعد صدمة فجائية في حياته كوفاة قريب عزيز أو حادث سيارة مروع.... الخ **(عطية ، 1993 :24)**

توضح **دراسة ديلمبير و آخرون DELMATER ET AL (1993)** أن هناك علاقة مهمة بين ضغوط الحياة و ضغط التمثيل العضوي عند الأطفال و المراهقين ويفترض أن الضغوط تؤثر على عملية التمثيل العضوي بطريقة غير مباشرة من خلال مثلا : عدم الالتزام بالحمية الغذائية **(DELMER ET AL , 1993 : 120)**

و تشير الدراسات إلى أن مرضى السكري يجب أن يبتعدوا عن الانفعالات والضغوطات النفسية لتأثيرها السلبي على صحتهم ، و كذلك يجب على الطفل مريض السكري أن يتعايش مع وضعه الصحي و العائلي و الاجتماعي بالطريقة الملائمة لطبيعة مرضه و بالمتابعة النفسية له من قبل المعالجين النفسانيين في تحدي و تقبل المرض.

و. مرض السكر و التوافق النفسي عند الطفل:

إن مرض السكري يمثل حالة طويلة الأمد تحمل تهديدا على عملية التوافق لدى المريض ، فقد بينت دراسة حسين (1987) في هذا الصدد أن العامل النفسي له دور في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة و في تحديد شدة المرض عند أول ظهوره حيث وجد غيبوبة السكري أحيانا تكون هي أول ظهور المرض وقدرة الطفل على التوافق و الاستجابة للعلاج عند بدئ تشخيص المرض فسوء التوافق نتيجة العوامل النفسية المختلفة ، يقلل من الاستجابة للعلاج و التحكم في خطورة المرض و مضاعفاته (**حسين ، 1987 : 63**)

وفي دراسة MACREA (1986) توصل إلى أن المرضى الذين يتوافقون مع المرض و مضاعفاته تساعدهم عوامل على ذلك مثل : الدخل الاقتصادي المناسب ، المساندة الاجتماعية الفعالة و قدرتهم على مقاومة الضغوط، كما بينت دراسة ROBINSON (1983) التي حاولت التعرف على المشكلات التي تواجه الأمهات في التعامل مع أبنائهم المصابين بالسكري و أوضحت الدراسة أهم هذه المشكلات مثل : الغذاء اليومي ، و اختبارات البول ، وحقن الأنسولين، و التحكم في السكر و نسب الهيموجلوبين و انتظام الأنشطة اليومية و المساندة و التشجيع الاجتماعي**(CAROLYN ROBINSON, 1983 : 548) .**

ي. مرض السكري و الاضطرابات المعرفية عند الطفل:

لقد تم التوصل في السنوات الأخيرة من أبحاث عديدة في مجال الوظائف المعرفية لدى الأطفال المصابين بالسكر و أهم اكتشافين في هذا المجال هما:

▪إن الأطفال و المراهقين الذين أصيبوا بالمرض في السنوات الخمس الأولى من حياتهم هم الأكثر عرضة لظهور عجز خطير في مقاييس التعلم و الذاكرة وحل المشكلات أكثر من الذين أصيبوا به بعد هذا السن.

▪إن المصابين بالسكر المعتمد على الأنسولين و الذين لديهم تحكم ضعيف في المرض يعانون من صعوبة أكثر في المتطلبات المعرفية لحل المشكلات ومهام تشغيل المعلومات أكثر من المصابين بالمرض ولديهم تحكم جيد **(CHRISTOPER RYAN, 1988 : 89).**

أما في مجال صعوبات التعلم فكان التقييم في معظم الأبحاث يتم عن طريق الاستبيانات الموجهة للآباء و المدرسين لا عن طريق التقييم المباشر لمريض السكر.

11- علاج مرض سكري الأطفال:

-من المتعارف عليه انه لا يوجد علاج شاف لمرض السكري ، وهدف الإجراءات العلاجية إنما هي للتخفيف من وطأة أعراض المرض ومحاولة للتقليل من المضاعفات المحتمل حدوثها فيما بعد ، و أول خطوة في علاج مرض السكري يجب تثقيف المريض و إعطاءه فكرة عن المرض وطبيعته من قبل الطبيب و في حالة الطفل الذي لا يكون في العادة مسئولا عن نفسه يطلع الفريق الطبي عائلته و المعنيين به من الأم و الأب أو الإخوة في حالات أخرى عن جميع التطلعات حول طبيعة المرض و بأنه مرض مزمن يحتاج لعلاج وعناية بالطفل مدى الحياة أو على الأقل حتى يكبر ليقوم برعاية نفسه و توعيتهم من ناحية عدة إجراءات علاجية لمرض السكري المتمثلة في:

*تعريف المريض بالحمية الغذائية و أهميتها في تخفيف حدة و مضاعفات المرض و ذلك من ناحية كمية و نوعية الغذاء.

*اخذ الأنسولين بالنسبة للطفل المريض المصاب بالنوع الأول من السكري ضروري جدا و بان الطفل سيحتاجه منذ البداية و يجب تدريب الوالدين في كيفية حقن الطفل من اجل تعليمه فيما بعد عند توليه مسؤولية نفسه.

*تحويل المريض وعائلته لأخصائي التغذية من اجل إعطاءه معلومات عن نوعية وكمية الغذاء المطلوبة والتي يجب تحديدها له منذ الأول من قبل الأخصائي ,وتعريف أهمية الحمية الغذائية في تخفيف حدة و مضاعفات المرض(عدنان الزطمة ، 1985 :7)

1.11- التدخل النفسي لأطفال مرضى السكري:

-في ظل خصوصية الظروف التي يمر بها الطفل المريض بمرض السكري و عائلته من الأم جسدية و ضغوط نفسية و اجتماعية فقد نادى العديد من علماء النفس و أطباء الأطفال لاسيما في الغرب بضرورة اتخاذ تدابير شمولية ، لا تقتصر على النواحي الطبية فحسب بل تتعدى إلى ما هو أوسع و اشمل من ذلك ، و وضع تصور أفضل في العناية بالطفل تتمثل في مشاركة كل من الأسرة و الأقارب و النظام النفسي و الصحي و المدرسي والأصدقاء و المجتمع ككل.

كما لا يمكننا أن نجد حلولا لمشكلات العلاج و التوافق النفسي للطفل المريض ومرضه دون أن نشير إلى التعاون و المناقشة و الحوار الذي يجب أن يكون بين كل المشاركين في العلاج ابتداء بالطفل المعني و أهله إلى الأطباء المعالجين و الأخصائي النفسي ، وذلك للبحث عن الطرق الملائمة لمرافقة الطفل و إيجاد حل يتناسب مع حاجاته و حاجات أسرته للحد من اجل التغلب على المرض و استقراره ، و يكون للأخصائي النفسي الدور الأكبر في هذه العملية العلاجية و التكفل النفسي بالطفل حيث يوفر الأخصائي عدة إجراءات طويلة المدى تتمثل في اتخاذ تدابير من اجل تهيئة جو طبيعي لعيش و تكيف الطفل مع وضعه الجديد ، و تخفيض الضغوط النفسية والاجتماعية التي يعاني منها هو و الأسرة على حد سواء ، و الحفاظ على صورة ايجابية للطفل عن نفسه و عن من حوله و جعله ينسى آلامه و يعيش بتفاؤل لكي لا يشعر بما يجعله مختلف عن الآخرين.

2.11- مرحلة إدراك المرض:

-ينمي الأطفال المرضى بأمراض مزمنة في مجرى مرضهم تصورات ذاتية حوله و أعراض منفردة كالألم فالأطفال الأصغر سنا مثلا يقومون بتفسير ظهور الألم بطريقة سحرية غير منطقية ، في حين أن الأطفال الأكبر سنا يمكنهم تفسير الألم كسيرورة(عملية)فيزيولوجية و عادة عندما يبدأ هؤلاء الأطفال في هذا السن بادراك حالتهم المرضية الآنية لا يعرفون إلا القليل عنها ، غير أنهم سيعلمون مع الوقت الكثير مما تعنيه الحالة لهم و تزداد معرفة الأطفال بعدها تدريجيا بحالتهم الصحية و يعدلون معلوماتهم عنها كلما كبر سنهم و ازداد مستوى فهمهم ،

وهناك مجموعة أخرى من الأطفال غير الذين يسعون بجدية للحصول على معلومات حول مرضهم ، يصعب عليهم قبول فكرة أن حالتهم الصحية قد لا تتحسن ، و يكون تصورهم حول المرض أخطر متبنين تلك التصورات من فرضياتهم الذاتية وهنا يأتي دور العائلة أو القائمين على رعاية هؤلاء الأطفال و مرافقتهم كالأخصائي النفسي الذي يقوم بتصحيح كل تلك الأفكار و المعلومات في أذهان الأطفال وعرض تفسيرات بديلة للطفل يمكنه أن يدمجها ضمن صورة الذات حول المرض (**. خالد محمود توفيق ، 2005 :19**)

3.11- التصميم العلاجي المناسب مع الطفل مريض السكري:

-يكون التعاون العلاجي بين الأطفال مرضى السكري و الأخصائي النفسي في إجراءات فعالة و في نفس الوقت سهلة و تناسب عمر و عقل الطفل ، ومن المهم في مثل هذا النوع من الأمراض المزمنة خاصة السكري بالذات بناء دوافع مستمرة تقودنا في النهاية إلى تحسين نوعية الحياة حتى وهي تحت قيود هذا المرض المزمن و لتصميم العلاج بشكل مناسب يقوم الأخصائي النفس باحترام الاختلافات بين عمر الأطفال ليتناسب مع كيفية العلاج.

إن ضرورة توضيح المرض للأطفال بالشكل المناسب مع مستوى نموهم المعرفي في كل مرحلة يسهل عملية استقبال المعلومات الطبية، ويمكن اعتبار تثقيف الأطفال المرضى بما يتناسب مع كل واحد منهم مطلبا نفسيا و طبيا للسببين التاليين:

*السبب الأول ينبع من شروط المواجهة الملائم مع المرض المتمثلة في حصول الطفل على معلومات كاملة و تكوين تصورات واقعية حول الحدث المرضي في جسده من ناحية.

*ومن الناحية الثانية يؤثر ذلك بصورة كبيرة على دوافع العلاج و تعاون الطفل إذا ما امتلك معارف كافية حول المرض و يستطيع فهم آليات تأثير إجراءات العلاج (**سامر جميل رضوان ، 2009 : 623**).

12- نظام المرافقة النفسية للطفل مريض السكري:

1.12- تعريف المرافقة(L'accompagnement) :

- **لغة** :رافق يرافق أي صاحب، مشى مع ، و أصل الكلمة يعود إلى الكلمة اللاتينية ، CUMPANIS و تعني اقتسام الخبرة مع الآخر ، و نحن نعرف التعاونية COMPAGNONNAGE ، و هي جمعية بين عمال يدويين لمهنة واحدة لأجل أهداف التكوين المهني و مساعدة متبادلة ، وهي تركز على القيم والتي مند القرون الوسطى

تمركزت خطواتها على الاستقبال ، المرافقة ، نقل المهارات المهنية ، الانفتاح و الاهتمام بالآخرين **(Paul Robert ,1981 :28).**

- **اصطلاحا: المرافقة** تعنى المصاحبة لكن مرافقة شخص ما لا يعني أن تسبقه أو توضح له الطريق أو تفرض له طريق ما يسلكه ، أو أن تدرك الاتجاه الذي سيتخذه ، و إنما هو المشي بجانبه مع ترك له الحرية في اختيار مسار و وتيرته ، كما يجب علينا أن نتكيف أو نتأقلم مع إيقاع الشخص **(Nicolas Szajkowski, 2008 :19).**

•**المرافقة:** هي حضور فيزيولوجي و نفسي و عملي يبين طور التكيف و اللاتكيف بهدف إدماج أفضل للفرد.

•**المرافقة** هي وضع مخطط و وسائل تقنية و علائقية التي تساعد المريض ليتطور بنفسه ، فالمرافق شخص يمشي إلى جانب المريض مع ترك له الحرية في اختيار مساره و وتيرته.

2.12- أبعاد المرافقة:

أولا :البعد المنهجي :لأن المرافقة تفرض إعطاء مخطط و أدوات من أجل الوصول لأحسن تعيير.

ثانيا :البعد النفسي : لأن المرافقة تجمع على اتفاق شخصين فواحد ، يجب أن يكون في مستوى الأخذ بيد الآخر ليسمح له بإيجاد استقلالية ذاته في مساره ، ونترك له مكان ليحقق ثقته اللازمة ليتمكن من إحداث تغييرات.

3.12- مفهوم المرافقة النفسية(L'accompagnement Psychologique) :

•من يقول مرافقة يقول شاهد، فالمرافق هو شاهد لما يحدث و يعاش من قبل من يرافقه، و هذا يعني أن لا يحق للمرافق أن يلعب دور الواعظ و لا دور المرشد سواء كان على الصعيد النفسي أم على الصعيد الروحي، عندما نقول أن المرافق هو الشاهد، فهدا يعني أن عليه أن يشهد فيما إذا كان ما يدور فيداخل من يرافقه هو حقيقي أم لا، وليس صحيح أم خطأ، والفارق بينهما مهم جدا حقيقي أم لا يعني هو ما يقوله ، يتطابق مع حقيقته وقناعته بغض النظر إذا كانت هذه القناعات صحيحة أم لا ، بالطبع إن شَعر بأنها غير صحيحة مشوهة فمن واجب المرافق أن يلفت الانتباه تحت شكل سؤال وليس بطريقة الوعظ.

لكن من الأهم في هذه القضية هو وعي المرافق ، وعي لذاته ما يعيشه هو شخصيا لدوافعه الواعية و خصوصا اللاواعية منها باختصار هذا يعني أنه على المرافق أن يعرف ذاته بالعمق إلى حد ما، لكن لا تتدخل أموره العاطفية واللاواعية في طريق موضوعية مرافقته للآخر.

و عندما نريد أن نكون شهودا لما يعيشه ، هذا الأمر يتطلب منا موضوعية كبيرة جدا لا تسمح لنا لأن تتدخل حياتنا الشخصية وأمورنا و دوافعنا اللاواعية منها في طريقة مرافقتنا للآخر . هذا الأمر مهم جدا، ولهذا السبب يطلب مِمن يرافق أن تتم مرافقته هو شخصيا من قبل إنسان لديه الخبرة اللازمة في هذا المجال، أقله في البداية، لكي يلفت انتباهه إلى مقدار الموضوعية في طريقة مرافقته، فالمرافقة كما نعلم هي علاقة بين شخصين و ككل علاقة من هذا النوع شئنا أم أبينا تحتوي على متضمنات عاطفية قد تتدخل رغما عنا في مرافقتنا للإنسان وبالتالي تكون النتيجة سلبية .

•هي أمر حيوي تتمثل في مساعدة العميل او الفرد المريض على ضرورة إدراك مرضه و وجود صدمة انفعالية تحدث اضطراب تؤثر على الحياة الشخصية للفرد ، و تسعى للبحث عن سبل التغلب عليها و تجاوزها.هي موقف ، علاقة التي نحاول من خلالها مساعدة المريض و أسرته فيما يمرون به ، تهدف إلى تقديم المساعدة و العمل على راحة المريض و رفع معنوياته خلال الفترات الصعبة التي يمر بها و عائلته.

•هي نهج أي طريقة من الدعم العلاجي و التكفل النفسي تستند إلى بناء علاقة طبية بين المرافق و المريض، حيث تضمن استمرارية الاتصال للمريض مع بيئته الاجتماعية سواء في المستشفى آو خارجها(**Szaj kowski Nicolas , 2008 :19)**

4.12- شروط المرافقة النفسية:

من شروط و مبادئ المرافقة النفسية ما يلي:

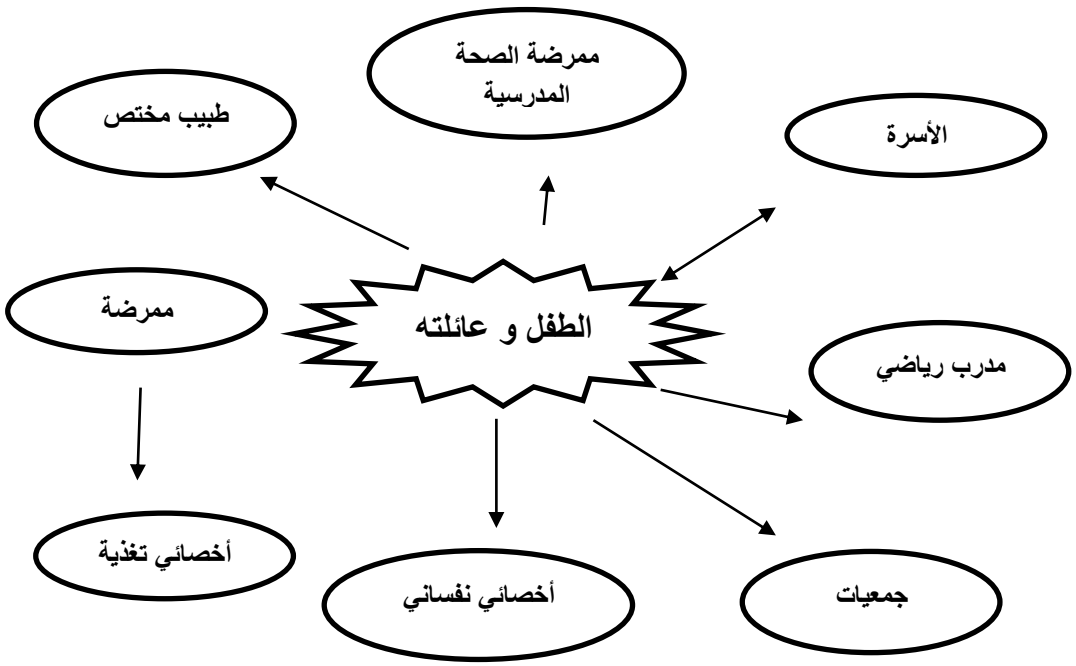
أولا :الوعي للحاجة إلى الدعم النفسي : عندما يصل الشخص المريض إِلى هذه المرحلة نستطيع القول أنه بالفعل في منتصف الطريق في عملية العلاج ، من جهة هو قرار شخصي غير متأثر بشخص آخر ، ومن جهة أخرى هو مستعد تماما لإيجاد حلول لمشاكله وإنجاح العلاج ، ومع ذلك عندما يكون الشخص جاهل للوضع يمكن أن تكون عملية العلاج أطول و أصعب لأن أحيانا المريض يعتمد آليات الدفاع التي تمنع قبول واقعه وبالتالي التأخر في العلاج.

ثانيا :احترام حريّة المريض :يجب أن نكون حذرين جدا عندما يتعلق الأمر بقضية تتطلب الدعم النفسي من جهة يجب تحضير الشخص مع الحفاظ على حريته و حياته الشخصية بمعنى مساعدته على وعيه لحالته بدون عنف و تسرع , ومن جهة أخرى إعطاءه إمكانية اِختيار من سيكون مرافقه في العلاج ومن ثم منح الثقة في المرافق.

ثالثا :السرّية :في سياق المحرمات ضد علم النفس فإنّه من الحذر تجنب الإعلان عند العامة أن هذا الفرد يعالج أو يرافق لكن نستطيع تقديم العلاج إذا شعر المريض أنه قادر على التحدث إلى المجتمع و بل سيعتبر أمر عادي و مرغوب فيه.

5.12- مستويات المرافقة النفسية:

تتمثل المرافقة النفسية للطفل المصاب بالسكري في عملية تكفل متعدد الأبعاد والجوانب (نفسي، علائقي، اجتماعي...) ، و يضم العديد من الأطراف (الأخصائي النفساني ، الممرض ، الطبيب المختص ، أخصائي التغذية و العائلة...) وفيما يلي سنتطرق لأهم العناصر من مقدمي المرافقة النفسية للطفل المريض كما هو موضح في المخطط الآت:



شكل رقم (03) يمثل لأهم العناصر من مقدمي المرافقة النفسية للطفل مريض السكري.

-يتمثل نظام المرافقة النفسية للأطفال مرضى السكري في تلقينهم بالمعارف الكافية حول آلية المرض و العلاج بصورة هادفة ، مما يرفع تقبلهم للمرض و تحسنه وفهم النتائج الناجمة عن ذلك ، و يقوم الأخصائي النفسي بتقوية عزيمة الطفل في تحمل مسؤوليته الذاتية في التعامل مع المرض و هذا الشرط يشكل ايجابية لبناء المهارات المختلفة النفسية و الاجتماعية وأثناء مرافقة الأخصائي النفسي للطفل يكون تركيزه الوحيد على هذا الشخص الصغير وكينونته ، وعوض غزوه بالمعلومات و التوصيات يوفر له حيز من الاستماع و الإصغاء للتعبير بمختلف الطرق أو أداء بعض المقاييس الإسقاطية مثل : اختبار رسم الرجل واختبار رسم العائلة ...، و

هذا من أجل فهم الطفل أكثر و لاكتشاف مختلف الخبرات السيئة و الضغوط النفسية التي تؤثر بشكل أو بأخر على صيرورة المرض صحيا و نفسيا ، و يتم تحليلها على هذا الأساس لمساعدة الطفل على تخطيها منذ البداية و تعليمه كيف يتفهم المرض ليسهل على نفسه عملية التكيف معه في المستقبل **(Nady Van Broeck & Jacques Van Rillaer, 2012 : 181) .**

6.12- عملية الإرشاد و التوجيه الأسري و دورها في نظام المرافقة النفسية:

إن أول ما يلزم الطفل المريض في سيره نحو التعايش مع مرض السكري هو مساندة أقرب الناس إليه وهم أفراد أسرته الذين اعتادوا رؤيتهم و العيش بينهم، وحتى تتمكن الأسرة من دعم طفلها و الوقوف إلى جانبه و تقديم أفضل خدمة له لابد من توفر شبكة دعم متكونة من كوادر مؤهلة و متخصصة، تعمل مع الأهل، بطريقة منظمة من اجل دعمها و إرشادها.

و لابد أولا من التطرق إلى الإرشاد النفسي بشيء من التفصيل حيث هو " : علاقة طوعية مقبولة بين شخصين أحدهما أصابه قلق من مشكلة أو مشاكل تتعلق بمصير توازنه ، و الآخر هو الشخص الذي يفترض به تقديم يد المساعدة ، و يجب أن تكون العلاقة مباشرة وجها لوجه ، و الطريقة المتبعة في هذا المجال هو أسلوب الكلام" **(حامد زهران ، 1998 : 34)** .

هذا وقد أشار تايلور عام 1966 بأن هدف الإرشاد النفسي هو منح المسترشد مطلق الحرية للتعبير عن إرادته و تطويرها في إطار الحدود الفردية و البيئية ، كما يستطيع الإرشاد النفسي المتطور أن يدعم وعي الفرد الذات و يعمق معرفته و إدراكه لنفسه بنفسه و تفاعله مع البيئة التي يعيش فيها.

وتتمثل كل من عملية إرشاد و توجيه الأسرة في تفهم وضعها و الحالة التي تمر بها الاستجابة للحاجات النفسية و مساعدتهم على تقبل الحالة المرضية لطفلهم و كيفية التعامل مع الظروف النفسية التي يمرون بها ، و إعلامهم بالخيارات المتاحة وكيفية الوصول للخدمات و أنواع الدعم المتوفرة كما يحرص مقدمي الإرشاد على الحصول من العائلة على معلومات عن حالة الطفل وعن وضعهم كاسرة ، و مناقشة مشاكل الأسرة و اقتراح الحلول كتوفير خدمات نفسية **(عبد اللطيف ، 2005 : 11)**

و لكي يتم إشراف الأسرة على المعالجة الخاصة بطفلها المريض فيما بعد يتطلب تنفيذ أنماط سلوكية و تدابير ضرورية أثناء المقابلات الإرشادية و التوجيهية والتي تحدد فيها ثلاثة أهداف رئيسية وهي:

- الأهداف المعرفية : خدمات المعلومات عن المرض وكل ما يدور حوله.

•الأهداف الوجدانية : الإرشاد النفسي العلاجي.

•الأهداف السلوكية: تدريب الأسرة.

وتنبثق عن تلك الأهداف خطوات في كيفية الاعتناء باستقرار الحالة الصحية و النفسية للطفل مريض السكري لتفادي مضاعفات من أجل الوصول إلى نظام مرافقة يتماشى مع كلا الطرفين (الطفل و الأسرة)و تتمثل هذه العملية الإرشادية في النقاط التالية:

•تقليل مخاوف العائلة حول مرض طفلهم.

•تحقيق تقييم موضوعي للمرض و تقبل فكرة المرض.

•تحضير الأهل للتعامل مع المضاعفات أو الانتكاسات التي يمكن أن تحدث للطفل إزاء نزول أو ارتفاع نسبة السكري في الدم.

.إعطاء نصائح لتجنب تلك المضاعفات (**جميل رضوان،2009 : 633**)

خلاصة الفصل

يعتبر السكري عند الأطفال من أكثر الأمراض التي تتسبب لهم في معاناة طويلة على مدّى حياتهم ،ولا تقتصر هذه المعاناة على الأطفال المرضى ، و إنّما تمتد إلى أفراد الأسرة كافة ممّا يستوجب ضرورة تحلي الأهل بالمعلومات الأساسية و العلمية عن مرض السكري أولا وتدخل نفسي اجتماعي يتمثل في عمليتي الإرشاد و التوجيه ثانيا بشكل يُمكِن الأُسر وخاصة الأم من مساعدة أطفالهن على التعايش مع هذا المرض ،وللاحتياج الطفل المريض إلى عملية المرافقة النفسية و الأسرية التي تضمن له تكملة حياته بشكل عادي والتأقلم مع وضعه الصحي الجديد و تقوية عزيمته للتعايش مع هذا المرض .

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولا: الدراسة الاستطلاعية.

- ✓ **الدراسة الاستطلاعية.**
- ✓ **مجالات الدراسة الاستطلاعية.**
- ✓ **حالات الدراسة .**

ثانيا: الدراسة الأساسية.

- ✓ **منهج الدراسة .**
- ✓ **مجتمع الدراسة.**
- ✓ **مجالات الدراسة .**
- ✓ **أدوات الدراسة .**

تمهيد

لا تخلو أية دراسة من الجانب التطبيقي ،وهو أهم شيء في البحوث العلمية إذ أنه هو الوسيلة الوحيدة التي تمكننا من التأكد من المعلومات النظرية و اختبار تأثير المتغيرات المختلفة على الحالة ، كما يسمح لنا باختبار الفرضيات و الإجابة على الإشكالية و التساؤل المطروح في بداية البحث ،كما يُعد الجانب التطبيقي همزة وصل بين الجانب النظري و الميداني و هنا سوف نقوم بعرض الدراسة الاستطلاعية و المنهج المتبع و مكان إجراء البحث ، و حالات البحث .

- **الدراسة الاستطلاعية:**

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى والمهمة والأساسية في البحث العلمي ، فهي تساعدنا من خلال الاطلاع على الميدان في اختيار الحالات المناسبة لدراسة.

حيث تساعد في الكشف عن المتغيرات التي يمكن أن تكون لها علاقة بأحد متغيرات الدراسة، بالإضافة أنها تسهل للباحث عملية التأكد من صحة وتوافق المنهج وكذا معرفة مدى موائمة أدوات القياس.(**الميلجي، 2000 :64**)

ونظرا للأهمية البالغة للدراسة الاستطلاعية في البحوث العلمية ولاسيما البحوث الاجتماعية ارتأينا في هذه الدراسة زيارة الميدان بقصد التعرف على الظاهرة من مختلف جوانبها وخصائصها وكذلك عواملها، وكانت أول زيارة للميدان " المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف مهدية " بتاريخ 14 مارس 2023 .

1- مجالات الدراسة الاستطلاعية :

1-2. المجال المكاني للدراسة الاستطلاعية :

بعد الحسم في اختيار موضوع الدراسة الموسومة بـ :" جودة الحياة عند أمهات الأطفال المصابين بداء السكري " وقع الاختيار على المؤسسة العمومية الاستشفائية " محمد بوضياف " بمهدية، بعد ما تم تلقي حسن الاستقبال والتجاوب من طرف الممارسين النفسانيين وكذا العاملين هناك، الأمر الذي جعلنا نجري الدراسة الميدانية هناك بعد التأكد من توفر الخصائص والمواصفات لحالات الدراسة والتي تتطابق مع مقتضيات البحث العلمي.

1-3 . المجال الزماني للدراسة الاستطلاعية: لقد تم اجراء الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة ما بين (14 مارس 2023 إلى غاية 19 أفريل 2023) بالمؤسسة العمومية الاستشفائية

محمد بوضياف مهدية ، بحيث تعرفنا على الحالات الموجودة داخل المؤسسة ، بحيث توفرت الحالات التي تخدم موضوع الدراسة .

1-4. حالات الدراسة :

بعد الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة، وبعد زيارة المؤسسة ، تمكنا من جمع الحالات التي كان عددها (03 حالات) لخلال فترة التربص من أجل إجراء الدراسة الميدانية.

- **الدراسة الأساسية:**

1- منهج الدراسة :

المنهج :مجموعة من الأسس والقواعد والخطوات والعمليات التي يستعين بها الباحث ويسير في ضوئها لتحقيق الهدف الذي نصبو اليه وهو اكتشاف الحقيقة واستخلاص النظريات والقوانين التي تحكم الظاهرة والتنبؤ بما سيحدث في المستقبل. **(حسين، 2003: 47)**.

وقد اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج العيادي باعتباره الأنسب لدراستنا الحالية لما فيه من خصائص تخدم موضوع دراستنا .

نظرا لتعدد المناهج في إجراء البحوث والدراسات في العلوم الاجتماعية فإن طبيعة موضوع الدراسة والهدف منه ، هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم في إجراء الدراسة ، حيث اقتضت طبيعة هذه الدراسة استخدام أكثر من منهج ،ولكن ارتئينا استخدام المنهج العيادي كونه يتماشى مع طبيعة تخصصنا ، ويخدم موضوع الدراسة أكثر ، وتحقيقا لأهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الإكلينيكي الذي يعرف على أنه الدراسة المعمقة للحالة الفردية أي الشخصية في بيئتها، حيث يستند هذا المنهج على طرق علمية التي تتسم بالوصول إلى نتائج موضوعية تخدم مجال البحث العلمي، لذا يستخدم منهج دراسة الحالة بهدف استكشاف معمق للحالة الفردية (**حسن ، 2008 : 62**) .

2- مجتمع الدراسة:

1.2- يتمثل مجتمع الدراسة في عدد من أمهات الأطفال المصابين بمرض السكري المتواجدين في المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بمهدية في الفترة ما بين 14 مارس إلى 19 أفريل 2023 .

2.2- حالات الدراسة :

اشتملت حالات الدراسة على 03 أمهات يعاني أبناءهن من مرض السكري، وقد تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية.

3- مجالات الدراسة :

ويقصد النطاق الذي أجريت به الدراسة والتي مست المجالات الثلاث التالية:

3-1. المجال المكاني للدراسة :

تم إجراء الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بهيكل ومخطط واستقلال مالي وتوضع تحت وصاية وزارة الصحة وقد تم تدشينها يوم 11 شعبان عام 1408 هـ الموافق لـ: 29 مارس 1988 من طرف السيد رئيس الجمهورية الجزائرية " الشاذلي بن جديد " وقد أنشأت بموجب مرسوم تنفيذي رقم 97 / 466 المؤرخ في 02 شعبان 1418 هـ الموافق لـ : 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد انشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها بموجب القرار رقم 2745 المؤرخ في 26 جانفي 2008 الصادر عن وزارة الصحة ،والمتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة لها ، حيث تقع في دائرة مهدية ولاية تيارت في الطريق الوطني رقم 40 تبعد عنها بـ: 45 كم ، يحدها جنوبا الطريق الوطني رقم 41 وشرقا حي زبانة ويحدها شمالا الخزان المائي ، وتبلغ مساحتها 04 هكتارات وتغطي دائرتي مهدية – حمادية وتضم 357 موظف من مختلف الأصناف (الأطباء ، الممرضين ، الإداريون المهنيون) الى غاية 15-11-2021 لها موقع الكتروني : ephmahdia14@gmail.com

ورقم هاتف: 046503688.

الهيكل الصحي للمؤسسة :

للمستشفى أقسام تعمل باستمرار على توفير الخدمة الفندقية للمرضى ، وعلى تجهيز المستلزمات الضرورية لهم، حيث تحتوي على 240 سرير حسب البطاقة الاستشفائية التالية :

مصلحة طب الأطفال بسعة 20 سرير.

مصلحة طب الأسنان والتوليد بسعة 20 سرير.

مصلحة جراحة النساء بسعة 30 سرير ورجال بسعة 30 سرير.

مصلحة الأمراض المعدية بسعة 20 سرير.

مصلحة الأمراض الصدرية بسعة 20 سرير.

مصلحة الطب العام الداخلي نساء بسعة 30 سرير ورجال بسعة 30 سرير.

مصلحة مغلقة في الطابق الأول بسعة 20 سرير غير مشغل.

مصلحة مغلقة في الطابق الثالث بشعة 20 سرير غير مشغل.

ملاحظة : منذ ظهور وباء كوفيد-19 خصص بعض المصالح كمصلحة الأمراض المعدية ومصلحة الأمراض الصدرية ومصلحة الجراحة العامة والطابق الأول المغلق للتكفل الصحي بمرضى كوفيد 19 .

المصالح التقنية	المصالح الإدارية
-مصلحة الوقاية، مصلحة جراحة الأسنان،	– المديرية الفرعية للمالية
-مصلحة المخبر، مصلحة الصيدلة	و الوسائل.
– قاعة العمليات الجراحية	– المديرية الفرعية للموارد البشرية .
– مصلحة الأشعة.	– المديرية الفرعية للتجهيزات الطبية والمرافقة.
– المديرية الفرعية للمصالح التقنية .	
– مصلحة المطبخ	– مصلحة الأرشيف الطبي

– مصلحة تصفية الدم : تم تدشينها يوم 03 جويلية 2012 م من طرف السيد والي الولاية بطاقة استيعاب 10 أسرة (حاليا حوالي 20 سرير)

– مصلحة الاستعجالات: بسعة 10 أسرة. +2 مكاتب للأطباء+ قاعة العلاج+قاعة التخدير والإنعاش+مكتب الرقمنة"مكتب حديث 2023" + مكتب الممرضين مجهز بجهاز حاسوب خاص بالرقمنة +مخبر الاستعجالات يعمل بالرقمنة+ قاعة التجبس sal de plâtre .مكتب الدخول والاستقبال والتوجيه .

ملاحظة: كل القاعات والمكاتب في مصلحة الاستعجالات تعمل بتقنية الرقمنة .(2023)

– حضيرة السيارات : يوجد بها 03 سيارات إسعاف من نوع هيونداي منها (02) سنة 2009 و(01) سنة 2006 و(02) سيارات إسعاف جديدة ومجهزة من نوع مرسيدس .

محطة الأوكسجين : تم تدشينها مؤخرا من طرف السيد والي ولاية تيارت بتاريخ :31-10-2021 ينقصها التوصيل النحاسي من المحطة الى منافذ التوصيل بشبكة الاوكسجين التابعة للمستشفى .

السكنات الوظيفية: توجد :06 سكنات وظيفية داخل المؤسسة .

-08 سكنات وظيفية الواقعة بحي 20 سكن وظيفي بمهدية .

3-2. المجال الزماني للدراسة:

تمت الدراسة الميدانية بداية من الحصول على الموافقة إلى غاية إجراء الدراسة بكافة مراحلها وخطواتها وكانت في الفترة الممتدة من 14 مارس إلى غاية 19 أفريل 2023 .

3-3- المجال البشري للدراسة :

بما أن الدراسة تهدف إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري فقد كان اختيارنا للعينة بطريقة قصدية تمثلت في 03 حالات كلها أمهات لأطفال مصابين بداء السكري.

4-أدوات الدراسة :

لأجل الوصول إلى النتائج المرجوة من هذه الدراسة كان من الضروري استخدام عدد من الأدوات التي يمكن أن تساهم في توفير البيانات التي يقتضيها الاجابة على عدد من تساؤلات الدراسة ، ومن بين الأدوات التي تم استخدامها في دراستنا هي :

1.4- تقنية دراسة حالة:

يقوم هذا الأسلوب على جمع بيانات و معلومات كثيرة وشاملة عن حالة فردية واحدة أو عدد محدود من الحالات ، وذلك بهدف الوصول إلى فهم الأعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من ظواهر ،حيث تجمع البيانات عن الوضع الحالي لحالة وكذلك عن ماضيها وعلاقتها من أجل فهم أعمق وأفضل الذي تمثله(المليجي ،2000 : 46).

2.4- المقابلة العيادية النصف الموجهة :

حيث تعرف المقابلة العيادية النصف الموجهة بالمقابلة ذات الإجابات المفتوحة و المغلقة ،و هي أكثر صرامة للباحث إذ تتمثل في طرح أسئلة معينة، دقيقة، متبوعة بتسلسل متفق عليه، يكون المفحوص فيها حرا في الإجابة، ولكن يبقى دائما مفيدا بمضمون إطار السؤال المطروح عليه (Chiland,1993:119) و يكون فيها دور الفاحص هو الاستماع إلى المفحوص، بالتعبير بكل ارتياح وطلاقة، وتشجيعه على الكلام.

تعتبر المقابلة نصف الموجهة من أنسب المقابلات تلاءما مع بحثنا هذا نظرا لخصائصها المتاحة للبحث ، حيث يتمتع الباحث في هذا النوع من المقابلة بمعرفة أكثر عن الموضوع بالمقارنة مع المقابلة غير موجهة ، حيث يقترح هذا النوع من المقابلة موضوعا للحوار لكن هناك درجة معينة من التوجيه تكون لديه مجموعة من الأسئلة ، يستعين الباحث هنا بدليل

المقابلة الذي يحتوي على المواضيع والمحاور المتفرعة عن هذه المواضيع (شقير، **2002: 129**).
وقد اعتمدنا بدورنا على تصميم دليل مقابلة مكون من أربعة محاور وهي كالتالي:

المحور الأول: البيانات الشخصية.

المحور الثاني: الحياة العائلية.

المحور الثالث: حول الإصابة بالمرض.

المحور الرابع: جودة الحياة.

وستجدون دليل المقابلة موضحا في الملحق رقم (04)

4-3. الملاحظة العيادية :

إلى جانب المقابلة العيادية نصف الموجهة فقد قمنا بالاستعانة بالملاحظة العيادية من أجل رصد أهم سلوكيات وايماءات الحالة المدروسة ، ويستخدم هذا النوع أثناء المقابلة الإكلينيكية ، وفي هذا النوع "يتم ملاحظة كل الظواهر التي تطرأ على الشخص أثناء المقابلة ، و تستخدم لفهم ديناميات الشخص وتوجيه انتباهه" (الحالة) لبعض المواضيع التي تثير انفعاله وذلك بأخذ وتسجيل العلامات غير اللفظية ، لفهم جوانب السلوك لأنها محملة بدلالات ومعاني تساعد الاخصائي في تفسير وفهم ما ترغب الحالة في التصريح به ، كما أنها تساعد في عملية التشخيص والعلاج (شقير ، **2002 :95**) .

4.4- مقياس جودة الحياة لدى الأمهات:

هو استبيان من إعداد الطالبة الباحثة **حرطاني أمينة** في مذكرتها لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الأسري، وكان موضوع دراستها " **جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء** ".

وحسب حدود اطلاعنا لم نعثر على أية أداة خاصة متعلقة بجودة الحياة لدى الأمهات و المتعلقة بـ " **جودة الحياة عند أمهات الأطفال المصابين بداء السكري**" ، الأمر الذي دفعنا في التفكير في تبني مقياس جودة الحياة المصمم من قبل الباحثة حرطاني في مذكرتها الذي تناول ذلك وهو يطبق فقط على الأمهات .

5.4- بدائل مقياس جود الحياة لدى الأمهات:

نظرا لاعتماد أغلب المقاييس التي اطلعت عليها الطالبة الباحثة على السلم الرباعي كبدائل للإجابة فإنها ارتأت تبني له والمتمثل في : دائما ، أحيانا ، نادرا ، أبدا.

6.4- طريقة تصحيح مقياس جودة الحياة لدى الأمهات:

التحويل استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات استبيان جودة الحياة تمت مراعاة اتجاه الفقرة وعدد بدائل الإجابة وكان التصحيح كالتالي:

-**فقرة موجبة:** 1 دائما، 2 أحيانا، 3 نادرا،4 أبدا.

-**فقرة سالبة** : 1 دائما، 2 أحيانا، 3 نادرا،4 أبدا.

7.4- الخصائص السيكومترية للمقياس جود الحياة لدى الأمهات:

قامت الطالبة الباحثة باختبار صدق الاستبيان و ثباته ببعض الطرق العلمية المعمول بها والمتمثلة في:

أ. **الصدق:** اختارت الطالبة الباحثة نوعين من أنواع قياس صدق الأداة، صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي.

ب.**صدق المحكمين** : يعبر صدق المحكمين عن آراء مجموعة من الأساتذة من جامعات خارج الوطن وأساتذة من جامعة وطنية ، تم عرض الاستبيان المكون من 62 فقرة على (17) أستاذ وأستاذة من داخل وخارج الوطن مختصين في علم النفس و علوم التربية والقياس النفسي وباحث في مجال جودة الحياة.

-أما الأساتذة المحكمين من داخل الوطن فهم ينتمون إلى جامعة أبو بكر بلقايد (تلمسان) و جامعة الجيلالي اليابس (سيدي بلعباس) و جامعة الهواري بومدين (وهران) وبلغ عددهم (07) أساتذة.

-وقد بلغ عدد الأساتذة المحكمين من خارج الوطن (10) أساتذة ينتمون إلى جامعة سيدي محمد بن عبد الله (المغرب) وجامعة الخرطوم (السودان) و جامعتي جازان والملك عبد العزيز (المملكة العربية السعودية) و جامعة البصرة (العراق) وكل من جامعة المنيا والمنصورة والزقازيق (مصر) ،بحيث قامت الطالبة الباحثة بتوزيع وإرسال نسخة من الاستمارة الأولية على الأساتذة.

ج. صدق الاتساق الداخلي: تم تقدير صدق استبيان جودة الحياة لدى الأمهات بطريقة الاتساق الداخلي بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه، وكذلك بين الأبعاد والدرجة الكلية للاستبيان و هذا باعتماد استجابة 50 أم على الأداة.

د. الثبات: ولمزيد من الدقة والتأكد أكثر من صلاحية الأداة اعمدت الطالبة الباحثة على معامل الثبات بطريقة التناسق الداخلي وطريقة التجزئة النصفية.

هـ. حساب الثبات عن طريق ألفا كرونباخ : استخدمت الطالبة الباحثة معامل ألفا كرونباخ لقياس التناسق الداخلي للأداة بعد استبعاد الفقرات التي ثبت عدم توفرها على مستوى كاف من الصدق فكانت النتائج كالتالي:

البعد	قيمة معامل ألفا كرونباخ
الصحة الجسمية	0 ,79
العلاقات الأسرية	0 ,75
الشعور بالسعادة	0 ,76
الرضا عن الحياة	0 ,72
الدخل المادي	0 ,59
الصحة النفسية	0 ,78

جدول رقم (04) يوضح معاملات ألفا كرومباخ لأبعاد استبيان جودة الحياة لدى الأمهات

– طريقة التجزئة النصفية (Split Half): اعتمدت الطالبة الباحثة في حساب ثبات الأداة بالتجزئة النصفية على معامل جوثمان Guttman معامل سبيرمان براون(Spearman Brawn) و الجدول التالي رقم(06) يوضح ذلك:

البعد	قيمة معامل جوثمان	قيمة معامل سبيرمان براون
الصحة الجسمية	0,82	0,82
العلاقات السرية	0,63	0,64
الشعور بالسعادة	0,79	0,79
الرضا عن الحياة	0,63	0,64
الدخل المادي	0,58	0,76
الصحة النفسية	0,73	0,73

جدول رقم (05) يوضح طريقة التجزئة النصفية على معامل جوثمان و معامل سبيرمان براون لاستبيان جودة الحياة لدى الأمهات.

يتضح من الجدولان أعلاه أن ثبات مقياس جودة الحياة لدى الأمهات جاء قويا، بكل من طريقة معامل ألفا كرونباخ و معامل جوثمان و معامل سبيرمان براون.

طريقة تصحيح استبيان جودة الحياة لدى الامهات : يتم تحويل استجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات استبيان جودة الحياة مع مراعاة اتجاه الفقرة وعدد بدائل الإجابة وكان التصحيح كالتالي:

فقرة موجبة :دائما 4 :أحيانا 3 :نادرا 2 :أبدا 1

فقرة سالبة :دائما 1 :أحيانا 2 :نادرا 3 :أبدا 4

وفي الأخير يتم جمع كل درجات الفقرات للحصول على الدرجة الكلية التي تعبر عن الدرجة العامة للمبحوثة حول جودة الحياة لديها والتي يتراوح مداها النظري بين 58 و 232 درجة من مجال [58- 116] درجة منخفضة، و من مجال [116-174] درجة متوسطة، و من مجال [174-232] درجة مرتفعة .

6- حدود الدراسة :تتمثل في تطبيق الدراسة و استخراج نتائجها ضمن حدود الاتية:

1.6- الحدود البشرية : تم اعتماد على ثلاث (03) حالات بطريقة قصدية .

2.6- الحدود الزمنية: تحددت الفترة التي طبقت فيها المقياس و المقابلات من 14 مارس 2023 إلى 19 أفريل 2023.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل الاجراءات المنهجية من خلال التطرق للمجال المكاني للدراسة الاستطلاعية والمنهج المناسب للدراسة و التعرف على أدوات جمع البيانات لكي يتم تطبيقها على الحالات.

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

- **عرض نتائج الدراسة .**

تمهيد

عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى

التحليل العام للحالة الأولى

التقييم العام للحالة الأولى

عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

التحليل العام للحالة الثانية

تقييم العام للحالة الثانية

عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

التحليل العام للحالة الثالثة

التقييم العام للحالة الثالثة

- **مناقشة نتائج الدراسة.**

مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والاطار النظري

أ. عرض نتائج الدراسة :

تمهيد:

بعد التطرق إلى الإجراءات المنهجية التي اعتمدت في الدراسة الميدانية، سنقوم فيما يلي بعرض وتحليل النتائج ومناقشتها واتي تحصلنا عليها من خلال المقابلات التي أجريناها مع مجموعة البحث ونتائج مقياس جودة الحياة المطبق على حالات الدراسة.

1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

تم اجراء المقابلات العيادية مع الحالة " ب ، ف" في المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" بمهدية ، وفيما يلي ملخص لأهم المحاور المتطرق اليها من خلال جدول سير المقابلات العيادية للحالة .

المقابلة	تاريخ المقابلة	مكان المقابلة	مدة المقابلة	الهدف منها
الأولى	2023/03/15	مصلحة طب الأطفال	35 د	التعرف على الحالة وجمع بيانات أولية
الثانية	2023/03/16	مصلحة طب الأطفال	50 د	تاريخ الاصابة واكتشاف المرض و مدى تقبل المرض والتعايش معه وتأثيره على العائلة
الثالثة	2023/03/19	مصلحة طب الأطفال	45 د	جمع المعلومات المتعلقة ب ابعاد جودة الحياة
الرابعة	2023/03/21	مصلحة طب الأطفال	50 د	تطبيق مقياس جودة الحياة بغرض تحديد مستوى جودة الحياة لدى الحالة

الجدول رقم: (06) وضح لنا جدول سير المقابلات مع الحالة الأولى " ب، ف"

2.1- تقديم الحالة "ب،ف"

البيانات الأولية للحالة " ب،ف"

العمر : 38سنة

مستوى التعليمي: جامعي

الحالة الاجتماعية:متزوجة

الوضعية المهنية:عاملة

الوضعية الاقتصادية: ذات دخل ثابت وجيّد

مكان الميلاد: بلدية مهدية

عدد الأولاد: 4أولاد (03 ذكور)، (01 أنثى)

معلومات عن الطفل المصاب

جنس :ذكر

عمره: 4 سنوات

ترتيبه : 03

نوع المرض: سكري نوع الأول

سوابق مرضية في العائلة: لا توجد

متى عرفتي أن ابنك مصاب بداء السكري ؟

منذ سنتين.

نوع الولادة: طبيعية

3.1- الخصائص السيميائية للحالة " ب ،ف"

تبيّن من خلال المقابلات التي تم إجراؤها مع الحالة " ب ،ف " أنها هادئة تتمتع بالاتزان والمسؤولية ، تبدي اهتمام كبير بمظهرها العام ،وذلك من خلال حرصها الشديد على التناسق في ملابسها ، متواضعة وبسيطة في التعامل ، كلامها واضح متناسق ،أفكارها مترابطة ومتسلسلة حسب الأحداث .

4.1- عرض ملخص المقابلات مع الحالة الأولى "ب، ف"

الحالة " ب ف " تبلغ من العمر "38 سنة "تنحدر من مدينة مهدية ، متزوجة منذ 14 سنة ،وهي أم لأربع أطفال (03 ذكور) و (01 أنثى)، لديها مستوى جامعي، تعيش حياة عادية رفقة زوجها وأبنائها بمسكن فردي وتربطها علاقة جيدة مع أفراد أسرتها ، ابنها الثالث ذو 04 سنوات مصاب بداء السكري ، أما ظروف ولادته كانت طبيعية .

و فيما يخص محور تاريخ الإصابة بالمرض واكتشافه فقد كانت الاجابة أنّه لا يوجد أي إصابة بالمرض داخل الأسرة ولم تصب الأم بسكري الحمل ، وعن طريقة اكتشافه فكانت بملاحظة الأم لبعض الأعراض كالكسل والخمول والنقص المفاجئ في الوزن، مما جعلها تأخذه لطبيب أخصائي ليقوم بإرسالها للمستشفى أين تم التشخيص النهائي وتأكيد إصابته

بالسكري، وهناك قضت هي وابنها ستة 06 أيام لتعديل نسبة السكري وتعليمها قياس نسبة السكري في الدم وإعطاء الأنسولين للطفل.

وعن ردة فعلها عند تلقي خبر الاصابة بالمرض لأول مرة بـ (**تشوكيت ، مأمنتش ، ولدي صغير بزاف كيفاه يجيه السكر ، يولي قاع حياتو يتمشا بلنسولين**) وعند محاولة معرفة مدى تقلبها لمرض ولدها فتقول أنها مزالت غير متقبلة خصوصا عندما يحين موعد أخذه لجرعة الأنسولين ووقت قياس مستوى السكر في الدم " **تجيني صعيبة بزاف كي نديرلو لنسولين نخاف نضرو تمنيت يجيني السكر ومايجيش لولدي**".

ومايزيد قلقها أنها تعمل وتتركه عند أختها أثناء عملها وتقول أنها أحيانا:" **لا تستطيع منعه من بعض الحلويات خاصة عنما يجد إخوته يتناولونها**"، وتبدي الحالة خوف وقلق من مستقبل ابنها خاصة عندما يحين سن تمدرسه و إلتحاقه بالمدرسة (**راني خايفة عليه بزاف سيرتو كي يلحق وقت قراية نخاف يطيحلو سكر في ليكول ، نخاف يخلعوه صحابه)** ؛ وكذلك الخوف من أن يصاب بجروح أثناء اللعب مع زملائه في ساحة المدرسة .

و هذا القلق والخوف من مستقبل ابنها أثر على صحتها الجسمية حيث أصبحت تعاني من الصداع وانخفض وزنها كثيرا وتشكو من الأرق أحيانا.

وقد عبرت الحالة (ب،ف) على أنها تتلقى الدعم من زوجها وأسرتها **(راجلي عندو تقبل لمرض ولدو ، حريص عليه بزاف ، كي نكون مشغولة يمدلو هو لنسولين ويقيسلو مستوى السكر في الدم , ودايما واقف معايا وينصحني باه نتقبل .**

أما عن سؤالنا عن مدى تعايش العائلة مع المرض وتأثيره عليها فكانت أجوبتها كالتالي:

أنها تحاول هي وزوجها التعايش مع مرض طفلهم من خلال الحرص على توفير الأغذية الصحية ومنع قدر الإمكان شراء الحلويات **(كي مرض ولدنا وليت أنا والزوج منبغوش ندخلوا الحلويات للدار باه طفل مايتشهاش)** وعن تأثير المرض على العائلة فتقول : **أن المرض أثر على العائلة ، فقد أصبحت هناك مخاوف من إصابة بقية الأطفال بالسكري لذلك أصبحت العائلة تتبع نظام غذائي صارم** ، وقد أصبح إخوته يغارون منه بسبب معاملة الخاصة الذي يتلقاها الطفل فتقول أحيانا أنها تنفعل على أولادها عندما يتشاجرون معه وذلك بسبب قلقها بأن يرتفع مستوى السكر لديه بسبب خوفه من صراخهم عليه أو ضربه .

وختاما بمحور جودة الحياة الذي عبرت من خلاله على أنها تتلقى الدعم من أسرتها ورضاها عن مدخولهم، وأنها تنظر إلى حياتها بنظرة يأس، غير متقبلة لحالة ابنها ، مما جعلها تعاني

أحيانا من الصداع الأمر الذي أثر على صحتها الجسمية ،وأصبحت غير اجتماعية قياسا بما كانت عليه في السابق ،وعند سؤالنا عن مدى رضاها عن أداء واجباتها اليومية فأجابت " **راضية** " وعن مدى توفر الامكانيات المادية لتغطية تكاليف العلاج والدواء فقالت تتوفر لدي الامكانيات ، أما فيما يخص الجانب النفسي المرتبط بضبط الانفعالات في مختلف المواقف الاجتماعية فردت "**منقدرش نضبط انفعالاتي** "

5.1- عرض نتائج مقياس جودة الحياة عند الأمهات المطبق على الحالة الأولى " ب،ف "

رقم البعد	الأبعاد	الدرجة المحصل عليها
1	بُعد الصحة الجسمية	19
2	بُعد العلاقات الأسرية	28
3	بُعد الشعور بالسعادة	15
4	بُعد الشعور بالرضا عن الحياة	13
5	بُعد الدخل المادي	22
6	بُعد الصحة النفسية	17
المجموع		**114**

الجدول رقم (07) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة المطبق على الحالة الأولى .

6.1- التحليل العام للحالة الأولى " ب.ف "

بعد إجرائنا للمقابلات العيادية النصف موجهة مع الحالة ب ف " وعرضنا لنتائج مقياس جودة الحياة الموضح في الجدول رقم (08) اتضح لنا أن هناك تفاوت في نتائج درجات أبعاد مقياس جودة الحياة، حيث كانت درجة بعد العلاقات الأسرية في المركز الأول بمجموع 28 درجة أي ما يعادل نسبة (63.63%) وهي توحي بمدى عمق العلاقة الأسرية وحسن المعاملة والحب والتفاهم والترابط ، وتعكس الدعم والاهتمام ،ونحن نعلم أن للأسرة دورا كبيرا في تجاوز العديد من العوائق في الحياة ، ويظهر ذلك في قول الحالة (**راجلي عندو تقبل لمرض ولدنا ،حريص عليه بزاف ، كي نكون مشغولة يمدلو هو لنسولين ويقيسلو مستوى السكر في الدم , ودايما واقف معايا وينصحني باه نتقبل)** .

ونجد بعده بُعد الدخل المادي بمجموع 22 درجة بنسبة (61.11%) وهي كذلك نسبة مرتفعة لها مدلول يوحي بالحالة المادية الجيدة للحالة وقدرتها على توفير مصاريف العلاج لطفلها والظروف المعيشية الجيدة، يليها بُعد الشعور بالرضا عن الحياة الذي تحصلت فيه الحالة على 13 درجة بنسبة تقدر ب(46.42%) وهي نسبة منخفضة تعكس عدم رضا الحالة عن حياتها واعتقادها أنه لاحظ لها، ثم يليه بُعد الصحة الجسمية بمجموع 19 درجة أي ما يعادل نسبة (43.18 %) وهي نسبة منخفضة لها مدلولات سلبية توحي بأن الحالة تعاني من كثرة التعب وارهاق وكذلك اتباع الحالة لسلوكات غير صحية كعدم التزام بالأدوية وعدم النوم الجيد، أما بعد الشعور بالسعادة فقد تحصلت الحالة على مجموع 15درجة أي نسبة منخفضة تقدر ب(41.66%) وهذا نتيجة اليأس وفقدان الأمل من شفاء ابنها الذي يعاني من المرض. وفي الأخير بُعد الصحة النفسية بمجموع 17 درجة ونسبة مئوية منخفضة تقدر

ب(38.63 %) والتي تعبر عن عدم تقبل الحالة لمرض ابنها ونتيجة العصبية التي أصبحت تعاني منها وعدم القدرة على التحكم في انفعالاتها، ويظهر في قول الحالة " **منقدرش نضبط انفعالاتي**"

7.1- التقييم العام للحالة الأولى " ب.ف "

بعد عرض وتحليل لنتائج المقابلات العيادية ونتائج مقياس جودة الحياة ،تبين أن الحالة "ب،ف" تحصلت على 114 درجة في مقياس جودة الحياة ، وهو مستوى منخفض .

2-عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

1.2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:" م.ز "

تم إجراء المقابلات العيادية مع الحالة " م،ز " في المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" بمهدية ، وفيما يلي ملخص لأهم المحاور المتطرق اليها من خلال جدول سير المقابلات العيادية للحالة .

المقابلة	تاريخ المقابلة	مكان المقابلة	مدة المقابلة	الهدف منها
الأولى	2023/03/19	مصلحة طب الأطفال	35 د	التعرف على الحالة وجمع بيانات أولية
الثانية	2023/03/21	مصلحة طب الأطفال	45 د	معرفة تاريخ الاصابة واكتشاف المرض مدى تقبل المرض والتعايش معه وتأثيره على العائلة
الثالثة	2023/03/23	مصلحة طب الأطفال	40 د	جمع المعلومات المتعلقة بأبعاد جودة الحياة
الرابعة	2023/04/04	مكتب الاستشارات النفسية	50 د	تطبيق مقياس جودة الحياة بغرض تحديد مستوى جودة الحياة لدى الحالة

الجدول رقم: (08) يوضح لنا سير المقابلات مع الحالة الثانية " م.ز"

2.2- تقديم الحالة " م .ز "

البيانات الأولية للحالة "م،ز "

العمر :40 سنة

مستوى التعليمي: ثانوي

الحالة الاجتماعية:متزوجة

الوضعية المهنية: ربة منزل

الوضعية الاقتصادية: متوسط

مكان الميلاد : بلدية حمادية

عدد الاولاد : 4 أولاد (02 ذكور) ، (02 أنثى)

معلومات عن الطفل المصاب

جنس :أنثى

عمرها : 10سنوات

ترتيبها : 03

نوع المرض: سكري نوع الأول

سوابق مرضية في العائلة: يوجد (أخت الحالة مصابة بالسكري نوع الثاني)

متى عرفتي أن ابنتك مصابة بداء السكري ؟

منذ سنة.

نوع الولادة: طبيعية

3.2- الخصائص السيميائية للحالة " م ، ز"

يظهر لنا من خلال المقابلات التي تم اجراؤها مع الحالة أنها تعاني من وزن زائد، تتمتع الحالة بالبساطة تظهر عليها ملامح الخجل، لمسنا عند الحالة اهتماما بالمظهر العام،كلامها واضح متناسق،أفكارها مترابطة ومتسلسلة حسب الأحداث .

عرض ملخص المقابلات مع الحالة الثانية " م ، ز"

الحالة " م،ز" تبلغ من العمر "40 سنة "تنحدر من مدينة حمادية، متزوجة منذ 20 سنة ،وهي أم لأربع أطفال (02 ذكور) و(02 اناث)، ابنتها الثالثة ذات 10سنوات مصابة بالسكري، وكانت ولادة الطفلة ولادة طبيعية ، لدى الأم مستوى ثانوي ، ،تعيش رفقة زوجها وأبنائها في مسكن فردي ،أما فيما يخص محور تاريخ الإصابة بالمرض واكتشافه فقد كانت الإجابة أن أخت الحالة مصابة بداء السكري وعن طريقة معرفة المرض فكان ذلك بملاحظة الأم لأعراض عند ابنتها " **روماركيت بلي بنتي تعرق بزاف كي تكون راقدة ، وتعطش بزاف ، وتخرج بزاف لتوالات** " وهذه الأعراض أثارت الشكوك عن احتمال إصابة ابنتها بالسكري كون هذه الأعراض قد لاحظتها عند أختها المصابة بنفس المرض ولهذا قررت الأم اصطحاب ابنتها لطبيب وتقول الأم أن هذه الخطوة لم تكن سهلة فقد كانت بعد معاناة طويلة من التفكير إلا أنها اختارت المواجهة والذهاب للطبيب الذي طلب منها اجراء تحاليل مخبرية والتي بيّنت انّها تعاني من مرض السكري .

وعن ردة فعلها عند تلقي خبر الإصابة لأول مرة فأجابت **(مالقري كنت شاكة بصح كان عندي أمل بلي نكون غالطة، جاتني صعيبة بزاف ، غاضتني بنتي ، مطقتش نخزر فيها)** وصرحت الحالة أنها لم تتقبل فكرة أن ابنتها سوف تعيش طول حياتها معتمدة على إبر الأنسولين ، كما أن رفض ابنتها المتكرر لأخذ الأنسولين والتزام بتعليمات الطبيب فيما يخص النظام الغذائي سبب للأم قلق وخوف من أن تحصل مضاعفات لأبنتها فحسب ما تقوله الأم

فان ابنتها اصبحت تصر على أكل الحلويات أكثر مما كانت عليه فالسابق ، ولدى الأم مخاوف من أن يأثر المرض على مستقبل ابنتها " كما صرحت أن وضعهم المادي لا يسمح بالقيام بالفحوصات الروتينية لابنتهم وتغطية مصاريف العلاج (**راجلي مش مسوري خطراش غي الجمعيات يعطونا دوا**).

أما عن سؤالنا عن مدى تعايش العائلة مع المرض وتأثيره عليها فكانت أجوبتها كالتالي:

أصبحت لدى العائلة تخوف بأن يصاب أبنائهم بالسكري ، وهذا ما دفعهم لتقليل نسبة السكر في غذائهم واتباع نظام غذاء صحي،كما أن هناك تعاطف من قبل ابنائها نحو اختهم المريضة فهناك نوع من حماية زائدة لها .

وختاما بمحور جودة الحياة وعن نظرتها للحياة فهي تنظر للحياة بيأس ،وعبرت عدم رضها عن حالاتها الصحية" **منيش نرقد من كثرة تخمام حتا الماكلة منيش نطيق ناكل** " وبينت لنا أن المرض غير مجرى حياتها بشكل سلبي ، بحيث أثر على صحتها ونوعية حياتها وأنها ليست كما كانت في السابق تتمتع بصحة جيدة وتقوم بأداء مهامها ووجباتها بشكل افضل ، وتحسرت الحالة عن حياتها وظروف معيشتها الصعبة التي تمنعها من توفير احتياجاتها واحتياجات أطفالها وهذا في قولها " **معيشة ولات صعيبة مناش قادرين نوفرو لولادنا واش يحتاجو** " وعن علاقتها بعائلتها فهي علاقة سطحية ولا يوجد دعم من طرفهم وهذا ما يظهر في قولها **(شوية جابدين على بعض نتلقاو فالمناسبات برك)** ، كما صرحت الحالة بأنها أصبحت عصبية خصوصا على أطفالها (**وليت نتقلق بزاف سيرتو مع ولادي**) .

4.2- عرض نتائج مقياس جودة الحياة عند الأمهات المطبق على الحالة الثانية " م ،ز "

رقم البعد	الأبعاد	الدرجة المحصل عليها
1	بُعد الصحة الجسمية	18
2	بُعد العلاقات الأسرية	21
3	بُعد الشعور بالسعادة	16
4	بُعد الشعور بالرضا عن الحياة	12
5	بُعد الدخل المادي	17
6	بُعد الصحة النفسية	18
المجموع		**102**

الجدول رقم (09): يوضح نتائج مقياس جودة الحياة عند الامهات المطبق على الحالة الثانية

5.2- التحليل العام للحالة الثانية " م.ز "

من خلال البيانات والمعلومات التي تم جمعها عن الحالة " م ، ز " وبعد اجراء المقابلات العيادية نصف الموجهة، وكذلك تطبيق مقياس جودة الحياة ، لاحظنا أن الحالة تحصلت على نتائج منخفضة في جميع الأبعاد ، بداية ببعد العلاقات الأسرية حيث تحصلت على مجموع 21 درجة بنسبة مئوية تقدر ب (47.72 %) وتوحي هذه النتيجة بعدم تلقي الحالة لدعم من طرف الأسرة وكذلك للعلاقة السطحية التي تجمعهم، وهذا من خلال قولها " **(شوية جابدين على بعض نتلقاو فالمناسبات برك)** ،فيما تحصلت على مجموع 17درجة في بعد الدخل المادي أي حوالي (47.22 %) فالحالة المادية للحالة محدودة فلا تستطيع تلبية حاجاتهم وتوفير مصاريف العلاج والقيام بالفحوصات اللازمة لابنتهم ، يليه بعد الشعور بالسعادة بمجموع 16 درجة ونسبة مئوية تقدر ب (44.44 %) وهي أيضا نسبة منخفضة لها مدلول على حزن الحالة عن ابنتها وشعورها باليأس ،أما بعد الرضا عن الحياة فقد تحصلت على 12درجة بنسبة مئوية تقدر ب(42.85%) فكانت فيه إجابات سلبية توحي بعدم الرضا الحالة عن ظروف معيشتها خصوصا المادية وكذلك خوفها من تأثير المرض على مستقبل ابنتها.

وكانت نتائج بعد الصحة النفسية والجسمية متساوية من حيث الدرجات ومن حيث نسبة المئوية.

حيث تحصلت على مجموع 18 درجة و نسبة مئوية منخفضة تقدر ب (40.90%) ويرجع انخفاض نتائج بعد الصحة النفسية لعدم تقبل الأم لمرض ابنتها وقلقها من حصول مضاعفات لابنتها كون ابنتها لا تلتزم بتعليمات الأم وترفض استغناء عن الحلويات ، أخيرا بُعد الصحة الجسمية نتيجة معاناة الأم من قلة نوم وفقدان الشهية والذي أدى إلى معاناتها من التعب والإرهاق.

6.2- التقييم العام للحالة الثانية " م .ز "

بعد عرض وتحليل لنتائج المقابلات العيادية ونتائج مقياس جودة الحياة ، تبين أن الحالة "م ، ز "تحصلت على 102درجة في مقياس جودة الحياة، وهو مستوى منخفض .

3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

1.3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:" ش، ح"

تم إجراء المقابلات العيادية مع الحالة "ش،ح" في المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" بمهدية ، وفيما يلي ملخص لأهم المحاور المتطرق اليها من خلال جدول سير المقابلات العيادية للحالة .

المقابلة	تاريخ المقابلة	مكان المقابلة	مدة المقابلة	الهدف منها
الأولى	2023/04/09	مصلحة طب الأطفال	40 د	التعرف على الحالة وجمع معلومات أولية
الثانية	2023/04/10	مصلحة طب الأطفال	40 د	تاريخ الاصابة واكتشاف المرض مدى تقبل المرض والتعايش معه وتأثيره على العائلة
الثالثة	2023/04/11	مصلحة طب الأطفال	45 د	جمع المعلومات المتعلقة بأبعاد جودة الحياة
الرابعة	2023/04/13	مصلحة طب الأطفال	50 د	تطبيق مقياس جودة الحياة بغرض تحديد مستوى جودة الحياة لدى الحالة

الجدول رقم: (10) يوضح لنا جدول سير المقابلات مع الحالة الثالثة " ش، ح "

2.3- تقديم الحالة " ش ،ح "

البيانات الأولية للحالة "ش،ح"

العمر: 45 سنة

المستوى التعليمي: جامعي

الحالة الاجتماعية:متزوجة

الوضعية المهنية: عاملة

الوضعية الاقتصادية: جيدة

مكان الميلاد : حاسي فدول

عدد الاولاد : 04 أولاد (03 إناث) و (01 ذكر)

معلومات عن الطفل المصاب

الجنس :ذكر

العمر : 09 سنوات

الترتيب بين الاخوة : الرابع

نوع المرض: سكري من النوع الأول

سوابق مرضية في العائلة: توجد (أم الأب مصابة بالسكري)

متى عرفتي أن ابنك مصاب بداء السكري ؟

منذ ثلاث سنوات

نوع الولادة: قيصرية.

3.3- الخصائص السيميائية للحالة " ش ح"

تبين من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالة "ش،ح" على إنها إنسانة تتمتع بالحيوية والنشاط والطاقة الإيجابية ،دائمة الابتسامة ،مهتمة بمظهرها الخارجي، كلامها واضح متناسق ،أفكارها مترابطة ومتسلسلة حسب الأحداث .

4.3- عرض ملخص المقابلات مع الحالة الثالثة «ش،ح"

"ش،ح" تبلغ من العمر "45 سنة "تنحدر من مدينة حاسي فدول ، متزوجة منذ 19 سنة ،وهي أم لأربع أطفال (03 بنات) وطفل واحد ابنها الأخير ذو 09 سنوات مصاب بالسكري، وكانت ولادة الطفل ولادة قيصرية ، لدى الأم مستوى جامعي ،تعيش رفقة زوجها وأبنائها في مسكن فردي تعاني الأم من ضعف النظر بالإضافة الى قصور الغدة الدرقية .

أما فيما يخص محور تاريخ الاصابة بالمرض واكتشافه فكان بداية بمعرفتنا أن جدة الطفل مصابة بالسكري وعن طريقة معرفة المرض فكان عن طريق استدعاء المعلمة للأم والتي اشتكت من تكرار طلب الطفل الخروج للمرحاض أثناء الحصة ، والتي اقترحت على الأم أخذه لطبيب وقد صرحت الأم أنها هي الثانية لاحظت خروج ابنها المتكرر للمرحاض إلا أنها لم تشك في شيء ، وبعد رجوع الأب من العمل استفسر عن سبب استدعاء للمعلمة الأم وقد

أخبرته الأم بما جرى ، وفي اليوم الموالي أخذ الأب ابنه إلى طبيب والذي طلب منه القيام ببعض التحاليل وكانت نتائجها إصابة الطفل بالسكري النوع الأول.

وعن ردة فعلها عند تلقي الخبر فكانت إجابتها كالتالي " **في العشية كي جا راجلي ومعاه ورقة تع ليزاناليز ، شفتو متبدل ويبان خايف ، أنا كي شفتو هاكا تقلقت سقسيتو شكاين ؟ واش بيه ؟ طول باه جاوبني ودقيقة لخبرني بيها حسيت لرض دارت بيا وفشلت وحكموني دموعي** " . وكانت إجابتها عن مدى تقبلها للمرض " **بعد ما فات عام على مرض تع ولدي بديت نتقبل سيرتو كي نشوف ذراري عندهم أمراض خطيرة نقول الحمد لله** "

أما عن سؤالنا عن مدى تعايش العائلة مع المرض وتأثيره عليها فكانت أجوبتها كالتالي:

"**أصبحت العائلة أكثر حرصا على أطفالها من خلال تنبيههم من خطورة الإفراط في تناول الحلويات والحرص على تناول الغذاء الصحي**" .

وختاما بمحور جودة الحياة التي عبرت الحالة من خلاله على أملها في تطور الطب الذي قد يأتي بجديد يقلل من معاناتهم ، وأكثر ما يشعر الحالة بالحزن هو الألآم التي تسببها إبر الأنسولين لطفلها وهذا في قولها :" **لحاجة لي راها مسبتلي حزن وقلق هي أنسولين بيسك خطراش ولدي ينظر كي نديرهالو** "

وعن علاقتها بأسرتها وزوجها فقد أجابت الحالة أن علاقتهم جيدة وقوية وهذا في قولها " **الحمد الله علاقتي بيهم مليحة ، نخلي عندهم وليدي كي نروح نخدم ، معاونيني بزاف ، وراجلي ثاني مساعدني في تربية ذراري** " وفيما يخص الحالة المادية فصرحت " **الحمد الله حالتنا ميسورة ومعندناش مشكل من ذي الناحية** " .

5.3- عرض نتائج مقياس جودة الحياة عند الأمهات المطبق على الحالة الثالثة " ش، ح"

رقم البعد	الأبعاد	الدرجة المحصل عليها
1	بُعد الصحة الجسمية	21
2	بُعد العلاقات الأسرية	39
3	بُعد الشعور بالسعادة	26
4	بُعد الشعور بالرضا عن الحياة	24
5	بُعد الدخل المادي	33
6	بُعد الصحة النفسية	33
المجموع		**176**

الجدول رقم (11) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة عند الامهات المطبق على الحالة الثالثة

6.3-التحليل العام للحالة الثالثة " ش ،ح"

من خلال البيانات والمعلومات التي تم جمعها عن الحالة "ش،ح" وبعد اجراء المقابلات العيادية نصف الموجهة، وكذلك تطبيق مقياس جودة الحياة ،لاحظنا أن الحالة تحصلت على نتائج مرتفعة في جميع الأبعاد ماعدا بعد الصحة الجسمية .

حيث بلغت نسبة الدخل المادي (91.66%) فهي بهذا تمثل أعلى نسبة وهذا ما يعكس الوضع المادي الجيد للعائلة وذلك راجع إلى أن الحالة وزوجها يعملان وبتالي لا يجدان صعوبة في توفير مصاريف العلاج وهذا في قولها " **الحمد الله حالتنا ميسورة وما عندناش مشكل من ذي ناحية** "

أما بعد العلاقات الأسرية فقد تحصلت على مجموع 39 درجة أي حوالي(88.63 %) وتعكس هذه النتيجة دور الأسرة في رفع مستوى جودة الحياة فالحالة تجمعها علاقة جيدة بأسرتها وزوجها مما انعكس بالإيجاب على حياتها وهذا ما أظهرته في قولها " **الحمد الله علاقتي بيهم مليحة ، نخلي عندهم وليدي كي نروح نخدم ، معاونيني بزاف، وراجلي ثاني مساعدني في تربية ذراري** "

يليه بعد الشعور بالرضا عن الحياة بنسبة مئوية تقدر ب (85.71 %) وهي نسبة مرتفعة توحي برضا الحالة عن حياتها وتقبلها لمرض ابنها وهذا ما يظهر في قولها " **بعد ما فات عام على مرض تع ولدي بديت نتقبل سيرتو كي نشوف ذراري عندهم أمراض خطيرة نقول الحمد لله**"

أما بعد الشعور بالسعادة فقد تحصلت الحالة مجموع 36 درجة أي حوالي(72.2 %) فالحالة لديها أمل في تطور الطب،وتحصلت في بعد الصحة النفسية على نسبة مئوية تقدر ب 75 % ويرجع ذلك إلى عدم تأثير المرض على نفسيتها ، وأخيرا بعد الصحة الجسمية الذي تحصلت فيه الحالة على نسبة منخفضة تقدر ب 47,72% تعكس معاناة الحالة من أمراض "قصور الغدة الدرقية " وعدم التزام الحالة بتناول الدواء الخاص بها وكذلك معاناتها من ضعف النظر.

7.3- التقييم العام للحالة الثالثة "ش ،ح "

بعد عرض وتحليل لنتائج المقابلات العيادية ونتائج مقياس جودة الحياة ، تبين أن الحالة "م ، ز "تحصلت على 176درجة في مقياس جودة الحياة، وهو مستوى مرتفع.

ب. مناقشة نتائج الدراسة:

1.مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات:

تشير الفرضية العامة :

- **لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة حياة منخفض.**

لقد توصلت نتائج الدراسة الحالية الى أن مستوى جودة الحياة عند أمهات الأطفال المصابين بداء السكري منخفض لدى الحالة الأولى والثانية بينما هو مرتفع لدى الحالة الثالثة، والجدول التالي يلخص لنا النتائج الموضحة.

الحالة	الدرجة المتحصل عليها	مستوى جودة الحياة
الأولى	**114**	**منخفض**
الثانية	**102**	**منخفض**
الثالثة	**176**	**مرتفع**

الجدول رقم (12) يوضح مستوى جودة الحياة لدى حالات الدراسة.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الحالة الأولى والثانية نتائجهما متقاربة سواء في درجة المقياس أو حتى في ما تم التطرق إليه في المقابلات العيادية ، وهذا ما سنعمل على مناقشته وهذا لا ينفي أن هناك اختلاف بين الحالتين في بعض التفاصيل المتعلقة بأبعاد مقياس جودة الحياة .

فعلى سبيل مثال الحالة الأولى تتمتع بوعي ومستوى تعليمي عال مكنها من مواجهة الحياة بمختلف تحدياتها وما جنته الحالة من مساندة ودعم من طرف الاسرة وهذا ما تترجمه نتائج المقياس في بعد العلاقات الأسرية من خلال حصولها على الدعم العاطفي والثقة اللازمة التي تمنحها الشعور بالرضا، كما يشكل البعد المادي للحالة عامل إيجابي تظهر نتائجه من خلال توفير مصاريف العلاج وكافة التغطية الصحية للطفل المصاب ، بينما تفسر نتائج بعد الرضا عن الحياة منخفضة من خلال عدم رضا الحالة عن حالتها كما عبرت عن عدم ارتياحها تماما فهي تشكي من العديد من المعاناة في صحتها الجسمية وظهر ذلك من خلال وجود بعض الاضطرابات في النوم والتعب والارهاق والشعور بالألم ، وهذا بدوره يؤثر على صحتها النفسية ويجعلها غير قادرة على التحكم في انفعالاتها مما يزيد من خوفها وقلقها الدائم من تفاقم مرض ابنها وتأثيره على العائلة ككل ، وحسب هذا سبب لها اليأس وفقدان الأمل.

في حين تبدوا الحالة الثانية أنها تختلف مع الحالة الأولى في الجانب المادي وصعوبات في توفير مصاريف العلاج لأن الطفل لا يملك رقم تأمين للمرض (بطاقة شفاء) ، وهذا يشكل لها عقبة ،بالإضافة إلى بعد العلاقات الأسرية الذي يشكل هو الأخر عائقا من خلال علاقات محدودة داخل الأسرة التي تزيد من متاعبها في الحياة وتؤثر على أسلوب حياتها بشكل سلبي، فهي تشعر بالحزن واليأس وعدم الرضا عن الحياة ، وهذا من شأنه يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية معاً بشكل سلبي في صورة التعرض للإصابة بالأمراض وفقدان الشهية والتعب والتوتر والحزن ...الخ.

يمكن أن نفسر أن التباين والتشابه في الإجابة على أبعاد مقياس جودة الحياة لدى الحالتين الأولى والثانية يوحي بأن جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري منخفض.

على عكس الحالة الأولى والثانية تماما تتمتع الحالة الثالثة بمستوى جودة حياة مرتفع وهذا ما يمكن أن نفسره من خلال المستوى التعليمي ونظرة ايجابية للحياة من خلال قولها :" **عندي أمل في تطور الطب في العلاج**" ،كما يشكل لها البعد المادي دعم وحافز هو الأخر ، كما يجب أن لا ننسى العلاقات الأسرية ودورها في احتواء المرض من خلال الدعم الكافي والتآزر والمودة والترابط والحوار داخل الأسرة وهذا ما صرحت به الحالة في قولها : " **زوجي يساعدني بزاف ومتفهم وضع عملي** "

وقد بينت لنا نتائج المقياس أن للحالة لديها نسب مرتفعة في أبعاد مقياس جودة الحياة باستثناء بعد الصحة النفسية والجسمية، وهذا ما لاحظناه وعبرت عنه الحالة من خلال المرض التي تعاني منه (الغدة الدرقية، ضعف النظر).

يمكن القول أن الدعم الذي تتلقاه الحالة من طرف عائلتها إضافة إلى تمتعها بحس المسؤولية والوعي الكافي مكنها من مواجهة الحياة وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة ويمكن القول أن الحالة تتمتع بمستوى جودة حياة مرتفع .

جدول مقارنة بين الحالات الثلاث:

الحالة	الدرجة المتحصل عليها	مستوى جودة الحياة
"ب،ف"	**114**	**منخفض**
"م،ز"	**102**	**منخفض**
"ش،ح"	**176**	**مرتفع**

الجدول رقم(13) يبين المقارنة والاختلاف في مستوى جودة الحياة بناءا على الدرجات المتحصل عليها.

يتضح لنا من خلال هذا الجدول أن هناك تباين واختلاف في نتائج المتحصل عليها سواء في المقابلات العيادية أو حتى في نتائج المقياس ، ويمكن أن نلخص ذلك في عدة اعتبارات وأسباب من بينها :

عامل السن: الذي يعتبر عامل مهم في التعامل مع مرض الطفل مريض السكري .

العامل المادي: حيث لمسنا لدى الحالة الثانية صعوبة في تغطية التكاليف الطبية، وهو ما انعكس سلبا على جودة الحياة لديها، بينما الحالة الأولى و الثالثة لم تجد أي صعوبة في تغطية التكاليف.

مدة المرض: هي الأخرى تلعب دورا مهما في التعامل مع مرض الابن ، فكلما زادت مدة الاصابة بالمرض قد تزيد من حالة التقبل والرضا لدى الأم .

2. مناقشة نتائج الدراسة ضوء الدراسات السابقة والاطار النظري:

1.2- مناقشة نتائج الدراسة ضوء الدراسات السابقة :

تنص الفرضية العامة الى :

- لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة حياة منخفض.

من خلال ما تم عرضه من نتائج للمقابلات العيادية ونتائج مقياس جودة الحياة تبين لنا أن الفرضية العامة تحققت بشكل جزئي من خلال ما تم التوصل اليه من نتائج الدراسة مع الحالات الثلاث، وهذا ما سيتم مناقشته بالتفصيل .

توصلت الدراسة الحالية إلى وجود مستوى منخفض لجودة الحياة لدى الحالة الأولى والثانية في حين خلصت نتائج الدراسة إلى مستوى جودة حياة مرتفع لدى الحالة الثالثة.

أظهرت الدراسة النتائج التالية :

تحصلت الحالة الأولى على (114) درجة في مقياس جودة الحياة، في حين تحصلت الحالة الثانية على (102) درجة وهذا ما يوحي بانخفاض مستوى جودة الحياة لدى الحالتين.

وقد ظهر جلياً في الإجابة على أبعاد مقياس جودة الحياة (بُعد الصحة الجسمية، بُعد الصحة النفسية، بُعد العلاقات الأسرية بعد الرضا والسعادة، بعد الدخل المادي) كانت أغلبها منخفضة. فالحالتين تعاني من مشاكل جسمية ونفسية تتمثل في اضطرابات النوم والقلق وهذا ما أشارت إليه دراسة "يوسيل واك و جولر Yucel,Ak,Guler (2015) حيث كشفت نتائج الدراسة إلى أن مستوى نوعية النوم وجودة الحياة كان متوسط، كما أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين مستوى نوعية النوم والقلق والاكتئاب وبين مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري

،فالمرضى الذين لديهم تدهور في نوعية النوم يعانون من الأرق ، مما يؤدي بهم إلى الاحساس بالقلق والاكتئاب، وهذا ينعكس سلبيا على نوعية الحياة لديهن.

وفي نفس السياق توصلت دراسة بن عيسى أسماء إلى اختلاف جودة الحياة لدى الأمهان من ايجابية إلى سلبية وعدم التوافق في العلاقات الأسرية والدعم الأسري ، فكلما ارتفع مستوى بُعد الخطر و بعد الفقدان لدى الأمهات انخفضت جودة الحياة لديهن ،و كلما ارتفعت نسبة بُعد التحدي ارتفعت جودة الحياة لديهن، حيث تتأثر جودة حياة أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بالأبعاد المكونة لجودة الحياة (الصحة الجسمية, العلاقات الأسرية, الشعور بالسعادة, الرضا عن الحياة, الدخل المادي, الصحة النفسية).

في حين خلصت نتائج الدراسة مع الحالة الثالثة الى تمتع الحالة بمستوى جودة حياة مرتفع ، وهذا ما يبين مدى الوعي والمسؤولية والجانب التعليمي ، والحرص على الصحة والتمسك بالأمل في الحياة وهذا ما تجسد في نتائج المقابلة والمقياس، وقد توافقت هذه الدراسة مع دراسة قوميز حيث أشارت أن المستوى التعليمي للوالدين والدخل السنوي وطول الفترة في العلاج هي أفضل مؤشرات جودة الحياة لدى الوالدين كما أظهرت الدراسة أن أباء الأطفال الفلبينيين من ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوطات سلبية تؤثر على حياتهم).

وفي ذات السياق توافقت الدراسة الحالية مع دراسة حرطاني التي توصلت إلى أن وجود جودة الحياة لدى الأمهات يتغير بسن الأم والعمل والمستوى التعليمي، تحصلت غالبية الأمهات على درجة مرتفعة من جودة الحياة.

مناقشة الفرضية الجزئية الأولى في ضوء الدراسات السابقة :

تنص الفرضية الجزئية الأولى إلى:

- ✓ لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد الصحة الجسمية.

من خلال نتائج الدراسة الحالية توصلنا إلى عدم تحقق الفرضية وذلك للأسباب التالية:

إهمال الحالات لصحتهم الجسمية بسبب انشغالهم بمرض أبنائهم .

الحالات الثلاث يعانين من أمراض ورغم ذلك لا يلتزمن بتناول الأدوية المخصصة لهم.

- ✓ الإجهاد والضغوطات التي تتعرضن لها الحالات في البيت والعمل.
- ✓ معاناة الحالات الثلاث من الارهاق والتعب بسبب قلة النوم .
- ✓ معاناة الحالات من الصداع بسبب التفكير المستمر بمستقبل أبنائهم .

ما تم التوصل إليه في هذه الدراسة أن الحالات الثلاث تحصلن في بُعد الصحة الجسمية على درجات منخفضة وهذا راجع إلى سوء التعامل مع طبيعة المرض إضافة إلى ظروف العمل و الضغوطات الحياتية ،كما يمكن أن نناقش هذه الفرضية من خلال دراسة **Hu,Hsiu-Shou2008)** وأظهرت النتائج أن الإجهاد الأبوي السلبى يؤثر على صحة مقدمي الرعاية الجسدية والنفسية .

مناقشة الفرضية الثانية في ضوء الدراسات السابقة :

تنص الفرضية الجزئية الثانية الى :

- ✓ لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد العلاقات الأسرية .

حسب النتائج المتوصل إليها نستخلص أن الفرضية قد تحققت وذلك باعتبار الحالات تحصلن على درجات مرتفعة في هذا البعد الذي يوحي بمدلول الأسرة و العلاقات الأسرية في تحقيق جودة الحياة، وهذا توافق مع دراسة(Hu,Hsiu-Shou2008) التي أشارت إلى أن التكيف الأسري والدعم الاجتماعي يؤثران بشكل ايجابي على مقدمي الرعاية فيها يتعلق بالعلاقة الاجتماعية والبيئية والناحية البدنية، وفي نفست السياق دعمت دراسة هيفاء (2018) التي توصلت إلى النتائج التالية :

تتسم جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد بدولة الإمارات العربية بالارتفاع، توجد علاقة ارتباطية بين أساليب المعاملة الوالدية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة في ضوء الدراسات السابقة:

تنص الفرضية الجزئية الثالثة الى:

- ✓ لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد الرضا عن الحياة والشعور بالسعادة .

تشير نتائج الدراسة إلى عدم تحقق الفرضية مع الحالة (01) و (02) ، في حين تحققت الفرضية مع الحالة (03) ، وهذا راجع إلى رضا الحالة عن حياتها وأن ظروف معيشتها أفضل ،كما أبدت تفاؤلها وأملها في الحياة وهي بذلك طورت أسلوب حياتها في مواجهة مرض ابنها ، وهذا ما أكدت عليه دراسة كاظم ومنسي (2006) أن المفهوم الإيجابي للذات والرضا عن الحياة وعن العمل، والحالة الاجتماعية والسعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية التي يمكن أن تلاحظ وتقاس ويحكم عليها مباشرة، مثل الإمكانيات المادية

المتاحة والدخل والنظافة والحالة الصحية والحالة السكنية وال وظيفية، مستوى التعليم وغير ذلك من العوامل التي تؤثر على الفرد، وهذا ما تجسد لدى الحالة الثالثة، وكذلك أشار "كومنس Cummins (1996)أن جودة الحياة تشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة، أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة ،أو الصحة النفسية .

و بالرجوع إلى نتائج الدراسة مع الحالة(01) و (02) فقد أبديا عدم الرضا عن الحياة وفقدان الأمل في الحياة وبالتالي فهن يفتقدن إلى معايير وأسس جودة الحياة في بُعد الرضا عن الحياة والشعور بالسعادة والرضا عن الحياة ،وهذا ما يتوافق مع دراسة أولي و ويليام OLLEY ET WILLIAM (1997) التي توصلت إلى أن الضغوط النفسية في ظل وجود طفل مصاب بالسكري يولد الشعور بعدم الرضا عن الحياة، والى خلل في جودة الحياة لدى والدي الطفل المصاب وخاصة الأم.

فمن المؤكد أن أم الطفل المصاب بالسكري تعيش في ظل مجموعة من التغيرات والتحولات والتحديات يلتزم منها استغلال قدراتها وإمكانياتها وطاقتها من أجل تجاوز الضغوط والعقبات واثبات ذاتها ومحاولة منها إلى تحقيق طموحا التي تسعى إليها ،والتي تعتبر بالنسبة لها القاعدة الأساسية في تغيير نوعية حياتها والوصول إلى مستوى عال من جودة الحياة، الذي من شانه أن يساعدها ي مواجهة المشكلات التي تواجهها بهدوء وموضوعية.

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة في ضوء الدراسات السابقة:

تنص الفرضية الجزئية الرابعة الى:

- ✓ لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة منخفض في بعد الصحة النفسية.

أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى جودة الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري مستوى منخفض لدى الحالة (01) و (02) ، بينما نجده مرتفع مع الحالة (03) وبالتالي تحققت الفرضية .

وهذا راجع إلى الدعم النفسي الذي تتلقاه الحالة من أسرتها وقدرتها على التحكم في انفعالاتها، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Hu, Hsiu-Shuo 2008) " فيما يتعلق بجودة الحياة لمقدم الرعاية، وأن العمل يمثل جانبا إيجابيا للتأثير على الصحة النفسية لمقد م الرعاية" وهذا اما توافق مع الحالة الثالثة(03) ، بينما نجد الحالتين (01) و (02) تعاني من العديد من الضغوط النفسية في صورة العصبية والقلق والشعور بالحزن وعدم التحكم في الانفعالات وبذلك تكون دراستنا قد

توافقت مع دراسة زينب 2019 التي توصلت إلى أن مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري مرتفع، كما تعتمد أمهات الأطفال المصابين بالسكري على نوع من الاستراتيجيات التعامل المركزة حول الانفعال للتخفيف من الضغوط النفسية وخلصت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري منخفض .

كما توافقت نتائج الدراسة مع دراسة سارة(2014) التي توصلت إلى وجود علاقة عكسية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد، فكلما ارتفعت الضغوط النفسية لدى الأم كلما انخفض مستوى جودة الحياة والعكس صحيح.

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة في ضوء الدراسات السابقة:

تنص الفرضية الجزئية الخامسة إلى:

- ✓ لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة منخفض في بعد الدخل المادي.

نلاحظ من خلال نتائج الدراسة أن الفرضية تحققت مع الحالة (02) وهذا راجع إلى عدة اعتبارات وأسباب نذكر من بينها: غياب الدخل الشهري لدى الوالدين ،فهي تجد صعوبة في تحصيل المال وتوفير الحاجيات لعلاج الابن ، وقد تعارضت دراستنا مع دراسة دراسة قوميز وقوميز(2011)Gomez and Gomez والتي أشارت إلى " أن التحصيل التعليمي للوالدين والدخل السنوي وطول الفترة في العلاج هي أفضل مؤشرات جودة الحياة لدى الوالدين كما أظهرت الدراسة أن أباء الأطفال الفلبينيين من ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوطات سلبية تؤثر على حياتهم" ، وعلى العكس تماما كانت نتائج الدراسة مع الحالتين (01) و(03) مستوى البعد المادي مرتفع ونبرر ذلك من خلال توفر الجانب المادي الذي يساهم بشكل كبير في تحسين الظروف المعيشية وبالتالي يساعد في رفع جودة الحياة لديهن وهذا ما أكدت عليه دراسة (Hu, Hsiu-Shuo 2008) "فقد أشارت التحليلات إلي التقييم السلبي لتقديم الرعاية في الأبعاد الأربعة لجودة الحياة، ووجد أن التكيف وتقبل الإعاقة وتوافر الموارد المالية، وشدة الإعاقة والوصف الاجتماعي للطفل والمستوى التعليمي لمقدم الرعاية يحسن من جودة الحياة، والدخل الشهري للأسرة يؤثر على الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئة فيما يتعلق بجودة الحياة لمقدم الرعاية، وأن العمل يمثل جانبا إيجابيا للتأثير على الصحة النفسية لمقدم الرعاية.

مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الاطار النظري :

الفرضية	النظرية التي توافقها	الاتجاه
لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد الصحة الجسمية.	*تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة. *تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة التي تتعلق بالوضع الصحي و تطوير الصحة. * على دراسة حالة المريض و علاج الأمراض و أعراضها بدلا من الحالة النفسية للمريض و معايشته للمرض مع إهمال تأثير البيئة المحيطة و السياق الاجتماعي.	**الاتجاه الطبي**
لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد العلاقات الأسرية	*"...من خلال مؤشرات محددة متجانسة فيما بينها ويلاحظ أن الوظيفيين والبنائيين الاجتماعيين ينظرون لجودة الحياة من منظور يركز على الأسرة والمجتمع وعلاقات الإفراد والمتطلبات الحضارية والسكن والدخل والعمل وضغوط الحياة وغيرها من المتغيرات الاجتماعية.	**الاتجاه الوظيفي البنائي**
لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة مرتفع في بعد الرضا عن الحياة والشعور بالسعادة.	* إدراكه لجودة حياته وطبيعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا والآخر تأثيره غير مباشر إلا انه يحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها. * وكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته ،وبالتالي يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بجودة الحياة. * تدور نظرية رايف ،حول مفهوم السعادة النفسية ،إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها (رايف) بستة أبعاد يضم كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة الذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته.	***الاتجاه المعرفي نظرية لاوتن *الاتجاه الانساني نظرية رايف Ryff *نظرية السعادة مارتن سليجمان**
لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة منخفض في بعد الصحة النفسية.	*. كلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع مما يجعل الفرد في ضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا في 2حالة الإشباع" أو عدم الرضا " في حالة عدم الإشباع " نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة	**الاتجاه النفسي**
لدى أمهات الأطفال المصابين بداء السكري مستوى جودة الحياة منخفض في بعد الدخل المادي.	*. ترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله ومكانته المهنية وتأثيره على الحياة ،ويرى العديد من الباحثين إن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا آو عدم رضا الفرد عن عمله	**الاتجاه الاجتماعي**

يمكن القول أن جودة الحياة لا تتحقق إلا بتكامل الأبعاد(بعد الصحة الجسمية، بعد الصحة النفسية، بعد العلاقات الأسرية، بعد الرضا عن الحياة والشعور بالسعادة وكذا البعد المادي).

خاتمة :

على ضوء ما سبق التطرق إليه ، تبين لنا مدى تأثير مرض السكري على جودة حياة أمهات الأطفال المصابين بالسكري التي تمس العديد من الأبعاد النفسية والأسرية والاجتماعية والزوجية ، وغيرها من الأبعاد الأخرى، فهذه الدراسة فتحت لنا مجالا واسعا للتعرف على تأثير إصابة الطفل بالسكري على جودة حياة الأم، خصوصا أن هذا المرض يعتبر من أخطر الأمراض المزمنة وأكثرها انتشارا عند الأطفال لذا فإن إصابة الطفل بالسكري يمكن أن يكون الأمر أكثر تحديا للأمهات حيث يتعين عليهن الإهتمام بصحة أبنائهن والحفاظ على مستويات السكر في الدم في الحدود المثالية .

وفي النهاية يمكن القول أنّ تقبُل الأمهات لمرض أطفالهن و الاهتمام بصحتهن وصحة أطفالهن وحصولهن على الدعم اللازم من العائلة وكذا الدخل المادي والشعور بالرضا والسعادة لديهن يمكن أن يساهم في تحسين جودة حياتهن وحياة أطفالهن.

اقتراحات :

- ✓ ضرورة عمل برامج توعية في جميع وسائل الإعلام لشرح طبيعة مرض السكري عند الأطفال وكيفية التعامل معه والتقليص من أعراضه والوقاية منه.
- ✓ تنظيم أيام توعوية و تحسيسية يدور محورها حول سكري الأطفال لتزويد الأمهات بصفة خاصة والأسر بصفة عامة بمعلومات أكثر حول هذا المرض.
- ✓ العمل على تفعيل دور الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في تقديم الارشادات والحلول حول كيفية التعامل مع هذا المرض أثناء تشخيصه لفئة الأطفال وأسرهم.
- ✓ القيام بدراسات مستقبلية تهدف إلى فهم طبيعة التعامل والتدرب على أساليب المواجهة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسكري.
- ✓ عمل دراسات مشتركة بين المجال الطبي والنفسي على فئة الأطفال المصابين بالسكري وأمهاتهم.
- ✓ العمل على برامج صحية وقائية يكون دورها توعوي لتفادي إصابة الأطفال بمرض السكري .
- ✓ تكفل الاخصائيين النفسانيين بحالات الأطفال المصابين بالسكري وتأهيلهم في التعامل مع مرضهم خاصة في المراحل الأولى من اكتشاف المرض .
- ✓ وضع برامج ارشادية لأسر مرضى السكري ، بغرض اشراكهم في العملية العلاجية والتعامل مع المريض بطريقة ايجابية .

قائمة المصادر
و المراجـــع

قائمة المصادر و المراجـــع

❖ قائمة المراجع باللغة العربية :

1. القرآن الكريم.
2. ابن منظور أبي الفضل جمال الدين (1993):لسان العرب، دار الكتب العلمية، جزء أ،طبعة 1،بيروت، لبنان.
3. أبو حلاوة، محمد السعيد (2010)الذكاء الانفعالي والمعنى الشخصي وجودة الحياة النفسية، دراسة مقارنة بين المراهقة المبكرة والمراهقة المتأخرة، كلية التربية بجامعة الإسكندرية.
4. ابراهيم عبد الرحمن رجب(2000): الإسلام والخدمة الاجتماعية ,القاهرة ،دار الفرقان للنشر.
5. أسماء بن عيسى(2018): جودة حياة أمهات الأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد ، جامعة مستغانم.
6. أمال، بوعيشة(2014):جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر. مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس المرضي الاجتماعي، الجزائر.
7. أمينة حرطاني (2014) :مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الأسري ،منشورة بعنوان جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء (دراسة وصفية تحليلية في وجو بعض المتغيرات سن الأم , عمل الأم , المستوى التعليمي للأم)، كلية العلوم الاجتماعية ،علم النفس وعلوم التربية .
8. اسماعيل أبو القاسم ، رحاب علي(2013): أثر القلق في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل ، المجلة الجامعة ،المجلد ،2 .
9. اسماعيل قوناس (2022): السلوك الصحي وجودة الحياة لدى مريض السكري،دراسة عيادية لثلاث حالات،جامعة ابن خلدون،تيارت.
10. الجمعية الأمريكية لمرض السكري :(2004) السكري ، مكتبة جرير ، المملكة العربية السعودية.
11. الراسبي، خميس سالم(2006): تجربة وزارة التربية والتعليم في التعزيز جودة الحياة المتعلمين بمدارس السلطنة، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس،17 ديسمبر، عمان.
12. الشنفيري، أمل (2006) :دور وزارة التنمية الاجتماعية في تحسين جودة الحياة الأسرية العمانية، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط.17.
13. الطائي، إيمان محمد حمدان (2015) :دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة بالمجتمع المعاصر .مجلة البحوث التربوية والنفسية.
14. العارف بالله، الغندور محمد (1999): أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جودة الحياة توجه قومي للفرد، جامعة عين شمس، مصر.
15. المعجم الوسيط (2004) مكتبة الشروق الدولية، ط 1، مصر.
16. المليجي حلمي(2000) ،النفس الإكلينيكي، بيروت ،دار النهضة العربية للطباعة والنشر .
17. بشرى إسماعيل أحمد (2004): المساندة الاجتماعية والتوافق المهني، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
18. بشرى عناد مبارك (2012) :جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد 11 ، جامعة ديالي.

19.بطرس حافظ بطرس (2008): إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم ,الأردن ,عمان ,دار المسرة للنشر والتوزيع.

20.بندر بن محمد حسن ،الزيادي العتيبي (2008) : اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى.

21.تايلور شيلي (2008):علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش،فوزي شاكر، ط1، دار الحامد ،عمان.

22.جاسم محمد عبد الله المرزوقي(2008): الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكري، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع ، الإمارات.

23.جمال الخطيب (2022): أولياء أمور الأطفال المعاقين– استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم – إصدارات أكاديمية التربية ، الخاصة، الرياض.

24.جمال الخطيب، منى عبد العزيز(2006):إرشاد أسر الأطفال ذو الحاجات الخاصة قراءة حديثة، عمان.

25.جخراب محمد عرفات وعبد الحفيظي يحي (2016): تقنين مقياس جودة الحياة على الطلبة الجامعيين،مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الاجتماعية،مج. 2016، ع. 26.

26.حامد عبد السلام زهران(1997) : الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة..

27.حامد عبد السلام زهران(1977): مقدمة في الإرشاد والعلاج النفسي وأثرها فى عملية الإرشاد والعلاج، الكتاب السنوي في التربية وعلم النفس، الكتاب الرابع، القاهرة، دار الثقافة للطباعة والنشر.

28.حسين صيائي (1987) :المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكر ، مجلة علم النفس ، عدد3 .

29.حسن مصطفى عبد المعطي (2003) :الأمراض السيكوسوماتية(التشخيص، الأسباب،العلاج ، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

30.حسين علي فايد (1998): الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية(دراسات في الصحة النفسية) ،المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.

31. حربوش سمية (2009): المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة .

32.رامي طشطوش، محمد قشار(2017): نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الاردن، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 03 ، العدد 2، الأردن.

33.رضوان، حامد عبد السلام(1984) : علم النفس الاجتماعي، عالم الكتب، القاهرة.

34.سامر جميل رضوان (2009): علم النفس الأطفال الإكلينيكي نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة ، دار الكتاب الجامعي ، غزة فلسطين.

35.سارة أشواق بهلول(2010): سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية. رسالة ماجستير في علم النفس الصحة. باتنة: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

36.سعد رياض (2005): الشخصية أنواعها وأمراضها وفن التعامل معها، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة.

37.سلاف مشرى(2014) : جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابى،مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية ،جامعة الوادي.

38. صالح إسماعيل ، عبد الله الهمص(2010) :قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطا ع غزة وعلاقته بجودة الحياة ة ،الجامعة الإسلامية ،غزة.

39.صبحي عبد اللطيف المعروف (2005): نظريات الإرشاد و التوجيه التربوي، مؤسسة الأوراق للنشر و التوزيع، عمان الأردن.

40.عباس محمود عوض (1999):علم النفس العام، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية.

41.عبد الرحمان محمد العيسوي (1994) :الأمراض السيكوسوماتية ، دار النهضة للطباعة و النشر، بيروت، بدون طبعة.

42.عبد الرحمان محمد العيسوي (1999) :علم النفس الشواذ والصحة العقلية، موسوعة كتب علم النفس، دار الراتب الجامعية .

43.عبد الفتاح أحمد السيد، وحسين محمد سعيد(2006):العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبهة بجودة الحياة لدى أطفال صعوبات التعلم، المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية .مصر.

44.عائدة عبد الهادي حسنين (2004): الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، كلية التربية في الجامعة الإسلامية، رسالة ماجستير، غزة.

45.عائدة حسين (2004) : الخبرات الصادمة والمساندة للأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل،جامعة الاسلامية، غزة .

46.عاشوري صونيا (2019) :المرافقة النفسية والأسرية للطفل مريض السكري :المجلد / 07 :العدد :01.

47.عكاشة محمود فتحي وسليم عبد العزيز ابراهيم (2010)العلاقة بين جودة الحياة النفسية والاعاقة اللغوية، المؤتمر العلمي سابع لكلية التربية، مصر.

48.عثمان أمينة (2018) :الأمن النفسي لدى أمهات أطفال السكري وعلاقته ببعض المتغيرات مجلة ا والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر .الوادي.

49.عدنان الزطمة (1985) :الداء السكري – النظرة الحديثة في معالجته واختلاطاته–رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.

50.عدودة، صليحة (2015): الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي .اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي .باتنة، قسم علم النفس وعلوم التربية.

51.عمران لخضر (2010) الإصابة بداء السكري وعلاقته بتدهور جودة الحياة لدى المصابين،رسالة ماجستير، جامعة باتنة، الجزائر.

52.على حسين زيدان(1998): نماذج ونظريات معاصرة في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، مكتبة التجارة والتعاون.

53.لويس معروف (1952)،المنجد في اللغة، المطبعة الكاثالوكية،المجلد 1، بيروت، لبنان.

54. محمد حامد ، ابراهيم الهنداوي (2010) : الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة ،جامعة الأزهر.

55.مصطفى، حسن حسين(2004) : بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة وعلاقتها بسمات الشخصية لمدمن الهروين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الأدب :جامعة عين شمس.

56.مقبل مرفت عايش عبد ربه (**2010**): التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرض السكري في قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة.

57.مريم شيخي مريم(**2013**) :طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، دارسة ميدانية في ظل المتغيرات ،رسالة ماجستير، جامعة تلمسان،الجزائر.

58.موريس عطية (دون سنة) ، داء السكري و كيف نتعايش معه ، دار الصواف ، الرياض.

59.هارون توفيق الرشيدي (**1996**) : مقياس نوعية الحياة، المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، القاهرة ، جامعة عين شمس .

60.نورس بخوش ،خريفة حميداني (**2016**) :جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طالبات جامعة زيان عاشور ،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس التربوي ،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة زيان عاشور الجلفة .

61.هشام ابراهيم عبد الله (**2008**) :جودة الحياة لدى عينة الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ،جامعة الزقازيق.

62.هيفاء كمال شرف الدين(**2018**):أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين بدولة الإمارات العربية ماجستير في علم النفس، جامعة النيلين.

63.زينب ثامر(**2019**) جودة الحياة واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لأم الطفل المصاب بالسكري دراسة عيادية لثلاث حالات بولاية المسيلة.

❖ قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

64. Anne la croix (2005), l'éducation thérapeutique des patients, nouvelle approches de la maladie chronique, paris France. 2ème édition complété.

65. Diener, E & al, (1999). Factors predicting the subjective well-being of nations. Journal of Personality and Social Psychology.

66. Fayers, P., & Machin, D. (2007):Quality Of Life: The Assessment, Analysis And InterpretationOf Patient-Reported Outcomes. Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Son.

67. Jacobson،A.M،Hauser،S.T(1983): Psychological adjustment with recently diagnosed diabetes mellitus، *Diabetes Care*، vol.9 ،No.4.

68. Hu, Hsiu-Shuo (2008). The role of caregiving on quality of life of parents with children having autism in Taiwan. PHD. Michigan State University.

69. Rapheal, D,. Brwon, I, Renwick, R, & Rootman, I. (1996):Quality Of Life Indicator and Health: Current Status and Emerging Conceptions. Center foR Health Promotion, University of Toronto, Canada.

70. Robinson،Carolyn،Melba،C.carterl(1983): Problems of mothers in management children with diabetes ،*Diabetes Care* ،vol.6 ،No6 .

71. Nady Van Broeck and Jacques Van Rillaer (2012) l'accompagnement psychologique des enfants malades, paris France.

قائمة الملاحق

الملحق رقم(01) ترخيص اجراء الدراسة الميدانية بالمؤسسة الاستشفائية" محمد بوضياف مهدية"

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون * تيارت *

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة

رقم القيد: 676/ ق ع ن. أ . ف/2023

إلى السيد المحترم: مدير المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بمهدية

الموضوع: طلب الترخيص بإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة وبعد:

في إطار تثمين وترقية البحث العلمي لطلبة قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة يشرفني أن ألتمس من سيادتكم الترخيص لطلبة السنة الثانية ماستر ، تخصص **علم النفس العيادي** الآتية أسماؤهم:

- د. أحمد
- بوعمرة نوال لطفي
- .....
- .....

بإجراء بحث ميداني تحت عنـــــــوان:

جودة الحياة عند أمهات أطفال المصابين

سيدا السيكوز

وفي الأخير تقبلوا منا أسمى عبارات الاحترام والتقدير.

تيارت في: 22 مارس 2023

رئيس القسم

قندوز محمود

رئيس قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

الملحق رقم (02) تعهد الالتزام بالأمانة العلمية

جامعة ابن خلدون – تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و الأرطفونيا و الفلسفة

تصريح شـرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

الطالب (ة) .....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم ..... والصادرة بتاريخ .....

المسجل(ة) بكلية : ..... قسم : .....

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها :

.....

.....

شعبة: ..... تخصص: .....

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ .....

إمضاء المعني

الملحق رقم (03) تعهد الالتزام بالأمانة العلمية

جامعة ابن خلدون – تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و الأرطفونيا و الفلسفة

تصريح شـرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بالوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

الطالب (ة) .....بوعمرة نور الهدى.....

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم 202626372 والصادرة بتاريخ :2018/03/12.....

المسجّل(ة) بكلية :العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم : .....علم النفس و الأرطفونيا والفلسفة

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنوانها :

.....جودة الحياة عند أمهات الأطفال.....

.....المصابين بالسكري.....

شعبة:.....علم النفس..... تخصص:.....علم النفس العيادي.

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية النزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ .....2023/05/31.....

إمضاء المعني

مديرية الشؤون القانونية
إمضاء عون للإدارة الإقليمية
عين الدفلى

الملحق رقم (04) دليل المقابلة النصف موجهة

المحور الأول: البيانات الشخصية

العمر.....المستوى التعليمي.....

الحالة الاجتماعية.....الوضعية المهنية.....

الوضعية الاقتصادية.....

مكان الميلاد.....عدد الاولاد .....

معلومات عن الطفل المصاب

الجنس.....العمر.....

الرتبة بين الأخوة .....نوع المرض.....

سوابق مرضية في العائلة .....سن اكتشاف المرض.....

نوع الولادة .....

المحور الثاني: الحياة العائلية

هل تتلقي الدعم من عائلتك ؟

كيف هي علاقتك مع عائلتك والأصدقاء؟ وهل تغيرت بعد مرض طفلك؟

ما مدى تعايش عائلتك مع المرض ؟

كيف كان رد فعل زوجك؟ وهل تلقيت الدعم منه؟

هل تشعرين بالرضا عن علاقة اسرتك ببعضهم البعض ؟

المحور الثالث: حول الإصابة بالمرض

هل يوجد في العائلة شخص مصاب بداء السكري؟

ماهي الأعراض التي جعلتك تشكين بأن ابنك مصاب بالسكري ؟

كيف عرفتي أن ابنك مصاب بالسكري ؟

كيف كانت ردة فعلك عند تلقي خبر اصابة ابنك بالسكري ؟

هل هناك تقبل لمرض ابنك بعد مرور مدة من الزمن ؟

المحور الرابع: جودة الحياة.

هل مرض طفلك يجعلك متعصبة وقلقة ؟

هل تجدين متعة في الحياة؟

هل تستطيع ضبط انفعالاتك ؟

هل تشعرين بالغثيان والدوار ؟

هل تعانين من اضطرابات في النوم؟

هل تتناولين وجباتك الغذائية بانتظام ؟

هل تشعرين بالقلق ؟

هل انت راضية عن حالة ابنك ؟

هل انت راضية عن ظروف معيشتك ؟

هل تتمتعين براحة البال ؟

كيف هي علاقتك بزوجك ؟

كيف هي علاقتك بأسرتك ؟

كيف هي علاقتك مع أبنائك؟

هل تشاركين في مختلف المناسبات العائلية ؟

هل مدخولك المادي يسمح لكي بتغطية مصاريف العلاج ؟

هل أنت راضية عن دخلك المادي ؟

الملحق رقم (05) مقياس جودة الحياة

استبيان جودة الحياة لدى الأمهات

جامعة ابن خلدون – تيارت–

قسم العلوم الاجتماعية.

في إطار ترقية وتثمين البحث العلمي لطلبة قسم العلوم الاجتماعية ، الخاص بالدراسة الموسومة بـ: "**جودة الحياة عند أمهات الأطفال المصابين بداء السكري**" مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي ، دراسة ميدانية لثلاث حالات **بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف – مهدية** .

البيانات الشخصية :

الاسم : .....

العمر: ..... المستوى التعليمي..... المستوى المعيشي.....

الحالة الاجتماعية: عزباء ( ) متزوجة ( ) مطلقة ( ) أرملة ( )

جنس الطفل (ة): ذكر ☐ أنثى ☐ سن الطفل (ة).....

التعليمة :

تحية طيبة لشخصكم أما بعد :

يهدف هذا المقياس إلى معرفة مستوى جودة الحياة لديك ومدى رضاك عنه، وعلى هذا الأساس نرجو منك إفادتنا بالإجابة بما تشعري به بكل صدق وموضوعية.

فيما يلي مجموعة من العبارات لا توجد عبارات صحيحة وأخرى خاطئة ، المطلوب منك أن تحدد (ي) إجابتك من خلال وضع العلامة (×) في الخانة المناسبة لوضعيتك ، شاكرين مسبقا تعاونك معنا، كما نعلمك أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة وتأكدي أنك بهذا ستساهمين في إنجاح العمل المذكور وخدمة أهداف البحث العلمي.

الرقم	العبارات	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
01	أشعر ببعض الألم في جسمي				
02	لا أثق في أحد من أفراد أسرتي				
03	ليست لدي القدرة على إسعاد من حولي				
04	أتمتع معظم الوقت براحة البال				
05	أنا راضية عن دخلي المادي				
06	أشعر بالعصبية				
07	أتناول الأدوية				
08	أشعر بالتباعد بيني وبين أبنائي				
09	الحياة ممتعة				
10	أنا من الناس الذين لا حظ لهم				
11	ما أحصل عليه من المال لا يكفي احتياجاتي				
12	أستطيع التحكم في انفعالاتي				
13	تنتابني حالة من الغثيان.				
14	أحصل على دعم عاطفي من أسرتي				
15	يجب أن أحيا الحياة كما هي				
16	أنا راضية عن حياتي				
17	أنا راضية عن الطريقة التي أكسب بها المال				
18	أشعر بالحزن				
19	لدي شعور بالحيوية والنشاط.				
20	أجد صعوبة في التعامل مع أبنائي.				
21	اشعر بأنني محبوبة				
22	تتوافق حياتي مع الأهداف التي سيطرتها لنفسي				
23	أتحكم في انفاق مالي				
24	لا أشعر بالأمن.				
25	أنام جيداً.				
26	أنا سعيدة				
27	أخاف من المستقبل.				
28	قلة المال تمنعني من شراء ما أريده.				
29	أشعر بالقلق				
30	أعاني من ضعف في النظر.				
31	أعاني من مشاكل زوجية				
32	روحي المعنوية مرتفعة				
33	أنا غير راضية بما حققته في حياتي.				
34	يمكنني كسب كثير من المال.				
35	أتعرض للإصابة ببعض الأمراض				
36	علاقاتي بزميلاتي سيئة.				

37	أعاني من اليأس و خيبة الأمل				
38	ظروف معيشتي أفضل من أي وقت				
39	أملك من المال ما يكفيني ويسترني				
40	أشعر بالوحدة				
41	أعاني من الصداع				
42	أشعر بالفخر لانتمائي لأسرتي				
43	أشعر بالحزن بدون سبب.				
44	أتمتع بحرية كبيرة في مسكني				
45	فكرة الموت تقلقني				
46	لدي القدرة على التذكر.				
47	أعاني من فقدان الشهية				
48	أشعر بأنني قريبة من زوجي				
49	أشعر أن حياتي مليئة بالأمل				
50	تراودني أفكار غريبة.				
51	أشعر بالتوتر وعدم الارتياح				
52	أعاني من الإرهاق والتعب				
53	ظروف معيشتي جيدة				
54	أنا راضية عن شكل جسمي				
55	أجد صعوبة في التركيز				
56	أنا راضية عن علاقتي بزوجي				
57	أشعر بالرضا عن علاقة أسرتي يبعضهم البعض				
58	يعتمد علي زوجي في حل المشكلات				