



بسم الله وبعد: تم الرفع بحمد الله من طرف بن عيسى
ق متخرج من جامعة المدية سنة 2007

للتواصل وطلب المذكرات :

بريدي الإلكتروني: benaisa.inf@gmail.com

MSN : benaisa.inf@hotmail.com

Skype : [benaisa20082](https://www.skype.com/en/contacts/skype/benaisa20082)

هاتف : 0771087969

دعوة صالحة بظهر الغيب....

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الحاج لخضر – باتنة –

كلية الآداب والعلوم الإنسانية
معهد علم النفس وعلوم التربية
قسم الدراسات العليا

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة
العنوان

الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين

دراسة ميدانية بالمستشفى النهاري لمرض السكري بوادي العثمانية

إشراف :
الدكتور نور الدين جبالي

إعداد الطالب :
لخضر عمران

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة باتنة	د-رحال غربي محمد الهادي -	استاذ التعليم العالي
مقرا	جامعة باتنة	د-جبالي نور الدين	- استاذ محاضر
عضوا	جامعة باتنة	د-امزيان وناس -	استاذ محاضر
عضوا	المركز الجامعي الوادي	د-لعيس اسماعيل -	استاذ محاضر

السنة الجامعية

2009/2008

فهرس المذكرة

فهرس المواضيع

الصفحة	الموضوع
ص 1	- المقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: إشكالية البحث، دوافعه، أهدافه وفروضه	
ص 5	1- إشكالية
ص 9	2- دوافع ومبررات اختيار الموضوع
ص 10	3- أهمية موضوع البحث
ص 11	4- أهداف البحث
ص 12	5- فرضيات البحث
ص 13	6- الدراسات السابقة
الفصل الثاني: جودة الحياة، تعريفها، مجالاتها وطرق قياسها	
ص 31	1- تاريخ وتطور مفهوم جودة الحياة
ص 31	1-1 المقاربة الفلسفية
ص 33	2-1 المقاربة النفسو اجتماعية
ص 34	3-1 المقاربة الاقتصادية والاجتماعية
ص 34	4-1 المقاربة الطبية
ص 36	2 تحديد المفهوم وتعريفه
ص 36	1-2 تحدي المفهوم
ص 38	2-2 أصل المفهوم
ص 38	1-2-2 جودة الحياة من منظور بيئي
ص 39	2-2-2 جودة الحياة المرتبطة بالصحة
ص 41	3-2-2 جودة الحياة ككل
ص 43	3-2 مفاهيم وتناولات جودة الحياة
ص 44	1-3-2 المفاهيم أو التناولات الموضوعية
ص 44	2-3-2 المفاهيم الذاتية
ص 45	3-3-2 المفاهيم التكميلية
ص 46	3- تعاريف جودة الحياة
ص 46	1-3 التعاريف النظرية
ص 49	2-3 التعاريف الإجرائية
ص 55	4- مجالات جودة الحياة
ص 62	5- قياس وتقدير جودة الحياة
ص 63	6- أنماط ووسائل القياس المستخدمة

الفصل الثالث: السكرية وجودة الحياة لدى السكريين

ص 68	1- السكري مقارنة طبية.....
ص 68	1-1 تعريفات.....
ص 69	2-1 تشخيص الداء.....
ص 70	3-1 التصنيف.....
ص 70	4-1 الانتشار.....
ص 71	5-1 أسباب الداء.....
ص 72	6-1 الجانب العيادي، الأشكال العيادية.....
ص 73	7-1 علاج الداء.....
ص 74	8-1 تعقيدات المرض.....
ص 75	9-1 العمل الوقائي.....
ص 77	2- جودة الحياة لدى السكريين.....
ص 78	1-2 ظهور الداء ومراحل التقبل.....
ص 80	2-2 جودة الحياة لدى السكريين.....
ص 81	3-2 العوامل المحددة لجودة الحياة.....

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهج البحث، أدواته، خطواته الاجرائية

ص 83	1- حدود الدراسة.....
ص 84	2- منهج البحث.....
ص 84	3- وسائل جمع البيانات.....
ص 85	1-3 المقابلة.....
ص 85	2-3 مقياس تقدير جودة الحياة SF-36.....
ص 87	4- عينة البحث.....
ص 98	5- الخطوات الإجرائية للبحث.....

الفصل الخامس: عرض النتائج، تحليلها ومناقشتها

ص 103	1- عرض النتائج.....
ص 114	2- تحليل النتائج.....
ص 117	3- مناقشة النتائج.....
ص 123	4- ملخص عام.....
ص 125	5- توصيات واقتراحات.....
	- المراجع
	- الملاحق

فهرس الجداول

88 ص	الجدول -1- نسب العينة.....
89 ص	الجدول -2- متوسط أعمار أفراد العينة.....
89 ص	الجدول -3- المستوى الدراسي لأفراد العينة.....
90 ص	الجدول -4- الوضعية العائلية.....
91 ص	الجدول -5- الوضعية المهنية.....
91 ص	الجدول -6- المستوى الاقتصادي لأفراد العينة.....
93 ص	الجدول -7- اكتشاف المرض لدى أفراد العينة.....
94 ص	الجدول -8- نمط العلاج.....
95 ص	الجدول -9- الإصابات القلبية.....
96 ص	الجدول -10- الإصابات البصرية.....
97 ص	الجدول -11- إصابات القدم.....
103 ص	الجدول -12- متوسط درجات جودة الحياة لدى أفراد العينة.....
104 ص	الجدول -13- متوسطات درجات أفراد العينة وال MOS.....
106 ص	الجدول -14- متوسطات درجات أبعاد السكريين نمط (1).....
106 ص	الجدول -15- متوسطات أبعاد السكريين نمط (2).....
108 ص	الجدول -16- تواتر الأمراض المصاحبة لدى أفراد العينة.....
109 ص	الجدول -17- متوسط درجات المصابين بأمراض مصاحبة وغيرهم.....
111 ص	الجدول -18- متوسط درجات العزاب.....
111 ص	الجدول -19- متوسط درجات المتزوجين.....
112 ص	الجدول -20- متوسط درجات العزاب، المتزوجين والمتوسط المرجعي.....

فهرس الأشكال

88 ص	الشكل -1- العينة.....
------	-----------------------

89 ص	الشكل -2- متوسط أعمار الأفراد.....
89 ص	الشكل -3- المستوى الدراسي لأفراد العينة.....
90 ص	الشكل -4- الوضعية العائلية.....
91 ص	الشكل -5- الوضعية المهنية.....
91 ص	الشكل -6- المستوى الاقتصادي لأفراد العينة.....
93 ص	الشكل -7- اكتشاف المرض لدى أفراد العينة.....
94 ص	الشكل -8- نمط العلاج.....
95 ص	الشكل -9- الإصابات باضطرابات قلبية لدى أفراد العينة.....
96 ص	الشكل -10- الإصابات البصرية لدى أفراد العينة.....
97 ص	الشكل -11- إصابات القدم لدى أفراد العينة.....
103 ص	الشكل -12- متوسط درجات جودة الحياة لدى أفراد العينة.....
104 ص	الشكل -13- متوسط درجات الأبعاد لدى أفراد العينة وال MOS.....
106 ص	الشكل -14- متوسط درجات أبعاد سكريي نمط (1) وال MOS.....
106 ص	الشكل -15- متوسط أبعاد سكريي نمط (2) وال MOS.....
108 ص	الشكل -16- متوسط سكريي نمط (1) ونمط (2).....
109 ص	الشكل -17- متوسطات أصحاب الأمراض المصاحبة وغير المصاحبين.....
111 ص	الشكل -18- توزيع تكرارات مدى الإصابة لدى أفراد العينة.....
111 ص	الشكل -19- متوسط درجات العزاب.....
112 ص	الشكل -20- متوسط درجات المتزوجين.....
113 ص	الشكل -21- متوسط درجات العزاب، المتزوجين و MOS.....

ملخص الدراسة

هدف هذا البحث هو دراسة العلاقة بين الإصابة بداء السكري و تدهور جودة الحياة من خلال التقدير الذاتي للمصابين . باستخدام مقياس عام جنيس، هو مقياس عيادية مقننة في شكل استبيان.

أجريت الدراسة على 40 سكريا بنمطيه 1 و 2 بمعدل 20 حالة لكل فئة؛ منهم 14 امرأة و 26 رجلا . بمتوسط سن مقداره 40,5 سنة ، يتراوح ب - ين 25 و 65 سنة من مستويات دراسية و اقتصادية مختلفة. وعمر إصابة يتراوح بين 3 إلى 30 سنة. نتائج الدراسة أسفرت عن :

تقدير ضعيف و منخفض ن لتقدير السكريين أفراد العينة لجودة حياتهم، متمثلا في متوسط 33,80 .

تقدير ضعيف لجودة الحياة لدى السكريين نمط الأولى و ب 35,90 للفئة الأخرى. 1 و 2 مقدراب 33,78 لدى الفئة

T عدم وجود فروق ذات دلالة بين تقدير الفئتين لجودة الحياة ممثلا في نتيجة اختبار T test. المقدر ب 0,36 و هو غير دال على وجود اي فروق.

وجود فروق دالة إحصائيا بين تقدير المصابين بامراض مصاحبة و غير المصاب من السكريين لصالح غير المصابين . ممثلة في نتيجة اختبار T , 14,6 الدال عند 0,01.

وجود علاقة سلبية دالة إحصائيا بين مدة الإصابة و تقدير جودة الحياة لدى السكريين بحساب معمل الارتباط المقدر ب -0,48** و هو دال على وجود الارتباط.

عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين العزاب والمتزوجين من السكريين أفراد العينة . نتيجة اختبار T 0,36 وهي غير دالة.

Résumé du mémoire :

L'objectif de cette recherche est l'étude de la relation entre l'atteinte diabétique et la détérioration de la qualité de vie, chez les diabétiques : à travers l'utilisation d'une échelle générique subjective ; l'échelle SF-36 et un entretien directif codifié sous forme d'un questionnaire.

Elle porte sur 40 diabétiques, de type 1 et 2 ; 20 pour chaque catégorie, réparties en 14 femmes et 26 hommes. D'un âge moyen de 40,5 et de niveaux d'instructions socio économiques variés.

Les résultats ont permis de dégager les données suivantes :

Un score faible, de mesure de qualité de vie, chez les diabétiques, de notre échantillon, estimé à 33,80.

Un score faible, de mesure de qualité de vie des diabétiques des deux types, 1 et 2, évalué à 33,78 ; pour type 1 et de 35,90 pour type 2.

Aucune différence significative entre les deux évaluations, des diabétiques de type 1 et 2 ; le score de T test, 0,36, signe de non signification, c'est-à-dire absence de différences.

Différences significatives, entre l'évaluation de qualité de vie des diabétiques souffrants de comorbidités et de non souffrants. Le résultat de T test ; 6,14, signifiant à 0,01, confirme que la qualité de vie est meilleure chez les non atteints de comorbidités.

L'existence d'une corrélation à signification négative entre l'âge ou la durée de la maladie et l'évaluation de qualité de vie, évaluée à -0,48**.

Non différence , entre le mesure de qualité de vie des diabétiques célibataires et mariés ; T test, 0,36, non signifiant, ce qui infirme la différence .

مقدمة:

تشكل الأمراض المزمنة بما تحمله من تعقيدات وصعوبات، ثقلاً ما فتئ يزداد ويتسارع بفعل نسبة الوفيات وبفعل الانتشار، من جهة والإخلال بجودة حياة المصابين وكلفة التكفل الواقعة على عاتق الأسر والهيئات الصحية والمجتمعات بصفة عامة من جهة أخرى.

المنظمة العالمية للصحة تقدر أن الأمراض المزمنة غير المتنقلة أو المعدية تسبب نسبة 60% من الوفيات في العالم؛ ففي تقديرها السنوي لعام 2005 قدرت 35 ألف وفاة بسبب هذه الأمراض من مجموع 58 ألف وفاة، نصفها حدث قبل سن السبعين، وربعها قبل سن الستين، (Anne François et all (URMEL 2007).

إحصائيات تشير إلى أن الوفيات لهذه الأسباب ستعرف ارتفاعا قدره 17% خلال العشر سنوات القادمة، مما دفع بمنظمة الصحة للتحرك عبر مشروع 2006 لمكافحة الأمراض المزمنة، بهدف تخفيض نسبة 2% من الوفيات خلال السنوات العشر القادمة، والوقاية من الأمراض عبر العمل على عوامل وسلوكيات الخطر المعروفة حاليا . لان تحديدها والتحكم فيها من شأنه تجنب 80% من الإصابات القلبية والحوادث الدماغية، ونسبة 40% من الإصابات بداء السكري والسرطانات.

ميدانيا تداول وتعامل OMS مع هذا الموضوع شهد تطورات وتغيرات كبرى، بدءا من تعريفها لهذه الأمراض الذي تغير من " مشكل صحي يتطلب علاجات على المدى الطويل " إلى التمييز بين نمطين من الأمراض: متنقلة كالسيديا، وغير متنقلة كالسكري أو السرطان.

مقاربة استمرت حتى عام 1990، ليدمج فيها متغير آخر هو يخص التأثيرات والعواقب الناجمة عنها باعتبارها أمراضا تؤثر على الحياة اليومية للأفراد خصوصا في الأبعاد الاجتماعية، النفسية والاقتصادية، بالإضافة إلى التحديات الوظيفية، والتصنيفات في النشاط والحركة والإخلال بجودة الحياة.

هذا التداول دفع بالمختصين إلى تبني نموذج يدمج بين مقاربة التصنيف الدولي للأمراض الـ CIM والمقاربة الاجتماعية للإعاقة، بالتركيز على التفاعل بين الفرد والإطار أو النسق الذي يعيش فيه . مركزين بذلك على التوظيف الذي يحدد العوامل الايجابية المتمثلة في قدرات الفرد، والإعاقة التي تحدد العوامل السلبية، بمعنى آخر آثار المرض من جهة وكفاءات الفرد الموجودة رغم كل ذلك من جهة ثانية.

هذا التغير في التداول هو محصلة تطورات معقدة ومركبة، شهدها ميدان الطب والمرض عبر عصور وحقب زمنية طويلة، لتعامل الإنسان مع المرض و مع موضوع الصحة.

فمنذ القرن الماضي مثلا، وبدءا من سيطرة الأطباء و تحكهم في الأمراض المعدية والتنقلة، متمثلة في الأوبئة والإصابات كالسل، الطاعون، شلل الأطفال الخ. عبر اكتشاف الأدوية و اللقاحات كإجراءات وقائية ، شهد العالم انتشارا واسعا لأمراض أخرى هي الأمراض المزمنة ، ذات تعقيدات وعواقب مركبة ومعقدة ، مع عدم القابلية للشفاء مما يستدعي نمط تكفل آخر ، خاص بها على المدى الطويل .

هذا الظهور والانتشار ، كان له تأثير، على توجهات الأطباء وكذا على ممارستهم اليومية، وكذا حتى في القراءات النظرية والمرجعية، بدءا من تعريف المنظمة العالمية (O M S, 64) للصحة " كحالة من الراحة الجسمية و العقلية" إلى " توازن وتناقص كل إمكانيات الفرد الانسانية ، البيولوجية النفسية ، والاجتماعية . توازن

يتطلب إشباع الحاجات الأساسية للفرد (الحاجات العاطفية) التغذية الصحية، التربوية، والاجتماعية إضافة إلى تكيف الفرد مع محيط في كامل التغيير والنمو”

Laurant Schneiweiss et Jérôme Dichamps (1999,pp,6-7)

وصولاً إلى تعريف المنظمة لعام 84: " الصحة كحالة من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض والعجز " (د.عثمان يخلف 2001)، هذا المفهوم قلب مفاهيم الصحة والمرض والتقى في زاوية ما مع التداول الانجلوسكسوني لمفهومي (Disease) و (Illness)، فالأول يرتبط باضطرابات عضوية موضوعية لها سبب أو أسباب، أعراض محددة، والثاني يستخدم للدلالة على التجربة أو الخبرة الذاتية ولا يرتبط بوجود مرض قابل للإثبات (Marilou Bruchon- Schweitzer 2002,p19)، إضافة إلى تعريفها للصحة " كمجموع الطاقات والموارد الاجتماعية والفردية والجسمية التي تسمح للفرد بتحقيق طموحاته وإشباع حاجاته " (OMS, 1989)، مفاهيم وتطورات جعلت من الصحة مفهوماً جديداً لا يعني الخلو من المرض أو النقص، ووجهت المهتمين للعمل على جوانب جديدة، كالطاقات المتبقية والكفاءات لضمان تكيف أكثر إيجابية.

هذه الوضعية الجديدة، سحبت البساط من تحت أقدام الأطباء، فلم تعد لهم السيادة في تسيير ميدان الصحة، بل أصبحوا عنصراً ضمن مجموعة عناصر فعالة. ذلك أن فشل النموذج الطبي ميدانياً، في عدم قدرته على تفسير الأمراض، وكذا ضمان تكفل أكثر فعالية، فسح المجال لتناولات أخرى، كما لنموذج السيكوسماتي والنموذج البيونفسي اجتماعي لـ (Angel 2001) مع بروز علم النفس الصحة ك تخصص ناشئ جديد، يطرح تناولا تفاعلياً متعدد العناصر. مركزاً في اهتماماته على العناصر المحيطة الاجتماعية والديمغرافية (أحداث الحيات الضاغطة، الشبكة الاجتماعية والتعرض لمخ تلف عوامل الخطر)، العوامل الفردية (أسلوب الحياة، خصائص الشخصية، السوابق الشخصية والبيوطبية) ذات التأثير الأساسي والتفاعلي على الصحة الجسمية وجودة الحياة.

Marilou Bruchon - Schweitzer (2002-p9)

هذه التغييرات جعلت المختصين في علم الطب، وبقية الفروع يهتمون بـ بعدين أساسيين، أحدهما وقائي، ثلاثي الأبعاد؛ وقاية أولية هدفها منع حدوث المرض، عبر تحديد عوامل الخطر والحد منها ومن آثارها عبر التحسيس. ثانوية عبر منع عودة حدوث المرض لدى المصابين ومنع الانتكاس. ووقاية من الدرجة الثالثة، أي منع التعقيدات والحد من حدوث الإعاقات، وهو أحد عناصر البحث الحالي الأساسية.

أما البعد العلاجي، فلم يعد فيه التركيز فقط على طرق الكشف، البحث و العلاج، بل دفعت الضرورة بالأطباء إلى الاهتمام بجوانب أخرى كالتمثيل الاجتماعي للمرض، أسبابه و طرق علاجه الاهتمام بالتقديرات الذاتية للمريض لحالته الصحية للعلاجات و كذا إسهام المريض و إدماجه كشريك علاجي. هذا رغم أن وتيرة التطور

التكنولوجي للأجهزة الطبية كانت أسرع من التطور في ميدان تسيير العلاقات و الاهتمامات . هذا الجانب أولاً .
Pédinelli ، أهمية كبرى " من المهم دراسة مفهوم وتمثيل المفحوصين لسبب مرضهم ، لفهم أحسن للكيفية التي تتكون بها الخبرة الذاتية للمرض ، وكذا لمعنى المرض بالنسبة للفرد " (1996 ، 1999) .
Pédinelli . هذا الباحث، يشير أيضا إلى انه من الأهمية لنفساني الصحة و الأطباء ، معرفة التمثيلات الفردية للمفحوصين ، ونظريات المرض التي يتبنونها لتأثير كل ذلك على مدى فعالية كل تدخل علاجي لاحق (تفهم ، تقبل التشخيص ، والعلاج من قبل المفحوصين ، اتجاهات حول العلاج إذا كان خضوعا ، مبنيا على سلوكيات سليمة و صحية . وتبنى استراتيجيات مواجهة على الأقل موظفة و فعالة .

ضمن هذه الصعوبات الميدانية و التوجهات الجديدة و الضرورية ، برز مفهوم جودة الحياة ، كمصطلح في ميدان السياسة ليتطور و يتعرع في ميدان الصحة ، بتعقيده ، وعموميته و خصوصياته من مفهوم شمولي عام ، إلى مفهوم خاص مرتبط بالحالة الفعلية الأنية تحت تأثير المرض على مختلف جوانب الحياة . بمعنى أدق بإدراك الفرد لحالته وفق نسق معياري وثقافي لصحته المدركة وجودة حياته المدركة مرتبطة بالصحة ، مقدرة إما ذاتيا أو من قبل مختصين بواسطة مقاييس خاصة أعدت لهذا القياس و التقدير .

بداية هذه القياسات كانت بإهتمام المختصين بتقدير جودة الحياة لدى المعاقين و ذوي الحاجات الخاصة ، ثم لدى مرضى السرطانات، أمراض القلب ثم بقية الأمراض المزمنة . ذات التعقيدات العديدة مع عدم قابليتها للبرء والشفاء . وهذا بهدف إدماج المرضى، تقديراتهم وإدراكاتهم في عمليتي التشخيص والعلاج . " ذلك أن المرض يشكل انقطاعا عن هذه الحالة؛ حالة الراحة الجسمية والعقلية و الاجتماعية، وكذا الاستشفاء . إذ أن مفاهيم وخصائص متعددة قد تتركز حول مفاهيم الصحة . والمرض قد يتمثل في حالة جسم، تفسيرها من قبل المريض، وبوعي وإدراك من قبله . وهي عناصر قد تتفاعل فيما بينها مشكلة خوفنا كمعالجين من المرض " .
Laurant Schneiweiss et Jérôme Deschamps (p67)

Balint بدوره أشار إلى هذا المفهوم ضمنا " أننا نشعر أننا ككل غير قابل للإعتداء، طويل المدى، قادر وكفؤ لتلقي الحب . إنها صدمة حقيقية أن يجد الفرد نفسه مريضا بطريقة فجائية أو تطويرية، بسبب هذا المرض يعجز جسمنا أو عقلنا عن ضمان إمكانية تحقيق آمالنا ضم ن مستقبل ما " .
Laurant Schneiweiss et Jérôme Dischamps (1993, p68)

إذا كانت الأمراض المزمنة حقيقة وواقع موجود ينبغي مواجهته مع استحالتة الشفاء ، فإن سعي الأطباء والباحثين إضافة إلى العمل الوقائي منها ، مواجهتها والعمل على الحد من مضاعفتها عبر استخدام جميع الوسائل والكفاءات ، الطبية والفردية لدى المريض ، الأسرية، وكذا الاجتماعية ، ولعل الاهتمام بتقديرات جودة الحياة والعمل على تطوير مجال البحث فيها هو احد الاهتمامات الجديدة والمعاصرة .

ذلك إن المرض المزمن ،ليس مجرد إصابة أو اضطراب ، بل تغيير باتم معنى الكلمة ،فح سب
(Strauss(1977)"أن يفقد توازن العالم ومعناه العالم ،يجبر الفرد على إعادة تشكيل دال للعالم " .

دور المريض الذي يسمح بالتحديد المؤقت للمسؤوليات الاجتماعية ويتحول بذلك إلى نمط وجود تحت تأثير
التغيرات الناتجة عن المرض .الذات ،كما العالم يصيبها التغير ،ويجد الفرد نفسه يقوم بمجموعة من الأدوار
تسمح له بايجاد معنى للمرض أو لا ،ثم للحياة ثانيا ،ضرورة تكوين العالم في العلاقات الذاتية والاجتماعية مما
يوجب توافق مع نمط جديد الاستقلالية الفرد."

Marie Santiago-Delafosse ،2002p77

ضمن هاذ الإطار والتطور يندرج موضوع هاذ الباحث الذي يركز على محاولة دراسة أو تقدير جودة الحياة ذاتيا
من فهم المرضى أنفسهم باستخدام مقياس عام أو جنيس.S.F.36

ولهاذ الغرض قسم البحث إلى قسمين :

نظري يظم فصولا ثلاث : فصل تمهيدي يضم الإشكالية دوافع البحث وأهدافه والدراسات السابقة ،وفصل يتناول
جودة الحياة مفهومها ،طرق قياسها ،وفصل ثالث يتناول داء السكري ،أشكاله العيادية تعقدانه ،وعلاقته بتدهور
جودة الحياة .

أما الجانب التطبيقي فيضم فصلين ،فصل يخص الإطار المنهجي ،إجراءات البحث وطرق القياس وآخر يعني
بتقدم نتائج البحث ومناقشتها ،إضافة إلى الخاتمة ،قائمة المراجع و الملاحق .

الجانب النظري

الفصل الأول

إشكالية البحث،

دوافعه، أهدافه، فرضياته و دراساته السابقة.

1- إشكالية البحث:

يشكل داء السكري كمرض مزمن، إحدى المعضلات والمشكلات الصحية التي يواجهها المختصون، ويعاني عواقبها المرضى وأسرهم، نظرا لانتشاره المتسارع بفعل تواجد عوامل وسلوكيات الخطر، من عوامل وراثية، السمنة، السلوكيات الغذائية، نمط وأسلوب الحياة وكذا مصادر التوتر المختلفة. انتشارا جعل المنظمة العالمية للصحة تتوقع وصول نسبة الإصابة إلى 200% في السنوات الثلاثين المقبلة مع إمكانية التحكم في النسبة الغالبة لدى الأفراد ذوي الاستعداد للإصابة بضمان تغذية متوازنة ووقاية عيادية.

من جهة أخرى، الأمراض المصاحبة المعقدة والمتشابكة والتي تتراوح بين الإصابة البسيطة كتخلخل وسقوط الأسنان، تقرحات الجلدية إلى الأمراض المركبة والخطيرة، كضعف الرؤية، العمى، إصابات وعائية قلبية، عجز كلوي، وتقرحات وأدران قد تنتهي ببتير القدم أو الساق مما يترك آثارا سلبية على المسار الحياتي، العلائقي، الأسري، المهني والاجتماعي بدءا من تغير صورة الجسم والذات، آثار قد تبدأ في الظهور منذ اكتشاف المرض وتشخيصه.

فكلمة سكري Diabétique تحمل دلالة وتعبير عن وضعيته، أو إدماج في وضعية تعبر عن الإدماج الأساسي أو التغير الذي يمس الفرد المصاب في مكانته ووجوده ككل، منذ الكشف عن المرض، إذ لا يتعلق الأمر بإصابة كمال أو وحدة الجسم، لكن كل كيان الفرد، مواعيد طعامه، مراقبته للسكري أو لنسبة السكر في البول، تناول الأدوية أو الحقن، كلها مؤشرات تذكر المريض بوضعه الصحي الجديد، مما يضع المريض في وضعية أو مكانة جديدة. ضمن أحكام وحدود جديدة، قد لا يقبلها المريض، وقد يعيش الإحساس بالرفض والتهميش رغم أن الواجب يحتم أن يعتبر كل ذلك كنمط أو أسلوب وجود وحياة جديدة.

هذا الموضوع جلب اهتمام الأطباء، الباحثين من تخصصات عديدة بالإضافة إلى المختصين في الطب، السيكوسوماتي و علماء نفس الصحة، بحثوا في هذا الميدان كلا حسب اختصاصه، أهدافه، توجهاته وطرق البحث ووسائل القياس.

" السيكوسوماتيون اهتموا بهذا الداء، خصوصا السكري نمط 1، باعتباره مرضا سيكوسوماتيا لارتباط ظهوره، حسبهم بأحداث حياة المريض وتطوراته، وجسد نفسي بظهور اضطرابات نفسية وعقلية كالاكتئاب، الحصر واضطرابات التغذية" (S.Friedman, (1999).

إسهام ه ذه المدرسة كان كبيرا سواء تعلق الأمر بمدرسة Alexander الأمريكية أو مدرسة باريس، Pierre Marty وأتباعه. للمثال نذكر دراسة (1983) Rosine Debray والمتمثلة في دراسة التوازن السيكوسوماتي

والتنظيم العقلي للسكريين ، باستخدام اختبارات إسقاطية كاختبار الرورشاخ، تفهم الموضوع، و صفحة Rey توصلت في نتائجها لعدم وجود بروفيل أو نمط شخصية موحد لكن توظيفات عقلية مختلفة . كما ركزت الدراسة على مفاهيم أساسية ، كفشل العقل ، مفهوم التكتّم أو الألكسيتيميا. أو في توجهات SAMY ALI وأتباعه بتركيزه في دراسة الأمراض الـسيكوسوماتية، على مفاهيم الفضاء الزمن و المسافات، دراساتهم أشارت ضمناً و تحليلياً لتأثير داء السكري على حياة المريض .

"عند الإصابة بداء السكري نمط 1 يدخل الفرد في سياق زمني و إيفاعات مفروضة من طرف العلاج الحميات. فمراقبة السكري، الحقن ، عناصر تساهم في تطبيق الزمن ، وكذا حياة المريض، عبر بروتوكول صارم، و تسجيله ضمن إطار زمني أنوي أعلى ج امد و صارم كل وجود الفرد منظم ومسير وفق تفكير ومنطق خارجي عنه ، يسيطر عليه ويسلبه إيقاعه الشخصي " (ALBA Duman, in SAMI ALI et all, 2001, P93).

فالسكري بإيقاعه المزعج المعيق، المرض و العلاقات الطبية تطبع و تعيد أنا أعلى جسدي موازي لما كان معاشاً في العلاقات الأمومية المبكرة . هذه الأخيرة ساهمت في تشكيل توظيف نفسي فتح المجال لاحقاً للمرض، في دائرة فريدة، تجعل حياة المريض محدودة في حلقة دائرية مغلقة (ALBA Duman, P93)

هذا الشق؛ أي الجانب الجسد النفسي، و هذه النتائج و التحليلات تعد نقطة التقاء أو تقاطع مع أهداف هذا البحث ، لكن يبقى مجال تطبيق هذه المعلومات و النتائج محدوداً و ضيقاً .

لكن ضمن توجيهات، علم نفس الصحة كتخصص ناشئ استفاد من تخصصات وفروع علمية عديدة، و عبر وسائل بحث و قياس إحصائية أكثر منه تحليلية، و عبر الاهتمام بالدراسات الوبائية، وسلوكيات الخطر، والسلوكيات الصحية، الوقاية بأبعادها الثلاث ، وكذا التركيز على تحسين العلاج، الإذعان، جودة الحياة، والوقاية من الأمراض المصاحبة في فتح مجالات حيوية و جديدة لعلماء النفس خصوصاً المختصين في الصحة . يندرج موضوع هذا البحث.

اهتمام هذا البحث منصب على العلاقة بين الإصابة بداء السكري ومدى تدهور جودة الحياة لدى المصاب بمعنى مدى التغير الذي يطرأ على جودة الحياة بعناصرها المتداخلة بسبب المرض، تعقيداته وكذا العناصر المؤثرة في كل ذلك.

جودة الحياة كحالة أنية مدركة في علاقتها بمرض مزمن هو السكري بمعنى آخر " تلك القيمة المعطاة لمدة الحياة من خلال المستوى الوظيفي، الإدراكات والطموحات الاجتماعية المحورة من قبل المرض، الإصابات، العلاجات أو السياسات الصحية (Patrick et Erickson, 1993). وذلك بتقدير الأبعاد الأساسية المتمثلة في الحالة الجسمية، الأحاسيس الجسمية، الحالة النفسية، والعلاقات الاجتماعية المقدر ذاتياً من طرف المريض وموضوعياً من طرف المعالج أو الاثنين معاً.

هو موضوع متشابك ومتعدد التعقيدات، رغم أن العلاقة موجودة أثبتتها دراسات عديدة عبر قياسات مقننة، أما بمقاييس جنسية مثل مقياس SF-36 أو متخصصة كسلم الير وفيل الصحي للسكريي DHP32 . لكن العناصر المؤثرة في ذلك تبقى متعددة ومتباينة من دراسة لأخرى.

منها من ربطها بالإذعان للعلاج أو غيابه (Cloquet et all (1996) بتعقيدات المرض، Malignan et all,(2001)، ودراسات أخرى أشارت إلى التباين بين تقديرات المرض والأطباء (2005) . Shared.

مشكلة البحث ؛ تتمثل في أنه في الجزائر وحسب المعهد الوطني للصحة العمومية (2005)، يمثل السكري المرتبة الرابعة بين الأمراض المزمنة غير المعدية، بنسبة انتشار للسكري نمط (2) تتراوح بين 6.4% إلى 8.2% لدى الأشخاص ما بين سني 30 و 64 سنة . أما السكري نمط (1) فتتراوح نسبة حدوثه بين 8.1% إلى 11.9% وهي مؤشرات تدل على مدى الانتشار الذي يعرفه الداء وما يحمله من عواقب وآثار سلبية على الفرد والمجتمع إضافة للصعوبات المواجهة من قبل المختصين أثناء التكفل والعلاج . صعوبات تخص الإذعان، تعقيدات المرض، أمراض مصاحبة معيقة وكذا معاناة المرضى وأهاليهم، رغم بعض التحسن في وسائل التكفل، توفر الدواء، أقلام الحقن، أجهزة قياس وغيره.

لكن يبقى النقص في مدى الاهتمام بضمان جودة حياة كافية وإيجابية كهدف علاجي بعيدا عن ما يشهده مجال البحث لدى الدول المتطورة، كالولايات المتحدة الأمريكية وحتى الأوروبية كفرنسا مثلا.

ضمن هذا الإطار يتموضع موضوع البحث، بمحاولة تسليط الضوء على موضوع جودة الحياة لدى السكريين بنوعيه 1 و 2 ، عبر اشكاليته التي يمكن صياغتها بالشكل التالي:

هل يتمتع المصابون بداء السكري بجودة حياة منخفضة؟

هل يتمتع المصابون بداء السكري نمط (1) بجودة حياة منخفضة؟

هل يتمتع المصابون بداء السكري نمط (2) بجودة حياة منخفضة؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى سكريي نمط (1) و(2)؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى ال مصابين بأمراض مصاحبة وغير المصابين بها من السكريين؟

هل توجد علاقة سلبية بين مدة المرض وتدهور جودة الحياة لدى السكريين؟

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى المتزوجين والعزاب من السكريين؟

2- دوافع و مبررات اختيار الموضوع

إن اختياره ذا الموضوع للدراسة والبحث ليس وليد المتعة العلمية والفضول البسيط . إنما هو نتيجة تفكير طويل، بحث وتقصي و مناقشات واستشارات للأساتذة والمختصين. اختيار جاء نتيجة تضافر عوامل عديدة يمكن إيجازها في

1- ميدان التخصص؛ علم نفس الصحة، كتخصص جديد مع ضرورة ارتب اط موضوع البحث به . فموضوع جودة الحياة و تقديراتها هو احد المواضيع الذي تلقى الاهتمام في تخصص كهذا خصوصا لدى أصحاب الأمراض المزمنة و علاقة كل ذلك بعوامل كالخضوع للعلاج، التربية الصحية، المساندة الاجتماعية والوقاية خصوصا من الدرجة الثالثة في هذا الموضوع.

2- جدة الموضوع؛ فميدان دراسة جودة الحياة هو احد الاهتمامات الكبرى الآن في الولايات المتحدة ودول أوروبا ، فرنسا كمثل . أين يسعى الباحثون لوضع مقاييس مقننة صادقة وثابتة وكذا إسهام المرضى في

التقديرات بغرض اعتمادهم كشركاء علاجيين . انه ميدان بحث ناشئ وقد تكون البداية في الجزائر باختبار ما توصل إليه البحث عالميا على بيئة ومحيط دي متغيرات اجتماعية وثقافية مختلفة.

3- القابلية للدراسة و للإجراء؛ لتوفر المراجع و البحوث رغم صعوبة الحصول عليها توفر وسائل القياس وعينة البحث المتمثلة في السكريين، كمصابين بداء يشهد انتشارا كبيرا.

4- المناقشات مع الأساتذة، المختصين في علم النفس أو الأطباء . خصوصا مع الأساتذة رؤساء مصالح أقسام أمراض الغدد، بباتنة، قسنطينة، سكيكدة وجيجل . أيضا مع أساتذة من جامعة الجزائر و الجامعات الفرنسية خصوصا مع الأستاذ *Hervé Bénony* رئيس قسم علم النفس وع لم نفس الصحة بجامعة *La Bourgogne , Dijon* الفرنسية الذي أثنى على الموضوع وعده احد اهتمامات علم نفس الصحة بفرنسا و مخبره بالجامعة.

5 – تجربة الطالب الميدانية المتواضعة مع مرضى السكري، معاناتهم مع الأمراض المصاحبة ومرافقته للعديد منهم ، أثناء التصفية الاصلطناعية بسبب العجز الكلوي، بتر احد الأعضاء ضعف البصر أو العمى لدى بعض الحالات. أيضا خلال تعامله مع جمعيات مساعدة السكريين على المستوى المحلي أو الجهوي مما حفزه للبحث في هذا الموضوع بحثا عن فهم معمق قد يخدم او يساعد المرضى والأطباء المتكفلين بهم.

3- أهمية موضوع البحث

يكتسي موضوع البحث على حد اعتقاد الطالب أهمية بالغة كونه:

1 - يندرج ضمن تخصص علم نفس الصحة كتخصص جديد و ناشئ بالجزائر، مما يضيف عليه صبغة الجدة من جهة ويسجل ضمن التوجهات الجديدة للهيئات الحية العالمية و على رأسها المنظمة العالمية للصحة في اهتمامها بالأمراض المزمنة و على رأسها داء السكري.

2- يتناول موضوعا جديدا لم يسبق دراسته بالجزائر، فهو يحاول تقدير جودة الحياة لدى السكريين بالجزائر في إطار اجتماعي وثقافي معين باستخدام مقاييس موقنة بعد اختبار صدقها وثباتها. و عليه فهو لا يعد تكرارا لبحوث سابقة.

3- يستجيب لمتطلبات وحاجات الواقع المعاش؛ لاحتياجات ومطالب المرضى و المعالجين . وهو ما وقف عليه الطالب من مناقشاته واستشاراته للأطباء والأساتذة أثناء الملتقيات والأيام الدراسية.

4- يؤسس و يفتح المجال لبحوث أوسع و أعمق في مجالات واسعة تخص التكفل، تحسين جودة الحياة والحفاظ عليها، التربية الصحية للسكريين وتوجيه الأطباء والباحثين لأهمية تقديرات المريض في التشخيص والعلاج.

5- تقدير جودة الحياة باستخدام مقاييس عالمية من شأنه فتح مجال البحث لتكيفه ا ولم لا التفكير في بناء مقاييس خاصة بالمحيط الجزائري ضمن النسق الاجتماعي و الثقافي المميز .

أخيرا يمكن القول أن أهمية موضوع جودة الحياة تخص الأسوياء والمرضى خصوصا المزمنين منهم . وان البحث في هذا المجال من شأنه تحسين التصور النظري والعملي للمعالجين بتطوير وسائل التشخيص وتقنيات التعامل مع الحالات و الوضعيات المرضية بإشراك المرضى الأهل والجمعيات لضمان تكفل شمولي فعال .

4- أهداف البحث

يهدف هذا البحث ، حسب حدوده ن فروضه ووائل القيا المتاحة له إلى الكشف عن مايلي

- 1- مدى انخفاض جودة الحياة لدى المصابين بداء السكري .
- 2- مدى انخفاض جودة الحياة لدى المصابين بداء السكري نمط 1.
- 3- مدى انخفاض جودة الحياة لدى المصابين بداء السكري نمط 2.
- 4- عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى سكريي نمط 1 و نمط 2.
- 5- عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى المصابين بأمراض مصاحبة و غير المصابين بها من السكريين.
- 6- عن وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين مدة الإصابة و جودة الحياة لدى السكريين.
- 7- عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى المتزوجين والعزاب من السكريين .

5- فرضيات البحث :

فرضيات البحث تمت صياغتها بالشكل التالي

1- الفرضية العامة :

يتمتع المصابون بداء السكري بجودة حياة منخفضة .

2- الفرضيات الإجرائية:

1- يتمتع المصابون بداء السكري نمط 1 بجودة حياة منخفضة.

2- يتمتع المصابون بداء السكري نمط 2 بجودة حياة منخفضة.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى سكريي نمط 1 و نمط 2 .

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى المصابين بأمراض مصاحبة و غير المصابين بها من السكريين.

5- توجد علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين مدة المرض وجودة الحياة لدى السكريين.

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى المتزوجين والعزاب من السكريين .

6- الدراسات السابقة

البحث والتقصي الذي قام به الطالب، حسب الإمكانيات المتوفرة لديه مكن الباحث من الوصول إلى استخلاص مفاده ندرة البحوث والمواضيع التي تتناول موضوع جودة الحياة لدى السكريين خصوصا في العالم العربي.

مجملة الدراسات التي تحصل عليها الطالب بو بت في دراسات تتعلق إما بتكيف مقاييس تقدير جودة الحياة في مجتمعات مختلفة منها إيران. دراسات مرتبطة بالميدان السيكوسوماتي للسكري وأخرى اهتمت بأثر العلاقات الوالدية في ظهور الداء. أو بأثر التربية الصحية في تحسين جودة الحياة لدى المريض وهي دراسات تخص التكفل والعلاج منه تقدير جودة الحياة.

أما الدراسات المرتبطة بموضوع البحث و عددها عشر دراسات فبها الطالب حسب التسلسل الزمني والتاريخي. احتفظ بها الطالب لعلاقتها بموضوع بحثه باستثناء واحدة منها وهي الدراسة الخامسة التي تمس جزئيا الموضوع لتركزها على موضوع الاكتئاب والحصر في علاقتهما بالسكري.

16- الدراسة الأولى

تقدير جودة الحياة لدي سكريي نمط 2 بواسطة مقياس ال SF-36 وهي دراسة قام بها كل من :

Cloquet F, Excler-Cavalier, Christophe B, Masson F, Fasquel D.

من مصلحة التأمين الطبي لمدينة ليون الفرنسية Lyon عام 1996 . هي دراسة مقارنة بين عينتين إحداهما مصابة بداء السكري نمط 2 و الأخرى معافاة من الداء أو من أي مرض مزمن آخر . وذلك بهدف قياس مدى تأثير السكري على جودة الحياة لدى المصابين مقارنة بمثلتها عند الأسوياء .

عينة البحث تكونت من 282 سكريا نمط 2 تم اختيارهم عن طريق القرع -ة من بين 4644 . السن السبعين سنة كحد اقصى . أما عينة الأسوياء فشملت 160 فردا من الناشطين والعاملين بمركز الفحوص بمدينة ليون ؛ خاليين من أي مرض مزمن أو إعاقة أثناء الدراسة مع تحقيقهم لمتغير السن المماثل للعينة المصابة .

تقدير الجودة الحياتية تم باستخدام النسخة الفرنسية لمقياس ال SF-36 المعادلة للمحور الحياتي في النسخة الأمريكية.

ملخص نتائج الدراسة المتحصل عليه من طرف الطالب دون تفاصيل إحصائية، أكد وجود فروق دالة بين ج و دة الحياة لدى السكريين نمط 2 والأسوياء لصالح الفئة الثانية على مستوى 1 لأبعاد الثمانية للمقياس (أي الوظيفة الجسمية، تحديدات مرتبطة بمشاكل جسمية، مشاكل انفعالية، العلاقات الاجتماعية، الصحة العقلية، الطاقة والحيوية، الألم و إدراك الوضعية الصحية و الجوانب الاجتماعية).

خلصت الدراسة في الأخير إلى أن مرض السكري نمط 2 رغم بقائه لمدة طويلة دون الم أو أعراض يؤثر سلبا على جودة الحياة لدى المصاب به بدءا من ظهور الأعراض . وأن الضعف أو التدني يمكن تحسينه بالعمل على تحسن الإذعان للعلاج و بضمنان تكفل شمولي لجودة الحياة أثناء اللقاءات الفردية بين الطبيب المعالج و المريض.

الدراسة الثانية :

فهم محددات الصحة لدى المصابين بداء السكري نمط 2، التي قام بها كل من *Sheen L. Maddigan, PHD*, والتي أشرفت عليها جمعية الصحة العمومية الأمريكية في نفس السنة . كان هدفها الكشف عن أهم المحاور والعناصر المحددة للصحة والمرتبطة بجودة الحياة المدركة والمعبر عنها لدى فئة المصابين بداء السكري نمط 2.

تم تقدير جودة الحياة بواسطة مقياس تقدير جودة الحياة المرتبطة بالصحة *HUP3* الذي يعد الأفضل والمكون من 31 بند تخص الجوانب الصحية وحللت المعطيات باستخدام برنامج *SPSS* نسخة 12.

شملت عينة البحث 6361 فرد مما يمثل نسبة 4.1% من المجتمع الأصلي، السن من 12 سنة فما فوق مع مراعاة جملة من الخصائص والمتغيرات: السن، عمر المرض، منذ أول تشخيص حتى استخدام الأنسولين. متوسط عمر المرضى لدى فئة المصابين نمط 1 كان 9.9 أما نمط 2 فكان 20.1% ، لدى مرضى السكري نمط 2 السن كان من 18 سنة فما فوق منهم 5497 أكملوا الإجابة على الاستبيان، لكن تم الاحتفاظ فقط ب 4678 حالة.

متوسط السن لدى العينة كان 61.6 سنة منهم 42.4% لديهم مستوى دراسي جامعي . 36.4% يعانون السمنة ، و64.6% يعانون من عجز جسمي.

خلصت الدراسة إلى أن وجود الأمراض الأخرى، أي تعقيدات المرض تؤثر بنسبة كبيرة على جودة الحياة، وجود المخاوف والهموم بدرجة 0.11- مع ارتباطهما بدرجة تقهقر وفقدان البصر، الضغط والنشاط الجسمي، تدني المصادر المالية بنسبة 36% هي عوامل حددت جودة الحياة لدى المرضى.

تشير الدراسة أيضا إلى أن وجود المساندة الأسرية والاجتماعية يعد عاملا مهما لكن تواجد الأمراض الأخرى هي المؤثر الأكبر على جودة لدى مرضى السكري نمط 2.

في توصياتها النهائية أشارت الدراسة إلى الارتباط بين الإصابة بالأمراض الأخرى (كمضاعفات) بالإحساس باليأس والاكتئاب وتأثيراتها على تدني جودة الحياة لدى المريض، كما ألحت على ضرورة وأهمية الوقاية. التحكم

في العلاج ودور المعالجين في تسيير المخطط العلاجي كعوامل وقاية لضمان جودة حياة عادية . *American journal of public Health*(2006, PP 1649.1995)

الدراسة الثالثة:

دراسة *M. Mesbah, J Charlow. A Fagot. Compagne et all* للجنة العلمية لـ ENTRED، التي تناولت موضوع جودة الحياة لدى الأشخاص السكريين المعالجين بفرنسا . بدءا من آخر ثلاثي لسنة 2001 إلى 2002، والتي شملت 3540 مريض أجابوا على مقياس تقدير جودة الحياة من بين 10 آلاف مفحوص تم تسجيلهم. استخدمت الدراسة مقياس تقدير جودة الحياة الخ اص بمرضى السكري في نسخته الفرنسية ال كيفية DHPF. بغرض قياس أثر داء السكري على جودة الحياة لدى المريض، وكذا أثر خصائص طبع السكريين على جودة الحياة.

الدراسة حددت ثلاثة أبعاد تخص : جودة الحياة، الحاجز الذي يشكله السكري عند مواجهة النشاطات الي ومية، الشدة النفسية التي تسببها التعقيدات والتغييرات السلوكية، الغذائية الضرورية للعلاج وبسبب المرض نفسه .

جودة الحياة كانت مرتفعة لدى ذوي المستوى الدراسي العالي والإطارات، باستثناء المراقبة الغذائية التي لا يؤثر فيها المستوى الاجتماعي الاقتصادي (حسب الدراسة).

وجود تعقيدات مرضية، قلبية وعائية على وجه ال خصوص، مسبب لتقهقر و تدهور جودة الحياة . في حين ظهر أن العلاج بالأنسولين ارتبط بدوره بجودة حياة سيئة، لاعتبار مرتبها بتعقيدات وخطورة المرض . عكس ذلك كان وجود دواء واحد (أقراص) دلالة على جودة حياة جيدة. أما لدى المعالجين بالأنسولين، والذين يقومون بالوخز (أو الزر) بمفردهم فكان تقدير جودة الحياة أحسن منه لدى ال ذين يتلقونه من الممرضين، مما يدل على إحساس المجموعة الأولى بالاستقلالية، القدرة والكفاءة.

في النهاية أشارت الدراسة إلى إهمال الأطباء والمختصين لتقدير جودة الحياة لدى المرضى المزمنين واهتمامهم فقط بالمعطيات البيولوجية والعيادية . ودعت إلى ضرورة توفير وسائل التقدير وجعلها في متناول الأطباء والمتدخلين لتسهيل استخدامها وتحسيسهم بضرورة فعل ذلك.

الدراسة الرابعة:

التحقيق الدولي حول تباين إدراك مرض ي السكري وعلاجه بين المرضى ومهنيي الصحة الذي قامت به الفيدرالية الدولية للسكري سنة 2005 وقدمت نتائجها بمناسبة اليوم العالمي لمرض السكري.

دراسة Shard أي مقارنة مفهوم الصحة بين الم فحوص والمهني في إدراكهما لمرض السكري . مست حوالي 12000 شخص؛ بين مختص في مرض السكري، طبيب عام، ممرض مريض بالسكري نمط (1) (2) وأفراد

من عامة الناس. لدى المرضى تم الاحتفاظ بالمرضى الذين عمر المرض لديهم بين 14 سنة فما فوق لنمط 1. و7 سنوات لنمط 2. تلقي الإجابات تم إما عن طريق الهاتف أو الانترنت. انتهى العمل في شهري جويلية و أوت 2005 . العينة كانت من دول عدة : فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، هولندا، اسبانيا، السويد، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.

كشفت الدراسة في نتائجها أن حوالي 8 من 10 أفراد لديهم في المحيط العائلي مريض بالسكري، وأن المرض يمس حوالي 194 مليون مصاب في العالم، رقم قد يصل حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة إلى 333 مليون في سنة 2025.

بينت أيضا الفروق بين الأطباء والمرضى في إدراكهم ومطالبهم، ف 90% من مرضى السكري يتمنون المشاركة في اتخاذ القرار الخاص بالعلاج في حين قدر تقدير الأطباء ب44% ممن هم أهل لذلك (من يطلبون ذلك حسب الطبيب). 62% من المعالجين بالأنسولين قدروا أن حالتهم الصحية تحسنت منذ بداية العلاج به.

كشفت أيضا أن 90% من الخاضعين للأنسولين قادرين على تحديد الجرعات، مما يحسن من حالتهم ويمنع ظهور التعقيدات على المدى الطويل، رقم قدره مهنيو الصحة ب 42%. وأن 47% من مرضى السكري نمط 2 غير خاضعين للعلاج بالأنسولين، أعلنوا استعدادهم للبدء في العلاج به إذا طلب منهم الأطباء ذلك . وأن مرضى السكري متخوفون أكثر من التعقيدات الوعائية القلبية أكثر من خطر البتر خلافا لما يعتقد الأطباء.

أقل من 50% من المرضى سمعوا عن تركيز الهيموغلوبين ABAIC ، المؤشر الرئيسي للتعقيدات على المدى البعيد.

نتائج المسح وضحت أيضا رضى المرضى الإجمالي عن التكفل والعلاج . وان 85% منهم مقتنعون بأن نسبة السكري متوازنة لديهم ومراقبة، وأن أكثر من 52% من المعالجين بدؤوا عن طريق الفم يعتبرون العلاج جزءا من حياتهم اليومية، أما الخاضعين للأنسولين فيصفون دوائهم بالمادة الدافعة ، المحركة، أو بالفعالة، خلافا لرواي الأطباء الذين يعتبرون أن المرضى يرونه سلبي (إكراه ومعضلة).

البروفيسور *Frank Snock* أستاذ علم النفس الطبي المختص في علاج السكري، بالمركز الطبي الجامعي أمستردام بهولندا، ثمن هذه النتيجة بقوله: " إنه لمن المريح والمطمئن أن نجد أن أغلب مرضى السكري لديهم اتجاه ايجابي نحو العلاج ويبدون إرادة لإدماجهم في القرارات العلاجية".

الدراسة الخامسة:

وهي دراسة الاكتئاب والسكري نمط 2 التتبعية ل 41 مريضاً. والتي قام بها الدكتور: Talon Jean Marc من جامعة الطب والصيدلة لمدينة Besançon الفرنسية عام 2005 لنيل شهادة الدكتوراه في الطب والتي تدرج ضمن مشروع PH RC 1998 للبحوث الإستشفائية الجامعية.

اختارها الطالب رغم أن عنوانها يوحي ببعدها عن موضوع الرسالة، لكن إذا كانت معنونة بالاكتئاب لدى مريض السكري فإن دراسته المتمعة تكشف أنها تناولت في حقيقتها جوانب عديدة لجودة الحياة بدءاً بالاضطرابات الجسمية، تعقيدات المرض، الجوانب النفسية، الاكتئاب، الحصر، العدوانية، التكم والتكيف الاجتماعي، وذلك بتركيزها على التفاعل النفسي والبيوكيميائي بين مرض السكري والاكتئاب.

هدف الدراسة كان محاولة الكشف عن مدى وجود وحدث الاكتئاب كاضطراب مصاحب للسكري، وعن مدى تشخيص هذا الأخير عند الاستشفاء بسبب تعقيدات مرضية ما للسكري.

أجريت الدراسة على 41 حالة مقيمة بالمستشفى، منها 21 امرأة و20 رجلاً، بمتوسط عمر 61 سنة يتراوح بين 36 إلى 83 سنة، و بمتوسط عمر الإصابة مقرب ب 12 سنة.

إضافة إلى الفحوصات العيادية والشبه عيادية، لدراسة الملفات والخصائص الاجتماع ية والديمغرافية، استخدم الباحث نوعين من القياس، أحدهما غيري (من قبل فاحص)، الآخر ذاتي (من طرف العميل ذاته).

أما القياسات الأولى تمثلت في : الاستبيان الدولي العقلي العصبي المصغر، مقياس تقدير الاكتئاب ل Montgomery et Asperf (MADR.S)، مقياس تقدير الحصر ل- Hamilton. مقياس تقدير التباطؤ العصريي ERD و مقياس التكيف الاجتماعي .SAS.SR.

أما القياس الذاتي فتم بواسطة :مقياس BECK لتقدير الاكتئاب، مقياس التقدير الذاتي للتكم TAS-20 ، تقدير الانفعالية BIS-10 ، تقدير الهوس الخفيف ل ANGEL ، و تقدير العدوانية ل BUS et Durké .

نتائج الدراسة كشفت عن وجود تعقيدات المرض لدى 15 حالة من بين 38 أي (30%) تمثلت في المعانات من التهاب العصبي. ولدى 18 حالة تضخم والتهاب اللوزتين. التهاب وانتانات في القدم لدى 11 مريض. في حين يعاني 37 مريضاً، من التهابات الشبكية و11 من عجز كلوي ثانوي لداء السكري.

على المستوى النفسي أي الاضطرابات النفسية: بينت النتائج أن 21 مريضاً يعانون اضطرابات مزاجية، منهم 5 من اكتئاب شديد بخصائص سروداوية. حسب مقياس Beck ؛ 22 حالة تعاني الاكتئاب موزعة كالاتي: 8 حالات اكتئاب خفيف، 13 اكتئاب معتدل، و1 اكتئاب شديد.

أما الحصر فوجد لدى 7 حالات 6 منهم تقديرها كان فوق المستوى أي مرتفع.

الدراسة السادسة:

هي الدراسة التي قام بها كل من *Jean- Benoit , Céline cohonner Ardouin*، تحت إدارة Céline Leclerc وبإشراف من المرصد الجهوي الصحي للوسط بفرنسا وهذا بإشراف *DIABOLO ; Diabète* *Orléans Loiret*، في شهر مارس 2006.

هدف الدراسة كان تقدير مدى تأثير داء السكري على جودة الحياة لدى المصاب من جهة وأثر شبكة *DIABOLO* في تحسين التكفل والتعامل مع المرض لدى المنخرطين.

استخدمت الدراسة وسيلتين هما استبيان خاص، مقنن غطى جوانب عديدة، معلومات أو بيانات شخصية، بيانات عن المرض، معاشية المرض، العواقب والتعقيدات، التكفل، العلاقة مع الأطباء والمعالجين، العلاقة مع شبكة *DIABOLO*، الحاجات. ثم تقييم عام واقتراحات. أما الوسيلة الثانية فهي مقياس *DHP32* لتقدير جودة الحياة لدى مريض السكري و هو متخصص يتكون من 32 سؤال والذي أجابت عنه 95 حالة، من المفحوصين. يتراوح سنهم بين 58 و64 سنة.

تحليل البيانات استخلص أن:

51% من أفراد العينة غيرو انشاطهم المهني بسبب مرض السكري. 19% أكدوا أن وضعهم الصحي غير مرضي بسبب الداء وحده. 25% بسبب مرض آخر، 84% بسبب السكري وتعقيداته في حين قدر 75% حالتهم الصحية بالسيئة.

بالنسبة للعلاجات: 42% اعتبرتها مزعجة جدا، 54% مزعجة، هذا وينبغي الإشارة إلى أن 87% يعالجون بالأقراص، الأنسولين أو الاثنين، و 22% بالأنسولين وحده.

كشفت الدراسة أيضا عن وجود مضاعفات وعائية لدى 17% من المفحوصين وخضوع 57% منهم للعلاج بسبب ارتفاع الضغط الدموي. مشاكل بصرية لدى 27% وأخرى كلوية لدى 4% مما يؤشر عن وجود تعقيدات معتبرة ومتنوعة لدى أفراد العينة.

أما عن المراقبة الذاتية وكيفية قراءة أرقام ومؤشرات نسب السكري، ف 76% أكدوا ملكيتهم للجهاز وقدرتهم على استعماله.

أما عن نتائج سلم *DHP32*، الخاصة بجودة الحياة فقد كشف تحليل المعطيات الى:

بالنسبة للنتيجة الإجمالية المؤشر الأساسي تمثل في حكم المفحوصين، على صحتهم بالسيئة أو غير المرضية بسبب السكري أو مرض آخر والمتمثلة في معدل 38.01، بالنسبة لبقية المفحوصين كان المعدل 16.68، وهو مؤشر سلبي دال على ارتباط الحكم العام على الصحة من قبل العميل بللتقييم الذاتي لجودة حياته.

بالنسبة لاختلال وظيفة التغذية، تبين أن المفحوصين الرجال الاصغر سنا (أقل من 55 سنة)، والأشخاص الممارسين للرياضة هم المتحصلين على المعدلات الجيدة في هذا المجال، وهم من يتعايشون جيدا مع هذه الوظيفة. لدى النساء الممارسات لنشاط رياضي وبالغات سن 55 أو أكثر لديهن متوسط 0.54 بالنسبة لبند مشكلات التغذية مع رضي وعدم وجود مشاكل تخص الوزن.

بالنسبة للمفحوصين الذين يشكون من زيادة الوزن معدلهم كان 0.47، أما لدى الرجال كان المعدل ضعيفا 0.63 مقارنة بالنساء. لدى غير الممارسين للرياضة وصل المعدل إلى 2.08 بزيادة قدرها 0.76 مقارنة بنتائج الممارسين للرياضة، الخفيفة، المتوازنة أو المساندة. أخيرا لدى الأفراد الأقل سنا من 55 سنة كان المعدل أقل من 0.55 مقارنة مع الأكبر سنا.

بالنسبة للحواجز والعوائق المتعلقة بالنشاطات الاجتماعية : أخذت الدراسة بعين الاعتبار أربعة متغيرات الحكم الذاتي عن الحالة الصحية، الانزعاج المحسوس بسبب العلاج أو ال مرض، مشكل صحي متعلق بالرؤية، وجود ضغط دم شرياني. نتائج الفحص أسفرت عن أن : الأشخاص الذين قدروا صحتهم بالجيدة لا يبدون أي انزعاج في علاقتهم ونشاطاتهم الاجتماعية اليومية ، أما الأشخاص الذين لا يعانون من مشكلات بصرية، مع وجود مشكل ضغط الدم لديهم فهم من تحصلوا على أحسن تقدير . أي لديهم إحساسا ايجابيا تجاه كفاءتهم في تسيير نشاطاتهم المعتادة.

في حين كان معدل البند 0.57 لدى الأشخاص الذين لا يعانون من مشكلات بصرية، والمقدرين لصحتهم بالسينة أو غير المرضية بسبب السكري وأمراض أخرى. معدل المعانين من مشكلات بصرية فكان مرتفعا 0.68 لدى الذين عبروا عن صعوبات في هذا الجانب . أما معدل الذين قدروا صحتهم بالجيدة أو الجيدة جدا فكان ضعيفا 0.58 وضعيفا أيضا لدى الذين يعانون من ضغط الدم 0.38.

أما عن بند الشدة النفسية : فالإحساس بالضغط النفسي والشدة، وجدا لدى الأفراد الذين قدروا صحتهم بالمتدهورة والسينة بسبب مرض السكري وأمراض أخرى . وذلك بمعدل 1.23، أما بالنسبة لبقية المفحوصين فالمعدل ضعيف وقدر ب 0.65. مما يوضح الارتباط بين الحكم الشمولي على الصحة الذي يقوم به المريض، والتقدير الذاتي لجودة حياته النفسية.

اضطرابات المزاج هي الأخرى تم كشفها لدى 12 عميل من 33 أجابوا على المقياس. نتائجهم مرتفعة كشفت عن مزاج دوري. وعن إثارة لدى 3 حالات، ومزاج اكتئابي لدى 12 حالة اكتئابي شديد ومفرط لدى 14 مريض.

أما التوظيف الشخصي فمن بين 34 حالة أجابوا عن مقياس BIS-10، 8 حققوا نتيجة 75 (23.5%) المرتفعة. ومن بين 32 مفحوص أجابوا على مقياس تقدير التكتم 20 حققوا المعدل 61 (62.5%) وهو معدل مرتفع ودال عن وجود صعوبات في التعبير عن الانفعالات والعواطف . أما العدوانية فكانت بمعدل 35 (54.5%). أما عن

التكيف الاجتماعي فمؤشرات سوء التكيف بدت لدى 20 حالة من 36، أجابت عن أسئلة المقياس. و ذلك بسبب المعاناة والألم النفسيين (55.6%).

الدراسة السابعة :

دراسة *Dawn* ؛ المتعلقة بدراسة اتجاهات مرضى السكري ، آمالهم و مطالبهم وحاجاتهم في ما يخص العلاج. قام بها *Daniel Rosqué* و نشرها الدكتور *Frank Snock*، المتخصص في علم النفس الطبي بجامعة أمستردام الهولندية في مجلة *Diabète Voice* الصادرة شهر جويلية 2002.

هي مبادرة تمثلت في مسح شامل لل *Novo Disk* بمساهمة من الفدرالية الدولية لداء السكري *Fid* . أجريت على شكل تحقيق دولي هدفه الفهم الجيد للكيفية التي تعامل بها العوامل النفسية المرتبطة بالسكري في العديد من الدول. تناولت الدراسة آراء و اتجاهات أكثر من 5000 مريض و حوالي 3000 مهني مختص في علاج السكري من 13 دولة (ألمانيا ، هولندا ، استراليا ، الدانمرك، اسبانيا ، فرنسا ، الهند ، ن اليابان ، النرويج ، بولونيا ، المملكة المتحدة، السويد، و الولايات المتحدة الأمريكية).

بغرض الكشف عن العلاقات المعقدة التي تربط بين مختلف الشركاء و المتعاملين ؛ سياسيين كانوا أو مسؤولين أو مرضى بداء السكري . بين العائلات، الأطباء الممرضين وفرق المساندة . إضافة إلى الكشف عن اتجاهات مسؤوليات المقررين و المشرفين على العلاج . أما قيمة الدراسة فتتمثل في الكشف عن حقائق و أوضاع تماما كما يعيشها مرضى السكري في مختلف بقاع العالم.

شملت العينة مرضى السكري بنوعيه؛ نمط 1 و نمط 2 . تم التعامل مع المرضى مباشرة أو عن طريق الهاتف . عند الاختيار راعى الباحث نسبة تمثلي العينة للمجتمع الأصلي؛ المصابين،

السن من 18 سنة فما فوق . مع اشتراط تمتع الحالة بالصحة المقبولة والمذعني ن للعلاج إذ تم استبعاد أصحاب الأمراض المصاحبة والمتواجدين بالمستشفيات، وكذا المصابين بأمراض نفسية خطيرة كالاكتئاب الشديد مما اثر نسبيا على صدق و موضوعية النتائج.

تقدير جودة الحياة تم بواسطة مقياس خاص اعد لذلك . مدة الفحص تراوحت بين 30 و 50 دقيقة. أما النتائج المتوصل إليها فيمكن تلخيصها في :

حوالي 40% من السكريين أشاروا أنهم كانوا قلقين بسبب وضعهم الصحي ومنزعجين من عدم قدرتهم على القيا م بواجباتهم الأسرية. من بين استجاباتهم نأخذ كأمثلة :

- نوبات السكري مصدر هم وحزن : 48% نمط 1 مقابل 39 % نمط 2.

- اشعر بضيق بسبب مرضي بالسكري : 37 % نمط 1 مقابل 31 % نمط 2.

- وزني مصدر قلقي : 44 % نمط مقابل 31 % نمط 2.

- في المدة الأخيرة، إحساس بضغط و حصر أكثر من عامة الناس : 29 % نمط 1 مقابل 27 % نمط 2.

- قلق بسبب عدم القدرة على القيام بالواجبات الأسرية : 34 % نمط 1 مقابل 31 نمط 2.

- عند القلق و الاكتئاب لا وجود لشخص ائتمنه و أحدثه : 17 % نمط 1 مقابل 20 % نمط 2.

نسبة 40 % من المرضى يتوقعون نوبات انخفاض السكري و تعقيدات المرض ويعيشون ذلك بقلق.

خلصت الدراسة أيضا إلى أن مسؤولية العلاج عبئ ثقيل على المرضى و عامل مسبب للقلق و الإزعاج لدى 3/1 المفحوصين. 10 % فقط يشعرون بالراحة . إلا أن الدراسة لم تكشف عن أي فروق ذات دلالة بين مرضى النمطين إلا أنها تلتقي في نتائجها مع دراسات أخرى في أن الشدة الانفعالية هي إحساس واسع الانتشار بين مرضى السكري و ان الاكتئاب أكثر انتشارا بضعفين منه لدى بقية أفراد المجتمع وذلك بنسب تتراوح بين 15-20 % لدى الفئتين.

غياب المساندة المهنية عنصر آخر كشفته الدراسة . خصوصا في حالات الاكتئاب غير المعترف به في المحيط المهني.

عن المعالجين، اقل من نصف المستجوبين اقر بقدرته على التعرف على الحاجات النفسية للمرضى و 30 % من الممرضين أشاروا إلى أن المرضى يعانون صعوبات في التواصل مع الأطباء الذين الحوا على ضرورة تكوينهم من اجل فهم المشكلات و الصعوبات النفسية المرتبطة بالداء بهدف مساندةهم و مرافقتهم بايجابية.

أكدت الدراسة أيضا على ضرورة و أهمية المساندة الأسرية والاجتماعية في تخفيف الضغط على المريض. غير أن مساندة مبالغ فيها أو زائدة عن الحد من شأنها أن تشكل عوائق و آثار على جودة الحياة، حسب المرضى . وهو ما صرح به *W.H : Ponsky* " كلما تصرف المحيط الاجتماعي كشرطي ، سلك المريض سلوكا إجراميا أو تصرف كمجرم".

أما تقدير جودة الحياة فكان : جيدا لدى 9 حالات نمط 1 مقابل 12 نمط 2. متوسطا لدى 58 حالة نمط 1 مقابل 53 نمط 2. و ضعيفا لدى 33 حالة نمط 1 مقابل 34 نمط 2.

خلصت الدراسة في الأخير إلى أن السكري في جميع بقاع العالم عبئ ثقيل على كاهل المرضى و العائلات مما يؤثر سلبا على جودة الحياة خصوصا عند غياب المساندة الذي يؤثر على التسيير الذاتي اليومي للمرضى مما

يؤدي إلى عواقب وتعقيدات خطيرة كما أوصت بضرورة تناول الشمولي للمرض مع الأخذ بعين الاعتبار للعوامل النفس اجتماعية في علاقتها بالداء . مع الحرص على الأهمية العيادية لتقدير جودة الحياة في العلاج والاستجابة لحاجات المرضى بشكل ملائم.

الدراسة الثامنة :

اثر التهاب الشبكية السكري على جودة الحياة، التي قام بها الدكتورة قاسم نجاح .م، نابولي ز ر، مرموش .ح و ألماي . م من مصلحة الطب الداخلي بمستشفى المنستير بتونس.

انطلقت الدراسة من افتراض أن التهاب الشبكية السكري هو السبب الأول للعمى في أقطار عديدة مما يؤثر على جودة الحياة لدى المصابين.

هدفها كان تقدير جودة الحياة لدى سكريي نمط 1 و 2 المعالجين بالأنسولين ونمط 2 غير المعالجين به.

سمحت الدراسة بتقييم و تقدير خطورة إصابة الشبكية لدى عين ة مكونة من 200 مصاب بداء السكري نمط 2 مقسمة إلى مجموعتين : حسب نوع العلاج : 35 حالة نمط 2 منهم من هم تحت العلاج بالأنسولين وآخرون بالأقراص. و 147 حالة نمط 1 معالجون بالأنسولين.

إصابة الشبكية قسمت بدورها إلى قنات؛ حسب غياب الإصابة، شدتها و مدى توسعها متدرجة من : غياب الإصابة، إصابة صغيرة أو محدودة وإصابة واسعة ومنتشعبة.

الوسيلة المستخدمة كانت مقياس أل SF-36 في شكله المختصر أين تم تقييد الاستجابات من 0 إلى 100، بمعنى أن جودة الحياة تكون أحسن كلما كان التقدير اعلى. بعدها تم تقدير متوسط جودة كل فوج و مقارنته مع نتائج بقية الأفواج لحساب الفروق التي قدرت ب $a = 0,05$. وهي دالة لصالح أصحاب السكري دون إصابة الشبكية.

أما عن النتائج فكانت كالتالي : متوسط جودة الحياة لدى عينة الدراسة كان 50,75 ، أما لدى الأفواج الست فتراوح بين 36,8 لدى السكريين نمط 1 المصابين بالالتهاب مقابل 60,5 من نفس النمط مما يعني أن جودة الحياة أحسن لدى غير المصابين من نفس النمط . أما لدى المصابين بالتهاب الشبكية الموسعة ؛ فجودة الحياة أحسن لدى مرضى السكري نمط 2 منه لدى نمط 1 وذلك لان متوسط جودة الحياة لدى الفئة الأولى كان 52,8 مقابل 38,8. رغم ذلك لم توضح الدراسة الفروق بدقة بين مختلف الفئات.

خلصت الدراسة في الأخير إلى أن جودة الحياة لدى مرضى السكري ترتبط بوجود تعقيدات و أمراض مصاحبة معيقة و متعبة خصوصا ما تعلق بإصابة الشبكية و ما يتبعه من إعاقات. كل ذلك بعيدا عن نوعية العلاج المتبع من قبل المريض.

الدراسة التاسعة:

دراسة الأستاذ Givenola Levasseur، من كلية الطب لجامعة Rennes و التي أشرف عليها مركز Warnick Diabète center، ونشرتها مجلة *jeux de santé vol Education du patient et en 22 no 4 (2004)* و المعنونة ب: ما يخص مرض مريض السكري نمط 2.

هدف هذه الدراسة كان إعطاء الاهتمام لخبرة السكري المعاشة من قبل المصاب ، و هذا عبر محاولة فهم : كيفية التي يعيش بها المريض خبر الإعلان عن المرض ، تحديد تمثيلات المريض عن المرض و العلاجات و تحليل المساندة الاجتماعية المدركة و علاقات المريض بالمعالجين.

أجريت الدراسة على 44 مريضاً، منهم 25 رجلاً، و 19 امرأة. متوسط سن المشاركين كان 66 سنة (60-77 سنة كحد أعلى)، الرجال كانوا في المتوسط أكبر سناً بمتوسط سن 73 سنة مقابل 65 سنة بالنسبة للنساء.

متوسط مدة أو تطور المرض هو 10 سنوات (شهرين على الأقل إلى 30 سنة على الأكثر). المتوسط لدى الرجال 11 سنة و نصف أما لدى النساء ف 6 سنوات و 9 أشهر . أما عن العلاج : ف 10 حالات (5 نساء و 5 رجال) يعالجون بالأنسولين ، و 27 بالحمية و مخفضات السكري المتناولة عن طريق الفم.

وسائل الدراسة تمثلت في المقابلة؛ أين تم تكوين 5 أفواج بؤرية، أين تم تسجيل المقابلات، ثم تحليلها وفق المحاور: المفحوص و المرض، المريض و علاقته بالتغذية، المساندة الاجتماعية ثم العلاقة بالمعالجين.

تحليل المحتوى الكيفي للمقابلات كشف عن النتائج التالية :

أن أغلبية المرضى المشاركين لديهم خبرة طويلة مع المرض مما يعني أن لديهم معارف ، كفاءات و علاقات منتظمة مع الأطباء في تفعيل متبادل و تعاون.

إن اكتشاف المرض تم بعد ظهور بعض الأعراض، زيادة في الوزن غالباً أو فقدانه أو الإحساس بالوهن. ردود الأفعال اتجاه الإعلان عن التشخيص كانت متباينة، في الغالب كانت اللامبالاة: (كنت أنتظر ذلك) أو (إنه القدر) أو الإحساس بالقلق و الخوف نتيجة تجارب خبرة معانات تعقيدات المرض لدى أحد الأقارب.

أما عن تمثيلات ، و عزوا أسباب المرض لدى المرضى فكانت إما للعامل الوراثي ، أو بسبب السن ، التقاعد أو الإفراط في الأكل و هو ما أشار إليه C. Herlich et J. Prerret 1991 عن مرضى الأمس الذين يعانون من عواقب و أخطاء كالإفراط في الأكل. و مرضى اليوم الذين يستفيدون من مكانة اجتماعية معينة شرط الخضوع لمتطلبات و أوامر الطب . مرضى السكري يتموقعون بين هذين المنطقتين.

أما تمثيل المرض، فإن أغلبية المرضى يعتقدون أنهم لا يعانون من مرض، بل من وضعية خاصة ينبغي تسييرها. حتى عند المرور بحالات عنيفة، و بعد التحكم فيها و العودة للتوازن، المرضى يعتبرون أنفسهم مرضى عند بدأ العلاج بالأنسولين و عند ظهور التعقيدات. سلوكهم هذا بمثابة محاولة تبسيط و تهوين المرض أمام الآخرين. و هو في نفس الوقت وسيلة لطمأنة ذاتهم. فالخطر و الخوف سببه التعقيدات و الأمراض الناجمة عنها. ما عدا ذلك السكري نمط 2 مدرك لمرض كبار السن، أي مرض الشيوخ و البدناء. و على الشخص المصاب تقبل ذاته بالإضافة إلى المرض، وذلك بان يكون ضمن إحدى الفئتين، و هي حسب Goffman و صمة نقص أو عار (تعبر المريض، كحامل اختلاف سيء و مريع).

أما الدواء (الأقراص) مخفضة السكري فله تمثيل إيجابي (ضمان و تأمين حياة و وسيلة لتفادي الأسوأ، الأنسولين). ففعالية هذه الأدوية مدركة من قبل المفحوصين، مع التركيز على أن الأنسولين يسمح بتحكم أفضل و أحسن.

رغم أن تمثيله متناقض بالنسبة لعينة الدراسة، هو من جهة دلالة على خطورة و تعقيدات المرض، و ما يتبعها من حكم اجتماعي و ضبط و متابعة دقيقة للعلاج. من جهة ثانية له تمثيل إيجابي فهو دواء فعال يسمح للمريض أن يعيش الاستقلالية، عن طريق التحكم الذاتي و القيام بالعلاج (الحقن) بنفسه مما يعني تعلم و كفاءة. الحماية بدوره مدركة كحاضر ضروري، و علاج مكمل رغم أنها تشكل في الغالب حاجزاً في العلاقات الاجتماعية و الأسرية و تأثير سلبي على جودة الحياة. مما جعل المرضى يستخدمون استراتيجيات مواجهة معينة: تحديد إرادي للخرجات. تحديد تناول وجبات مع أشخاص آخرين مع القيام بموازانات، عند حدوث تجاوزات في الأكل عبر القيام بتعديل جرعات الأنسولين أو الزيادة في النشاطات الجسمية.

أما المساندة الاجتماعية، فما بدا واضحاً، هو عدم ارتباط بين الإذعان للعلاج و الكم المعلوماتي المتحصل عليه رغم ضرورته. خصوصاً عند نقص و تدني المساندة الاجتماعية التي أبدى المفحوصون عدم رضاهم عنها مما يشكل عامل هشاشة نفسية و عنصر مساهم في عدم تقبل العلاج.

و في هذه النقطة، الأزواج و الزوجات أبدوا رضى عن تواجد مساندة من طرف الرفيق (الزوج -ة) مع عدم قيام الأبناء بما كان منتظراً منهم، مع التأكيد على أهمية دعم و مساندة الجمعيات المتخصصة.

كخلاصة، المرض (السكري)، بالنسبة للمريض هو مواجهة مع ظرف و واقع جديد، نمط و أسلوب حياة جديد، له تأثير على الحياة الاجتماعية و النفسية. و أن الطبيب نادراً ما يأخذ بعين الاعتبار أن للمريض مشروعاً بعيداً عن مساره المرضي. فالمرض جزء من الحياة لا كل الحياة، و المريض لذلك يطالب بمكانته كإنسان، كشخص، لا كمريض و هذا ما يظهر في سلوكاته اتجاه المعالج في تسييره للعلاج، و هو ما يتطلب من الأطباء تغييراً و تعديلاً في نظرتهم و تعاملهم مع هذه الحالات.

الدراسة العاشرة:

دراسة *Rosso*، التي تناولت الرقابة الذاتية لنسبة السكرى عند المصاب بالسكري نمط 2 و علاقتها بجودة و مدى الحياة.

هذه الدراسة الألمانية أجريت على 3268 مريضاً من 192 عيادة طبية في ألمانيا.

تم تحليل المعطيات و النتائج في مركز طب السكري ب *Düsseldorf* و معهد البحوث ل *NEUSS* و هذا بتمويل من *Roche diagnostics*.

اعتمدت الدراسة في تحليلها لمدى فعالية المراقبة الذاتية لنسبة الجلوكوز في الدم على معطيات و بيانات تخص : مدى تواجد أمراض و اضطرابات أخرى (كتعقيدات للمرض) أو نسبة الوفيات مع عدم الاكتفاء فقط بمراقبة نسبة الهيموغلوبين *HbA1c*.

مؤشرات الأمراض تمثلت في: الانسدادات الوعائية القلبية ، السكتة القلبية ، بتر الرجل أو الساق ، فقدان البصر أو الحاجة للعلاج عن طريق التصفية الاصطناعية في حالة العجز الكلوي . أما بالنسبة للوفيات فقد تم التعامل معها مستقلة عن سبب الوفاة.

توصلت الدراسة في نتائجها إلى أن خطر الإصابة بأمراض أخرى لدى ممارسي المراقبة الذاتية ، إنخفض إلى الثلث. و خطر الموت إلى النصف لدى المرضى الذين يعالجون بمضادات السكرى المتناولة عن طريق الفم. كما أكدت في تحليلها أن الإصابات المرضية انخفضت إلى حدود الثلث و خطر الموت إنخفض بنسبة 40% .

خلصت أيضاً أن المراقبة الذاتية لنسبة السكرى بإمكانها إطالة العمر أو مدى الحياة ، و كذا تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري نمط 2 بعيداً عن نوعية العلاج. إذ بإمكان المريض في أي وقت ، أن يتحكم في الطعام و السلوك المؤثر إيجاباً أو سلباً على نسبة الجلوكوز في الدم مما يحسن من مدى إدعانه و تقبله للعلاج و يقوي من درجة إحساسه بالمسؤولية اتجاه كل ذلك.

المسؤولون عن الدراسة يعتبرون المراقبة الذاتية وسيلة هامة لتقدير مدى فعالية الدواء أو الوقاية الايجابية ، و أداة تفعيل قد تؤثر إيجاباً أو سلباً على سلوك و عادات مريض السكري . و أن قيامه بذلك بشكل إيجابي يعد تدعيماً و مساهمة إيجابية للتكفل الطبي الذي يقوم به الطبيب المعالج.

خلاصة الدراسة تتمثل في التأكيد على أن المراقبة الذاتية لنسبة الجلوكوز لدى مريض الس كرى نمط 2 تحسن جودة و مدى الحياة لدى المصاب.

تعقيب عام على الدراسة :

الدراسة الأولى ، في مقارنتها لجودة الحياة لدى مرضى السكري نمط 2 و الأسوياء ، على عينة مختارة بدقة ، و باستخدام مقياس ج نيس SF - 36 المناسب جدا لهذا النوع من الدراسات ، كشفت عن الفروق الموجدة بين الفئتين ، و ذلك بتدهور جودة الحياة لدى فئة المرضى دون الأسوياء و هذا منذ بداية المرض . أيضا بتركيزها على أحد الجوانب الهامة ، و هو ارتباط ظهور العواقب و التعقيدات المرضية بالإذعان و الخضوع للعلاج و تأثير كل ذلك على جودة الحياة . و هي بذلك لفتت النظر لعنصر هام ، هو إمكانية الحفاظ على هاته الجودة أو تحسينها عبر إشراك المريض في العلاج . لكن ما يعاب عليها هو إهمالها للنوع الأول (نمط 1) من المرض، رغم ظهوره المبكر، تعقيداته الكثيرة و كذا تدابيره العلاجية المزعجة للمريض و عائلته.

أما الدراسة الثانية، فاهتمت بنفس نمط المرض (نمط 2) و ركزت على محددات جودة الحياة باستخدام مقياس متخصص HUP3. إيجابياتها تتمثل في تركيزها الدقيق على مختلف جوانب الحياة في تفهقها تحت تأثير المرض على عينة ممثلة و كبيرة ، و ارتباط هذه العناصر ببعضها البعض ، كما كشفت عن أهمية وجود أو غياب المساندة الاجتماعية ، و الاهتمام بالمخطط العلاجي كمشروع أساسي لضمان جودة حياة جيدة رغم عدم إشارتها للكيفية التي يتم بها كل ذلك .

ثالث، هذه الدراسات، شملت عينة كبيرة، ضمت نمطي الداء (1) و (2)، باستخدام مقياس متخصص لتقدير جودة الحياة لدى السكريين؛ *DHPF* في نسخته الفرنسية، مركزة أكثر على المشكلات و الصعوبات اليومية التي يعانها المريض. وكذا تعقيدات المرض . كشفت على فروق ذات دلالة ، إحصائية مرتبطة بالمستوى الدراسي ونوعية العلاج ومدى ارتباط الإذعان بالعلاج بمدى إسهام المريض وإشراكه في ذلك . مشيرة في الأخيرة إلى نقص اهتمام الأطباء بالتقدير الذاتي وجودة الحياة و اكتفائهم بالتقديرات الموضوعية. من عيوب هذه الدراسة كبر حجم العينة إذا بدأت بعينة كبيرة يصعب التحكم فيها والحجم المتبقي (الفعلي) يبين عدد المرضى المفقودين. والذي مرده ربما إلى الطريقة التي تم بها الانتقاء أو إلى طريقة تقديم التعليمات وأهداف الدراسة للمتخصصين .

أما الدراسات الرابعة ، فلم تتناول جودة الحياة مباشرة بل ركزت على احد اهتمامات مختصي الصحة اليوم ؛ تمثيل وإدراك المرض والعلاج من طرف المرضى و الأطباء . من حيث التصور والمشاركة في اخذ القرارات.تمكنت الدراسة من الكشف على فروق هامة في التقديرات لدى عينة كبيرة الحجم كما ركزت على أهمية إشراك المريض في العلاج وعلى مدى البون الشاسع بين مطالب المريض وتقديرات الأطباء وتفهمهم لها. وهي عناصر أساسية للحفاظ على جودة الحياة عادية أو مرضية.

عيوب الدراسة تكمن في حجم العينة الكبير وفي الحيز الجغرافي المتمثل في العديد من الدول الأوروبية وكذا في طريقة تحصيل إجابات المفحوصين ومدى فهمهم للتعليمات.

الدراسة الخامسة رغم تركيزها على الموضوع الاكتئاب لدى السكريين ، تناولت عوامل عدة لجودة الحياة ؛ الجانب العضوي الجسمي ، النفسي ، الاجتماعي و العلاجي باستخدام وسائل متعددة ذات بعدين : تقدير موضوعي وآخر ذاتي مما لفت الانتباه إلى إمكانية تعدد مقاييس التقدير المكمل لوسائل تقدير جودة الحياة ، وكذا إمكانية الكشف عن مختلف الجوانب .من عيوبها أنها قدمت الإحصائيات والنتائج الدقيقة دون الغوص في إيجاد تحليلات و تفسيرات أو محاولة الربط بين مختلف العناصر .

أما الدراسة السادسة، فتعد من أهم الدراسات، للدقة المنهجية المضبوطة والوسائل المستخدمة . استبيان مضبوط لجمع البيانات بدقة ، و مقياس متخصص؛ *DHP32* لتقدير جودة حياة ، وإحاطتها بكافة عوامل وعناصر جودة الحياة . مع تقديم تحليلات وإحصاءات دقيقة ، من المقارنة بين فئات تحتية : نساء ، رجال ، كبار، صغار، علاج بالأنسولين، علاج بالأقراص، وجود التعقيدات إلخ.

نتائج الدراسة رغم هدفها البراغم اتي، تجعل منها مرجعا، ومثالا للدراسات الهامة، رغم أنها لاقت مشكلة تمثلت في عدد الإجابات المفقودة، أو الإجابات المرفوضة بسبب ربما خلل في التعليمات المقدمة أو في عدم تحمس بعض الحالات للإجابة.

الدراسة السابعة: دراسة *DAWN* ذات الصبغة الدولية، والمضبوطة منهجيا . في اختيار عينة ممثلة للمجتمع الأصلي، مرضى، أطباء و عاملين . أخذت بعين الاعتبار نمطي الداء، غطت بدقة جميع جوانب جودة الحياة، الجسمية، النفسية خصوصا والاجتماعية وكذا الجانب العلاجي . التقدير المقدم للنتائج في دقته، يعتبر ذو أهمية رغم إهمالها الواضح للمرضى الذين يعانون تعقيدات شديدة، أو اضطرابات أخرى مرتبطة بالسكري، مما يعني أن التقدير خص عينة المرضى الأكثر إزعاجا للعلاج وبالتالي الأكثر توازنا.

الدراسة الثامنة وهي الدراسة العربية الوحيدة التي تحصل عليها الطالب . رغم تركيزها على تأثير إصربة شبكية العين كتعقيد مرض أو مرض مصاحب، على جودة الحياة وليس المرض ككل، دقت في تفاصيل هامة في اختيار عينات تحتية ست وبالتالي الحصول على الفروق باستخدام مقياس SF-36. إذ توصلت إلى وجود فروق واضحة بين المرضى الذين لا يعانون التهاب الشبكية والمصابين بهذا الداء . نقطة أخرى ايجابية تمثلت في ربطها بين التعقيدات وتدهور جودة الحياة دون أن يكون لذلك علاقة بنوعية العلاج. هذا رغم أن دراسات أخرى أشارت الى وجود الفارق بدراسة عينات أوسع وبوسائل متعددة ومتكاملة.

الدراسة التاسعة: هي الدراسة التحليلية الوحيدة التي اعتمدت المقابلات الجماعية والعمل مع أفواج مرضى السكري نمط (2)، واللجوء إلى تحليل كافي للمعطيات. ركزت على عناصر عديدة تمثلت في تمثيل السكري ، علاجه وتسييره من قبل المرضى وعلاقة كل ذلك بجودة الحياة، شاملة التعقيدات، العلاج، وكذا المساندة

الاجتماعية، تطورات المرض وأثاره على صورة الذات . ركزت الدراسة فقط على نمط واحد من السكري، وأهملت تقديرات الأطباء والمعالجين التي قد تكون ذات أهمية ومعاكسة تماما لتقديرات المرضى .

أما الدراسة العاشرة والأخيرة فتناولها للرقابة الذاتية، وعلاقتها بجودة الحياة لم يمنعها من الكشف على التعقيدات المرضية، وكذا أهمية إشراك المريض في المراقبة الذاتية والعلاج. مؤكدة على أهمية هذا الجانب في الوقاية من تعقيدات المرض وضمان جودة حياة مستقرة . وهي الأهداف التي يصبوا إليها المعالجون والباحثون في مجال السكري.

من عيوب هذه الدراسة اعتمادها التقديرات الطبية العيادية فقط دون الأخذ بالتقدير الذاتي المهم أيضا، لارتباط الموضوع بالرقابة الذاتية مما يتطلب وعي وإدماجا لاهتمامات المريض، ونظرته لكل ذلك.

الفصل الثاني

جودة الحياة؛ تعريفها، مجالاتها وطرق قياسها وتقديرها.

الفصل الثاني: جودة الحياة، تعريفها، مجالاتها وطرق قياسها

وممتع أحيانا، يضع

إن تناول جودة الحياة كمفهوم معقد، متشابك الأبعاد والعناصر، مرن الباحث أمام إشكالية كبرى لضبطه، تعريفه وتحديد أبعاده واستخداماته.

ذلك أن أصل ونشأة هذا الأخير رغم امتداداته التاريخية، تعود إلى الستينات في مجال السياسة والاقتصاد ، ليخرج فيما بعد في مجالات الصحة باستخدامات متعددة ومتغيرة كشاهد ودال على التغييرات والتطورات التي

شهدها الميدان الطبي، في طرق التشخيص والعلاج من جهة أو في طرق التعامل مع المريض والأهداف من جهة ثانية ، وعلميا في مجال البحث العلمي والطبي مما يجعل المتتبع يجزم أن الميدان يعيش فترة المراهقة الفكرية ، من منظور عشوائي ماهي جودة الحياة؟ ما تعريفاتها؟ حدودها؟ مجالات استخدامها؟ كيف تعرف في مجال الصحة؟ ماهي المعايير المستخدمة؟ وكيف يمكن تقديرها وقياسها؟

هذا الفصل، هو محاولة متواضعة من قبل الطالب لرصد ، تحديد وتعريف المفهوم بدءا من وضع النقاط على تطوره التاريخي، تعريفه نظريا وإجرائيا وكذا قياساته المتعددة والمتنوعة.

1- تاريخ وتطور مفهوم جودة الحياة:

مصطلح جودة الحياة ليس حديث الوجود، فرغم استخدامه يعرف انتشارا واسعا منذ الخمس عشرة سنة الماضية.

تاريخيا أشار (Martin, 1999) إلى تواجد أربع مقاربات أساسية يمكن عرضها رغم اختلافاتها، يمكن اعتبارها مراحل تداول واهتمام بالموضوع حسب الميدان والمنظور الذي تتناول من خلاله جودة الحياة وهي التناول أو المقاربة الفلسفية، التناول النفسي والسياسي وأخيرا التناول الطبي . هذه المقاربات تناولت جودة الحياة كلا حسب الاختصاص ومجال الاهتمام.

1-1: المقاربة الفلسفية:

تكشف هذه المقاربة أن مفاهيم السعادة، اللذة، الرغبة والراحة أو الوجود الجيد هي عناصر مكونة ومتداخلة في مفهوم جودة الحياة، مع ضرورة التفريق والتمييز بينها لضبط المفاهيم.

تاريخيا هذا المفهوم، جلب اهتمام الفلاسفة خلال قرون ، كأرسطو، سقراط وبيقور الذين ركزوا على مفهوم السعادة الذي كان الموضوع الرئيسي لاهتماماتهم عبر تساؤلات عديدة، ماهو؟ هل يمكن الوصول إليه؟ وكيف؟ لان السعادة كمفهوم نتطلع إليه و نرغب أكثر مما هو حقيقة متحصل عليها و محققة ، مما يصعب و يجعل من تعريفه و تحديده استحالة ينبغي تقبلها.

هذه الصعوبات تكمن في اختلاف نظرة الفلاسفة و المفكرين .

فكانط، *Kant* يختصره في اللذة و آخرون في الشرف و الثروة .

بالنسبة ل *Aristote* السعادة رغبة عليا لأي إنسان ((*Gustave Nicolas –Fisher 2002*) ،مع وجود شروط خاصة :

أولا حياة تامة حتى نهايتها بالإضافة إلى عدم تحدها في الفضيلة لأنها لا تكتمل دون الإحساس بالراحة التامة للجسم (صحة، كمال) و هي أبعاد معتبرة في تقدير جودة الحياة.

بعدها و تدريجيا ،بدا أن مفهوم اللذة هو أكثر تغييرا من مفهوم السعادة التي تبقى نقصا عند الإنسان حتى إن امتلك كل شيء،صحيح أننا لا يمكن أن نكون سعداء لأننا ننتظر أن نكون كذلك ،أنها دائرة النقص أين تكون السعادة حتما غائبة أو ناقصة ،بمعنى مؤقتة الوجود، وغيابها نقص أنها تعني فقط غياب المعاناة والغياب لا يعد شيئا. ينبغي الإشارة إلى أن مفهوم اللذة انفصل وتميز عن السعادة لإمكانية فهمه، أصبح فيما بعد جزءا من ميا منها. لكن التساؤل الذي يبقى مطروحا هنا هو : ماهي الرغبة؟ أنها نقص وحاجة، ومادامت كذلك، فالسعادة بدورها نقص مادامت رغبة حسب Aristote.

Schopenhauer بدوره حاول إيجاد علاقة ربط بين السعادة والرغبة، بتأكيد على أن السعادة ليست ايجابية أو حقيقية: أنها فقط غياب المعاناة والغياب لا يعد شيئا ، في حين تتحقق الرغبة عند الإشباع، وتفقد السعادة في هذه اللذة ، تغيب السعادة عند وجود المعاناة، حتى عندما لا تغيب فهناك ضجر أو ملل ، مقارنة بالسعادة التي تعد سلبية والرغبة التي تعد كذلك لأنها نقص . أما اللذة فإيجابية حقيقية تدفعنا للعيش أنها كل ما يختبره أي فرد أو إنسان.

بالنسبة ل Epicure و Spinoza وخلاف ال Pascal·Platon ، Schopenhauer اللذة تتموضع قبل السعادة، إنها نقص وعليه ينبغي الانطلاق من اللذة لذة الجسم (الانتشاء) ولذة الروح (الفرح) .

هذه المفاهيم أدت تدريجيا إلى مفهوم الراحة والوجود الجيد الذي يشكل جزءا من السعادة تماما كاللذة والرغبة في اتصالهما بجودة الحياة. وهو ما يجرنا إلى مفهوم KANT الذي مفاده أن الوجود الجيد لا ينفصل عن السعادة رغم عدم تفريقه بين مفهومي الوجود الجيد واللذة.

من هنا وحسب التداول الفلسفي يمكن القول انه من المهم عدم الخلط بين الحياة والسعادة وبين لذة ووجود جيد، حتى وإن كانوا يشكلون تراكيب هامة، بنفس الكيفية جودة الحياة لا تختصر في الصحة كما سيتبين لاحقا.

1-2: المقارنة النفسو اجتماعية:

عكس الفلاسفة، علماء النفس الاجتماعي لم يركزوا اهتمامهم على حقيقة جودة الحياة، لكن على حقيقة ومفهوم كل فرد لجودة الحياة، فتركيزهم انصب على تقدير مدى أو مستوى جودة الحياة لدى الأفراد (*Gustave* ، *Nicolas-Fisher, 2002*). في تناولهم فرقا دراسيا وتدرجيا بين مفهوم السعادة وجودة الوجود الذاتي والراحة والوجود المادي الجيد، والرضي عن الحياة (*Marilou Bruchon- Schweitzer2002*). يعتقد المختصون أن السعادة تقدر في زمن ما لأنها حالة عابرة ، متغيرة في حين يعتبر الرضي مستديم ويشكل الحياة بأكملها لذلك حددوا نمطين من العناصر التي يمكن أن تؤثر على الوجود الجيد، خارجية (كالتغيرات الاجتماعية، الديموغرافية، الاقتصادية ، أحداث الحياة والاندماج الاجتماعي ..الخ) وداخلية (كتقديرات الذات، الحاجات والرغبات، فعالية الذات المدركة والتوازن الانفعالي ..الخ).

(Cambell et all 1976) في حين أهملوا المكونة السلوكية التي نالت اهتمام علم النفس التجريبي من خلال مفهوم الكفاءات الذي استخدمه علماء الاجتماع فيما بعد للدلالة على وجود الحياة فيما بعد . وهو مفهوم ظهر في سنوات السبعينات من خلال أعمال (Bradburn, 1969) حيث شهد الميدان الابتعاد عن مفهوم السعادة والاهتمام أكثر بالوجود الجيد وجودة الحياة، وحاولوا التمييز بين الصح ة الجسمية، الصحة العقلية والانفعالية والاندماج الاجتماعي مما سمح بدراسة مستويات الضغط، الدوافع، الرضي عن الأهداف المسطرة في الحياة ووجود العلاقات الاجتماعية والعائلية وكل ذلك في علاقته بالصحة.

3-1 المقاربة الاقتصادية والسياسية

اقتصاديا وسياسيا مفهوم جودة الحياة اخذ مرجعيته من مستوى أفضل للحياة، للشروط والظروف المادية للوجود الجيد والتي ينبغي لأي فرد ان يحققها ويصل إليها.

خلال حملته الانتخابية الرئاسية في الولايات المتحدة عام (1932) Hoover؛ احد المرشحين للرئاسيات وعد المواطنين بسيارة داخل كل مراب ودجاجة ع لى كل صحن كمؤشر لتحسين مستوى حياتي جيد، أو جودة حياة مرتفعة أما (Flanagan, 1982) المكلف بتقدير جودة الحياة لدى الأمريكيين فاقترح الأخذ بعين الاعتبار بالإضافة إلى مؤشرات شروط الحياة (مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي والاجتماعي ..) عوامل أخرى كالوجود الذاتي الجيد (الصحة المدركة الآمال، الإحساس بالحرية..)

في الدول الديمقراطية ذات النمو الاقتصادي الكبير ومنذ زمن طويل أكد المسؤولون السياسيون على أن حقوق المواطنين لا ينبغي أن تقتصر على إشباع حاجاتهم المادية (1809) Thomas Jefferson رئيس الوم.أ(1809-1881) اقترح أن يضاف للدستور الحق في السعادة لكل أمريكي، كل هذا يشير إلى الثنائية المستقبلية لمفهوم الوجود الجيد وجودة الحياة للذان لا يمكن حصرهما في عواملها الموضوعية (الكيفية) التي يتبادلها المهتمون (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002)

4-1 المقاربة الطبية:

يعود الفضل للأطباء والباحثين في الصحة العمومية؛المختصين في علم الأوبئة والطب العقلي، في ضمان نجاح وانتشار مفهوم جودة الحياة الذي انتهى بضمه لمفاهيم مجاورة (الراحة، الصحة، السعادة، الرضي) إلى حد الاتساع، الانتشار والتعقيد.

فان كان الأطباء في السابق يركزن في تقديراتهم على معايير بسيطة، صحة، مرض (إصابة، موت، طول عمر) تحت تأثير النموذج الطبي المسيطر لمدة طويلة، فان ثغرات وانقلابات كثيرة غيرت مجالات البحث من اجل تحليل أكثر دقة وموضوعية (A. Leplège, 1993, PP 3-12) التطورات الطبية في مجال علاج الأمراض الإنتانية خصوصا، والمتمثلة في السعي لإطالة عمر المصابين وتخفيض نسبة انتشار بعض هذه الأمراض

المزمنة، ذات العواقب الجديدة والمتعددة (جسمية، عقلية، واجتماعية) و التي تصيب راحة وجود المرضى أكثر من نجاتهم من الموت . عوامل أجبرت المختصين على التركيز على الحفاظ وتقدير جودة الحياة لدى هؤلاء الأشخاص وتكوين وسائل تسمح بتقدير الأثر الجسدي، العقلي والاجتماعي الذاتي لهذه الأمراض وعواقبها وكذا اثر العلاجات والأدوية المتعلقة بها.

من هذا المنطلق طرح التساؤل حول آثار أنماط الأدوية للأمراض المزمنة من منظور كيفي (راحة المرضى) منه منظور كمي (عدد السنوات المكتسبة) خصوصا في مجال الأمراض الخطيرة كالسرطان وعلاجاته المعقدة وصعوبة التحمل (أشعة كيميائية، جراحية). إن الأهم هو فوائد المريض أكثر من دقة وتطور التقنيات عند اختيار العلاج، ذلك عند تقدير الوضع الصحي للمريض من قبل الأطباء و المحيط، و يقابله تقدير ذاتي، من قبل المرضى، مختلف يعبر عن رضاه و ارتياح.

ففي مقال له (Koch, 2000) ، قدم نتائج غير متوقعة ، فإذا كان 18 % من محترفي الصحة والمكلفين بالمصابين بصدمات دماغية، يقدرون أن هؤلاء يتمتعون بجودة حياة مقبولة فان تقييم ايجابي للحياة ظهر لدى 92% عند نفس المرضى رغم أن أغليتهم لا يستطيعون المشي.

التغييرات التي مست التداول الطبي مرتبطة أيضا بدرجة الوعي لدى المرضى، الذين يتصرفون كمستهلكين (مستفيدين) مستقلين (في أمريكا الشمالية خصوصا) إنهم يطلبون إشراكهم في القرارات الخاصة بعلاجهم ، وفي التدخلات الطبية و العلاجية الممكنة . يتجلى ذلك أيضا في شكوك المرضى حول فعالية الطب و كذا في معتقدات المرضى والأطباء المتناقضة والمتعكسة أحيانا . إذا فإن تقديرات موضوعية و ذاتية لجودة الحياة قبل وبعد التدخلات تسمح بتقدير دقيق لتطور العلاجات المرتبطة بدواء ما، وتسهل من جهة أخرى التواصل بين الأطباء، ومرضاها (Marilou Bruchon-Schweitzer (p47)

بدورها الهيئات المكلفة بالتحكم في الكلفة الصحية (التأمين الاجتماعي... الخ) تحاول أن تقوم بتسوية و توازن بين متطلبات جودة خدمات مصلحة ما للمستخدمين و الحواجز الاقتصادية، هنا نتحدث على تحليل الضرورة والأولوية بمعنى حل إشكالية التحكم في ميزانية الصحة دون التضحية بتدابير وتقديرات جودة الحياة (الراحة، الوجود الجيد المرتبط بالصحة، أي جودة الحياة المرتبطة بالصحة).

منذ عشرات السنين اقتنع العياديون والباحثون في مجال الصحة العمومية بان جودة الحياة لا تضم فقط الحالة الوظيفية (الموضوعية) للمرضى لكن أيضا الراحة الذاتية، وهي أبعاد متميزة. الواضح أن الارتباط بين عناصر جودة الحياة متواضع جدا عند المرضى كما هو لدى عموم المجتمع (Cambell et all, 1976).

تعريف المنظمة العالمية للصحة عام (1946) للصحة: " كحالة من الكمال للراحة وليس فقط غياب المرض، يسير في نفس السياق".

أخيرا فإن إدراك الأعراض، تقديرها وقرار طلب الفحص والاستشارة الطبية الإذعان للعلاج ترتبط أساسا بإدراك المرضى من لحالتهم الوظيفية الحقيقية.

بقي أن نشير إلى أن تقدير جودة الحياة يتم باستخدام معايير متعددة الأب عاد لتقدير مثلا فعالية علاج ما، وان المشكل الكبير المواجه لحد الآن هو عدم وجود اتفاق حول تعريف وتحديد مصطلح جودة الحياة كما نلاحظ وجود أكثر من 80 سلم تقدير أو قياس لهذه الأخيرة (MC. Dowell et Newwell, 1996)

2- تحديد المفهوم وتعريفه:

2-1 تحديد المفهوم:

رفع مدى الحياة أو إطالة العمر، التحسن الملحوظ لتقنيات العلاج، تغييرات اتجاهات الناس نحو الصحة، شهدت في نفس الوقت ظهور وضعية مميزة في مجال العلاجات الطبية، مفاهيم جديدة كجودة الحياة، أين وضعت الإشارة على الحياة المضافة بالسنوات (كيفا) منه على السنوات المضافة للحياة (كما). حول هذه النقطة يكمن التساؤل الذي مفاده ما الذي يعنيه أو يغطيه مفهوم جودة الحياة؟ في غياب اتفاق حول تعريف محدد له، كما هو الحال بالنسبة للاتفاق حول الوجود الجيد أو الصحة باستثناء التعريف الذي قدمته المنظمة العالمية للصحة عام 1947 ثم عام 1984 " حالة من الكمال والراحة الجسمية، العقلية والاجتماعية وليست فقط غياب المرض أو العجز".

(OMS, WHO CHROM, 1947, P 29)

صعوبة إيجاد تعريف دقيق ومضبوط ومتفق عليه لمفهوم يستخدم في مجالات وتخصصات علمية عديدة (اقتصاد، سياسة، فلسفة، أخلاق، صحة) جعلت بعض الباحثين ك (Corten PH 1998) يسألون: " ألا يتعلق الأمر بشعار لتغطية أو هامنا حول القدرة على تحقيق الأهداف المسطرة في ALMA ATA عام 1975، (85) " الصحة للجميع عام (2000) " أو هو تزيين وتنميق معاصر للحديث عن مفاهيم قديمة كالاكتئاب والحصر"

كيف يمكن تعريف مصطلح يصعب الفصل في المجال الذي ينتمي إليه، ويصعب وضع حدود مقبولة وواضحة بينه وبين مفاهيم لا تزال تعريفاتها بعيدة عن الاتفاق كالسعادة، اللذة، الرضي، الوجود الجيد، الراحة، جودة الحياة الشمولية، جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وهل تعني في معناها الصحة المدركة أو الصحة الذاتية..؟

وضعية جعلت Aurray and all ينطلقون من مسلمة مفادها " انطلاقا من استحالة تعريف جودة الحياة، نصارع وندخل اللعبة لان المفهوم معقد ومتشابك الجوانب، والمعايير التي بحوزتنا هي أكثر ذاتية، ليست نهائية، قائمتها ما تزال مفتوحة وغير محددة (Aurray and all, In Sandrine Bercier, 2003, P 30)

مفهوم جودة الحياة في استخدامه البسيط والعام كمفهوم يعني مجموعة التدابير، الشروط، الاجتماعية، الاقتصادية والمحيطية للوجود. في الطب هو مفهوم طور من قبل العياديين الأطباء، علماء أصل المعرفة، والمختصين في التربية النفس وحركية للاستخدام في مجال تقدير الحالات الصحية أو الراحة والوجود الجيد، لكن استخدامه في المجال الطبي والصحي ، يواجه بتعقيدات ويستلزم دقة وتحديد حسب المجال والأهداف المرجوة من التقدير و التي تتغير من مجال لآخر ومن هدف لآخر أيضا. كتقدير الوضعية الصحية أو جودة الحياة تحت تأثير مرض ما أو مدى فعالية تدخل علاجي ما أو أثره على حياة المريض، أو تقدير الصحة المدركة أو الذاتية للمريض بغرض تعديل أو تحسين البرنامج العلاجي.

هذه العوامل من شأنها تغيير أو تعديل مفهوم أو تعريف جودة الحياة من مستخدم لآخر.

أمام هذه الوضعية وبهدف وضع تعاريف تقترب من الدقة والموضوعية ارتأى الطالب وقبل التعريف والتحديد ، تقديم عرض مبسط ومختصر عن أصل المفهوم، والتطورات التي شهدتها حتى يمكن تحديده جيدا.

هذا الوضع أشار له *Spiker et all, (1990)* الذين اقترحوا قائمة مراجع خاصة بجودة الحياة تضم أكثر من 5798 مرجع.

في عام (1991) أشار *Lancet* في منشور له إلى ارتفاع البحوث في مجال جودة الحياة، و *L'INDEX* *MEDICUS* عد 207 مقال عام (1980)، واقترح 848 آخرين في عام 1990 (*Lancet, 1991,)* أما *MIDLIN* فوضع قائمة ضمنت 1089 مرجعا لهذا المفهوم في الفترة التي تراوحت بين جوان 94 وجوان 95. هي وضعية لخصها (Gill et all 1994) في " منذ أعوام السبعينات تقدير جودة الحياة مر من المؤسسة الريفية إلى مسار الصناعة الجامعية" هذا التطور لم يرافقه ثبات في تحديد المفهوم أو الاتفاق حوله مما جعل الباحثين يعانون الصعوبة، ويلجئون بأنفسهم إلى وضع تعاريف خاص للمصطلح انطلاقا من قناعتهم ووجهة نظرهم.

2-2 أصل المفهوم:

يتفق الباحثون في القول أن أصل كلمة جودة الحياة شعار سياسي أمريكي، رفعه *Lyndon. B Johnson* (1964) في خطابه للأمة كاستجابة لدستور *Jefferson* الذي جعل من السعادة حق لا حياض عنه لكل مواطن أمريكي. الاهتمام السياسي كان بعيد عن الإحاطة بالعناصر الموضوعية والذاتية لموضوع جودة الحياة، لكنه أعطى صبغة معنوية للهدف وترك التقدير للمواطن الأمريكي وليس لرجال العلم والمختصين.

أما بالنسبة للباحثين في تلك الفترة، السعادة وجودة الحياة كانتا تتموقعان في عالم مفهوم ماتي متقارب، فالسعادة تقدير ذاتي مكون من وجدانيات ايجابية من نسق الكمال والرضي عكس الأسى والحزن، المعاناة وسوء الحظ،

أما جودة الحياة فلها تقييم أكثر واقعية وتفتح المجال لإمكانية وضع مؤشرات ثابتة وموضوعية قابلة للدراسة والإجراء (Carler, PH, 1998).

علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعي أكدوا منذ البداية على أن السعادة المعبر عنها وحدها القابلة للبحث العلمي بواسطة دراسة سبر الآراء والاتجاهات.

هذا المفهوم عرف تطورا وبحثا سريعا شهد تصاعدا خلال العشر سنوات التالية لتصريح ALMA ATA أين ظهرت ثلاثة تيارات أساسية:

-2-2-1 جودة الحياة من منظور بيئي:

أين اهتم المختصون المقربون من البرامج السياسية بمواضيع التلوث، الإزعاج، الإجرام، التشرد، الجنوح، المدخول، الرخاء، الرفاهية والمؤشرات الاجتماعية . لكن الدراسات توصلت إلى ملخص مفاده عدم وجود ارتباط بين الظروف الموضوعية الملاحظة والمعاش الذي عبر عنه السكان . من هذا المنطلق ظهر مفهوم جديد وهو جودة الحياة الذاتية. من جهة أخرى لا وجود لارتباط بين تقدير ملاحظ خارجي وتقييم الأفراد بأنفسهم.

هذا ما دفع بالمختصين إلى الاهتمام بتقدير الشخص ذاته لأنه الأقدر على ذلك » وإذا كنت تريد أن تعرف كم أنا سعيد فاطلب مني ذلك " . (Irwin (R), Komman, 1979) مفهوم يؤكد (Najman et all,) (1981) إن الدراسات التي تستخدم مؤشرات موضوعية بمفردها تتوصل إلى تقدير متواضع في فهمها لجودة الحياة كما هي معاشة

-2-2-2 جودة الحياة المرتبطة بالصحة:

ظهر المصطلح في القاموس الطبي عام (1964) وبعد تعريف المنظمة العالمية للصحة لمفهوم الصحة عام (1978) والذي اخرج الصحة من الإطار الطبي الضيق الذي يربطها بالحالة الطبية البحتة بإضافة أبعاد اجتماعية ونفسية ضرورية لحياة الفرد .

مجال الصحة ضم أبعاد سلبية (المرض . الإعاقة . الموت) وإيجابية (وجود جيد . راحة . سعادة) مفهوم فقد خلاله الأطباء سلطتهم الريادية وأصبحوا عناصر فاعلة ضمن مجموعة وليسوا الرواد بمفردهم .

مفهوم الصحة الجيدة بدوره أصبح يفهم كمعاش ذاتي يختلف من شخص لآخر ، ويتأثر بالتمثيلات الثقافية الاجتماعية والدينية . وجود الحياة تسمح بتحليل الصحة المعاشة الصورة التي يحملها الفرد عن جودة وجوده المختلفة غالبا عن الحالة الصحية الحقيقية ، هذه النظرة الجديدة عدت نقلة كبرى . فحسب M.F Baqué في

(soins qualité de vie étique de soins): جودة الحياة تحقق نقلة من أخلاقيات الطب إلى نظرة لاهوتيه لهذا الأخير.

فتقليديا هدف الطبيب حماية حياة المريض بأي ثمن^٤ أما المفاهيم الأخلاقية لجودة الحياة فأوضحت عدم إدماج المريض في ذلك. في حين النظرة اللاهوتية لـ Aristote ركزت على إعطاء المريض أفضل حالة ممكنة حسب مرضه ومحيطه. وجهة نظر تهدف إلى الوصول للوجود الجيد بمعنى حياة جيدة، تبقى محدودة من طرف العامل الإنساني وقد تشكل خطرا في فتح المجال أمام المريض للاختيارات قد تكون ضارة سواء في العلاج أو في الحياة مما قد يتعارض مع معايير طبية، أخلاقية أو دينية (الحق في الموت الرحيم).

في مجال الصحة ينبغي الإشارة إلى أن المفهوم عرف تدرجا وتطورا مهما ينبغي التعرّيج عليه لفهم وتحديد أدق. فمفهوم المنظمة العالمية للصحة يسمح بظهور مفهوم آخر هو الحالة الصحية الذي تطور فيما بعد ليصبح جودة الحياة المرتبطة بالصحة. بداية الاهتمام انصبت على القدرات والكفاءات الوظيفية من الناحية الجسمية (الحركة، النشاط اليومي). إذ ربط المختصون بين الإعاقة الحركية وجودة الحياة " مفهوم الإعاقة مرتبط بمجال جودة الحياة" (Hawood et all 1991) والحاجة إلى الآخر أي السند والارتباط كتحويل أو نقلة نحو الآخر، لأفعال ونشاطات ضرورية لضمان الوظائف الأساسية لحياة الفرد" (Albrand et all , 1993) بعد ذلك دراسات عديدة اهتمت بدراسة اثر الكفاءات الوظيفية على الجانب الاجتماعي، خصوصا الأدوار الاجتماعية والعمل رغم رفض بعض الباحثين كـ (Torrance, (1987) إدراج الجانب الاجتماعي.

في نهاية الثمانينات أدرج الاهتمام بالبعد العقلي في مفهوم جودة الحياة من خلال الاهتمام بالقدرات العقلية أو لا (الشيخوخة والتخلف العقلي) ثم آثار وتعقيدات الأمراض العقلية فيما بعد عبر الحملات والانتقادات التي وجهت للمؤسسات العقلية وأثر نظام عملها وتكفلها على حياة المريض داخل وخارج المؤسسة . كل الدراسات ركزت على مشكلة الارتباط وفقدان الاستقلالية.

تواصل تطور الدراسات دفع المختصين إلى توسيع مجال الدراسات الخاصة بالإعراض، والاهتمام بالإعراض النفسية تماما كاهتمامها بالإعراض الجسمية لوضع تصنيفات متعددة المحاور، من هنا بدأ الاهتمام بجودة الحياة المرتبطة بالسرطان أو جراحة القلب، إذ لم يعد التركيز منصبا فقط على الإعراض المباشرة والخاصة بالمرض لكن أيضا على الإعراض الأخرى، كالحصر والاكنتاب، كذا أثر المرض على المحيط الأسري (Parementer,(TR) 1994).

إضافة لكل ذلك انصب اهتمام كبير على دراسة عوامل الخطر ومفعلات الدخول في المرض، م ع تركيز آخر على البحوث والمحاولات العيادية للكشف على الآثار الثانوية للأدوية وأثرها على الكفاءات الوظيفية.

خلال التسعينيات بدأ اهتمام وتركيز حقيقيين على الجوانب الذاتية للصحة بإدماج بعد طبي أساسي؛ المعاناة أي المعانات المرتبطة بالآلام (Green World, 1989). ثم بعدها بالضيق أو الشدة النفسية للوصول إلى ما أسمته الأدبيات بجودة الوجود الذاتي وذلك باهتمامها بأحداث الحياة الضغط واستراتيجيات المواجهة . لكن الهيئات الطبية ظلت متحفظة تجاه التقدير الذاتي لان المؤشرات الذاتية أحيانا تتعارض مع الحقيقة الموضوعية من جهة ولعد وجود مقياس يسمح بمقارنة تقديرين ذاتيين من جهة ثانية.

هناك بعد رابع ادمج في مفهوم جودة الحياة , مرتبط بالعنصر الزمني , وهو اهتمام طبي؛ التوقع أو مآل المرض. كبعد يضم نظريا التغيرات الموضوعية والآمال والخيبات التي تخص المريض في مواجهة حالته الصحية , وهنا وجد المختصون أنفسهم أمام مقاربتين:

-الأولى وتعني إشراك المريض ضمن مخطط حياة شمولي بمراعاة آماله وخيباته والاهتمام بالأساس بالقدرة على مراقبة ما يحدث كمؤشر ايجابي لجودة الحياة (K.C Calmant, 1984)

-الثانية والمتمثلة في الرصيد الإنساني , المتبناة من قبل (96) R.Mrasser, و المسماة بالرهان أي ضمان علاج يطيل الحياة مع وجود آثار وتعقيدات أو علاج يضمن نشاط الوظائف لكن بحياة اقصر في المدة أهمية هذا التناول تكمن في اهتمامه بإدراج البعد الذاتي (الرهان) والبعد الموضوعي؛ الموت أو المرض .

-2-2-3- جودة الحياة ككل :

إذا كانت جودة الحياة قد تجدرت في العلوم المرتبطة بالسياسة المرتبطة بالصحة في ميدان وعالم الطب فان جودة الحياة ككل ظهرت في نهاية التسعينيات (1969) Cantril , Bradburn, مفترضة توازي بين الوجدانات الايجابية (لذة فرح حيوية) و الوجدانات السلبية (حصر خوف حزن).توصلت فيما بعد بان جودة الحياة مرتبطة عموما بالوجدانات الايجابية ففي وضعيات عديدة حتى بوجود جرعة ضغط أو كرب قد تعايش ايجابيا (Heady, 1984). قدر أن الراحة أو انعدامها متغيرين مستقلين ؛ فبعض الأمراض كالسرطان قد تتطور عبر زمن طويل دون إدراك من قبل الفرد والعكس . قد يشعر الفرد بالألم والمعانات رغم حالته الصحية الجيدة أيضا. هذه البحوث ألحت على ان الصحة ليست إلا ميدانا من الحياة . فعند إحساس الإنسان باختلال ما . عفويا يعيد تنظيم أثر المجالات على جودة الحياة . عكسيا فقد نواجه فعل غير منتظر من قبل شخص يعاني مرضا خطيرا، يواجهه بعقلية وتهوين أهمية الصحة . نفس الباحثين يشيرون إلى أن نفس الوضعية قد تواجه بشكل مختلف عند وجود مساندة ودعم اجتماعيين أين تكون إمكانية تقاسم عواطف وانفعالات.

(Cambell, 1976) أثر في البحوث الخاصة بجودة الحياة بإدراجه نموذج وتناول المصطلح حول مفهوم الرضي والإشباع (Andrews, 1974, p25) تبني نموذج Cambell وتوصل إلى تأكيد الرضي أو الإشباع كمؤشر صادق، يضم العوامل الايجابية والمعرفية للظاهرة . أكد أيضا أهمية التقرب من مجالات جودة الحياة

على التقدير الشمولي بهدف رفع الأثر المعرفي للتقدير. أخيرا اثبت أن الراحة الذاتية هي مؤشر اجتماعي صادق وفعال.

بالنسبة لهؤلاء الباحثين جودة الحياة تتميز بنظرة معرفية، أي حكم الفرد على معاشه وراحته بشكل كاف، وهي وضعية تختلف عن الإحساس بالكمال كما هو حال السعادة . هذا الإشباع يرتبط بالحاجات الفردية حسب نظرية (1954)، *Abraham Maslow* أساس هذا الإشباع يبنى على الآمال والخييات ويتمحور حول ثنائية الأنا (الذات) والآخرين.

أما *Abbey Andrews*, (1983) فأورد عناصر أربعة:

- 1 - **الضغط أو الكرب** : بأثره السلبي على جودة الوجود ، خصوصا أحداث الحياة والصراعات، *Lisrel*, (1978) وآخرون أوضحوا أن الضغط والاكنتاب لهم أثر سلبي مباشر على جودة الحياة.
- 2 - **المساندة الاجتماعية**: المعرفة ككمية من النظرات الايجابية ، التشجيعات، العاطفة التي يحصل عليها الفرد من أشخاص لهم تمثيل في محيطه، لديها اثر على جودة الحياة لكن بدرجة أقل من العنصر المذكور سابقا؛ الضغط.
- 3 - **مصدر الضبط**: إذ بينت الدراسات أن ذوو الضغط الداخلي يتمتعون بجودة حياة أفضل.
- 4 - **الكفاءات والقدرات** : التي درست خصوصا في العمل والحياة اليومية أختير المصطلح لأن دراسات مختلفة بينت أثر الضغط، المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط على الكفاءات لكن بعامل ضعيف.

هذه التوجهات دفعت *Abbey et Andrews* إلى الاهتمام بالحصر والاكنتاب الذي يتسم بأنه وجدان سلبي في حين تختلف عن جودة الحياة التي لا تعني فقط غياب هذه الوجدانات لكن أيضا الوجدانات الايجابية.

أخيرا (1998)، *Delaval (N)* في مقاربة وجودية أوضح الفروق المرجعية الزمنية بين مفاهيم الوجود الجيد، الراحة، جودة الحياة والاكنتاب فإذا كانت الراحة موجهة نحو الحاضر ، فجودة الحياة مسجلة في الحاضر وموجهة نحو المستقبل ، في حين في الاكنتاب ينفصل الماضي عن الحاضر ، متوقفا عن تغذيته . رغبة المريض ترتكز على الرغبة في تجميع الماضي والحاضر وهو ما يسمى بجودة الحياة الداخلية أما الخارجة فتتوجه نحو المستقبل في مفهومه الواسع.

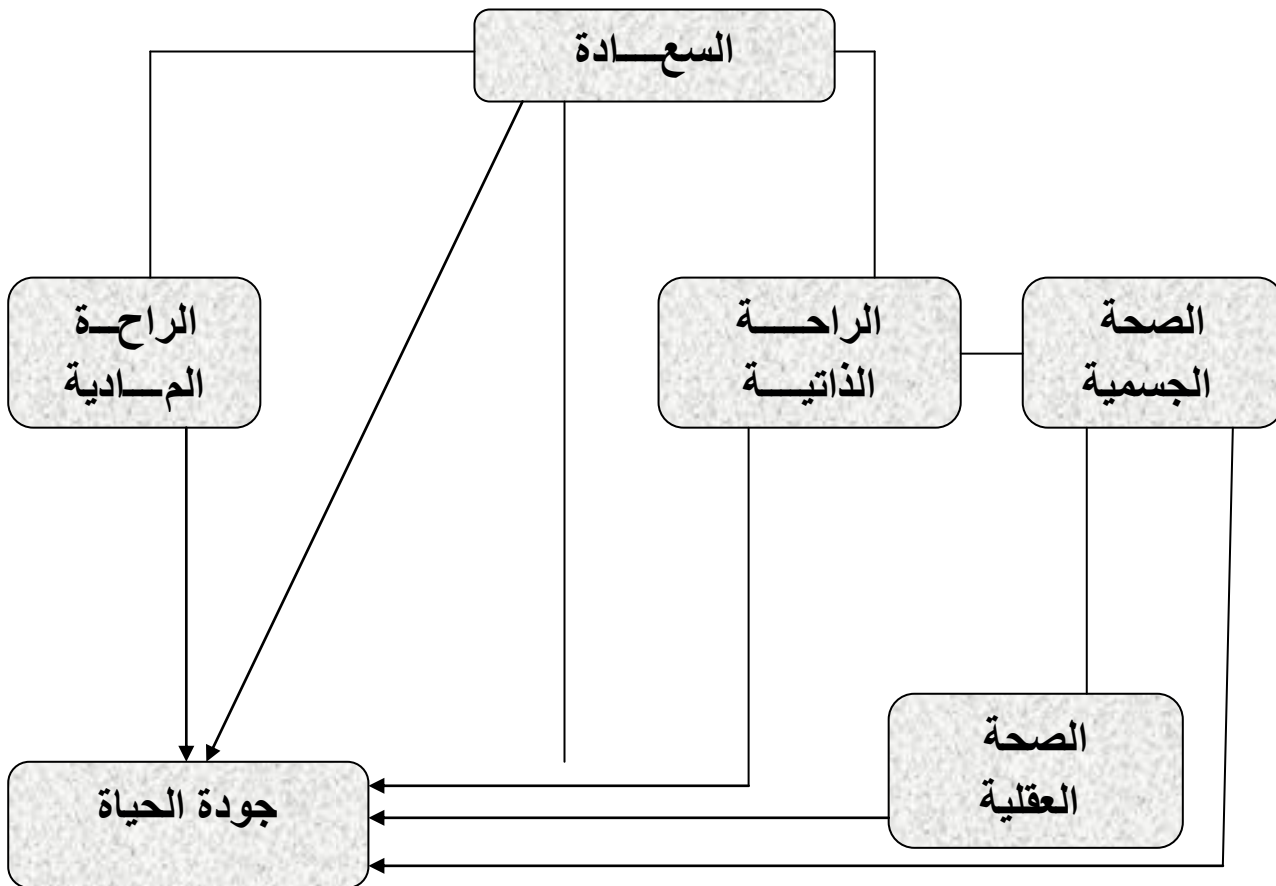
كخلاصة: المقاربات المتعلقة بجودة الحياة الذاتية تدمج من جهة عامل جودة الوجود المرتبط بالوجدانات، بعد معرفي معبر عنه بالاشباع التي يتحصل عليها الفرد، شخصيته وميكانيزماته التكيفية . مفاهيم يمكن التعبير عنها بان الحياة جيدة عندما يكون لها معنى كمكان تتدخل فيه الوجدانات، الحاجات وأيضا الإحساسات (السمع، النظر، الذوق) والحركة (المشي، الرقص، الاسترخاء) . المعنى كدال تتداخل فيه القيم، الاهميات، المعتقدات وأيضا المعنى كوجهة تربط ماضي وتاريخ الفرد وشخصيته بالمستقبل بطموحاته وخبياته.

3-2 مفاهيم وتناولات جودة الحياة:

حسب (Nordenfelt 1994, P43) جودة الحياة مفهوم يخلط غالبا مع مفاهيم عديدة مثل : جودة الحياة المتعلقة بالصحة (Health relates quality of life)، الحالة الصحية (Health status)، الراحة الذاتية أو الوجود الجيد (well being) لكن في الواقع جودة الحياة هو المصطلح الأكثر اتساعا والأكثر تكاملا لأنها تجميع لأبعاد (LAWTON, 1977).

بالنسبة لأغلبية الباحثين المعاصرين جودة الحياة والمفاهيم المجاورة ترتبط بتوظيف أعلى للأفراد في مجالات مختلفة من حياتهم، وهو مفهوم أكثر عمومية وأكثر استخداما في هذا العصر.

من خلال ما سبق، مفهوم جودة الحياة تكون تدريجيا بادماج مختلف المؤشرات عبر الزمن، السعادة ذات الأصل الفلسفي، الراحة المادية والوجود الذاتي ذوي الأصل الاجتماعي والنفسي، الصحة الجسمية ذات الأصل الطبي والصحة العقلية سليمة الطب العقلي، المخطط المقترح من قبل (Nordenfelt, 1994 P259) يلخص جيدا هذا التناول التجميعي.



لتحديد أدق وتعريف اشمل لمفهوم جودة الحياة، أثار الطالب تداول التعاريف وفق مفاهيم ثلاث:

2-3-1 المفاهيم أو التناولات الموضوعية:

شهدت تطور مفهوم جودة الحياة المرتبط أولا بالظروف المادية (من وجهة نظر سياسية أو اقتصادية) وغياب المرض الجسمية, (Warburton et Sherwood, 1996 pp4, 5), في هذا الإطار توجد تعاريف عديدة وكثيرة مثل:

تقديرات جودة الحياة لا ينبغي أن تخلط بمستوى طموحات ورغبات الفرد (...). لكن تتويط بوضوح وأساسا بالوضع الحالية للأفراد: جسميا، تنفسيا واجتماعيا (Jenkins, 1992, P369).

هذه المقاربة الموضوعية والوظيفية (الممكنة التقدير من قبل ملاحظ آخر) تعاكسها وتضاف إليها مقاربة ذاتية ظاهرية مقدر ذاتيا. لكن يبقى الاقتناع الواضح اليوم أن جودة الحياة ترتبط في جزء كبير بالوضعيات والظروف. لكن وحده الفرد القادر على تقديرها (Brown et all, 1977, p 737).

2-3-2 المفاهيم الذاتية:

هذه المقاربة تركز في تناولها على التقدير الذاتي لجودة الحياة، وهو ما ذهب إليه Nordenfelt, (1994) في تعريفه لجودة الحياة بأنها درجة الرضى أو السعادة الشمولية التي يحسها فرد ما في حياته. وهو تعريف لا يتناول في حقيقته سوى الوجود الذاتي الجيد (الراحة) أو الرضى عن الحياة وهو مفهوم ضيق وبسيط.

بالنسبة للكثيرين جودة الحياة ترتبط بإشباع الحاجات والرغبات، لكن المشكل أن الباحثين يختلفون حول قائم هذه الحاجات والرغبات ف (MASLOW, 1954) مثلا يضع ترتيبا وتسلسلا للحاجات انطلاقا من الحاجات الحياتية (الأكل، الشرب، النوم والسكن) إلى الحاجات العليا (الحاجة للأمن، للحب، للتقدير، ولكمال الذات) وبالنسبة ل (Griffin, 1988) مجموع الحاجات والرغبات الإنسانية تتعلق بنظام معايير (مكتسب) يعطي الحياة معناها وبنيتها. تأكيد الذات والنجاح، تحقيق الاستقلالية والحرية، فهم العالم وفهم الذات، تقدير الفرح وجمال الحياة وبناء علاقات شخصية مع الآخرين.

هذا التداول يواجه بإشكال يخص التعريف بين الحاجات القاعدية والضرورية لل حياة المشتركة لدى الجنس البشري والرغبات الأكثر ذاتية وتعقيداً لارتباطها بقيم أكثر ذاتية وشخصية، تفريقها يكون اصطناعيا دون شك حسب (Leplège, 1999).

في نفس السياق الذاتي (Milbat, 1996) يرى أن جودة الحياة يمكن تعريفها بالإدراك الذاتي لفرد ما لحالته الجسمية (التوظيف العضوي) الانفعالية (الحالة النفسية) والاجتماعية (القدرة على بناء علاقات مع الآخرين) بعد أخذه بعين الاعتبار لأثار المرض وعلاجه (عواقب وإعاقات). لكن هذا التداول يلقي انتقادا كبيرا كون التقدير

الذاتي يوجه بشكل إجمالي إلى مفهوم الراحة والي الآخذ بعين الاعتبار للأبعاد العاطفية والمعرفية *David et Dinner* (1993).

2-3-3 المفاهيم التكميلية:

في هذا التداول يوجد اتجاهين احدهما تجميحي فحسب و الآخر دينامي .

فمن بين التعارف التكاملية التجميحية نجد تعريف المنظمة العالمية للصحة (جودة الحياة هي مفهوم واسع ج دا يتأثر بثكل معقد بالصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية وعلاقاته الاجتماعية درجة استقلالته وعلاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه) OMS, (1994).

إذا كان هذا التعريف يبدو متكاملًا و يحوي جميع مكونات جودة الحياة، فإنه لا يخلو من بعض الجمود.

بعض هذه التعريفات يلح في التأكيد على العوامل التوظيفية (مايعتبره الفرد في ما هو عليه) معرفًا جودة الحياة بأنها "محل المصادر والطاقات (اجتماعية الشخصية والاجتماعية الضرورية لفرد ما كي يحقق طموحاته ويشبع حاجاته) OMS, (1994).

من جهة أخرى تعريفات تكاملية أخرى تأخذ بعين الاعتبار التفاعلات بين الفرد والمحيط وتعتبر جودة الحياة كنسق ونظام حقيقي: " هو التقدير المتعدد الأبعاد من جهة، من خلال المعايير الاجتماعية والمحيطية المعيارية، والمعايير الذاتية لنظام فرد، محيط " (Lawton 1977).

هذه التعاريف تحقق جملة من الايجابيات:

- الأخذ بعين الاعتبار للمكونات الخارجية مثل الصحة، الشروط الحياتية والمكونات الداخلية مثلا :
- كالإشباع، الراحة الذاتية... لهذا الكل المعقد (جودة الحياة)
- تقدير جودة الحياة من خلال تقييم ذاتي (شخصي) أو موضوعي (غيري)
- الاهتمام بالتفاعل الدينامي بين المكونات.

3- تعاريف جودة الحياة:

إن فحص أدبيات موضوع جودة الحياة تضعنا أمام مؤشرات متنوعة وعديدة تتراوح بين قائمة بسيطة لأعراض وبطاريات معقدة معدة لتقدير التوظيف النفسي، الاجتماعي والجسدي للأفراد . مؤشرات تدعي أنها تقيس وتقدر جودة الحياة، مما يضع المختصين في وضعية صعبة وما دفعهم إلى توضيح أدق للمفهوم (Leplège, 1999, P13).

هي وضعية عقدها أكثر تعدد التعبيرات التي يستخدمها المؤلفون لنفس المصطلح، بعضهم يتحدث عن جودة الحياة، وآخرون عن الوضعية الصحية أو الراحة، الوجود الجيد، في حين لا تعكس المقاييس والسلام بالضرورة محتوى تسميتها.

لكن من المهم عدم تضخيم هذه الوضعية، لأنها تعكس بكل بساطة وضعية ميدان بحث جديد، لم يتم تحديد دقيق ونهائي لمعنى مصطلح واستخداماته، في هذا الفضاء اللغوي والاصطلاحي المتغير نسبيا هناك ثقة وتأكيد أن شيئا ما تم تقديره، وما تم تقديره مرتبط بالصحة وطبيعة الموضوع المقدر أو الم قاس لا يعبر عنه إلا بشكل مجرد نسبيا.

أمام هذه الوضعية يحاول الباحث تقديم مختلف التعاريف التي تعرف المفهوم أو المصطلح باختلافاتها واستخداماتها ثم يحاول ضبط التعريف إجرائيا عبر تعريف جميع المصطلحات المجاورة.

-3-1 التعاريف النظرية:

المنظمة العالمية للصحة OMS وانطلاقا من تعريفها للصحة " كحالة من الكمال والراحة الجسمية، العقلية والاجتماعية وليست فقط غياب المرض أو العجز " (1947, PPI, 29), OMS, ومن التعريف المكمل له بأنها: " مجموع المصادر والطاقات الاجتماعية، الشخصية والجسمية التي تسمح لشخص ما بتحقيق طموحاته وإشباع حاجاته" (84), OMS, بمعنى مجموع المصادر لشخص ما، والتي تضمن له جودة حياة قصوى.

عرفت جودة الحياة " إدراك الفرد لمكانته في الوجود ، في إطار الثقافة ونسق القيم والمعايير التي يعيش فيها ، في علاقته مع أهدافه، انتظاراته، معاييرها واهتماماته، إنه مفهوم واسع بشكل م عقد لأنه يضم الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، درجة استقلاليته، علاقاته الاجتماعية وأيضا علاقته بالعناصر الأساسية لمحيطه"

هذا التعريف يشير إلى أن جودة الحياة تضم العناصر التالية:

- حالة جسمية جيدة.
- إحساس بالراحة.
- انفعالية متوازنة.
- تكيف اجتماعي مرضي.

رغم أن هذا التعريف لا يلقى القبول والرضي من جميع الباحثين، لكن هناك اتفاق أساسي حول تواجد عناصر أربعة لجودة الحياة تتمثل في:

- تعدد العناصر: الحالة الجسمية، الكفاءات الوظيفية، الحالة النفسية، الراحة والحالة الاجتماعية والظروف الاقتصادية.

- التغيير وعدم الثبات: فهي وضعية تخص فترة زمنية أو مرحلة ما، ولا تعني أبدا حالة مستقرة ثابتة.
- اللامعيارية: إذ لا وجود لمعايير مرجعية، الفرد هو نفسه المعيار.
- الذاتية: هي إدراك وتقدير ذاتي يقوم به الفرد نفسه.

هذا التعريف سحب من الأطباء قيادة مجال الصحة وجعل منهم أعضاء مشاركين لا غير " .الأطباء يسعون للحفاظ على صحة المرضى، لكن الصحة ليست سوى عنصر من الحياة . وللمرضى نظرة أخرى مختلفة؛ فهم يتمنون أن تكون العلاجات ملائمة لحياتهم، وهذا مخالف للواقع المعاش " *Patrissia, in Press, (Mai 2002)*

في نفس السياق يرى *Jenker, (92)* أن " تقدير جودة الحياة لا ينبغي أن يخلط مع مستويات الطموحات والرغبة الفردية (...) إنها تركز أساسا وبوضوح على الوضعية الحالية الحقيقية للإفراد (وضعتهم النفسية والاجتماعية).

أما *Launois et all, (93)* فعرفها: " درجة أو مدى الفرق الموجود بين طموحات الفرد، رغباته وحاضره الوجودي " *Delawell, (1995)*.

هذا التعريف رغم انه ركز على نقطة أساسية مفادها؛ أنها تقدير ذاتي للفرد، لواقع أو حالة وجودية، وتقدير للفرق بين ما يسعى إليه وما يريد تحقيقه، وماهر عليه جسميا بسبب حواجز أو ظروف، لكن التعريف تنقصه الدقة وتحديد العناصر التي تحدد المفهوم بدقة.

Delawell et all, (1995) أعطوا تعريفا آخر أدق وابطس لكنهم ربطوا المفهوم بالصحة : " عموما مصطلح جودة الحياة يستخدم لتحديد الآثار الجسمية والاجتماعية لمرض ما على حياة الفرد".

هذا التعريف ركز على احد جوانب أو أهداف الميادين التي تستخدم فيها دراسات جودة الحياة المرتبطة بالصحة، إذ من بينها دراسة آثار وعواقب الأمراض المزمنة والمستعصية على مختلف جوانب الحياة : الجسمية، النفسية، الاجتماعية والمهنية، آثار الأدوية والعلاجات، إشراك المريض في القرارات العلاجية.

بالنسبة لباحثين آخرين، جودة الحياة كمفهوم لا يغطي فقط آثار الأمراض وعواقبها بكل بساطة، لكنه مفهوم يشمل صورة الصحة المدركة من قبل المريض ذاته، وهو ما ذهب إليه *(Bucquet 93)* إذ بعد إشارته إلى أن مفهوم جودة الحياة يضم أبعادا عدة واسعة (تضم السعادة، الزواج، العائلة، العمل)؛ ركز وأكد على أنها " إدراك الأفراد لوضعهم الصحي، أي جودة الحياة المرتبطة بالصحة من وجهة نظر الأشخاص أنفسهم ". أي أنها تقدير ذاتي يقوم به الأشخاص لتقييم وضعهم الحياتي المرتبط بالصحة.

رغم أن أغلبية الدراسات تؤكد على ضرورة القيام بتقدير متكامل، موضوعي وذاتي حتى يكون هذا الأخير أكثر دقة وموضوعية.

تعريف *Bucquet* أثار إشكالية كبيرة وتعرض لانتقادات عديدة، لصعوبة الفصل بين الصحة وجودة الحياة من جهة، ووسائل القياس التي اعتبرها (93) *Dazzor et all* كسلام لتقدير الصحة تستخدم لتقدير جودة الحياة، وهو ما ذهب إليه الكثير من الباحثين ومنه *Leplège* .

هذا الاختلاف يجربنا للتسليم بما جاء به (1999) *Spitz*، من أن مفهوم جودة الحياة لا يغطي نفس المجالات حسب الباحثين وعلى أنه مفهوم يضم وبشكل معقد الصحة الجسمية للشخص، حالته النفسية، درجة استقلاليته، معتقداته الشخصية، علاقاته الاجتماعية ويحمل دلالاته انطلاقا من المجال الذي يس تخدم فيه: لدى الأطباء، عند تقدير آثار مرض ما، آثار علاج ما، وكذا الهدف من التقدير ذاته في ارتباطه بالوضع الصحية، مرض ما، أو كتقدير للحياة بصفة عامة، هذا ما أكدته (1996) *Sonja Mhunt* بقولها: " ليس وجود أعراض مرضية أو انخفاض وظيفة جسمية ما، هو ما يخل بحج ودة الحياة، لكن معناها، رمزيتها وأهميتها بالنسبة للفرد المريض، وهو ما يؤثر فعلا إذ بإمكان مرضى ما يعانون من نفس الوضعية الصحية عيش جملة من الحالات الوجودية المتباينة والمتراوحة بين الخيبة، فقدان الأمل، إلى السعادة. إنها إشارة إلى البعد التقديري الذاتي لجودة الحياة.

لكن ومن أجل تحديد أدق، لمفهوم جودة الحياة في مجال الطب أو الصحة، يعرف كل من (1990) *Powell*، *Shipper H.J* ، جودة الحياة بمفهوم معقد يخص الحالة الصحية، القدرات الجسمية، العقلية والاجتماعية وراحة الفرد. في الطب تحسين جودة الحياة يكون عبر التحديد أو التقليل والحد من آثار المرض السلبية، و آثار العلاج على الحياة اليومية للمريض". رغم أن هذا التعريف دقيق نسبيا في تحديد المفهوم باهتمامه بجودة الحياة المرتبطة بالصحة، مذكرا بمختلف مكوناتها وكذا أهداف وغايات التداول الطبي لهذا المفهوم، إلا أنه لم يشر إلى مميزات هذا المفهوم خصوصا فيما يتعلق بأنها تقدير ذاتي وموضوعي مرتبط بحالة أو وضعية ما وغير ثابت أو مستقر.

أما (1981) *Shilberg et Bromet*، فقدما تعريفا ربطا فيه المفهوم بالأمراض المزمنة، "جودة الحياة لدى المرضى المزمنين تمثل المرحلة المقبلة، لفهم حاجاتهم، أثر الخدمات على حياتهم، هو مفهوم ضروري لتحديد شروط حياة الأشخاص، معرفة تقديراتهم الذاتية التي يقومون بها وتحديد الخدمات التي بإمكانها تحسين ظروفهم الحياتية".

هذا التعريف رغم ظاهره البسيط، حاول أن يكون نفعيا وعمليا وركز على أهمية المفهوم في التداول الطبي اليومي خصوصا فيما يتعلق بالأمراض المزمنة، إذ ركز على أهمية المفهوم في التداول الطبي اليومي خصوصا فيما يتعلق بالأمراض المزمنة، إذ ركز على آثار المرض، الخدمات، تقديرات الأشخاص وكذا كيفية العمل على توظيف كل ذلك لضمان حياة متوازنة.

-3-2 التعاريف الإجرائية:

إن التعريفات الإجرائية مكونة من خلال الأهداف التي نريد الوصول إليها، هذه الأهداف تتمحور حول التقييم البسيط لأثار وعواقب المرض، لمعلومات مضبوطة لتوجيه البحث، العلاجات، وكذا لإعلام أصحاب القرار وتحسين جودة الوجود ورضي المستخدمين عن العلاجات وكذا الهيئات الصحية.

-3-2-1 الصراحة:

التقديرات الأولى المستخدمة في مجال الصحة وضعت لتكيم صحة الأفراد، باستخدام وسائل صادقة وثابتة طورت في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا لتقدير المعاناة المدركة ، أثر المرض، التوظيف الجسمي والرضي عن الحياة (Leplège, 1999, P15) أيضا عددا من الوسائل لقياس " الحالة أو الوضعية الصحية " أين ركزت الأسئلة على أعراض جسمية ونفسية؛ وضعية مرتبطة بالمجتمع ونظامه الصحي كما ترتبط أيضا بالعوامل المحيطة، العائلية والفردية وهو ما أوردته المنظمة العالمية للصحة في تعريفها للصحة كحالة من الكمال، حسب أبعاد جسمية، نفسية، واجتماعية.

أما Bergner, (1989, P148-186) فلخص الوضعية الصحية في أبعاد خمس هي:

1 -الأسس الوراثية

2 -الحالة البيولوجية، الفيزيولوجية والتشريحية للفرد

3 -الحالة الوظيفية

4 -الحالة العقلية

5 -الكفاءة الصحية.

-3-2-2 جودة الحياة المرتبطة بالصحة:

عند ظهور الحاجة لتقدير جودة الحياة فان تقديرات جودة الحياة المرتبطة بالصحة لم تكن موجودة لان الدراسات والبحوث كانت تركز على تقدير الحالة الصحية. أما مصطلح جودة الحياة المرتبطة بالصحة فتم وضعه وابتكاره لتبرير استخدام وسائل التقدير المتوفرة بتغيير وتحويل تسميتها . المنطق السائد كان ينطلق من أن التقديرات تركز على عوامل الوجود المتدهورة بفعل الصحة السيئة تسمح بالحصول على مؤشرات أثر المرض على جودة الحياة.

هذا المصطلح يعني انه بإمكاننا تحليل جودة الحياة في مكوناتها المرتبطة بالصحة أو مكوناتها غير المرتبطة بها (Leplège, p17.) المشكل المطروح يتمثل في كونها لا تأخذ بعين الاعتبار تداخل الحالة الحياتية مع عوامل

جودة الحياة و الوجود الأخرى مثل: تغيرات صورة الذات، العادات الحياتية، العلاقات الشخصية، المسؤوليات ،
الوضعية المهنية والمداخل مما يعقد من تفسير وتحليل النتائج.

بالنسبة ل *Patrick et Erickson, (1993)* " جودة الحياة المرتبطة بالصحة هي تلك القيمة المعطاة لمدة
الحياة من خلال الإعاقات ، المستوى الوظيفي، الإدراكات والطموحات الاجتماعية المتغيرة تحت تأثير المرض،
الإصابات ، العلاجات أو السياسة الصحية "

بالنسبة لأغلبية الباحثين جودة الحياة المرتبطة بالصحة تقدم طبع متعدد الأبعاد، تحديدها، قيمتها المتسلسلة أثناء
التقدير يشمل عموما أربعة أبعاد وهي:

- 1 -الحالة الجسمية للفرد (الاستقلالية والقدرة الجسمية)
- 2 -أحاسيسه الجسمية (أعراض، آثار وعواقب الصدمات أو التدابير العلاجية، الأم)
- 3 حالته النفسية (انفعالية، حصر، اكتئاب)
- 4 - علاقاته الاجتماعية وعلاقاته بالمحيط العائلي، الصدمات والمحيط المهني.

لكن من المهم الإشارة انه اذا كانت الوسائل المستخدمة لتقدير جودة الحياة تعطي قيمة ووزنا للعوامل الوظيفية ،
ربما بسبب سيطرة النموذج الطبي الذي يركز على كفاءات القيام بوظائف ومهام يومية، و الاستقلالية لمتطلبات
الأدوار الاجتماعية والمهنية، فإن هذا التوجه يهمل تعدد القيمة التي يعطيها الأفراد لهذه الأدوار أيضا وتحت
مبرر الحصول على ادراكات المفحوصين قد يصل الباحث أو المقدر إلى تحصيل أحكام المهنيين فقط
Leplège (P17) هذا لان تقديرات الأفراد قد تخالف تماما تقديرات المهنيين ، كما أن للأفراد كفاءات مختلفة
في التعايش مع الأمراض المزمنة ، وقد يكون تقدير المستوى الوظيفي من قبل الطبيب، بدرجة ضعيف في حين
يعبر تقدير المريض عن مستوى تعايش جيد وجودة حياة عالية.

-3-2-3- جودة الحياة:

إن التعريف المقدم من قبل الم منظمة العالمية للصحة لجودة الحياة ' إدراك الفرد لمكانته في الوجود في النسق
الثقافي ونسق القيم والمعايير الذي يعيش فيه، في علاقاته بأهدافه وانتظاراته، قيمه اهتماماته ومخاوفه
(94),OMS، وضع الإشارة على عنصر هام هو الثقافة وحددت بذلك مشروع المنظمة الهادف إلى تطوير
ووضع تقدير مرضي ومتقبل عالميا.

حسب *Nordenfelt, (1994)* تقدير جودة الحياة يتطلب الاهتمام بـ:

- 1 -الإدراكات، الأحاسيس، الانفعالات والأفكار لدى شخص ما.
- 2 بكافة نشاطاته، وأفعاله.

3 - بكافة نجاحاته.

4 - بكافة الأحداث، والعوامل المؤثرة فيها.

أما *Marilyn Bergner*, (1989) فحددت مجالاته في:

1 - الأعراض.

2 - الحالة الوظيفية.

3 - النشاطات المرتبطة بالدور الاجتماعي.

4 - التوظيف الاجتماعي.

5 - النوم والراحة.

6 - الحالة أو الوضعية الانفعالية.

7 - المعارف.

8 - إدراك الصحة.

9 - الرضي والإشباع العام في الحياة.

لكن جودة الحياة يمكن أن تعرف أيضا في علاقاتها بالحاجات المدركة من قبل المفحوص ، ماهي هذه الحاجات والرغبات التي يطرحها لتقدير جودة الحياة؟ هل ينبغي " الاكتفاء بالقيم التي تعطي للحياة معناها، بنيتها وثنائها " كما يراه *James Griffin* الذي يقترح:

1 - التحقيقات والنجاحات الفعلية.

2 - الاستقلالية، الحرية، المتعة لوجود مادي مريح وجيد كحد ادنى.

3 - تفهم الذات، وتفهم العالم حولنا.

4 - إمكانية تقدير الجمال، السعادة في الحياة

5 - بناء علاقات شخصية أصيلة مع أشخاص آخرين.

لكن *Griffin* نفسه لاحظ أن هذه الحاجات والرغبات تشكل مجالا واسعا صعب التحقيق والإشباع، (*Mecall*, 1975) يضيف أن رغباتنا ترتبط بما نعتقده، تربيتنا ومحيطنا الثقافي، هي ممكنة التحكم أكثر من الحاجات أما في تقدير جودة الحياة فهو لا يعترف إلا بالحاجات المشتركة بين الجميع، مهماً بذلك الحاجات الخاصة.

وهنا يمكن التساؤل هل من السهل الفصل بين الرغبات والحاجات، إلا يستحسن اعتبارهما قطبين لنفس التواصل الاصطلاحي؟

(*Maslow*, 1984) يعترف أن الحاجات الفيزيولوجية الأساسية يرافق عدم الإشباع باضطرابات سلوكية (الأكل، الشرب، النوم، الحصول على سكن)، الحاجة للأمن (الحماية والوقاية عند الإصابات والحوادث،

الاستفادة من التأمين الاجتماعي، إشباع الحاجات الفيزيولوجية) ، الحاجة للحب، للتقدير ولتقدير الأخر تأتي في المرتبة الثانية، في حين تأتي الحاجة للحصول على درجة من الرضى عن الذات والإحساس بالسعادة في المرتبة الأخيرة.

في حين تساير (1992)، *Sonja Hunt*، التداول المتبع مشيرة إلى " أن كل وضعية مرضية ترتبط وتتداخل بشكل خاص بكفاءات الأفراد لإشباع حاجاتهم، فإذا كانت الحاجة المدركة مشبعة، جودة الحياة تكون مرتفعة والعكس صحيح، النقطة الأساسية تكمن في فهم أهمية الحاجات المدركة من قبل المفحوصين وليس المحددة من قبل الأطباء".

من هنا خلاص (1992)، *Lepège*، إلى الحصول على تعريف عالمي لجودة الحياة يبقى مشروعاً مطروحاً جداً وصعب التحقيق، لكن ماهر موجود من تعاريف وتداولات يعتبر مؤشر على أننا في المسار الصحيح.

-3-2-4 الصحة الإدراكية:

هو مفهوم اقترحه (1957)، *Denis Bucquet*، قريب من الصحة المدركة ومختلف عن التقدير الذاتي للصحة، اختلاف يمكن في إثبات أو إقرار مفهوم عبر إجاباتهم على استبيانات وضعها خبراء اعتباراً من استجاباتهم تعكس فعلياً وجهة نظر هؤلاء.

" وجهة نظر " حسب (Litré)، مفهوم " تموضع في المكان الذي من خلاله يلاحظ الشخص الموضوع " أي المكان أو الزاوية التي يحتلها الفرد لملاحظة موضوعه أو مشهده، حسب، الإمكانية الأفضل " مما يعني اختلاف الوضعيات وبالتالي وجهات النظر.

في مجال جودة الحياة، تكون أمام وجهتي نظر؛ إحداها للطبيب المختص والثانية للمريض نفسه. وضع يتطلب من الباحثين والمختصين اهتماماً خاصاً بوجهات نظر المرضى لتحديد الحاجات وأخذها بعين الاعتبار عند إعداد الاستبيانات والوسائل في هذا المجال، يورد المختصون ملاحظات عديدة:

- 1 تحديد حاجات المرضى من قبل مهنيي الصحة، يتم حسب تقنيات يحددها الأطباء، كالحاجة للحركة التي قد تتطلب تركيب عضواً اصطناعياً مثلاً... لكن دون إهمال الاهتمامات ووجهات نظر المرضى.
- 2 تعريف أَل OMS للصحة كحالة من الكمال، هو مرجعية مثلى صعبة التحقيق، فكل فرد حاجاته بدءاً من المعلومة التي تسمح باستخدامها من قبل المسؤولين لتحسين الحفاظ على النظام الصحي والعلاجات إضافة إلى صعوبة التواصل لتعريف عالمي مثالي.
- 3 بهدف وضع مؤشرات تمكن السلطات السياسية العمومية من تحديد وتعريف حاجات دنيا واعتباراً أن كل حاجة دنيا ينبغي أن تشبع. طبياً هذه الوسائل تهدف إلى تقدير الدرجة التي من خلالها يكون الأشخاص

قادرون على توظيف أدنى لكل راشد في صحة جيدة للمشي، اللباس، العمل . لكن هذا الاتجاه أهمل جملة من الحاجات المحسوسة والتي تحتاج دوماً إلى إشباع.

4- الحاجات قد تقدر نسبياً حسب الكفاءات المتوسطة لمجتمع ما، لكن ينبغي اعتبار الفوج أو الجماعة كمرجع، جماعة أو فئة معينة ذات حاجات خاصة قياساً بالمجتمع الأصلي.

5- وسائل أخرى تعتمد على تقدير الأشخاص أنفسهم، لتحديد الفرق بين وضعيتهم الحالية والوضعيات التي تشبع فيها حاجاتهم . نعني بذلك الوسائل المكيفة لتقدير العلاجات الصحية الأولية انطلاقاً من أن إدراك الفرق هو الذي يدفع بالأشخاص إلى استشارة الطبيب وطلب الفحص.

6- لكل ذلك تم اقتراح تحديد الحاجات بالرجوع إلى استفسار مجتمع ما بكليته، وحاجات الفرد مقدرة في علاقته بثوابت ومقاييس تم التأكد من قبولها من طرف الآخرين . لكن متوسط آراء عدد كبير من الأفراد قد لا يرتبط ولا يعبر عن تجربة كل فرد مما يخل بمصداقية التقدير . هذا ما يجبر المختصين عند اختيار أي وسيلة قياس على التساؤل، كيف تم تعريف الحاجات التي تتطلب إشباع أو من قام بتعريف ذلك؟

من خلال كل ما ورد ذكره يمكن أن نخلص إجرائياً إن حدود البحث وأهدافه، وإجراءاته تركز في الدراسة على جودة الحياة كإدراك للفرد لمكانته في الوجود في إطار الثقافة والقيم المميزة للمحيط الجزائري، إدراك كما وضعته أُل OMS، إدراك وتقدير يرتكز أساساً وبوضوح على الوضعية الحالية والحقيقية للفرد، جسمية، نفسية واجتماعية حسب (92) Jenkin.

مما يعني أن التعريف الذاتي للوضعية المقدرة من قبل الفرد ذاته لحالته في علاقاتها بوضع صحي خاص، يتمثل في الإصابة بداء السكري كمرض مزمن ذي عواقب وتعقيدات عديدة . بمعنى آخر جودة الحياة المدركة في ارتباطها بالصحة المقدرة ذاتياً رغم عدم إهمال الطالب للتقدير الطبي، عبر الملفات والنتائج المقدمة من طرف الأطباء.

إنه تقدير ذاتي للعلاقة أو التدهور الذي يصيب عناصر جودة الحياة المرتبطة بوضعية صحية (مرض، أو داء) (السكري).

4- مجالات ومكونات جودة الحياة:

يتفق الباحثون والمختصون في مجال الصحة أن جودة الحياة كل أو تجميع مركب ومعقد، يضم ميادين عديدة جسمية، عقلية واجتماعية على وجه الخصوص.

ميادين تقدر حسب معيارين، موضوعي من طرف ملاحظ، طبيب أو فاحص، تشخيص طبي شمولي، فحوص شبه عيادية، أشعة، تخطيط دماغ، تحاليل، وآخر ذاتي من قبل المريض ذاته أو ما يعرف بالصحة المدركة، وذلك بهدف الوصول إلى تقدير أكثر دقة وموضوعية.

حسب هؤلاء الباحثين جودة الحياة في معناها الشمولي تضم من ثلاثة إلى ستة ميادين، منها أربعة أساسية :
الكفاءات الوظيفية، العلاقات والنشاطات الاجتماعية وأخيرا الراحة المادية المكانة الاجتماعية والاقتصادية (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002).

المرور من تقدير الحالة الصحية إلى تقدير جودة الحياة الذي عرف كمفهوم أول منذ 20 سنة خلت، ارتبط بعدها بالصحة ليدل على الحالة الوظيفية للأفراد و أثره على توظيفهم الجسدي والنفسي والاجتماعي ، (Patrick et al, 1992) هي تقدير للجوانب الوظيفية، العلائقية والنفسية للحياة في ارتباطها بالمرض (صدمة أو إعاقة) بالعلاجات والمساعدات المالية (التأمين على المرض).

أما، وسائل التقدير فلا تحدد دوما في قياساتها تعلق الأمر بجودة الحياة المرتبطة بالصحة وتركز غالبا على العموم على (مقياس الراحة وجودة الحياة)، في حين جودة الحياة تركز غالبا وتهتم بالقدرات الوظيفية للأفراد كالقيام بمهام أو وظائف أو نشاطات يومية، ووظائف عالية، اجتماعية أو مهنية، وهو الحال في مقياس MOS- أو SIP مثلا.

4-1 المجال النفسي لجودة الحياة:

حسب (Marilou Bruchon - Schweitzer , p52) تضم جودة الحياة الانفعالات، الحالة العاطفية الايجابية، وبالنسبة للآخرين تضم أيضا غياب الوجدانات السلبية (حصر، اكتئاب)، وهم بذلك يقترحون أكثر من مفهوم الصحة النفسية أو الراحة الذاتية كمفاهيم واسعة نوعا ما، لأنها تضم تفاعلات معرفية كالرضي عن الحياة.

أما الكفاءات والقدرات العصبية النفسية، المعرفية والنفس وحركية، فيصنفها بعض الباحثين في البعد النفسي، وآخرون ضمن بند الصحة الجسمية والقدرات الوظيفية . (Marilou - Bruchon - Schweitzer, 2002) تقول: نضن انه من الأكثر وضوحا تصنيف كل الاختلالات والاضطرابات المتعلقة بالتوظيف النفسي للفرد (ذاكرة، تركيز، تعب، اكتئاب..) ضمن المجال النفسي في ارتباطاته بالصحة والذي قد يتأثر بالحالة الصحية للفرد أو بالعلاجات التي يتلقاها. بعض الباحثين يضيف مفاهيم دينامية فاعلة كالنمو الشخصي، تحديد وتحقيق الذات، الإبداع، معنى الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية وفهم العالم، في حين يقترح آخرون وضع قيم الإنسان في بعد إضافي خاص.

أخيرا يقترح المختصون لضمان تقدير ذاتي جيد للبعد النفسي لجودة الحياة بإضافة وسائل تقدير مكملة، كالاختبارات التي تقيس الفقدانات أو الفعاليات المتعلقة بالقدرات العقلية، بواسطة الملاحظة مثلا، أو سلاسل تقدير موضوعية من قبل ملاحظين آخرين، لتقديم توضيحات وتفسيرات للإعراض أو المشكلات النفسية.

4-2 المجال الجسدي (الفيزيقي) لجودة الحياة:

يضم هذا البعد عناصر عديدة للصحة أهمها الصحة الجسمية والوظيفية، والكفاءات الوظيفية التي تنقسم بدورها إلى مكونات جد دقيقة، فالصحة الجسمية تضم الطاقة الحيوية (التعب، النوم، الراحة، الآلام، الأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية). في حين تشمل القدرات الوظيفية : الوضعية الوظيفية، حركية الفود، النشاطات اليومية التي بإمكانه القيام بها ومدى استقلاليتها أو ارتباطه (حاجته للمساعدة)، لذا يظهر أن فصل الاختلال النفسي عن الجسيمي والاجتماعي في تداخلهم وتأثيراتهم المتبادلة، افتراضي أو اصطناعي لتسهيل التداول لا غير.

عمليا تقدر العوامل الجسمية والكفاءات الوظيفية بطريقتين: موضوعية خارجية (طبية مثلا، فحوصا عيادة) وشبه عيادة وأخرى ذاتية، داخلية تسمح بالكشف عن التمثيلات، الإدراكات والمعاش الذاتي للصحة من قبل الفرد ذاته.

ذلك أن تقديرات الصحة الأكثر استعمالا كمعايير، هي عبارة عن معطيات عادية تجمع من الملفات الطبية للمرضى، نتائج التحاليل والفحوصات، وسلام تقدير يملؤها الأطباء، مكونة عادة من قائمة أعراض أو اضطرابات نذكر منها:

SIRS (Seriousness of illness rating scale)، ل *Wylter et all, (1968)*، الذي يتكون من 126 مرض أو عرض. لكن لأعراض أكثر عملية (التكلفة)، منه نظرية (اهتمام برأي المريض)، تستخدم سلم تقدير ذاتي دقيقة ابسطها سلم *Likert* أين يقدر المفحوص صحته من "سيئة" إلى "ممتازة".... أو لمدى استخدامه أو استفادته من المصالح العلاجية (عدد الفحوص، الاستشفاءات على مدى زمني معين). كما توجد تقنيات أكثر دقة وتعقيد ي قوم من خلالها المفحوص بتقدير تواتر أو شدة الأعراض (سلم 90، *JSCL*) ل *Derogatis , (1994)*، المكون من 90 عرضا.

أحيانا في سلم واحد أو أداة، يقدر كل من الأطباء والمرضى الوظيفة بملء الوثيقة أو الاستبيان، كما هو الحال في سلم *Karnafsky et Chenal, (1994)* الذي يسمح بتقدير الكفاءات الوظيفية للمرضى في علاقاتها باستقلاليتهم أو مدى ارتباطهم في النشاط اليومي.

يتوفر الميدان أيضا على سلم تقدير لجودة الحياة المدركة مثل *SIP (Sickness Impact profil)* ل *Berner et all, (1981)* وغيره وهي بروفيلات تجزم أنها تأخذ بعين الاعتبار وجهة نظر المريض لحالته الصحية، لأثر الأمراض والعلاجات على قدرته الوظيفية.

رغم تلقيها لاعتراضين: الأول؛ عدم القدرة على التفريق بين المرضى الذين يعانون مرضا شديدا، وعدم تكييفها لملائمة عامة الناس، و الاعتراض الثاني المتمثل في عدم قدرتها على القياس الفعلي للخبرة الذاتية للمفحوصين أي الصحة المدركة (*Bukert et all, (1996)*، وضعها من قبل مختصين دون الرجوع إلى تحليلات حوار المرضى.

3-4 المجال الاجتماعي لجودة الحياة:

تشكل العلاقات والنشاطات الاجتماعية الميدان الثالث الهام لجودة الحياة . عموما تتعارض الحياة الاجتماعية مع الانعزال والانسحابية وهذا في جوانب عديدة : عائلة، صداقة، مهنية، مواطنة ..، هذا اعتبارا من أن التوظيف الاجتماعي يفترض شبكة علاقات كافية كميًا (الاندماج الاجتماعي الفعلي)، وكيفيًا (المساندة الاجتماعية).

لتقدير وقياس الصحة اجتماعيا أي الجانب الاجتماعي و المعرفة با لمشاركة أو الاهتمام بالنشاطات الاجتماعية (عائلية، صداقة تسلية، حياة مهنية، علاقات عاطفية، حياة مدنية)، توجد سلالم عديدة مثل سلم NHP، أو WHOQOL-26 أو المائة (100) بند.

Griffin, (1980) أصر عند التقدير على الكيف عوض الكم في العلاقات الاجتماعية وذلك بأخذ معايير مثل أصالة أو حقيقة العلاقات، أما (Flagnan, (1982) فيرى أنها الكيفية التي يقدر من خلالها الفرد نشاطاته الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعي)، الإحساس بتحقيق الذات، الفشل والنجاح..، هي مؤشر اجتماعي جيد.

حاليا، مهم اعتبار الشبكة الاجتماعية الفعلية للإفراد والمتمثلة في البيئة، الشدة، التوزيع الجغرافي، تواتر العلاقات، ومتانتها، الانتماء الاجتماعي والجانب الكيفي مثل المساندة الاجتماعية المدركة من قبل الفرد، هل هي ضعيفة أو قوية (Howling, (2001). حسب هذا الباحث من بين 33 وسيلة قياس للمساندة الاجتماعية، يخلط اغلب المفوضين بين الشبكة الاجتماعية والمساندة الاجتماعية المدركة.

جودة الحياة الاجتماعية، تقدر عموما بواسطة وسائل واسعة (عامة)، مع وجود سلالم خاصة تستكشف التوظيف الاجتماعي للأفراد، الذي يمكن تقديره من طرف شخص لآخر (*) [قياس غيري)، خصوصا في الوضعيات العلاجية، وهو ما يسمح به مثلا سلم (Social Interview Scale) SIS، المستخدم مع مرضى عقليين من قبل (Bronish et Hecht, (1990)، أو من قبل الفرد نفسه كتقدير ذاتي كما هو حال سلم SAS، الذي يقيس الضبط أو التكيف الاجتماعي Social Adjustment Scale، ل (Rook, (1990) لذا فمن المهم تقدير التوظيف الاجتماعي للأفراد بتكليف التقنيات ووسائل القياس ووجهات النظر .

على سبيل المثال يمكن ذكر وسيلتي قياس لتقدير الشبكة الاجتماعية للفرد وهما:

ال (Inventory of socially supportive behaviors) ISSB، جرد سلوكيات المساندة الاجتماعية، (1980), BARRA, et all المتكون من 40 بندا تسمح بتقدير أربع أنماط من العلاقات مع المحيط : الانفعالية (من يسمعنا ويهتم براحتنا؟)، الوسائلية (من يقرضنا المال، يساعدنا على التنقل)، المعلوماتية (من يحمل لنا الأخبار، النصائح، التغذية، الرجعية)، ونشاطات الجموعة (من يدفعنا للقيام بنشاطات جماعية، ويحدثنا عن أشياء تهمننا؟). التقدير هنا هو تقدير ذاتي ملائم للبعد الاجتماعي لجودة الحياة.

أما الـ (Loneliness Scale) L.S ، سلم تقدير الوحدة لـ (Russel et all) فيضم في نسخته المراجعة عشرون بنداً لقياس الوحدة أو العزلة مثلاً : " من الصعب الحصول على أصدقاء"، والاندماج الاجتماعي مثل : هناك أشخاص أحس أني قريب منهم ". هو سلم ثم التأكد من صدقه الداخلي وثباته بعد القياس القبلي والبعدي . درجة العزلة بدت مرتبطة جداً بالحصر والاكتئاب.

بالإضافة إلى المجالات الثلاثة المشكلة لجودة الحياة يضيف المختصون أحياناً الراحة المادية أو القيم الروحية والمعنوية. كما يخصص البعض جانباً لمكونات خاصة مثل الرضى عن الحياة، الراحة أو جودة الوجود الذاتي أو الصحة، التي تعتبر مرادفات لمصطلح جودة الحياة، هذه العناصر هي:

4-4 الرضى أو الارتياح في الحياة:

بداية، ركزت الدراسات الاجتماعية على الارتياح المادي والظروف الوجودية (الحياتية) المؤدية إلى تقدير إيجابي للحياة من قبل الأفراد، لتهتم فيما بعد بالرضى والارتياح في الحياة . هذا التفعيل المعرفي يضم المقارنات بين حياة الفرد ومعايير المرجعية (القيم المثالية). إنها التقدير الشمولي لحياته حسب (Pawoot et all 1991)، أما بالنسبة لـ (Dinner, 1994) فمفهوم الرضى يدل على حكم واع شمولي للفرد عن حياته، ويمكن تحليله بدوره إلى مجموعة من الميادين الخاصة (مهنة، صحة، عائلة، مال، ذات، جماعة، انتماء..)، يمكن تقدير هذا المجال بقياس أو سلم SWLS أي سلم تقدير الرضى عن الحياة لـ (Dinner et all, 1995) .

4-5 السعادة:

مفهوم نشأ وترعرع في ميدان الفلسفة، وظل إلى سنوات الستينات يعني حالة شخص، تميزه الوجدانات الإيجابية عن السلبية، تدريجياً تطور ليستبدل بمكونات الراحة الذاتية، أو الوجود الجيد وغياب الوجدانات السلبية ووجود الإيجابية، الإشباع أو الرضى الشمولي.

بعض الباحثين في علم النفس منذ الثمانينات كـ (Argyl et all, 1989) ، (Eyen, 1990) ، (Buss, 2000) ، Myrr, 1993 أعادوا لهذا المفهوم اعتباره فهو يعني عندهم : " استعداد أو حضور شخصي مستقر نسبياً يتمثل في الإحساس المتواتر بأحاسيس وانفعالية ممتعة أو سعيدة (فرح، لذة، بهجة، انشاء..)، الإحساس بالرضى عن الحياة ، وأخيراً الإحساس النادر بوجدانات سلبية (ضيق، حصر، اكتئاب، عدوانية).

أما (Muss Chehenga, 1997) فيرى أن السعادة مفهوم "متعدد يضم ثلاثة مكونات أساسية، انفعالية إيجابية (متعة)، معرفية تقديرية (الرضى تقدير النجاح في تحقيق الأحلام)، وسلوكية (الجودة والامتياز)، تقدير ذاتي للنجاح في النشاطات.

يفصل في تحليله للمكونات بين المكونات الذاتية المذكورة سلفاً، وظروف تحقيقها (المصادر المالية، القدرات والكفاءات الشخصية، الحظ)، هو لا يعتبرها عنصراً أساسياً أكثر من غيره، لكن إسهاماتها قد تكون موجودة لدى بعض الأشخاص على الأقل (p6), Marilou Bruchon- Schweitzer.

من أشهر مقاييس تقدير السعادة نذكر OHI سلم السعادة ل (Oxford Happiness Inventory) ل Argy et al (1989), والمتكون من 29 بنداً.

4-6 الراحة أو الوجود الجيد:

يضم بدوره تفعيلاً معرفياً (رضي عن الحياة) وانفعالية (عاطفية، ايجابية وسلبية)، يعرفه () Rolland, (p67 2002 عبر معايير أساسية ثلاثة:

- ذاتي لأنه تقدير ذاتي لا علاقة له بالظروف الحياتية الموضوعية (الراحة المادية)

- مرتبط بتقدير ايجابي شمولي لحياة الفرد (رضى عن الحياة)

- لا ينحصر في غياب الانفعالات السلبية (التي تقيسها سلم الحصر، الاكتئاب، أو العدوانية) لارتباطه بوجودات سعيدة (عاطفية ايجابية).

Dinner, (1993, p108) ربط بين الراحة وجودة الوجود والخبرة الشمولية كالا استجابات الايجابية تجاه حياة الفرد بعينها ويدمج بين الخاصية الدنيا مثل الرضى أو الإشباع في الحياة ودرجة المتعة أو الاستمتاع والتلذذ.

نموذج Dinner ثم اعتماده ميدانيا وتم التحقق من صدقه بنجاح، فهو يكتسي أهمية دمج التفعيلات المعرفية (التقدير، الأحكام، المؤثرات) والسيرورات الانفعالية. وذلك بالاهتمام بالانفعالية الايجابية والسلبية، لان الإحساس بالراحة وجودة الوجود لا يرتبط فقط بغياب الأعراض النفسية (وهو التعريف الأول) ولكن أيضا بوجود انفعالات وحالات متعة (لذة، فرح، إشباع، سعادة، اهتمام، فضول...) مضاف إليها الرضى عن الحياة الذي يتم تقديره بمقاييس جودة الوجود الأكثر انتشاراً.

تقدير جودة الوجود يتم بواسطة مقاييس عديدة تعتبر أنها تقدر هذا المجال، في ميدانين أحدهما واسع (جودة الحياة) وآخر أضيق (الرضى عن الحياة الصحة) ؛ منها مثلاً : مقياس GPWB ل Duppay , 1984 وهو مقياس ذاتي مكون من 22 بند، ويضم ستة أبعاد (الحصر، الاكتئاب، جودة الوجود الذاتي، الجودة العامة الحيوية، والتحكم وضبط الذات، لكن ثبت انه ضعيفا حسب (p42), Leplège.

ومقياس الوجود QWBS ل (fansh et Bush, 1970), والذي سمي في البداية (Heath Statut H.S.I index) يضم قائمة تشمل 23 مشكل صحي وثلاثة مقاييس تحتية تتناول التحديات والصعوبات الوظيفية التابعة لها.

هناك مقاييس اخرى كـ *Bradley(94)* ، المسمى استبيان الوجود الجيد (او جودة الوجود) ، *W B Q* ، و *(Well being questionnaire)* الذي يقيس 4 أبعاد هي : الحصر، الاكتئاب، جودة الوجود (الايجابي) ، و الطاقة. من عيوبه ؛ عدم استقرار البنية العائلية من فوج مرضى لآخر ومن بعد لآخر . *(Power et all, (1977), Pincu et all, (2000)*

للإشارة إذا كان تعريف *(94) Dinner* لجودة الحياة لها غير متصلة أو مرتبطة بتعريفه لها . لان الكثير منها لا يحتوي على تقدير خاص بالرضي أو قد قوبل بالرضي . فان سلاله تقديره الإشباع . و بعضها ركز على جانب كالصحة، الحيوية، و الطاقة مهملًا جوانب أخرى مهمة . رغم اعتماد البنية الثلاثية الأبعاد من قبل أغلبية الدراسات والأبحاث. *(Roland, (2000 ,PP 6, 7)*

من هنا يمكن اعتبار جودة الوجود، حسب هذا تناول، مفهومًا مركبًا و متعدد الأبعاد . بندا تحتيا لجودة الحياة . التي اذا كانت تضم ما يسمى بالسعادة و الرضى عن الحياة فهي لا تختلط مع مفهوم الرخاء أو الراحة المادية أو مع ما يسمى اليوم بمفهوم الصحة.

5- قياس وتقدير جودة الحياة :

بدا واضحا أن جودة الحياة مفهوم معقد، يتشكل من تشابك وتداخل مجموعة من الميادين والأبعاد التي يصعب ضبطها أحيانا و تحديدها . لكن من المنطق عليه بوضوح الآن، أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة أو الحالة الصحية هي مصطلح يستخدم للدلالة على أن التقدير يركز على عوامل متصلة مبا شرة بالصحة , في حين تتضمن جودة الحياة عناصر أخرى من الحياة مما يعني اتساع مفهومها وشموليته.

تقدر جودة الحياة عبر مقاييس و صفها *(Jean Michel Benoit,2000)* بأنها ليست :

-مؤشر أو مقياس خطورة مرض.

_ ولا تقدير كفاءة جسمية أو عقلية.

-ليست قائمة رصد أو ضبط أعراض و تصنيفها.

-أو تحديد لقائمة آثار ثانوية.

- أو وسيلة تقدير أعراض.

Charlow، يعرفها بأنها "تقدير لآثار، رضى أو عدم رضى محسوس؛ من قبل المريض عن حياته الحالية، بعيدا عن تقدير مهني الصحة" *(Charlow, (1977, PP 2-9)*

الباحثون و المختصون في مجال جودة الحياة المرتبطة بالصحة، يتفقون بان تقديراتهم تتم عبر تحليل إجابات أو استجابات أفراد على استبيانات مقننة. وكل استبيان يتكون من مكونات أربع :

Leplège, (p31).

1- مجموعة من الأسئلة، تسمح بتعريف و تحديد مختلف حالات الصحة . أسئلة تجمع في أبعاد أو مصطلحات يسلم أو يعتقد أنها مرتبطة بجودة الحياة؛ كالحركة، الحياة والعلاقات مع الآخرين.

2- مجموعة قيم ذاتية مرتبطة بحالات ممكنة، يفترض أنها تعكس التدرج الضمني في علاقته بالصحة.

3- وظيفة إعطاء قيمة ما لكل حالة ممكنة، مما يسمح بتقدير درجة أفراد أو حاصل يثبت العلاقات بين إجابات الأفراد على الأسئلة و تقدير مختلف المصطلحات المستفسر عنها.

4- العنصر الأخير ويتمثل في الأدبيات المرجعية التي تسمح بفهم و تفسير دلالة التقديرات المتحصل عليها.

5-1 - أنماط ووسائل التقدير المستخدمة :

يمكن تصنيفها كالتالي :

5-1-1-مصادر الأسئلة : الأسئلة ونسق جمع الإجابات التي يمكن أن تأتي من مصادر مختلفة؛

- الخبراء : كالمختصين في القياس النفسي الذين اعدوا وسيلة القياس.

- جماعات المرضى أو المفحوصين.

- الأطباء.

- العاملين الاجتماعيين و آخرين.

5-1-2 حسب طرق تقدير و حساب النتائج :

إذ يمكن حساب النتائج بكل بساطة بجمع قيم إجابات الأفراد عن كل سؤال, قد تكون القيمة مثلا مقدرة بواحد عن الجواب بنعم و صفر عن الإجابة بلا . أو حسب تفضيلات الأفراد موضوع الدراسة أو مجموعة من المجتمع الأصلي أو بطرق إحصائية بالرجوع إلى الجماعة المرجعية.

5-1-3 - حسب نمط القياس المتحصل عليه :

أين نجد نمطين من الوسائل هما :

- الفهرسة التي تسمح بحساب نتيجة عامة شمولية.

- البر وفيل أو الصفحة، الذي يعطي نتيجة لكل بعد مدروس لجودة الحياة.

5-1-4 حسب العينة أو المجتمع المعني :

القياسات العامة أو الجنيصة التي تقدر الحالة العامة للمفحوصين مهما كان مرضهم . و هي قياسات نالت رضي وتشجيع مقررري الصحة العمومية لأنها تسمح بالمقارنة بين بين جماعات المرضى بأمراض مختلفة.

القياسات المتخصصة لمرض ما أو لمجموعة تعاني مرضا معينا . أي سلم خاص لقياس جودة حياة مرض معين.. هنا ينبغي الإشارة أن لكل مقياس مزايا و عيوب. (*Beautiful*, (1996)

فالقاسات الجنيصة تتسم بالصدق و تسمح بالكشف عن التغيرات التي تمس الأبعاد المختلفة . كما أنها تسمح بالمقارنات بين مرضى يعانون من اضطرابات مختلفة . لكن من عيوبها عدم التخصص ، عدم الحساسية للتغيرات و طول الاستبيان و تكلفته.

أما القياسات المتخصصة ، فهي قريبة للتقدير و الحكم العيادي ، حساسة للتغيرات . لكن يعاب عليها عدم السماح بالمقارنات، محدودية الاستخدام لأمراض معينة و عدم تقديرها لأثار منتظرة و متوقعة.

أمام هذه الإشكالية يقترح المختصون حلا لضمان تقدير قريب من الدقة و الموضوعية ح يتمثل في استخدام مقياسين معا؛ عام و متخصص.

5-1-5 حسب نمط القياس :

بمعنى أن كل وسائل القياس تركز على عناصر جودة الحياة وفق عمليات إحصائية و حسابية مطبقة للقياسات التي تقوم مختلف الوسائل؛ هذه الأخيرة اسمية، رتبوية فئات، قياسات فروق أو نسب. (*Leplège*, (1999)

5-2- أنواع التقديرات :

5-2-1- القياسات الجنيصة لجودة الحياة :

قائمة هذه القياسات طويلة (*Leplège*, (1999) و (*Nordenfelt*, (1999). الكثير من الباحثين يستخدمون مفاهيم و أسماء مطاطة و مرنة . فمقياس تقدير جودة الوجود أو الصحة قد يسمى؛ مقياس تقدير جودة الحياة أو العكس. لذا لا ينبغي الثقة في اسم الوسيلة لكن في الأبعاد و الميادين التي تقيسها . فبعضها يخص جودة الحياة الشمولية و آخر جودة الحياة المرتبطة بالصحة. تحديدا هي تختص بتقدير عواقب و آثار الحلة الصحية على جودة الحياة و ليس جودة الحياة بصفاتها الشمولية.

-5- 2 - 2- مقاييس جودة الحياة المتخصصة :

هي مقاييس تقدير أو قياس متخصصة. أعدت لتعريف و تحديد مجتمعات عيادية خاصة و معينة بصفة دقيقة و حساسة؛ (مرضى يعانون الألم، السرطان، القلب، الأرق، أو الآم المفاصل...الخ). تستخدم لتقدير اثر مرض ما بصفة دقيقة أو اثر طرق علاجية ما ، و فقدانات أو تطور مرضي في إطار التسلسل الزمني. *Marilou Bruchon-Schweitzer(, P 76)*

هي تقديرات تسمح بالحصول على الفروق داخل نفس الفوج أو الجماعة؛ أي أفراد من نفس المرض فقط دون إمكانية مقارنتهم بمرضى آخرين. يمكن ذكر الأمثلة التالية :

-5- 2 - 2- 1مقياس تقدير اثر داء المفاصل (L'AIMS): أي (*Arthritis impact measurement*) ، اعد من طرف مركز أبحاث جامعة بوسطن (*Boston*)، (*Meenan et all(1982)*).

تكون المقياس في البداية من 57 بندا تجتمع في 9 أبعاد أو محاور وهي :

الحركة، النشاط الجسمي، النشاطات اليومية، الأعراض، الصحة المدركة الشمولية، الانزعاج الوظيفي، شدة الألم..الخ.

تطبيق المقياس تم على عينة مكونة من 625 مفحوص. مما مكن الباحثين من تحسين المقياس واقتراح نسخة ثانية منه (2. L'AIMS R)، في شكلها المطول. لتضم النسخة الجديدة 78 بندا و12 بعد. وهي النسخة المعدلة والمراجعة (2. R L'AIMRS) التي صدرت عام 1995.

الفرنسيون كيفوا النسخة بالتطبيق على عينة من مرضى التهاب المفاصل (*Guillemin, 1997*) ، وقد قدموا نسخة أي سلم اثر داء المفاصل الروماتيزمي (L'EMIR) المكون من 26سؤا لا أو بند. يسمح بتقدير جملة من الأبعاد الصادقة الثابتة ممثلة في؛ الحالة الجسمية، النفسية، الاجتماعية، المهنية و الأعراض.

استخدم L'EMIR، للتقدير الذاتي لجودة الحياة ، لتقديرات بيوطبية و عيادية، تقدير الحالة الوظيفية لدى 60 فرنسيا، ذكورا تلقوا متابعة طبية لمدة سنتين . التحليل ألعاملي للعناصر ن عند نهاية العلاج مكن من تحديد عنصرين هامين مفادهما: تقدير جيد جودة الحياة الجسمية التي تضم المؤشرات الموضوعية المدركة . وجودة عالية للحياة النفسية أي البعد النفسي. (*Agnene, (1999, p234)*).

-5- 2 2 - مقياس قياس جودة الحياة لدى السرطانيين (30 Q L Q . C):

مقياس أعدته أل (*EROTEC*)؛ المنظمة الأوروبية للبحث و علاج سرطانات الرئة، (*Aaron et all (1993)*) تم تكييفه و تعديله فيما بعد ليشمل بقية أنواع السرطانات.

يتكون المقياس من 30 سؤالاً، مقسمة على تسع أبعاد أو محاور تخص جودة الحياة وهي؛ الحياة الجسدية، التحديدات في النشاط والحركة، الحالة المعرفية، الحالة الانفعالية، العلاقات الاجتماعية، الغثيان، التعب، الألم والحالة الصحية العامة. التحليل الذي تم بتطبيق المقياس على 500 حالة سرطان أكد ثبات، توازن و صدق السلم.

طبق الاختبار في فرنسا على 75 امرأة مصابة بسرطان متطور بعد متابعة طبية دامت سنتين ، أين تم تقدير جودة الحياة بواسطة مؤشرات ذاتية و أخرى غيرية (موضوعية). التحليل العاملي للنتائج سمح بعزل عنصرين أساسيين؛ احدهما موضوعي يخص المعطيات البيوطبية وآخر ذاتي يخص المؤشرات المقدره ذاتيا .
Cousson-Gelie, (1987)

بقي أن نشير أن المقاييس المخصصة عديدة و تعرف الآن انتشارا واهتماما بالعين منها ما تم اعتماده كمقياس بر وفيل السكريين (DHP 32)؛ المتكون من 32 سؤالاً ويضم 3 أبعاد. سلم (NHP) الخاص بمرضى السريدا و سلم ال (GLAUQOL) ؛ الخاص بمرض الغلو كوم. بعض المقاييس ماتزال قيد البحث و القياس من حيث الأصدق و الثبات.

الفصل الثالث

السكري و جودة الحياة لدى السكريين.

الفصل الثالث : السكري و جودة الحياة لدى السكريين

السكري هو أكثر الأمراض الغدية انتشارا ، نسبة حدوثه صعبة التقدير و التحديد لارتباطها بمجموعة قيم و معايير خاصة بالتشخيص لكنها تتموقع بين 1 إلى 2 % عندما يحدد التشخيص و يضبط في حالة الصوم.

في عام 1985 قدرت المنظمة العالمية للصحة أن 30 مليون شخص مصابون بالداء في العالم، حاليا تم ضبط 177 مليون مصاب مما يشير إلى تضاعف الرقم 6 مرات مقارنة به قبل 15 سنة مضت، إذا لم تتخذ التدابير الوقائية اللازمة قد يصل العدد إلى 300 مليون خ لال الخمسة والعشرين سنة القادمة *FEDERATION INTERNATIONALE DU DIABETE* (2008.p1) مؤشرات الزيادة مرتبطة بعوامل خطر عديدة كالبدانة تغيير أسلوب ونمط الحياة، الراحة وانعدام النشاط والسلوك الغذائي غير الصحي.

أخطار هاذ المرض الذي قد يتطور في صمت متمثلا في تعقيداته الحادة و المزمنة التي تصيب العيون، الكلي، الأعصاب والجهاز القلبي الشرياني والتي تشكل خطرا يصل حد الموت عند انعدام العلاج والأسباب الوقائية اللازمة.

1-السكري، مقارنة طبية :

1- 1 تعريفات:

السكري: مجموعة من الأمراض الاستقلابية، تخص ارتفاع مزمن في نسبة السكري، ناتج عن اختلال في إفراز الأنسولين أو تفعيل استخدام الانسولين من جهة ثانية *insuman insuline*

Humaine biogénétique aventis pharma Alger(1999)

حسب ال *Nouveau Larousse médical*: هو حالة مرضية تتسم بضياح هام لمادة (السكر) عبر البول ،لوجود داء السكري يميزه تواجد السكر في البول. أما داء السكري *insipide* فيتسم فقط بارتفاع كمية البول أي حجمه .

في السكري يتخذ وجود الغلوكوز في البول، مع ارتفاعه في الدم، ارتفاعه في البول هو عاقبة ونتيجة لارتفاعه في الدم وهو الصيغة الهرمونية فيه المميزة لهذا الداء عن ارتفاعه بسبب السكري الكلوي *P. A.DOMART J*

BOURNEUF Nouveau Larousse médical (1989,p320)

الكلوكوز، عنصر حيوي للجسم لأنه يمده بالطاقة اللازمة والضرورية، هذا الأخير يدخل الجسم بشكل طبيعي عن طريق تأثير الأنسولين كهرمون يفرزه البنكرياس عبر خلايا لا نجر هانس، إذ يقوم بفتح أبواب تقوم بمرور الكلوكوز لخلايا الجسم في حالة الإصابة بالسكري يحدث خلل في هذه العملية يتجمع الكلوكوز في الدم ويخرج مع البول اختلال يحدث اما لان البنكرياس لا يفرز كمية الأنسولين او يفرزه بكمية غير كافية او لان خلايا الجسم لا تستجيب وتقاوم الأنسولين في الحالة الأولى يعد المرض مناعي ذاتي .

1 - 2- تشخيص الداء :

عند تواجد الأعراض المرضية، تشخيص السكري، لا يطرح أي إشكال او صعوبة لدى مريض يقدم أعراضا كتكرار مرات التبول مع ارتفاع في نسبة السكر في الدم أو لدى شخص دون أعراض مع ارتفاع متكرر لهذه النسبة لكن الإشكال يطرح لدى شخص دون أعراض لديه جميع مؤهلات الإصابة مع تواجد النسبة بشكل عادي .

عادة يلجأ الأطباء إلى تقنية مفادها رفع نسبة السكر في الدم عن طريق جرعة زائدة من السكر عبر تناول الفموي لفحص مدى تحمل السكر من عدمه بهدف إثبات التشخيص أو نفيه عبر ميكانيزم مسؤول يتمثل في تحرير الأدرنالين الذي يقوم بعملية تنشيط إفراز الأنسولين مما ينشط الكليكاجون الذي ينشط الكليوكوجين ويعيق نشاط الأنسولين في النسيج المقصود. كل ذلك يؤدي إلى تحرير الكلوكوز (DANIEL FOSTER, 1995,p1980 .

بهدف التحديد الدقيق والحد من نسبة الخطأ مجموعة DATA الدولية للسكري، وبهدف عزل اثر عوامل أخرى كالأعراض، أو الفلق الذي من شأنه التأثير على التشخيص حددت عام 1979، مجموعة من الضوابط لضمان تشخيص دقيق عبر هذه التقنية:

1 - في حالة الصوم (من الاستيقاظ للمساء)، التركيز البلازمي للكلوكوز في الدم (الوريد) العبر من أو يساوي 7.4 mmol/l (1.4 غ/ل) على الأقل مرتين.

2 - بعد جرعة 75 غ كغلوكوز، خلال الساعة الثانية، نتموضع النسبة بين 7.8 و 11.1 MMOL/L (1.4 غ إلى 2 غ/ل)

مع تواجد قيمة أخرى خلال الساعتين أكبر من أو يساوي 11.1 MMOL/L (2 غ/ل) نتحدث عن لاتحمل للكلوكوز، وبالتالي احتمال الإصابة بالداء.

على العموم يعتبر مؤشر تواجد 1.26 غ/ل للسكر في الدم، بتكرار النسبة عند التحاليل والقياس كمؤشر لتشخيص الداء .

1-3 التصنيف:

توجد تصنيفات عديدة و مختلفة للداء منها المعتمدة على السبب، كالسكري الأساسي المتمثل في السكري نمط 1 و نمط2 و الثانوي الناتج عن إصابات و أم راض أخرى كإصابات البنكرياس، اختلالات هرمونية بسبب تناول دواء أو مواد كيميائية اختلال في استقبالات الأنسولين تنادرات جينية.... الخ

لكن النوعين المعروفين هما السكري نمط 1 المرتبط بالأنسولين و نمط2 غير المرتبط به لكن الإشكال المطروح هنا يمكن في أن بعض مرضى نمط 2 ، قد يتطور الداء لديهم ليصل حد الارتباط بالأنسولين ، مع أخطار ارتفاع نسبة الحموضة acidocétose

4.1- الانتشار:

يصعب تحديد انتشار ومدى حدوث السكري، لارتباط ذلك بمعايير تشخيص عديدة، بعضها أصبح مرفوض حاليا ولبقاء الكثير من الحالات دون تشخيص . المجموعة الدولية للسكري DATA تستخدم تقنية قياس مدى تحمل السكر، عن طريق تناول جرعة 75 غ من الكلوكوز لتأكيد التشخيص أو نفيه . نسبة الإصابة لدى هذه المجموعة محددة ب 6.6 بالمائة اما المتعلقة بلا تحمل الكلوكوز فقدرت ب 11.2 ./. .

واقعيًا، يشكل السكري معضلة صحية عالمية مكلفة للمجتمعات والدول، نسبة انتشاره تضاعفت بفعل تواجد عوامل خطر عديدة، ارتفاع نسبة البدانة السلوكيات غير الصحية، كقلة النشاط أو الحركة، السلوك الغذائي والعوامل النفسية الحصر والقلق .

المنظمة العالمية للصحة قدرت 170 مليون مصاب في العالم عام 2000 وتتوقع ارتفاع العدد 250 مليون عام 2010 ، ليصل 3000 مليون مصاب عام 2030 إذ لم يتم العمل المناسب على المستوى الوقائي . بالنسبة للمنظمة في اوروبا نسبة الانتشار هي 5.4% نصفها فقط تم تشخيصه بشكل فيه مرضى السكري نمط 2 90% و هي نسبة ترتفع مع تقدم السن لان أكثر من 10% من المصابين اكبر من 65 سنة (P 10 ,) JOHAN WEN , 2007.

5.1 أسباب الداء :

مختلفة ومتعددة، ومحددة في الغالب لنوعية الإصابة:

1.5.1 داء السكري النمط المرتبط بالأنسولين :

عندما يصاب الفرد بهذا النمط من الداء، تكون خلايا **B** قد دمرت، بفعل آلية مناعية ذاتية معقدة ومتواصلة عبر مراحل عديدة؛ أولاً ينبغي تواجد عامل وراثي جيني كعنصر أساسي لظهور المرض. ثانياً، عنصر محيطي يفعل صيرورة الداء لدى هؤلاء الأفراد عبر إصابة انتانية فيروسية قد تكون احد عناصر تفجير الإصابة ذلك لان الدراسات العيادية على التوائم أكدت نسبة الإصابة لديهم بنسبة 50% مما يرجح كفة العامل الالتهابي ويضعف اثر العامل الوراثي بمفرده. في المرحلة الثالثة، استجابة التهابية على مستوى البنكرياس **INSULITE** بفعل نشاط الخلايا البالعة أو اللمفاوية **T** المنشطة. هذا العمل يؤدي إلى تغيير على مستوى الخلايا **B** التي لم تعد تعرف كما هي ويستقبلها الجهاز المناعي كخلايا وأجسام غريبة ينبغي تدميره بواسطة مضادات الأجسام. تدمير هذه الخلايا يعني الإخلال بالإفراز الأنسولين وبالتالي ظهور الداء السكري نمط (1) لذا يسمى هاذ النوع بالمناعي الذاتي المنشأ (*1998.P T C HARISSON, 1981*)

1-5-2 داء السكري نمط 2 غير المرتبط بالأنسولين :

رغم المعرفة المسبقة لانتشار هاذ الداء بين العائلات إلا أن كيفية انتقاله ما تزال مجهولة رغم جهود الباحثين والمختصين. عند الإصابة بهذا الداء نتواجد أمام إختلايين أساسيين :

إفراز غير طبيعي للأنسولين، أو مقاومة للأنسولين على مستوى الأنسجة . يمكن تحديد الإصابة على مستوى مراحل ثلاث:

في البداية تبقى نسبة السكري عادية على حساب مقاومة الأنسولين الذي تكون نسبته عالية، بعدها تزداد مقاومة الأنسولين مع تواجد لا تحمل غليسيدي يظهر خلال ارتفاع نسبة السكر بعد الأكل رغم ارتفاع نسبة إفراز الأنسولين. في المرحلة الثالثة تستمر المقاومة للأنسولين مع ان خفاض في إفرازه مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الكلوكوز في الدم أثناء الصوم وبالتالي الظهور العيادي لداء السكري.

1-6-1 الجانب العيادي ؛ الأشكال العيادية:

أعراض السكري تختلف من مريض لآخر، وقد تضل مختلفة، ولا يكشف الداء إلا بعد سنوات . في الغالب يتقدم المريض للفحص بسبب أعراض ترتبط بارتفاع نسبة السكر، كزيادة في عدد مرات التبول، العطش والزيادة في استهلاك الماء، الشراهة للأكل، لكن الداء قد يظهر على شكل اختلال حاد للاستقلاب عبر غيبوبة سكرية . أحيانا قد يظهر على شكل ارتفاع لنسبة السكر دون اعراض ولا يتم كشفه إلا بعد مدة.

1-6-1-1 السكري نمط 1:

يظهر عادة قبل سن الأربعين ونادرا في سن متأخرة، المؤشرات الأولية تكون حادة، عطش، تبول متكرر، شراهة للأكل، وفقدان للوزن، الكل يكون بشكل متسارع في فترة لا تتجاوز أيام.

في بعض الحالات قد يكشف المرض بعد ارتفاع حمضي Acidocétoses بسبب مرض ما، أو بعد تدخل جراحي، بشكل نمطي، انخفاض الأنسولين قد يكون ضعيفا وغير قابل للكشف ، نسبة الكليكاجون تكون مرتفعة لكنها تنخفض عند العلاج بالأنسولين بمجرد ظهور الأعراض وبعد التشخيص يصبح العلاج بالأنسولين ضروري بعد ارتفاع حموضي أولي . قد يمر المرض بمرحلة غياب للإعراض (شهر العسل) فترة قد لا يكون للعلاج فيها أي ضرورة.

1 . 6 . 2 – السكري نمط 2 :

بداية المرض تكون عموما في سن متوسطة أو متأخرة، لدى مريض يعاني بشكل نمطي من البدانة (السمنة). الأعراض تكون اقل حدة منه لدى السكري نمط 1 . يتم التشخيص بشكل عام أثناء تقدير لنسبة السكر الموجودة في الدم لدى مريض دون أعراض خلافا لمرضى النمط الأول . التركيز البلازمي للأنسولين يكون عادي لكن ضعيف مقارنة بتركيز نسبة السكر الموجودة في هذه الحالة . عملية إستقلاب الكليكاجون تكون معقدة؛ ففي الحالات العادية وأثناء الصوم، الإفرازات الزائدة لهذه الم ادة تتبعها إفرازات مناسبة للأنسولين . عند الإصابة بالداء الاستجابة الزائدة للكليكاجون أثناء تناول الطعام لا يمكن تثبيتها . وظيفه الخلايا a تكون غير طبيعية . لأسباب غير معروفة مرضى هذا النمط لا يعانون من ارتفاع نسبة الحموضة . عند الاختلال قد يتعرضون أكثر لتناذر غيوي لا حموضي .

1-7 علاج الداء:

يتطلب البرنامج العلاجي لمرض السكري كمرض مزمن دقة وتدبير عديدة بداء من التشخيص الذي يتطلب فحوصا دقيقة وتحاليل مخبريه متكررة للأيام ، للتأكد من التشخيص ولنفي احتمالية أن يكون ارتفاع نسبة السكر في الدم عارض أو اثر للأمراض أخرى إلى وضع البرنامج العلاجي المناسب الهادف إلى حفظ توازن السكر وجعله اقرب من العادي بغرض ضمان جودة حياة عادية وتأجيل ظهور التعقيدات و الأمراض المصاحبة إلى أقصى حد .

1 عمل يتطلب الأخذ بعين الاعتبار ، سن المصاب ، وزنه نوعية مرضه ، وكذا مدى إدراكه للمرض وتحضيره للاندماج في تنفيذ البرنامج العلاجي .

عموما يتركز العلاج على عناصر ثلاث:

171- الحمية:

هي العمود الفقري في معالجة الداء أساسها هو الحفاظ على توازن المواد الكربوهيدراتية الدهنية ونسبة البروتينات لدى المريض . لذا ينصح الطبيب المعالج مرضاه بالالتزام بحمية غذائية مناسبة تقترح بعد التشخيص وضبط نسبة السكر، ووزن المريض وحاجته للمواد المذكورة .

172- العلاج بالأنسولين :

هو احد الهرمونات الطبيعية التي يفرزها البنكرياس في الجسم ، وظيفته تنظيم عملية إستقلاب الكربوهيدرات في الجسم ، نقصه او انعدامه يسبب الإصابة بالداء . الهرمون المستخدم للعلاج ذي أصول حيوانية ويستعمل عن طريق الحقن .

نسبت الجرعات تحدد حسب كمية نقص المواد وتعويضها . يستخدم عادة لدى المريض النمط 1، وأحيانا لدي مرضي نمط 2 بعد ظهور تعقيدات عدة. مرات الحقن في اليوم يحددها الطبيب ويلتزم بها المريض في أوقات محددة ، وهو أنواع بطيء المفعول وسريع .

التحكم في هذا العمل يتطلب تدريباً للمريض ولذويه و يتطلب أحيانا استشفاء المريض لتعلم التقنية و كذا ضبط الجرعات .

1-7-3- العلاج بالأقراص :

و هذه وسيلة مهمة لدى مرض السكري نمط 2 ، و تتمثل في تناول الفمي لهذا الأقرص المخفضة لنسبة السكر في الدم ، تفعل و تسهل عملية استخدام الأنسولين و هي أنواع ، منها السيلفاميدات المخفضة للسكر،

Les sulfamides hypoglycémiantes , les dérivés guanidiques ou biguanidiques

على كل حال، العمل العلاجي يقتضي دوما مراعاة توقيت الدواء ، القيام بالتحاليل اللازمة، وكذا استشارة الطبيب للقيام بالتدابير و التعديلات اللازمة، وفق مدى خضوع المريض للعلاج و التزامه به أو العكس.

1-8- تعقيدات المريض او الاضطرابات المصاحبة:

تعتبر التعقيدات هاجس الأطباء و المعالجين، هدف العمل العلاجي منع ظهورها أو تأخيرها، يرتبط أساسا بمدى الانتظام في العلاج، و كذا بمدى تطور المرض، هي نوعين :

1 181 حادة أو قصيرة المدى:

و تعد كتأثير قصير المدى لداء السكري، يمكن حصرها في :

1-1-8-1- ارتفاع نسبة السكري الذي يؤدي إلى ارتفاع الحموضة أو ما يسمى Acidocétose و هو اضطراب إستقلابي مرتبط بالارتفاع النسبي للسكر، بسبب، اختلاط غثيان ، عطش شديد، تعب و صعوبات تنفس ، قد يؤدي إلى غيبوبة أو إلى الموت عند انعدام العلاج .

1-1-8-2- التهابات إنتانية متعددة : كاستجابة لإرتفاع نسبة السكري ، لأن هذه الأخيرة تضعف الجهاز المناعي .

1-1-8-3- الغيبوبة: الناتجة عن انخفاض السكر، بسبب فقدان السوائل، و عدم القدرة على تعويضها، و تظهر خصوصا لدى مرض النمط2، كبار السن .

1-1-8-4- فقدان الوزن: بسبب صرف الجسم للبروتينات و الدهون بدل الكلوركوز .

1- 8- 2- تعقيدات طويلة المدى:

1- 8- 2- 1 - تعقيدات بصرية: و التي تتراوح بين ضعف الرؤية إلى فقدانها تماما بسبب التهاب الشبكية مثلا.

1-2-8-2- اضطرابات كلوية: اختلالات في وظيفة الكليتين قد تصل حد القصور الكلوي، وبالتالي الاعتماد على إخضاع المريض لعملية التصفية الاصطناعية .

1-2-8-3- اضطرابات عصبية : تسبب التهابات، صعوبات في الحركة قد تؤدي إضافة إلى الإصابات الوعائية إلى ظهور تقرحات الساق والقدم التي قد تؤدي غالبا إلى عملية بتر العضو بسبب صعوبات التئام هذه الأخيرة أيضا الانتانات التي قد تتطور و تؤدي إلى الموت.

1-8-2- 4 اضطرابات قلبية وعائية : تصيب القلب والأوعية، غالبا ما تسبب أمراض تاجية، قد تؤدي إلى أزمة قلبية، أو حوادث وعائية دماغية تسبب الإعاقات لدى المريض أو موته.

1-9 العمل الوقائي:

إن ارتفاع نسبة الإصابة بداء السكري في العالم، مع ارتفاع نسبة الأشخاص المؤهلين للإصابة بالداء، بفعل تواجد عوامل خطيرة عديدة كالسمنة التي تع د مشكلة صحية، تعقيدات الحياة، وتغير نمط الحياة الذي يميزه قلة

الحركة والنشاط، وكذا السلوك الغذائي غير الصحي، السلوكيات غير الصحية، كالتدخين وتناول المواد الكحولية، جعل من العمل الوقائي التحسيبي أحد العناصر الأساسية لمنع أو لتحديد انتشار الداء.

أما لدى المصابين فإن الهدف الأساسي من العمل الوقائي، هو الحد أو منع ظهور التعقيدات، ذلك أن الدراسات تشير أن الحفاظ على نسبة قريبة من العادي للسكر ولضغط الدم لدى المصاب من شأنها إبعاد المريض عن أخطار التعقيدات بالنسب التالية:

- حتى 76% من خطر إصابة العين.

- حتى 50% من أخطار الإصابة الكلوية.

- حتى 60% من الإصابات العصبية

- حتى 33% وأكثر من الحوادث القلبية العصبية.

حتى 33% من خطر الموت بسبب تعقيدات مزمنة . *Fédération Internationale du (diabète, 2005)*

انطلاقاً من كل ذلك يتوجب على المريض الالتزام ب:

- مراقبة نسبة السكر لديه والالتزام بالتحاليل الطبية اللازمة.

- إتباع نظام غذائي جيد، مناسب.

- ممارسة التمارين الرياضية كالمشي والحفاظ على الوزن.

- الإقلاع عن التدخين لأنه من أكثر عوامل خطر الإصابة بالأمراض القلبية والسكتة الدماغية.

- أخذ التطعيمات اللازمة لمساعدة الجهاز المناعي.

- العناية بالقدم يوميا لمنع التقرحات والالتهابات.

2- جودة الحياة لدى السكريين:

يعتبر السكري احد أكثر الأمراض المزمنة المستعصية، والمعقدة والمركبة التي لاقت وما تزال اهتمام الهيئات الصحية العالمية واهتمام ممارسي الصحة والباحثين من مختلف التخصصات لجملة من الاعتبارات:

تشابك و تعقد الأسباب التي ما تزال قيد البحث والدراسة ، حدة الانتشار وارتفاع نسبة المصابين ، إزمان المرض و تعقيداته التي غالبا ما تكون معيقة و مميتة ، وارتباط هذه الأخيرة بجملة من العوامل يمكن جمعها في : نوعية أو نمط المرض، سن الفرد عند الإصابة، نوعية وجودة التكفل، مدى إزعاج المريض للعلاج ومدى تواجد المساندة الاجتماعية أو غيابها.

هذا الموضوع جلب إليه اهتمام الباحثين والممارسين من مختلف التخصصات، الأطباء وعلماء الصيدلة، بحثا عن تفسير للأسباب وتحسين وضمان علاج فعال ، وكذا محاولة الحد من انتشاره ومن درجة تعقيداته.

علماء النفس خصوصا التحليليين الذين ركزوا أكثر في دراستهم على مرض السكري نمط (1) بحثا عن تفسير دينا مي للمرض و عن مقارنة شمولية لمعايشته على اعتباره مرض ذو شقين سيكو سوماتي و سوماتو - نفسي (جسد- نفسي) (S.Friedman, (1999,p 1

وعلماء النفس ا لصحة بدورهم، مع الأطباء اهتموا بدراسة أثار المرض ومدى تأثيرها على جودة الحياة ومحاولة تحديد العوامل المتعلقة بذلك.

رغم تباين المقاربات واختلاف مجالات الدراسات وكذا وسائل البحث وأهدافه يلتقي الباحثون في تقاطعات مفادها أن أسباب المرض متعددة ومعقدة بدءا من عامل الوراثة ، الأسباب البيولوجية، نمط وأسلوب الحياة، سلوكيات الخطر؛ للسمنة، النمط الغذائي، الضغوطات والاجهادات الحياتية، وأخيرا أثار المرض وتعقيداته التي تمس وتؤثر على جودة الحياة، انطلاقا من تحديدها لمجموعة من الوظائف الحياتية التي تتطلب من المريض التزامات، سلوكيات وتعديلات مفروضة على حياته اليومية.

السيكوسماتيون مثلا ينطلقون من أن الإصابة بمرض السكري تعقب حزن شديد أو غضب عنيد ومستبد (عطوف ياسين ، 1971 ص 189). وان الضغط يسرع من ظهور السكري بزيادة إفراز الأدرينالين

والكورتيزول المضادين للأنسولين (CH. Martens de Wil mars, (1979, p136) ، وهو تقريبا ما ذهب إليه Willis في أن الانفعالات تساهم في ظهور داء السكري منذ (S. Friedman, (PI), 1684 من جهة أخرى حاول السيكوسوماتيون إثبات أو التأكيد من وجود بروفيل شخصية مميز، (R.Debray 1983)، لكن ذلك بقي قيد الافتراضات وبقيت مدرسة PIERRE MARTY تركز على مفاهيم مثل التكتم، التفكير العملي و فشل العقلنة او الترصين.

فقط ، هناك عنصر مهم يلتقي مع موضوع البحث، يتمثل في ما ذهب إليه ALBERT DANAN "أن السكري بنمطه المفروض، علاج، تحاليل، حمية، وتعلق وخضوع للمعالجين، يعيد نمطا ، أن ويا أعلى جامد، مساوي ومعادل للنمط ألعائقي الاولي مع الأم. (SAMI ALI et all, (2001, P102).

في نفس السياق وحسب (CASTRO (1991)، الأفراد السكريين نمط 1، يخضعون لعلاجات مزعجة، لدى الأطفال، الأغلبية منهم لا يذعنون للعلاج بسبب تصميمات معرفية خاطئة، أي تمثيلات مبسطة وجامدة للمرض، مما يخل بمدى قبول العلاج، ويخلق لديهم توهم استقلالية وحرية مصحوبة بتأنيب ضمير CHAMBERLAIN (2001) et QUINTARD .

من جهة ثانية وانطلاقا من تعريف المنظمة العالمية للصحة لجودة الحياة، كمفهوم يتأثر بالحالة الصحية للفرد، حالته النفسية، درجة ارتباطه بالآخر، علاقاته الاجتماعية وكذا علاقته بمحيطه، Dr. ANNE (2007) FRANCOIS، ولداء السكري كمرض مزمن ، يسبب تحديات وظيفية تمس عدة جوانب جسمية ونفسية، ارتباط تخلقه الحاجة للعلاج والمساندة و التحديات الوظيفية . يعرف هذا الموضوع اهتماما متزايدا بهدف الحفاظ على جودة حياة مقبولة، اهتمام يظهر جليا في بحوث ودراسات تخص إما وضع مقاييس تقدير مضبوطة، إسهام المرضى في العمل العلاجي، التقدير والتشخيص، وكذا البحث عن أنجع الطرق لتحسين ظروف العلاج والتكفل.

أخيرا ينبغي الإشارة إلى أن عناصر جودة الحياة لدى السكريين متشعبة ومتداخلة، تداخل العناصر المكونة لها في تأثيرها المتبادل، وما تقسيمها إلا بهدف تسهيل الفهم والدراسة . ذلك أن الإصابة بداء السكري تعني تغييرا كليا لحياة الفرد، بدءا من صورته لذاته ولنمط وأسلوب حياته.

1-2 ظهور الداء ومراحل التقبل:

عياديا، يوجد نمطين أساسيين من السكري و لا يربطهما في أثارهما على الحياة اليومية و النفسية للمريض سوى الاسم؛ السكري نمط (1) الذي يصيب الشريحة الأصغر سنا ويسبب إخلالا كاملا للحياة والسلوكات . والسكري نمط2، الذي يصيب عموما الشريحة الأكبر سنا و مشكلاته ترتبط خصوصا بالمصابين بالسمنة أو البدانة غير أن الإصابة بالمرض تدخل المصاب في هوية جديدة، تحت تسمية سكريي diabétique. فظهور نمطه الأول غالبا

ما يشمل تغييرا في صورة ذات المريض، نمط حياته و كذا نشاطاته وربما مشاريعه الحياتية
LAURENT CHNEIWEISS et J.DISCHAMPS, (P p120, 121)

الدكتور *J.ASSAL* أخصائي في السكري ومصاب به، و اعتمادا على نموذج *KUBLER-ROSS* ، حدد خمس مراحل يمر بها الفرد، عند اكتشاف السكري نمط (1) لديه:

1-1-2 مرحلة إنكار الواقع والتي تمثل دفاعا هشاً ضد القلق، قلق التدمير، وتترجم برفض آلي للتشخيص والعلاج، " هذا ليس صحيحا، مستحيل " قد يخرج المريض من العيادة او المستشفى ويحاول العيش كأن شيئا لم يكن.

2-1-2 مرحلة الغضب: أين يحاول المريض إظهار أنه أقوى من المرض، أو أن يبدي نوبات غضب " لماذا انا؟ ماذا فعلت؟" أو يبدي سلوكيات عدوانية تجاه المعالجين والأطباء، تليها محاولة تقبل جزئي للعلاج؛ .

3-1-2 مرحلة المساومة: وهي أولى خطوات تقبل الواقع والوضع، المريض يحمل مسؤولية المرض والعلاج للأطباء، ويساوم نعم للدواء لكن لا للحمية.

4-1-2 مرحلة الاكتئاب: تتسم بانطواء على الذات، واتجاه للارتباط والاعتماد على الآخرين، الأهل والأطباء، في هذه المرحلة يبدأ المريض بتقبل فقدانه لجسم سليم ، لوضع صحي جيد لوضعية أو حالة سابقة.

5-1-2 مرحلة التقبل : قد تبدأ جزئيا أو كلياً أو أوتوماتيكيا، ومرضى السكري لا يستجيبون بنفس الكيفية والدرجة، إنما يتحكم فيها جملة من العناصر، عمر المصاب، طفل، مراهق، أو راشد، دور المحيط، وشخصية المريض. فالشخص الو سواسي قد يكون دقيق الانضباط للتحكم الجيد، والهستريائي قد يستخدم التوقف عن العلاج كأسلوب لمحاولة جلب انتباه الآخرين.

من جهة أخرى إن سيرورة هذا العمل، قد لا تتم في توقيت زمني محدد ونهائي، فقد تحدث ظروف أو مواقف تعيد المريض إلى مرحلة ما كان قد تجاوزها.

LAURENT CHNEIWEISS et J DISCHAMPS,(p 123)

2-2 جودة الحياة لدى السكريين:

من المعروف أن الإصابة بمرض مزمن غير قابل للشفاء، وحاجة المريض للعلاج ولتغيير نمط وأسلوب حياته، تعني تغييرا كبيرا ليس فقط للحياة اليومية، لكن للإنسان ككل وحتى لمعنى الحياة لديه، إلا أن ما يميز وضعية السكري هي العواقب والتعقيدات التي تصاحب المريض، وتؤثر سلبا على حياة المريض ونشاطه. تغييرات تسير تدريجيا تطور المرض بدءا من تشخيصه.

هي تمس مختلف الوظائف الجسمية، النفسية والاجتماعية في تأثيراتها المتقاطعة.

2-2-1 الجانب الجسمي والوظيفي

الاضطرابات التي تصيب الوظائف والبنية التشريحية تعتبر إعاقات. هذه الاختلالات تسجل عبر مسار تواصل، النشاط والحركة تمثلان بعدا ذاتيا وشخصيا للوظائف وصعوبات تحقيقها تعد كإعاقات وتحديات تؤثر على دور ومكانة الفرد، وعلاقاته الاجتماعية.

هذه الاختلالات والفتنات مرتبطة بد رجة المرض، لأن هذا الأخير غير ملموس. قدم المرض، وجود عوامل خطر، ونوعية التكفل هي عوامل تحدد سرعة ظهور التعقيدات؛ أي الأمراض المصاحبة أو تأخيرها، هي إصابات تتنوع بين العمى أو ضعف البصر، بتر احد الأعضاء السفلى، إصابات قلبية أو عجز و قصور كلوي.

ظهور العجز، عادة يكون تدريجي، في شكل مشاكل حركية تخص نشاطات الجهد بالنسبة للذين يعانون اضطرابات في القلب، صعوبة الحركة لمرضى الشرايين أو المبتورين، وكذا تعقيدات وموانع لمرضى القصور الكلوي.

2-2-2 الجانب النفسي

خصوصا لدى مرضى نمط (1) أين يظهر لديهم نمط حصر عام، خوافات بسريطة (خوف من الدم، من الإصابة والجرح). حسب ما وضعت دراسات انكلوسكسونية 31,38% مدى الانتشار، قلق وحصر عام 31,3% ، خواف من الفضاء (المساحات الواسعة) 10.7% خواف اجتماعي 6.7% .

S. FRIEDMAN, (p 3).

أما الاكتئاب وعلاقته بالاستقلاب فالدراسات والنتائج ما تزال متناقضة، وحتى بين الاكتئاب والتعقيدات الجسمية. وبالنسبة للبعض، الاكتئاب يعد عامل مفرج للالتهابات الشبكية، في حين يرى آخرون أن اضطرابات المزاج تبقى مستقلة عن التعقيدات العضوية.

2-2-3 الجانب الاجتماعي

في هذا الجانب هناك تحديدات قد تظهر بوضوح، مرتبطة بطبيعة المرض، العلاج وكذا آثار وتعقيدات الإصابة. حاجة المريض لحمية قد تضع المريض في وضعية عزلة وانقطاع أو ضعف علائقي اجتماعي أو عائلي. الاضطرابات الجنسية وصعوباتها قد تشكل حاجزا نفسيا وعقدة أساسها الإحساس بالنقص.

ضعف الرؤية قد تسبب موانع جديدة، كمنع السياقة، السف ر، أو ممارسة الرياضة، وتعديلات قد تمس الجانب المهني والوظيفي، كلها عوامل قد تؤثر على الجانب العلائقي والاجتماعي (منع السياقة، لدى سائقي الشاحنات، عدم القدرة على التنقل أو العمل على آلات خطيرة،... لدى المبتورين...

2-3 العوامل المحددة لجودة الحياة:

جودة الحياة حسب الباحثين والمختصين تحددها وتتحكم فيها جملة من العناصر يمكن تلخيصها في:

2-3-1 المساندة والعلاقات:

مساندة المحيط العلاجي في توفير التكفل المناسب والملائم، تدعيم المحيط الأسري لتعديل السلوك الغذائي وأسلوب الحياة وكذا معرفة المحيط للمرض، آثاره وعواقبه على المدى الطويل، عوامل من شأنها دعم وتقبل المريض للعلاج والإذعان له.

2-3-2 الاتجاهات:

فدراسة (Entred, 2006) كشفت ان المرضى قد يجهلون أهداف العلاج وكذا بعض التحاليل خصوصا الهيموغلوبين السكري، خصوصا كبار السن (المسنين) ، مما يجعلهم يهملون ذلك، وبينت أيضا أن أ لاذعان للعلاج يخص اندماجا ايجابيا في العلاج الدوائي، أما الحمية فغالبا ما تعرف الاهمال حتى لدى ذوي المستوى الثقافي العالي.

أخيرا من المهم الإشارة ، أن السكري كداء معقد ومركب يتطلب تكفلا مضبوطا وشاركة بين المعالجين، المريض، العائلة، وبقية الشركاء؛ أرباب العمل، الضمان الاجتماعي، والجمعيات.

وأن ضمان كل ذلك يتطلب عمل على المستويات التالية:

- الفرقة الطبية المتعددة الاختصاصات بتكوينها تكويننا خاصا.

- العلاقة طبيب - مريض وتثقيف المريض وتربيته صحيا.

- إعلام العائلة وتحسيسها بأهمية مساهمتها في العلاج.

- تشجيع الجمعيات وتكوين مؤطريها.

وأخيرا العمل ضمن نظام الشبكة، بهدف توحيد البرامج، الأهداف، الاتجاهات والتوجهات.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهج البحث، أدواته، خطواته الإجرائية.

الفصل الرابع: منهج البحث ، أدواته، خطواته الإجرائية

1- حدود الدراسة:

زمنيا تسجل هذه الدراسة فإحدى الدراسات الأولى المتواضعة في علم نفس الصحة في الجزائر في مرحلة تعرف توجهات الهيئات الدولية وعلى رأسها المنظمة العالمية للصحة، تركيزا واهتماما بالأمراض المزمنة وعلى رأسها داء السكري كثال مرض مزمن، مسبب للموت ويعرف انتشارا كبيرا ، يهدف الأخصائيون إلى حد من انتشاره وكذا مكافحة وصد مضاعفاته.

والجزائر كدولة معنية تسعى بدورها لمواجهة الداء وضمان تكفل أحسن عبر فتح مستشفيات نهائية لتحسين وتسهيل الوصول لمراكز العلاج، وضمن هذا الإطار أضحي موضوع جودة الحياة لدى المرضى احد اهتمامات المختصين عالميا لكنه يبقى بعيدا عن مستوى الطموحات في الجزائر.

ضمن هذا الإطار يسجل البحث الذي جرى على مدى سنتين 2008-2009، بدءا من جمع المصادر والمراجع إلى التطبيق الميداني.

جغرافيا أجري البحث ببلدية وادي العثمانية وهي إحدى أقدم بلديات ولاية ميليلة، وتضم أكثر من 38700 نسمة، تبعد عن ولاية ميليلة مركز، وعن قسنطينة بحوالي 35 كلم.

التطبيق اجري بالمستشفى النهاري لمرضى السكري والأمراض المزمنة بمستشفى الإخوة بوخشم، الذي دشن مند أكثر من 16 سنة أما المستشفى النهاري ففتح أبوابه منذ أكثر من 3 سنوات، يضم المستشفى بالإضافة إلى هذه المصالح، مصالح أخرى كالاستجالات، الطب الداخلي، الجراحة، طب الأطفال، الأشعة والمخبر، يؤطره مجموعة من الأطباء المختصين في الجراحة العامة، العظام، مختصين في الأمراض الصدرية، الأعصاب، الأطفال، الطب الداخلي، أمراض الغدد، ومختصة نفسانية تم توظيفها هذه السنة إضافة إلى الطاقم الشبه طبي.

مدة التطبيق دامت التطبيق دامت أكثر من شهرين ؛ من بداية شهر فيفري حتى نهاية شهر افريل 2009.

أما عينة الدراسة فتضم 40 سكريا بنمطيه 1 و 2، يقطنون ببلدية وادي العثمانية ويتابعون علاجهم بالمستشفى النهاري.

2- منهج البحث:

يقصد بالمنهج الأسلوب أو الطريقة أما تعريفا فهو لخطوات التطبيقية للإطار الفكري الذي يتبناه الباحث كما يعرف أيضا بأنه طريقة منظمة تقتضي الجمع المنظم للبيانات واختبارها

اختيار هذا الأخير تقتضيه وتحده مجموعة من العوامل الطبيعية موضوع ال بحث أهدافه فروضه وكذا الوسائل المستخدمة لجمع البيانات.

في موضوع الرسالة يعد المنهج الوصفي . هو الأنسب هو احد أهم الناهج العلمية. منهج علمي لان قضية الوصف تعتبر السمعة التي تميز هذا المنهج وهو احد الوظائف المنهجية للعلم لكنه لا ينتهي عند هاذ الوصف بل يمتد إلى تفسير البيانات واستنتاج استنتاجات لتطبيقها على القضية الحاضرة أو المستقبلية. ارنست ماخ يقول: "إن وظيفة العلم هي الوصف الاقتصادي للوقائع التجريبية" في حين يرى كارل بيرسون "أن كل ما يصنف الوقائع وينظر في علاقتها المتبادلة. التأثير والتأثر ويصنف صياغتها هو رجل علم".

منهج يعرفه "عبد الحليم منسي" الطريقة التي ترتبط بظاهرة معاصرة بقصد وصفها وصفا دقيقا تفسيرها تفسيراً علمياً "عبد الحليم منسي (2003. ص. 201)

ويعرفه سامي محمد ملحم " احد أشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كما عن طريقة جمع البيانات والمعلومات المقدمة عن الظاهرة أو المشكلة أو تصنيفها أو إخضاعها الدراسة الدقيقة". سامي محمد ملحم 2006.ص 32

لأنه يسمح بالوصف: الكمي و الكيفي الوصفي و يدرس الظاهرة في مكانها المحدد، التفسير المقارنة، التعميم والتبوء باستخدام وسائل عدة؛ المقابلة الملاحظة. الاستبيان تحليل المضمون وغيره ... فهو المنهج المناسب لهذه الدراسة وهو منهج وصفي ارتباطي فريقي .

3- وسائل جمع البيانات:

إن طبيعة الموضوع، فروضه، وأهدافه، جعلت من استخدام أحد سلالم قياس أو تقدير جودة الحياة سواء كان عاما أو متخصصا أكثر م ن ضرورة إلا أن المقابلة بدورها فرضت نفسها على الطالب، لجمع أكبر قدر من البيانات والمعلومات، وللتقديم والتحفيز الجيد للمفحوص حتى يساهم فعليا في العمل، ويعطي الإجابات المعبرة فعلا عن وضعيته.

3-1 المقابلة:

تعتبر أداة بارزة من أدوات البحث العلمي، ظهرت كأسلوب هام في ميادين مثل ميدان الطب، الصحافة، إدارة الأعمال، الانثروبولوجيا والخدمة الاجتماعية مع بروزها كأداة بحث رئيسية في مجال التشخيص والعلاج النفسي.

مفهومها يتعدى تعريف Micro Robert " حوار بين شخصين " فهي علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر. د. سامي ملحم (ص 247).

Colette Chiland تعرفها " إطار أو نسق علانقي يجمع شخصين؛ أحدهما المختص والثاني العميل أو طالب المساعدة، عبر أسئلة وأجوبة تمكن المهني المختص العمل على مشكلة العميل " (1983, Colette Chiland P12)

إنها إذا حوار دينامي مؤطر في الزمان والمكان اشترط له شيمو Sheimo شرطين هما: الأمانة والموضوعية. د سامي ملحم (ص 247).

إنها وسيلة هامة في هذا البحث لأنها خطوة تسمح من جهة بتحضير المفحوصين للمشاركة في البحث وإعطاء الأجوبة التي تعبر فعلا عن حالتهم، هذا في غياب الطلب، لان الباحث هنا هو من يطلب من المفحوص، ومن جهة ثانية البحث عن المعلومات المتعلقة بالمرض أو الداء وعن كيفية معايشة العميل له.

هي مقابلة البحث العلمي، ذات أسئلة مغلقة في مجملها، مقننة على شكل استبيان لتكملة البيانات، وذلك أن المقياس المستخدم جنيس و عام.

3-2 مقياس تقدير جودة الحياة؛ SF-36:

مقياس ولهد (Medical out come study) وهي دراسة ملاحظة بدأت عام 1986، تتمثل في مسح عرضي ل 20.000 مفحوص ومسح طولي على مدى 4 سنوات متتالية خلال هذه الدراسة 2546 مفحوص يعانون من ضغط الدم، السكري، عجز قلبي، ذبحة صدرية . في السنة الماضية تمت متابعتهم . تقدير الصحة تم عبر استبيانات أو سلالم ضمت حوالي 149 سؤال، كانت كلها عبارة عن تقدير ذاتي يسمح بالوصول الى ضبط صفحة أو برو فيل بالعودة إلى مقاييس من نمط Likert (Alain Leplège, (PP44, 45).

بشكل عام المقاييس المستمدة من MOS ذات البنود المختارة في سنوات السبعين ، كانت موجهة لتقدير الخدمات، الحاجات العلامات عبر تقدير المفحوصين و الممارسين ،عموما يتعلق الأمر بتقدير مكان ، الصحة أو جودة الحياة المتعلقة بالصحة منه كتقدير لجودة الحياة كما هي مدركة من قبل المفحوصين، تعود أهمية SF-93 36 لمشروع IQOLA،التقدير الدولي لجودة الحياة، وهو برنامج اتفاق لترجمة و تكييف السلم عبر 15 دولة منها فرنسا .

يتكون هذا المقياس في نسخته الحالية من 36 سؤالا مجتمعة في 6 أبعاد،يتمتع بخصائص سيكومترية أهلتها ليكون احد السلالم العالمية المرجعية،من حين الصدق و الثبات .

مجموع أسئلة السلم موزعة عبر البنود بالشكل التالي :

1-النشاط الجسمي pf و يضم السؤال الثالث (j,l,h,g,f,d,c,b,a) أي 10 أسئلة

2- تحديدات بسبب الحالة الجسمية RP و يضم السؤال 4 (d,c,b,a) أي 4 أسئلة

3-الالم الجسمي BP و يضم السؤال 7 و8 أي اثنين.

4- الحياة و العلاقات مع الآخرين SF و يضم السؤالين 6 و10

5- الصحة النفسية MH، و يضم السؤال 9 ، ببود h,f,d,c,b و عددها أربعة

6-تحديدات يسبب الصحة النفسية RE و يضم السؤال خمسة ببوده a, b, c و عددها ثلاثة

7-النشاط الحيوي VT و يضم أبعاد السؤال 9 i,e,c,a و عددها أربعة

8-الصحة المدركة GH و يضم الأسئلة 1،33،34،38،36 و عددها خمسة

التقدير الذاتي مبني على سلم ليكرت Likert، يتم التقدير بوضع درجة أولى حسب التسلسل من 1،3 أو من 1 إلى5 و من 1 إلى 6 ؛ حسب الاحتمالات الخاصة بكل سؤال ،هذا التقدير يقدر فيما بعد بدرجات تتراوح بين

100،0 حسب تقدير سنوضحه لاحقا ، تقدير جودة الحياة يكون جيدا كلما كانت الدرجة الكلية مرتفعة. تقديرات المفحوص يتم حسابها، حسب جدول محدد، يتراوح من 0 إلى 100، حسب التقسيم التالي :

البنود 9، 8، 6، 2، 1 (a, d, e, h)، 11 (cb) من 100، 75، 50، 25، إلى 0)

البنود 4 (a, b, c, d) ، 5 ، (a, b, c) ، 9 (b, c, f, g, i) ، 10 ، 11 (a, d) من 0 ، 25 ، 50 ، 75 ، إلى 100 .

البنود 3 (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j) من 0 ، 50 ، إلى 100

البند 7 من 0 ، 20 ، 40 ، 60 ، 80 ، 100

الدرجات المتحصل عليها ، تجمع كمجموع درجات أسئلة البعد ، ثم يقسم الرقم الإجمالي على عدد الأسئلة للحصول على درجة البند .

أما تقدير درجة جودة الحياة ، فيتم بجمع كل درجات البنود ، و يقسم على 8 للحصول على الدرجة النهائية و التي تكون جيدة كلما كانت مرتفعة و سيئة كلما انخفضت لان التقدير المتحصل عليه مقدر على 100 .

استخدام المقياس تم بعد ترجمته وحساب صدقه وثباته كما سيتبين في الخطوات الإجرائية للبحث.

4- عينة البحث:

يعتبر اختيار الباحث للعينة من الخطوات و المراحل الهامة للبحث، ولا شك أن الباحث يفكر في عينة بحثه منذ بدء تحديد أهدافه لأن طبيعة البحث وفروضه وخطته تتحكم في خطوات تنفيذه واختيار أدواته، فالعينة ووسائل جمع البيانات. هذه الأهداف والإجراءات التي يستخدمها الباحث ستحدد طبيعة العينة التي سيختارها . هدل سيأخذ عينة واسعة وممثلة أم عينة محددة، هل سيطبق دراسة على كل الأفراد أم يختار قسما منهم ؟ كيف يختاره؟ وعلى أي أساس؟ ووفق أي معايير؟

هي إذا مجموعة من الأفراد يفترض فيها، تمثيل خصائص موجودة في المجتمع الأصلي لان دراسة هذا الأخير في كليته عمل مجهد، مستحيل أحيانا، ومكلف وصعب التحقيق.

انطلاقا من هذه المعايير والتزاما بحدود الدراسة، التي تعد محاولة من الطالب للتحسيس، والتقرب من ميدان جودة الحياة، كخطوة أولى أي محاولة إسهام تقدير المريض بالسكري لجودة الحياة لديه كان حجم العينة صغيرا.

عينة الدراسة تتكون من 40 سكريا، منهم 20، الداء لديهم نمط 1 مرتبط بالأنسولين، و 20 نمط 2 غير مرتبط. منهم نساء وعددهن 14 ورجال وعددهم 26. العمر يتراوح بين 25 و 65 سنة على أن تكون مدة الداء 3 سنوات فما فوق. إذ تم استبعاد باقي المرضى الذين لا يحققون هذه الشروط.

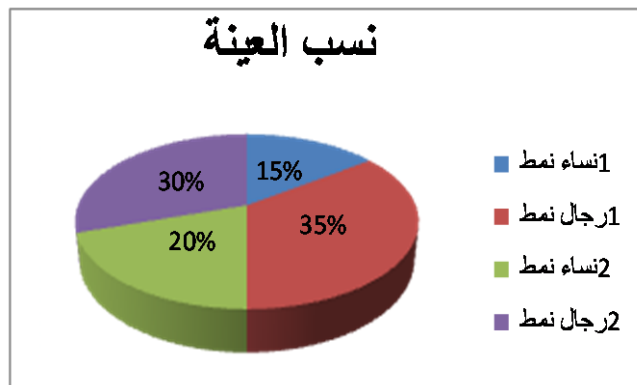
أما متغيرات المستوى الدراسي، الاقتصادي، الوضعية الاجتماعية والاقتصادية، وكذا المستوى الدراسي فلم تؤخذ بعين الاعتبار.

اختيار العينة تم بشكل قصدي، من ضمن المرضى المتقدمين للفحص، والموجهين للباحث من قبل الأطباء، إذ يتم العمل والتكفل بكل المرضى، لكن الباحث أحتفظ فقد بالذين يحققون الشروط أو المتغيرات المذكورة سابقا، مدة الإصابة تتراوح بين 3 سنوات إلى 30 سنة.

مكونة من 40 سكريا، تم تشخيص الداء لديهم إكلينيكيًا ومخبريًا، ينقسمون إلى فئتين، السكريين نمط (01) وعددهم 20 مريضا ، 50% من عينة البحث، منهم 6 نساء بنسبة 15% و 14 رجلا بنسبة 35% . اما سكريي نمط 02 فعددهم ايضا 20 منهم 8 نساء أي بنسبة 20% و 12 رجلا ، ما يعادل 30% من عينة البحث الكلية.

الفئات	رجال	نساء	المجموع
سكريي نمط 1	14	6	20
سكريي نمط 2	12	8	20
المجموع	26	14	40

جدول (1) العينة



الشكل -1-

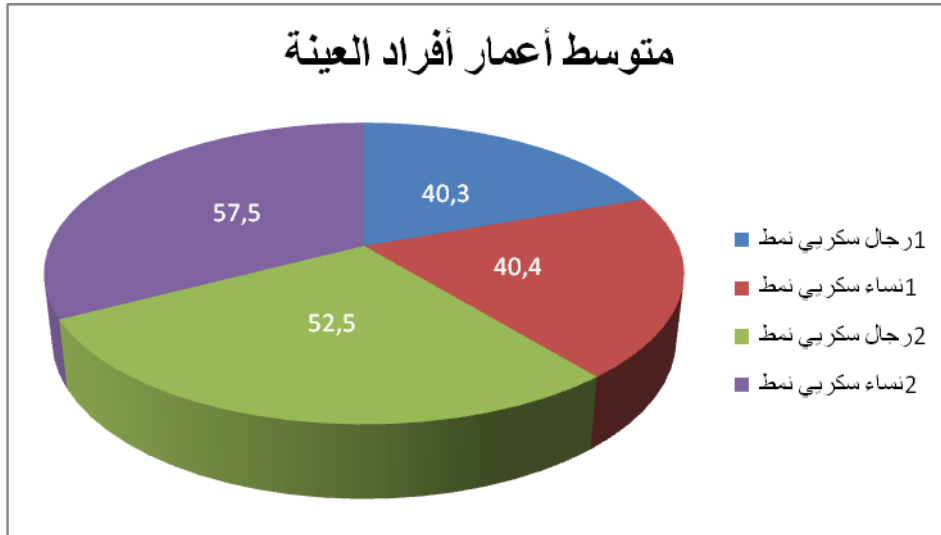
عمر المصابين : يتراوح بين 25 و 65 سنة، بمتوسط سن 40.5 سنة لمرضى نمط 1، متوسط متقارب بين النساء والرجال أي 40.4 سنة لدى النساء و 40.3 لدى الرجال.

أما سكريي نمط 2 فمتوسط السن مرتفع نسبيا 54.5 سنة، مرتفعا أكثر لدى النساء 57.6 سنة ولدى الرجال 52.5 سنة.

الفئات	رجال	نساء	المتوسط الكلي
--------	------	------	---------------

40.3	40.4	40.3	سكري نمط 1
54.5	67.5	52.5	سكري نمط 2
47.4	48.9	46.4	المجموع

جدول (2) متوسط أعمار أفراد العينة

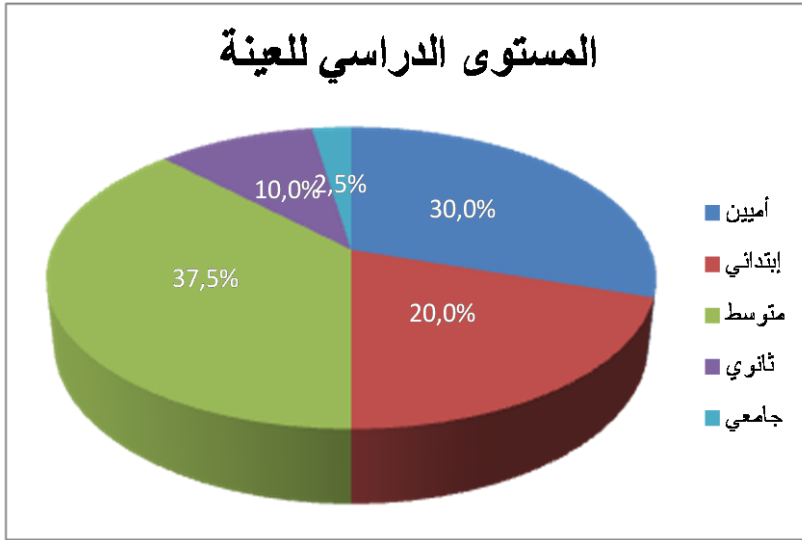


الشكل-2-

المستوى الدراسي: لأفراد العينة متباين ويتراوح بين: الأمي ويشمل 12 حالة بنسبة 30% ، الابتدائي لدى 8 حالات أي 20% ، المتوسط 15 حالة أي 37.5% ، الثانوي 4 حالات أي 10% والجامعي ممثلا بحالة واحدة أي 2.5% .

النسبة	عدد الأفراد	المستوى الدراسي
30%	12	أمي
20%	08	ابتدائي
37,5%	15	متوسط
10%	04	ثانوي
2,5%	01	جامعي

جدول (3) المستوى الدراسي لأفراد العينة



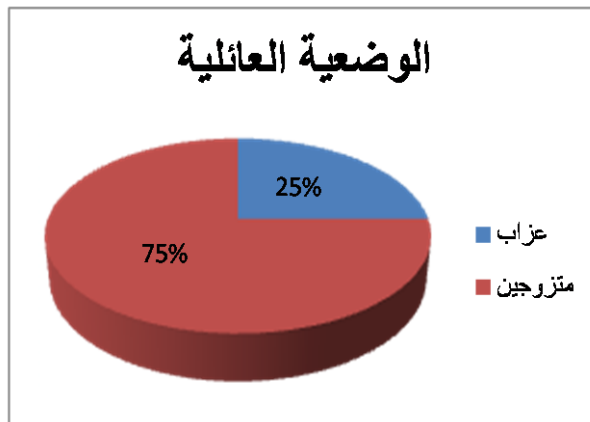
الشكل -3-

وضعية الأفراد الاجتماعية: ممثلة في :

الحالة المدنية أين نجد زواج 32 حالة من أفراد العينة مما يعادل نسبة 75% وعزوبية 8 حالات منهم 4 ذكور و 4 إناث وكلهم من سكريي نمط 1، ويشكلون بذلك نسبة 25% من مجموع افراد العينة.

عدد الافراد				الوضعية العائلية
النسبة	المجموع	نساء	رجال	
25%	08	04	04	أعزب
75%	32	08	24	متزوج

جدول (4) الوضعية العائلية

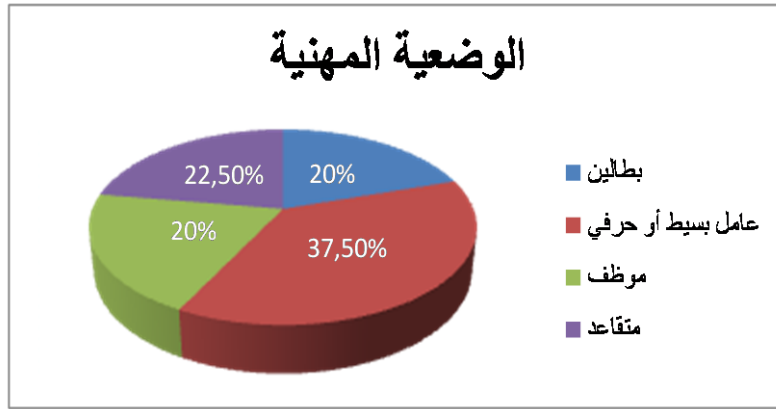


الشكل -4-

الوضعية المهنية: لأفراد العينة يميزها أيضا التباين من حيث وضعيات المصابين ، المصنفين كآلاتي: بطالة (بدون مهنة) لدى 8 حالات أي 20% من العينة، عامل بسيط أو حرفي 15 حالة ما يشكل 37.5% ، موظف 8 حالات أي 20% ، متقاعد 9 حالات أي 22.5% من مجموع أفراد العينة.

الفئة	العدد	النسبة المئوية
بدون مهنة	08	20%
عامل بسيط أو حرفي	15	37,5%
موظف	08	20%
متقاعد	09	22,5%

جدول (5) الوضعية المهنية

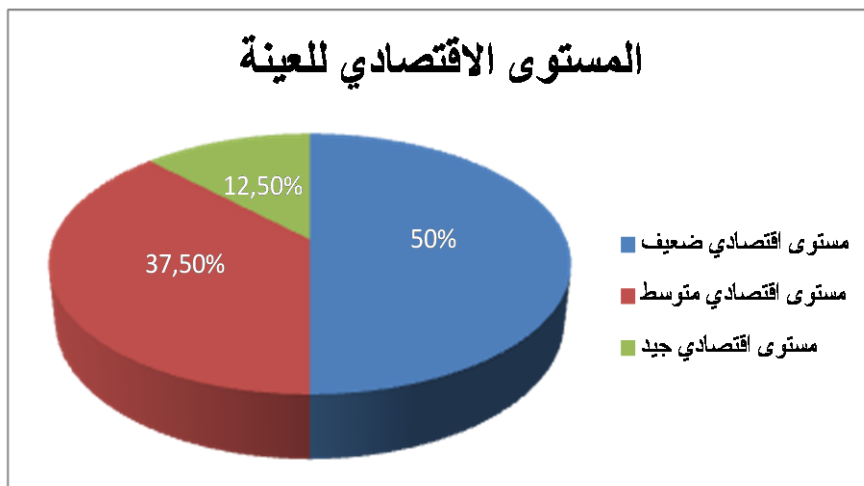


الشكل-5-

المستوى الاقتصادي: فيتراوح بدوره بين الضعيف لدى 20 حالة أي بنسبة 50% ، المتوسط لدى 15 حالة أي 37.5% والجيد أو المرتفع لدى 5 حالات ما يعادل 12.5% من مجموع المصابين.

المستوى الاقتصادي	العدد	النسبة المئوية
ضعيف	20	50%
متوسط	15	37.5%
جيد	05	12.5%

جدول (6) المستوى الاقتصادي لأفراد العينة



الشكل -6-

السكري وعلاجه:

حالات العينة تعاني داء السكري منذ فترة تتراوح بين 3 و30 سنة، ظهور المرض، تشخيصه، تم بطرق مختلفة. متوسط مدة الإصابة الكلي يساوي 11.5 سنة، يقابله 14.2 سنة لدى مرضى نمط 1، و8.8 سنوات لدى نمط2، مما يعني أن متوسط مدة الإصابة لدى مرتبتي الأنسولين أطول.

فقط 5 حالات من مرضى نمط 1، و8 من سكريي نمط2 أشاروا إلى وجود العامل الوراثي، وإصابة احد أو عدة أقارب، البقية نفوا ذلك أو صرحوا أنهم لا يعرفون.

اكتشاف المرض: لدى سكريي نمط 1، تم إثـر ظهور أعراض مثل التعب، الوهن، الدوخة، كثرة العطش والاستهلاك الزائد للماء، التبول المتكرر والشراهة للطعام، 8 حالات وبشكل مفاجئ لدى 3 حالات. 9 حالات ظهر المرض لديهم إثر صدمة عنيفة، التعرض لحادث مرور أو موت مفاجئ لقريب.

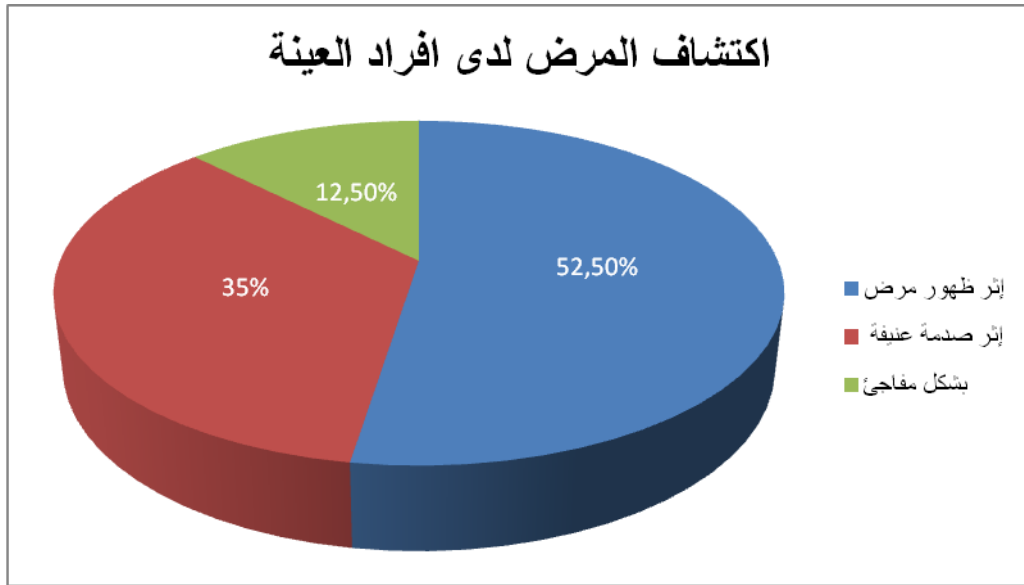
أما عن ردود الأفعال ومدى تقبل المرض، ف 10 حالات أكدوا أنهم لم يتقبلوا المرض، ورفضوا العلاج إلى حين ظهور بعض التعقيدات الحادة، الغيبوبة إثر ارتفاع نسبة السكري والاستشفاء.

أما لدى مرضى السكري نمط 2 ، الذين كانوا يعانون سمنة وبدانة، ف 13 حالة شخص المرض لديهم إثر ظهور أعراض، تراوحت مدتها بين الأيام، الشهور والسنوات، لأن البعض لم يطلب الفحص حتى ظهور التعقيدات، كالدبحة الصدرية، حوادث وعائية دماغية، والتهابات إنتانية . أعراضهم الأولى تمثلت في فقدان الوزن، التبول المتكرر، العطش والدوخة.

لدى حالتين (2) ظهر الداء بشكل مفاجئ، وإثر صدمة عنيفة لدى 5 حالات. 10 حالات اعتبروا الإصابة بالداء صدمة كبرى، لخبرتهم بالداء إثر إصابة أحد الأقارب أو الجيران.

النسبة المئوية	المجموع	سكري نمط 2	سكري نمط 1	
52,5%	21	13	08	إثر ظهور أعراض
35%	14	05	09	إثر صدمة عنيفة
12,5%	05	02	03	بشكل مفاجئ (أعراض حادة)

جدول (7) اكتشاف المرض لدى أفراد العينة



الشكل-7-

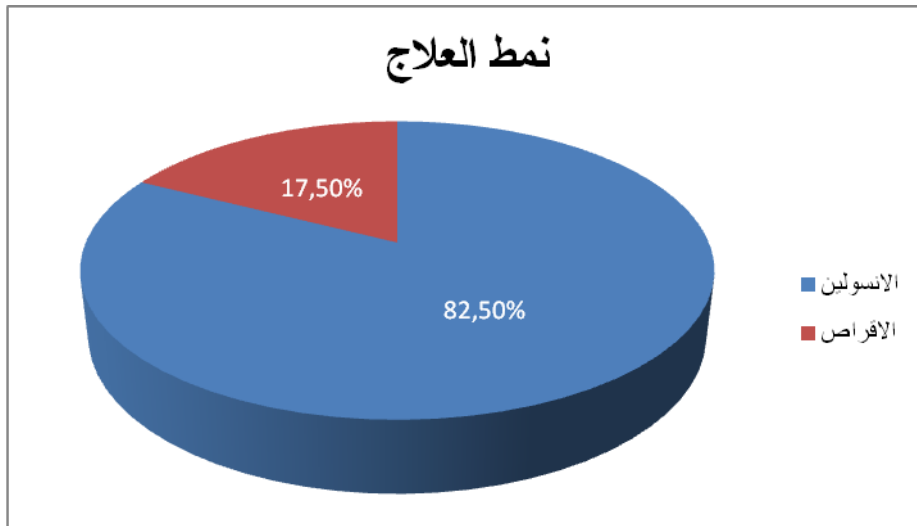
العلاج والإذعان : *Compliance ou observance*

مرضى نمط 1 ، يعالجون بالأنسولين عبر الحقن منذ بداية المرض، يقومون بذلك بمفردهم، إضافة إلى الحمية التي يعتبرونها العامل الأصعب في المعادلة العلاجية، لصعوبات مادية وشخصية علائقية.

أما سكريي نمط 2 فبدؤوا العلاج بالأقراص المتناولة فمويا، لكن حاليا حوالي 13 حالة أي نسبة 65% منهم وضعوا تحت الأنسولين عبر الحقن بسبب التعقيدات والأمراض المصاحبة . لكن خلافا لتقديرات الأطباء، 10 حالات منهم اعتبروا العلاج بالأنسولين أحسن، وقدروا تحسن حالاتهم وإحساسهم بالفعالية والأمن، لأنه يمكنهم من تحكم أدق في نسبة السكري. حالة واحدة فقط اعتبرت الانتقال للعلاج بالأنسولين مؤشر خطر وتعقيد.

نمط العلاج	سكري نمط 1	سكري نمط 2	المجموع	النسبة المئوية
الأنسولين	20	13	33	82.5%
الأقراص	0	07	07	17.5%
الحمية	20	20	40	100%

جدول(8) نمط العلاج



الشكل-8-

أما عن مدى تقبل التكفل، التدابير، والعلاج ف 12 حالة نمط 1، اعتبروا مراقبة السكري وعلاجه، مزعجة، و8 غير ذلك أي غير مزعجة تماما، في حين قدرت 14 حالة نمط2 ذلك بالمزعج، و6 حالات بالإزعاج.

إلا أن الإشكالية المطروحة في مدى تمثيل السكري وأثره ، ومعيقاته على الحياة مختلفة بين النمطين:

فمرضى نمط 1، بحكم الظهور المبكر للإصابة، والصورة السلبية الاجتماعية للمرض، والتغيرات التي يحدثها في حياة المصاب، ولد لديهم ردود أفعال خاصة أثرت سلبا على مسار حياتهم ؛ ميل للعزلة، عدم القدرة على العمل العدوانية الموجهة نحو الذات. منهم 8 عزاب، يرجعون عدم زواجهم اما بسبب التعقيدات الصحية او لنظرة المجتمع للداء . ميلهم للعزلة، وتجنب التجمعات، كالأعراس، والولائم لتفادي التساؤلات بسبب مواقيت حقن الدواء، الطعام والسلوك الغذائي أو القيام بسلوك خطير لعدم احترام الحمية لتفادي نظرة الآخرين.

أما لدى سكريي نمط 2، فالتغذية والتغذي وصفا بأنهما مشكل علائقي غالبا ما يسبب صراعات بين المصاب والأهل، بحكم الإحساس بالتحكم، التسلط، والإحساس بالنبذ . رغم الوعي بأن هدف الأهل حماية المريض . صراعات غالبا ما تنتهي بسلوكات عدوانية، رفض الطعام، أو كسر حاجز الحمية والقيام بسلوك عدواني موجه للذات بالتهام كميات كبرى من الطعام أو نوبات غضب باندفاعات سلوكية تسبب غالبا نوبات ارتفاع لنسبة السكر في الدم.

هذا الجانب ؛ الحمية، رغم أه ميته، لا يلقي العناية والاهتمام الكافيين من قبل المعالجين، ولا من طرف المرضى الذين يجهلون خطورة هذه السلوكات وآثارها على العلاج، مدى فعاليته، وكذا إسهامها في ظهور الأمراض المصاحبة.

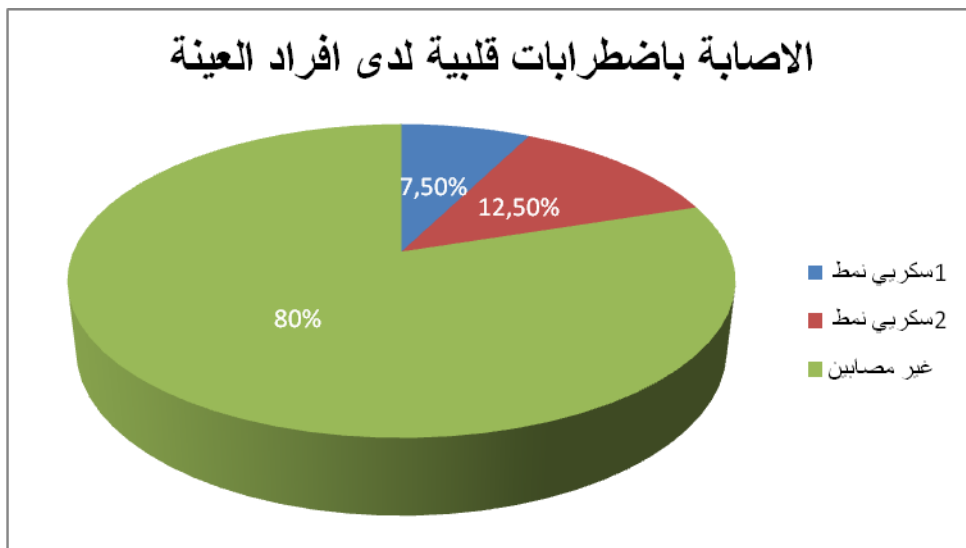
تعقيدات المرض، الأمراض المصاحبة:

تتراوح بين المنعدمة لدى 15 حالة أي ما يعادل نسبة 37.5% والموجودة لدى 25 حالة أي نسبة 62.5% والمتأرجحة بين البسيطة، الخفيفة، أو المركبة والمتعددة لدى نفس الحالة . هي أمراض مصاحبة يمكن حصرها في :

أمراض قلبية: إذ عانى 3 حالات من مرضى سكري نمط 1 مقابل 5 حالات نمط 2 من أزمات قلبية خطيرة وحادة علما أن 15 حالة فقط من نمط 1 قاموا بفحص تخطيطي للقلب مقابل 8 من نمط 2 خلال السنة.

الفئات	عدد المصابين باضطرابات قلبية	النسبة المئوية
سكري نمط 1	03	7.5%
سكري نمط 2	05	12.5%

جدول (9) الإصابة باضطرابات قلبية لدى أفراد العينة



الشكل-9-

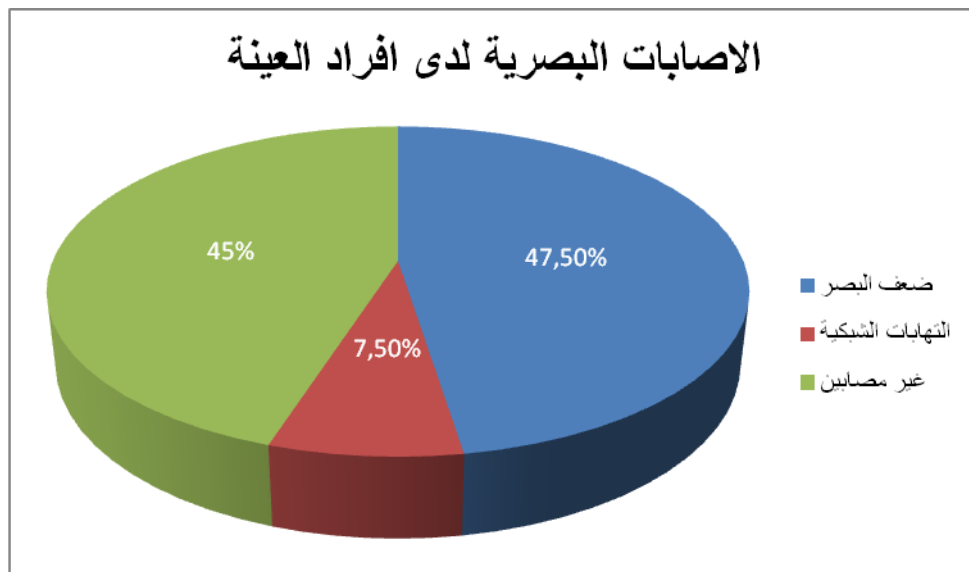
أيضا يعاني 7 حالات من ضغط دم لدى سكري نمط 1 مقابل 10 حالات من مرضى نمط 2، في حين أصيبت حالتين من كل نمط بحوادث مخية وعائية خطيرة.

أما ارتفاع الكوليسترول أو نسبة الدهون في الدم، فأصابت 4 حالات نمط 1 مقابل 9 حالات نمط 2.

1-3-2 العيون: في هذا الجانب تعاني 9 حالات مشكلات بصرية تتمثل في قصر النظر وضعفه، وإلتهاب الشبكية لدى 3 حالات، مع خضوع حالات للعلاج عن طريق الأشعة، لدى سكريي نمط 1 مقابل 10 حالات نمط 2، منها خضوع حالة للعلاج عن طريق الأشعة.

الإصابات البصرية	سكريي نمط 1	سكريي نمط 2	المجموع	النسبة المئوية
ضعف البصر	09	10	19	47.5%
التهابات الشبكية	03	00	03	7.5%

جدول (10) الإصابات البصرية لدى افراد العينة



الشكل-10-

الملاحظ في الوقاية هنا أن 8 حالات فقط قامت بفحص معمق للعيون من سكريي نمط 1، مقابل 13 حالة من نمط 2.

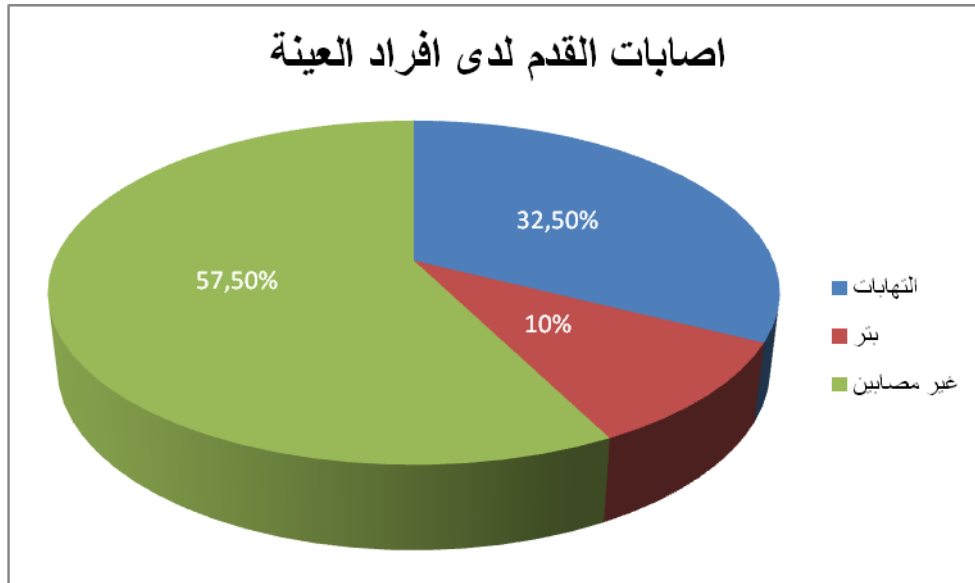
1-3-3 الأقدام والساقين:

وإصابته ا معروفة لدى مرضى السكري بشكل التهابات بسيطة، جفاف القدمين، التهابات إنتانية قد تسبب البتر في بعض الأحيان. لدى أفراد العينة تعاني 4 حالات من التهابات على مستوى القدم دامت لفترة أكثر من شهر لدى سكريي نمط 1 مقابل 9 حالات لدى مرضى النمط 2، وكذا تعرض 3 حالات للبتو، لقدم واحدة حالة واحدة، لقدمين حالة واحدة، وللأصابع حالة واحدة، مقابل تعرض حالة واحدة لبتر مشط القدم بأكمله لدى سكريي نمط 2.

إصابات القدم	سكريي نمط 1	سكريي نمط 2	المجموع	النسبة المئوية
التهابات	04	09	13	32.5%

بتر	03	01	04	10%
-----	----	----	----	-----

جدول (11) إصابات القدم لدى أفراد العينة



الشكل-11-

هي أخطر يعتبر الطالب المفحوصين عرضة لها، بملاحظة مدى عناية المرضى بالقدم، إذ صرح 14 حالة نمط 1 مقابل 12 حالة نمط 2 أنهم يعتنون يوميا بنظافة أقدامهم، في حين لم يشر أي مريض إلى مدى عنايته بنوعية الأحذية، أو ضرورة الاهتمام بذلك.

1 3 4 الكليتين: حيث تعاني 4 حالات من اضطرابات كلوية، منها خضوع حالة للتصفية الاصطناعية بسبب قصور كلوي لدى مريض نمط 1، مقابل غياب هذه الاضطرابات لدى مريض نمط 2 مع إجابة 15 منهم بلا ادري عن السؤال الخاص بذلك.

أخيرا الاستشفاء: إذ دخل 13 مريض المستشفى هذه السنة منهم 8 حالات بسبب الأمراض المصاحبة لدى نمط 1، مقابل 4 حالات نمط 2 بسبب السكري و 5 بسبب الأمراض .

هذا العرض البسيط والمتواضع يجعلنا نخلص إلى استنتاج أشارت إليه *LAURANT CHNEIWEISS (P* (119) ، أننا أمام بروفلين مختلفين . مريض نمط 1، فئة صغيرة السن، أصيبت مبكرا بالمرض، شكل ظهوره إخلالا كبيرا بمسار الحياة، ومريض نمط 2 عينة كبار السن، عانوا البدانة، أصيبوا بالمرض في عمر متوسط، يعيشون صعوبات تتعلق بالتكيف مع المرض والمحيط العائلي.

5- الخطوات الإجرائية للبحث:

التطبيق الميداني للبحث مر بمجموعة من الخطوات والإجراءات التي يمكن إيجازها فيما يلي:

5 1- اختيار المقياس المناسب والملائم والمتمثل في مقياس تقدير جودة الحياة SF-36 العام أو الجينيس، بعد استبعاد مقياس HDP 32 أي مقياس البر وفيل الصحي للسكريين، لعدم تمكن الطالب من الحصول على الدراسات النظرية حوله.

5 2- ترجمة أولية للمقياس وعرضها على لجنة من المحكمين وعددهم خمسة، اشترط فيهم إجادة اللغتين العربية والفرنسية، من مهن وتخصصات متعددة، أساتذة جامعيين وعددهم اثنين، مختصين نفسانيين، وطبيب.

5 3- بعد أخذ جميع الملاحظات والتعقيبات تم طبع النسخة النهائية بعد عرضها على اللجنة المذكورة.

5 2- صدق المقياس : وقد اعتمد الطالب على أضعف أنواع الصدق، وهو الصدق الظاهري لعدم توفر عامل الوقت ولحدود خبرة الطالب ، وذلك بعرض السلم على مجموعة من المحكمين وعددهم 8، من تخصصات مختلفة ، بعد عرض أهداف، وفروض البحث، وتمثل السؤال في : هل تقيس العبارة ما أعدت لقياسه أم لا؟

لجنة المحكمين تكونت من:

* ا. هاروني. م أستاذة علم النفس بجامعة قسنطينة

* ا. ف. موسى أستاذة علم النفس جامعة الجزائر

* الدكتورة س. مسمودي طبيبة مختصة في أمراض الغدد، مستشفى وادي العثمانية

* الدكتورة ث. خباب طبيبة امراض عقلية ، وادي العثمانية

* الدكتور أ. بومعية طبيب مختص في الطب الداخلي، مستشفى المسيلة

* الدكتورة ج. رميته اخصائية طب داخلي ، مستشفى وادي العثمانية

* السيدة ي وأمر أخصائية نفسانية رئيسية، المؤسسة الاستشفائية المختصة وادي العثمانية.

* الأنسة ل. لغويل أخصائية نفسانية وادي العثمانية

ملاحظات الحكام لم تركز على البنود، لكنها ركزت على الأمثلة التي طرحها المقياس، لعدم تناسبها مع البيئة الجزائرية، وكمثل على ذلك استبدال المكنسة الكهربائية بالكنس ورياضة الكرة الحديدية برياضة أخرى.

تم قياس صدق المحكمين بواسطة معادلة لوشين:

$$صم = \frac{n - n_0}{2} \quad \text{والتي تشترط أن تكون } n \leq 0,5 \text{ حيث أن}$$

ن و: هي عدد المحكمين الذين اعتبروا العبارة تقيس

ن: هو عدد الحكام الكلي

بعد تطبيق المعادلة ، تم تقدير النسبة المئوية ب 91.52% وهي ذات دلالة على نسبة صدق كبيرة للسلم.

3-5 ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات الوسيلة، لجأ الطالب إلى طريقة التطبيق وإعادة التطبيق للسلم، أي تطبيقه مرتين بفارق أسبوع بين التطبيق الأول والثاني على نفس العينة.

إذ تم اختيار 10 مرضى بالسكري، رغم إمكانية تطبيق ذلك على أسوياء مادام السلم جنيس و عام، لكن توخيا للدقة ولأن عينة الباحث سكريين، فضل الطالب هذا الاختيار.

بعد تفرغ النتائج ، تم حساب الثبات بواسطة معامل الارتباط بيرسون، الذي تساوي 0.75 وهو معامل يقترب من 1، وهو دال عند القيمة 0.05 ومنه فالسلم يتمتع بنسبة كبيرة من الثبات.

4-5 إجراءات التطبيق الميداني:

عرفت هي الأخرى مجموعة من الخطوات:

1-4-5 اختيار مكان العمل، وهو مكتب المختصة النفسانية، استقبال المرضى الموجهين من قبل الأطباء، بعد الاتصال بهم، وشرح أهداف البحث، وإجراءاته، وكذا تحسيس الطاقم الشبه طبي.

2-4-5 تعريف الباحث بنفسه، وبأهداف تواجده بالمصلحة، وتقديم كافة الشروح المطلوبة، والإجابة على كل أسئلة المرضى، وترك حرية اختيار قبول العمل أم لا لهم.

3-4-5 القيام بمقابلة أولية: لجمع البيانات والمعلومات بغرض إكمال ا لبيانات الخاصة بالمرض، تاريخ الحالة، بداية المرض، ردود فعل المريض لذلك، العلاج، معايشة المرض، وكذا التعقيدات.

4-4-5 أما في الجلسة الثانية، فشرح الطالب للمريض السلم، طبيعة الأسئلة، والمطلوب منه، بعضهم يجيب بنفسه، أما الأميين فيقرأ الطالب الأسئلة وأحيانا يلجأ للأسلوب العامي حتى يفهم المريض جيدا السؤال.

الطالب استقبل كل المرضى الموجهين إليه وعمل معهم، لكنه احتفظ في عينته بمن يحققون شروط العينة وهم من طبق معهم المقياس.

5-4-5 المعالجة الإحصائية:

بعد تفرغ المقابلة والمقياس تمت المعالجة الإحصائية للنتائج باستخ دام برنامج SPSS في نسخته الرابعة عشر (14).

التذكير بفرضيات البحث :

1- الفرضية العامة :

يتمتع المصابون بداء السكري بجودة حياة منخفضة.

2- الفرضيات الإجرائية :

1- يتمتع المصابون بداء السكري نمط 1 بجودة حياة منخفضة.

2- يتمتع المصابون بداء السكري نمط 2 بجودة حياة منخفضة.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى سكري نمط 1 و نمط 2.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى المصابين بأمراض مصاحبة وغير المصابين بها من السكريين.

5- توجد علاقة سلبية دالة إحصائية بين مدة المرض وجودة الحياة لدى السكريين.

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين والعزاب من السكريين.

الفصل الخامس

تقديم النتائج مناقشتها و تحليلها.

الفصل الخامس: عرض النتائج، تحليلها و مناقشتها:

عرض النتائج، تحليلها و مناقشتها:

عرض نتائج البحث، تحليلها و مناقشتها، هي أهم خطوات ومراحل البحث العلمي، لأنها تشكل محصلة جميع الخطوات وهي مرحلة الإجابة عن التساؤلات ونفي أو إثبات الفرضيات.

لذا وطلبا للدقة، ورغبة في تقديم النتائج المتحصل عليها، بشكل مفصل وواضح، مع مراعاة تقديم كل ما هو هام ومن صميم موضوع البحث، أثر الطالب تقديم هذه الأخيرة بشكل يراعي فيه:

- تقديم حصيلة النتائج بشكل عام ومتسلسل.

- تحليل عام مفصل للنتائج.

- مناقشة النتائج وفق فرضيات و أهداف البحث.

1- عرض النتائج:

بغرض الإحاطة، والتقديم المفصل لمختلف النتائج والمعطيات المتعلقة بهذا الجانب موضوع البحث، فضل الطالب تقديم المعطيات بشكل مفصل، منطلق من العام إلى الخاص معتمدا في ذلك على البيانات التي تسمح له بالإجابة على فرضيات البحث وتساؤلاته.

الفرضية العامة:

لدي جميع أفراد العينة الأربعة؛ السكريين بنمطيه (1) و(2) كان تقدير جودة الحياة منخفضا. فلهتوسط الكلى للهرجات، والبنود الثمانية، قدر ب33.80 وهو تقدير ضعيف يعكس تقدير السكريين لجودة حياتهم.

هذا التقدير ظهر بوضوح على مستوى البنود الثمانية (انظر إلى الجدول 1)

متوسط درجة جودة الحياة	الأبعاد								
Q O L	GH	VT	RE	MH	SF	BP	RP	PF	نمط الداء
33.78	27.15	35.63	24.16	37.50	34.08	42.50	28.32	60.50	سكري نمط 1

35.90	35.64	40.10	21.19	41.33	43.25	39.35	24.31	57.25	سكري نمط 2
33.80	31.39	37.86	22.68	39.44	38.67	40.92	26.36	58.87	متوسط النمطين

-الجدول (12) متوسط درجات جودة الحياة لدى أفراد العينة.

حيث أن:

PF: النشاط الجسمي

RP: تحديدات بسبب الحالة الجسمية

BP: الألم الجسمي

SF: الحياة والعلاقات مع الآخرين

MH: الصحة أو الحالة النفسية

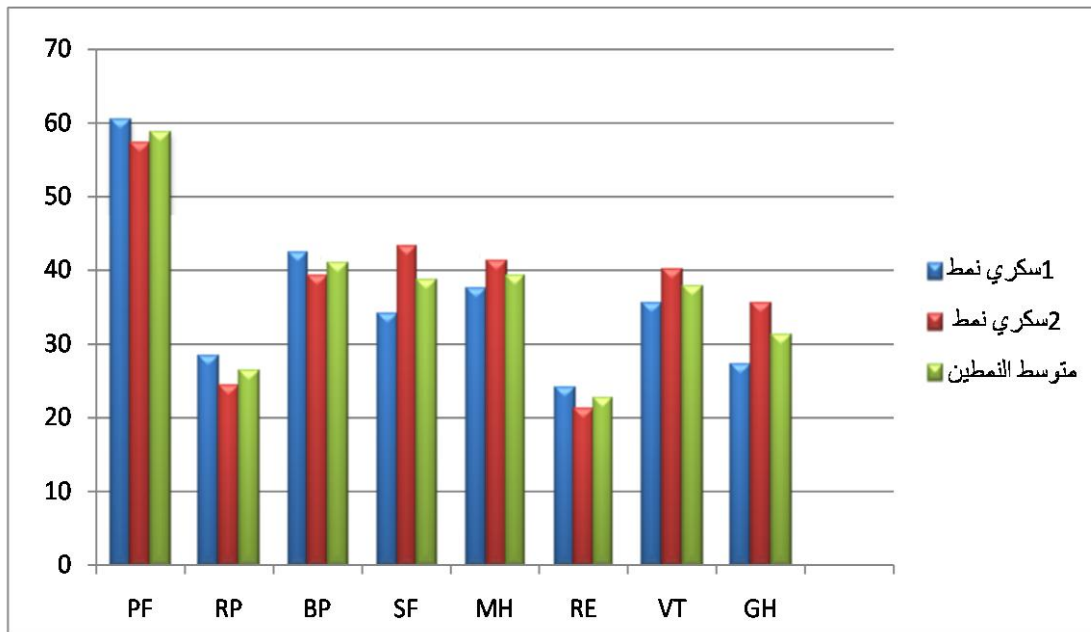
RE: تحديدات بسبب الحالة النفسية

VT: الحيوية والنشاط

GH: الصحة المدركة

ذلك أن قراءة بسيطة لدرجات السكريين (من أفراد العينة مع المتوسطات المرجعية تسمح بإدراك مدى ضعف هذه الدرجات لدى المفحوصين الشكل (2) .

الشكل-12-



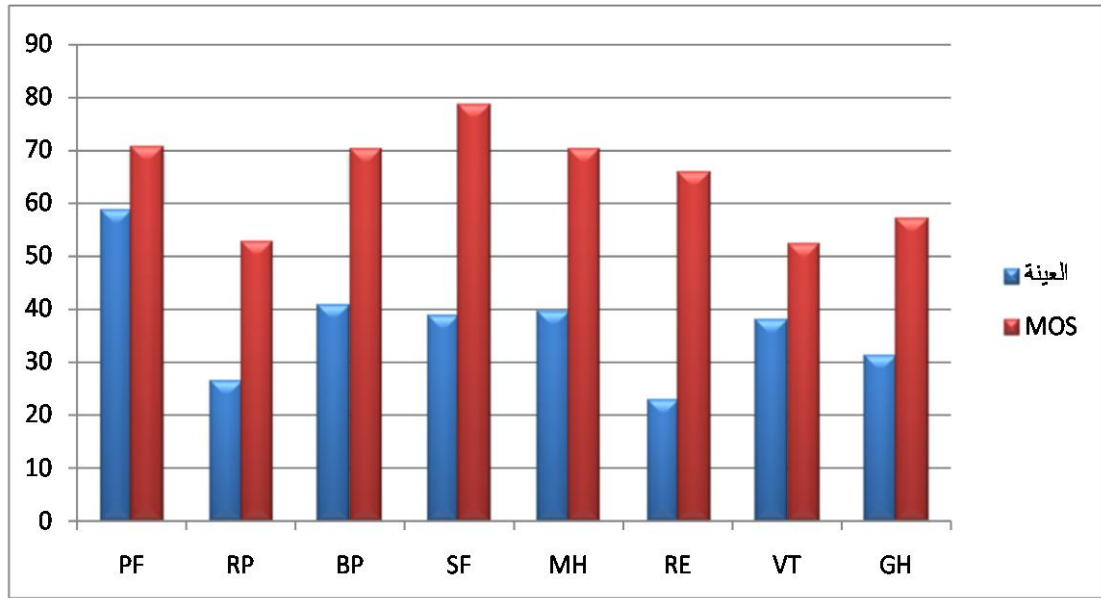
إن القراءة المتأنية لهذه المتوسطات توضح مدى الفرق في الدرجات من جهة ، كما تبين أن اضعف المتوسطات لدي أفراد العينة خصرت ،

بعد التحديدات بسبب الحالة الجسمية (RP) المقدر ب 36, 26 ; التحديدات بسبب الحالة النفسية والانفعالية (RE) المقدر ب: 22,68 مما يبين مدى تأثر الجانب النفسي والانفعالي لدي أفراد العينة. وكذا بعد التقدير العام للصحة (GH) ب 31,39

المتوسط اللطوي	البند	
----------------	-------	--

الفئات	GH	VT	RE	MH	SF	BP	RP	PF
العينة	31,39	37,86	22,68	39,44	38,67	40,92	26,36	58,87
أل MOS	56.93	52.15	65.78	70.38	78.77	70.38	52.92	70.61

جدول - 13 - متوسط درجات الأبعاد لدى أفراد العينة و MOS.



الشكل-
13-

تقدير
يؤكد
أيضا
ما عبر
عنه
المفحو
صون
أثناء
المقابلة
من؛

أن الإصابة بالسكري كثيرا ما تشكل حواجز وتحديات على مستوى الجانب الوظيفي الحركي النفسي والاجتماعي خصوصا ما يتعلق بتدابير العلاج احترام المواعيد والمتابعات ، وهو يعكس أيضا التقدير الحالي للوضع الصحي العام مقارنة بالنسبة الماضية فإذا كان تقدير أفراد العينة لوضعهم الحالي هو 22.62. مما يعرض أن أفراد العينة قدروا أن وضعيتهم الصحية في تفهقر. وضع يتضح أكثر عند محاولة مناقشة نتائج التقديرات الخاصة بكل نمط .

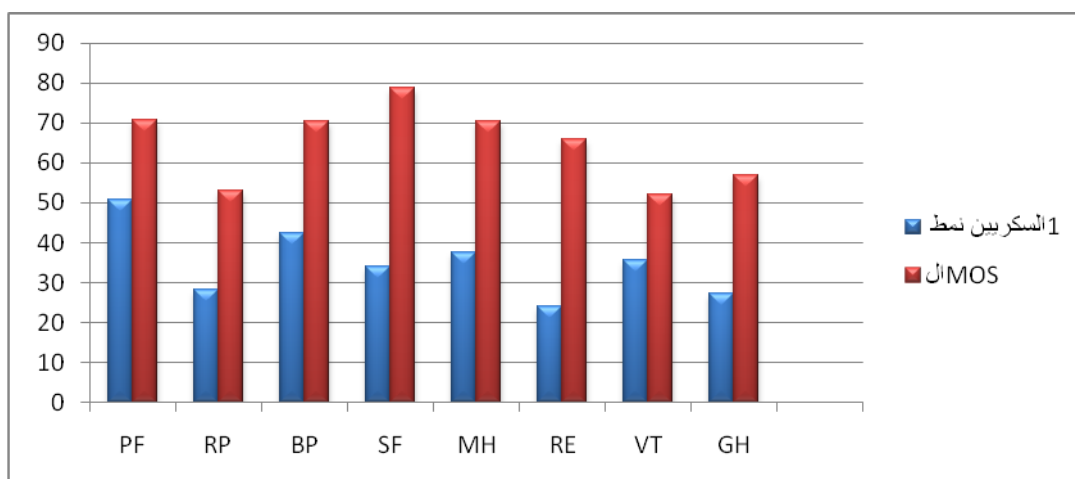
الفرضيات الإجرائية :

1- الفرضية الأولى :

جودة حياة السكريين نمط (1) المقدر ب: 33.78 بعيدة عن الايجابية؛ بعد أو ضعف يمس جميع الأبعاد الثمانية . إلا أن اضعف متوسط أو درجة مس البعد المتعلق بالتحديات الناجمة عن الحالة أو الوضعية النفسية والمقدر ب 16, 24 مما يوضح مدى الآثار أو العواقب النفسية ا لناجمة عن المرض . إضافة إلى بعدي التحديدات الجسمية و التقدير العام للصحة المقدرين على التوالي ب 28,32 و 27,16 وهي تقديرات جد ضعيفة.

المتوسط اللطفي	الأبعاد								الفئات	
	GH	VT	RE	MH	SF	BP	RP	PF		
Q O L										
33.78	27.15	35.63	24.16	37.50	34.08	42.50	28.32	50.60	السكري نمط (1)	
64.30	56.93	52.15	65.78	70.38	78.77	70.38	52.92	70.61	أل MOS	

جدول (14) متوسط درجات أبعاد السكريين نمط (1) و أل. MOS



الشكل-14-

هذه الدرجات توضح أن الإصابة بداء السكري نمط 1 بطابعها المبكر، وبما يتطلبه من التزامات، وم ا يسببه من تغير جذري على جميع ميادين الحياة، يجعل من تقدير جودة الحياة ضعيف، حتى انطلاقاً من التقدير الحالي للوضع الصحية المقدرة ب 18.75، مقارنة بها في السنة الماضية هو تقدير ضعيف يحمل توقعات وانتظارات سلبية تمس الجانب الصحي.

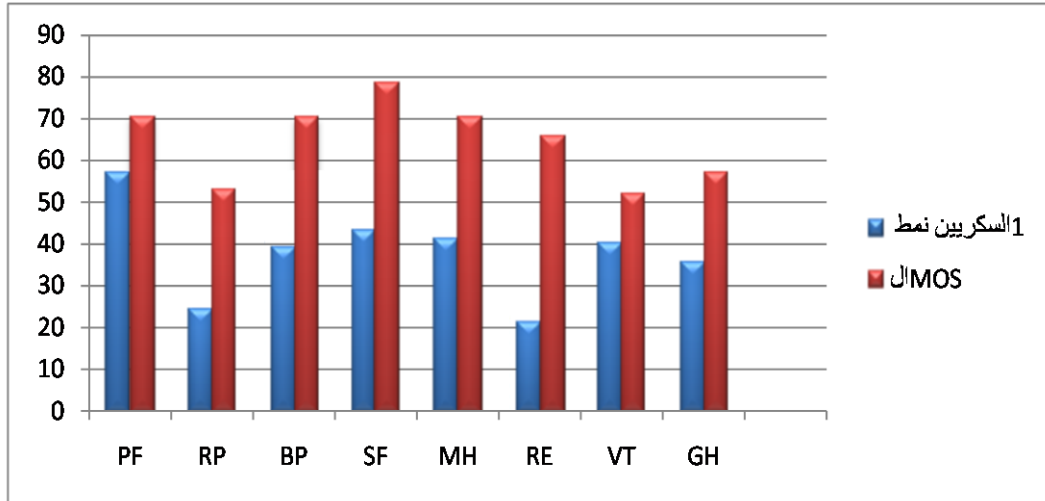
الفرضية الثانية :

أما سكريي نمط 2 فرغم أن تقديرهم لجودة الحياة أعلى نسبياً منه لدى سكريي نمط 1، والمقدر ب 35.90 فإنه يظل بدوره ضعيفاً. ضعف يمس جميع الأبعاد كما يوضحه الجدول الآتي:

المتوسط اللطفي	الأبعاد								الفئات
	GH	VT	RE	MH	SF	BP	RP	PF	
35.90	35.64	40.10	21.19	41.33	43.25	39.35	24.31	57.25	السكري نمط (2)
64.30	56.93	52.15	65.78	70.38	78.77	70.38	52.92	70.61	أل MOS

جدول-15 متوسط أبعاد سكريي نمط 2، ومتوسطات أل MOS

الشكل-15-



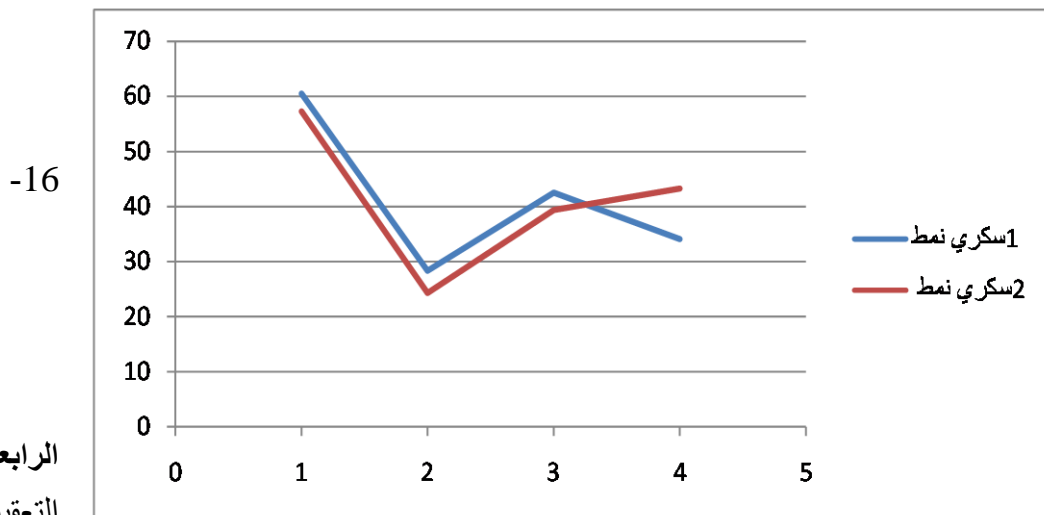
عند هذه الفئة الضعف أكثر وضوحا في بعدي التحديدات بسبب الحالة الجسمية والنفسية المقدرين ب 24,31 و 21,19

يؤكد تأثر الجانب العضوي و النفسي لدى هذه الفئة أيضا .

لكن ينبغي الإشارة أن تقدير جودة الحياة كان قريبا أو أعلى من المتوسط لدى 4 حالات من سكريي نمط 2 : مما يمثل 10% من مجموع أفراد العينة مقابل حالة واحدة لدى سكريي نمط 1. الفرضية الثالثة :

فيما يخص مقارنة جودة الحياة بين نمطي السكري (1) (2) لأفراد العينة عبر محاولة الإجابة عن مدى وجود فروق أو لا. فإن قراءة نتائج التقديرات المتمثلة في :

جودة الحياة الكلية لدى السكر بين نمط (1) كانت 33.78 يقابلها 35.90 لدي سكريي نمط (2) القراءة البسيطة لمتوسطات البنود تشير إلى تقارب كبير في النتائج بدءا من بعد الحركة والنشاط المقرب ب : 60.56 لدى نمط (1) مقابل 57.25 لدى نمط (2) إلى التحديدات بسبب الحالة النفسية و هو ضعف متوسط لدى النمطين (1) (2) والمقدر ب: 24.16 مقابل 22.68



الشكل-

الرابعة :
التعقيدات

الفرضية
أما عامل

المرضية، أو الأمراض المصاحبة للداء، فهي في الحقيقة متباينة بين الغائبة تماما لدى 15 حالة أي لدى 37.5% من أفراد العينة، متواجدة لدى 25 حالة تتراوح بين بسيطة و معقدة ومتداخلة ومتعددة، تصل حد تواجد 7 أمراض لدى 3 حالات أي بنسبة 7.5% من مجموع الأفراد.

عدد المصابين	عدد الأمراض
15	0
1	1
6	2
6	3
3	4
5	5
1	6
3	7
40	المجموع

جدول- 16 -تواتر الأمراض المصاحبة لدى أفراد العينة.

هي أمراض تتوزع أيضا بين الإصابة البسيطة، كالتهاب حاد للأصابع، ارتفاع ضغط الدم، إلى تعقيدات خطيرة حوادث وعائية دماغية، إصابات قلبية، انتانات في القدم تؤدي إلى البتر للقدم أو الساق. (سبق عرضها بالتفصيل عند تقديم العينة).

أثر هذه التعقيدات بعواقبه على بقية الأبعاد، المتعلقة بجودة الحياة بدءا من الحركة والنشاط إلى التقدير العام للوضعية الصحية، بدا واضحا في المتوسطات، مقارنة بين متوسطات غير المصابين بهذه الأمراض.

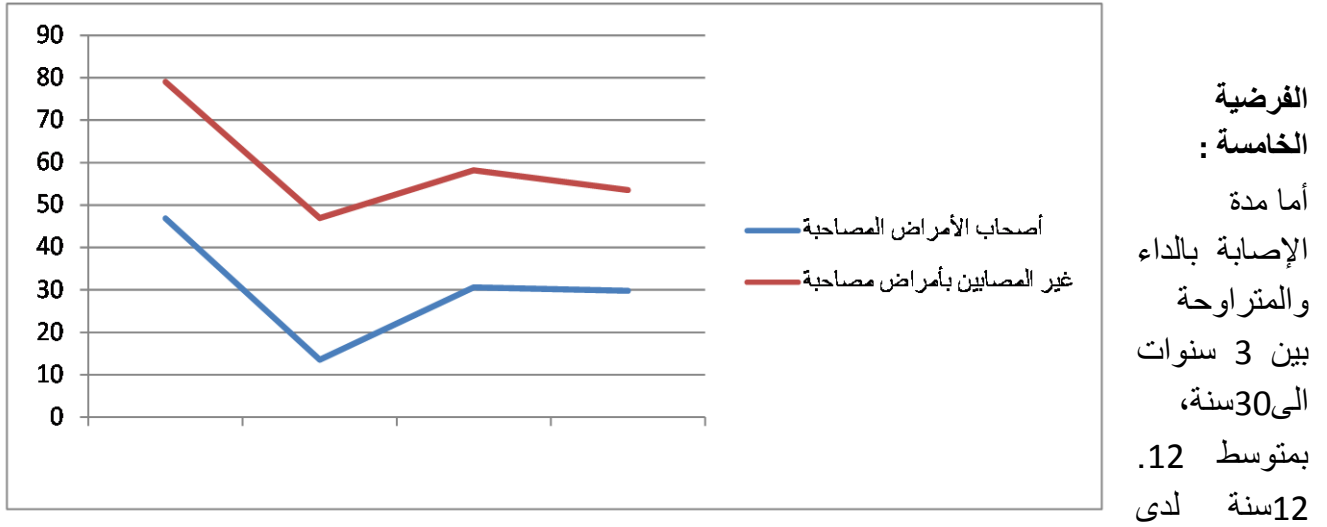
البنود									الفئات
المتوسط الكلي	GH	VT	RE	MH	SF	BP	RP	PF	
24.90	24.34	29.13	12.91	35.15	29.77	30.58	13.5	46.80	أصحاب الأمراض المصاحبة
51.40	43.16	52.43	38.97	46.61	53.5	58.16	46.92	79	غير المصابين بأمراض مصاحبة

جدول-17- متوسط الدرجات، لأصحاب الأمراض المصاحبة وغير المصابين

القراءة المتأنيئة لهذا الجدول تبين أن أصحاب الأمراض، يعانون صعوبات كبيرة في النشاط والحركة، فمتوسط 13.5 مقارنة به عند غير المصابين المقدر ب 46.92 . يبين مدى الصعوبات الموجهة بفعل هذه التعقيدات ومدى أثرها على المعاش النفسي، الواضح في تقدير التحديدات الانفعالية والنفسية بسبب الحالة النفسية المتدهورة المقدر ب 35.15، و أثره المتمثل في 12.91 يقابله لدى المعافين منها ؛ للحالة النفسية 38,97 والتعقيدات المرتبطة بها ب 46,61 . وهو متوسط ضعيف جدا. حتى أن التقدير العام للصحة ضعيف مبينا في تقدير 24,34 مقابل 43,16 عند غير المصابين مؤشر سلبي لهذه الوضعية.

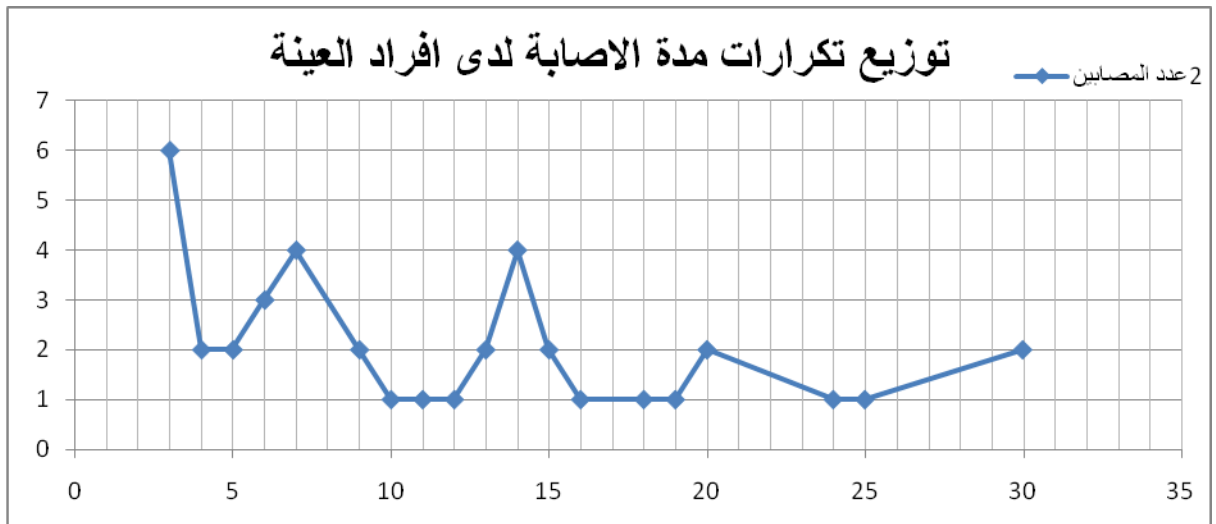
هذه القراءة تقودنا إلى القول إن متوسط جودة الحياة، المقدر ب 24.90 لدى أصحاب الأمراض، مقابل 51.40 لدى غيرهم من أفراد العينة. يمكنها أن تعطي صورة عن الفروق خصوصا عند وضعها على الشكل التالي.

الشكل-17-



أفراد العينة. بفروق طفيفة بين النساء ب 14.2 مقابل 13 سنة عند الرجال لدى المجموع الكلي. هي نسبة يمضيها متوسط 14.20 سنة لدى سكري نمط 1، وذلك ب 14.1 سنة لدى النساء و 13.1 سنة لدى الرجال. أما لدى سكري نمط 2 فالمتوسط كان 10.05 سنوات، موزعا بمعدل 8.5 سنوات لدى الرجال مقابل 11.6 سنة لدى النساء مما يعني أن متوسط مدة المرض أعلى عند النساء.

هذه المدة يمكن طرحها وتقديمها في الشكل التالي :



الشكل-18-

هذا الشكل بين أن المدة تتراوح بين 3 سنوات لدى 6 حالات إلى 30 سنة لدى حالتين؛ بينما نجد 7 سنوات لدى 4 حالات وكذا 14 سنة بنفس التكرار .

كان من الممكن تقسيم المفحوصين إلى فئات وحساب الفروق . لكن الطالب أثر فقط التركيز على مدى وجود علاقة أم لا، أي مدى وجود علاقة بين مدة الإصابة بالمرض وجودة الحياة . عل

لما أن العامل الزمني وحده لا يكفي لتقدير هذه العلاقة أو تفسيرها، لأن الزمن بالنسبة للسكر يي يرتبط أيضا بعوامل أخرى، كالاكتشاف المبكر للداء، الإذعان للعلاج وحتى عمر المريض عند الإصابة بالمرض وغيره .

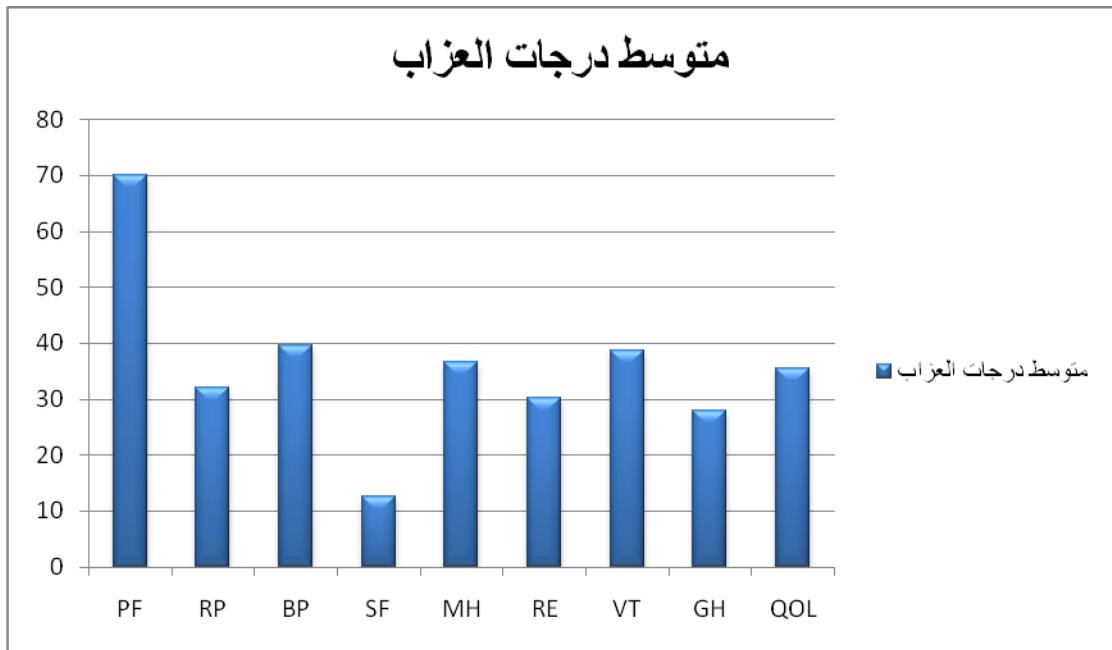
الفرضية السادسة :

أخيرا الحالة المدنية لأفراد العينة، والمتمثلة في تواجد العزوبية لدى 8 حالات أي ما يعادل 20% ، بمتوسط عمري مقداره 30,75 و زواج 30 حالة أي نسبة 80% ، 51,69 من المجموع الكلي لأفراد العينة بمتوسط عمر مقدر ب 51,69. ورغم أن الزواج في مجتمع كالجزائر يعد أحد أهم مراحل الحياة لما يحمله من تمثيل اجتماعي، كتأهيل لأدوار ومكانة أخرى، ورغم أن العزاب وهم من فئة سكريي نمط 1، منهم 4 نساء و 4 رجال، صرحوا أثناء المقابلات أنهم يعيشون ذلك كمازق، و أن السبب هو داء السكري، بتعقيداته والتمثيلات الاجتماعية التي يحملها عنه المحيط، كمرض مشين، معيق ومنقص للقدرات والكفاءات .

لدى العزاب، يمكن ملاحظة نتائج التقديرات عبر الجدول التالي :

QOL	GH	VT	RE	MH	SF	BP	RP	PF	الأبعاد
35,56	27,96	38,75	30,20	36,56	12,50	39,68	32,03	70,00	الدرجات

الجدول - 18 - متوسط درجات العزاب.



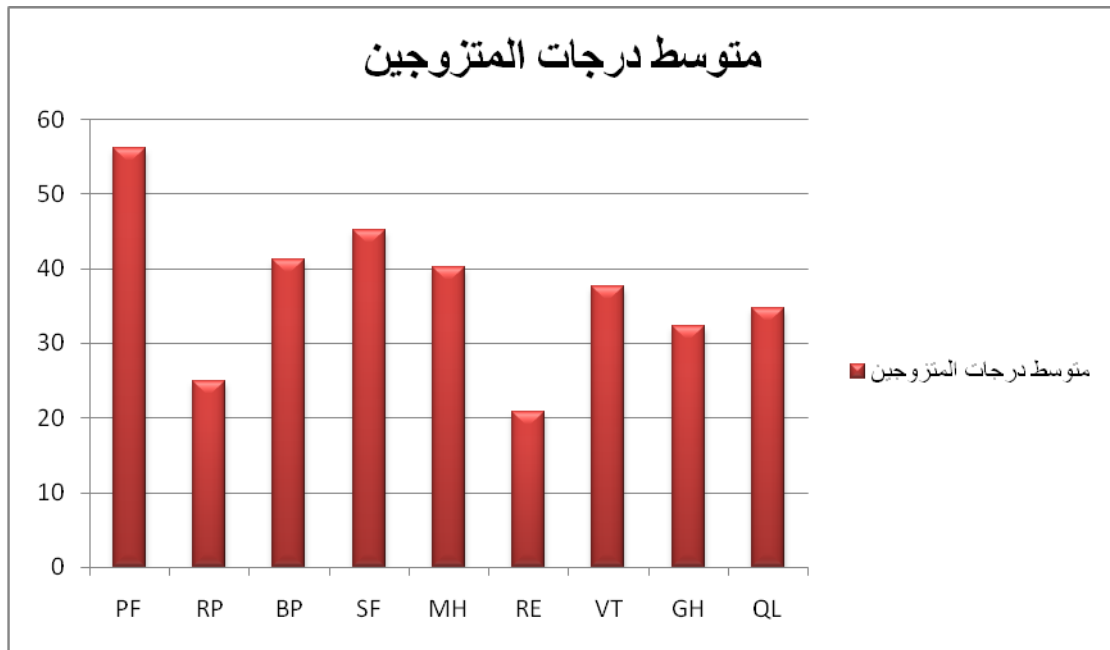
الشكل - 19 -

من هنا يمكن القول أن متوسط الدرجات العام الممثل في 35,56 منخفض ، رغم ارتفاعه في بند الوضعية الجسمية المقدر بـ 70,00 PF لكن مع انخفاض واضح لبعد التحديدات بسبب الوضعية الجسمية RP . 32,03 الحياة والعلاقة مع الآخرين SF المقدر بـ 12,50. وكذا التقدير العام للصحة GH المقدر بـ 27,96

لدى المتزوجين يمكن طرح النتائج في الجدول التالي :

الأبعاد	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QOL
الدرجات	56,09	24,90	41,23	45,21	40,16	20,79	37,64	32,25	34,65

الجدول - 19 - متوسط درجات المتزوجين.



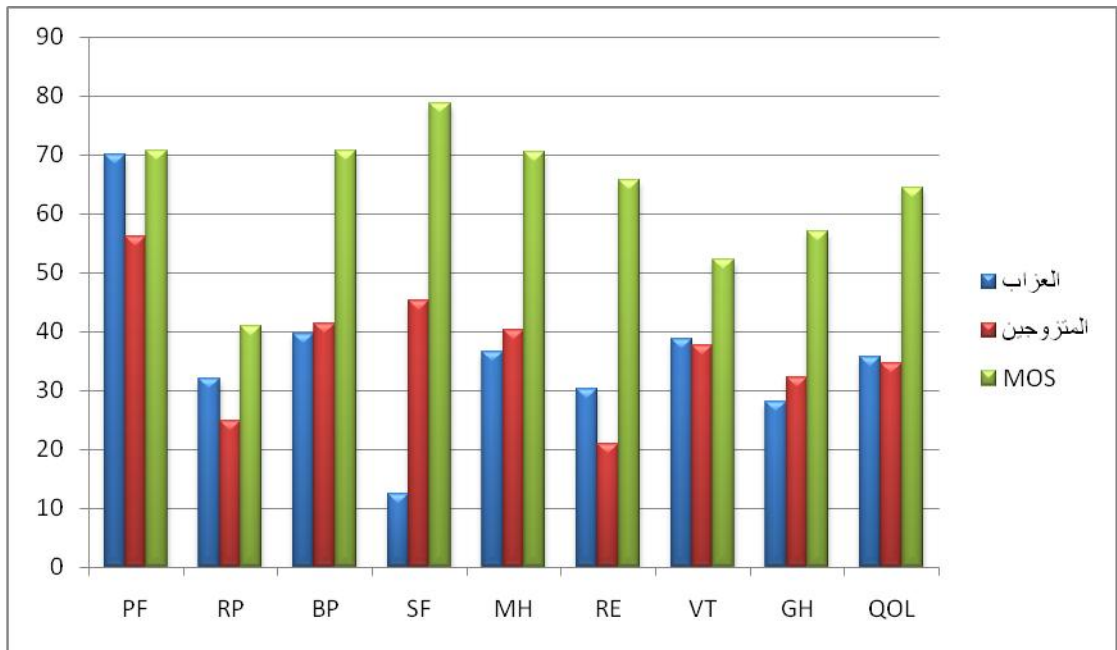
الشكل - 20 -

يبين الجدول أن متوسطات درجات المتزوجين منخفضة بدورها حيث أن اعلي متوسط يمس بعد الوضعية الجسمية بتقدير 56,09 و ان اضعف الدرجات تخض بعد ي التحديدات المرتبطة بالوضعية الجسمية ب 24,90 والتحديدات بسبب الحالة النفسية ؛ 20,79 مع تقدير ضعيف للوضع الصحي العام؛ 32,25. ظاهريا و حسب الجدول التالي تبدو درجات الفئتين متقاربة :

الفئات	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QOL
العزاب	70,0	32,03	39,68	12,50	36,56	30,20	38,75	27,96	35,56
المتزوجين	56,09	24,90	41,23	45,21	40,16	20,79	37,64	32,25	34,65
ال MOS	70,61	40,78	70,77	78,77	70,38	65,78	52,15	56,99	64,30

جدول - 20 - متوسط درجات العزاب، المتزوجين و المتوسط المرجعي.

توجد فروق تمس بعد العلاقات الاجتماعية المنخفض لدى الفئة الأولى ؛ 12,50 مقابل 45,21 وبين بعد الوضعية الجسمية Pf و بدرجة اقل بين متوسطي بعد التحديدات بسبب الحالة الجسمية RP .



الشكل - 21 - متوسط درجات العزاب، المتزوجين و المتوسط المرجعي.

2- تحليل النتائج:

بعد هذا العرض المبسط للنتائج ، يحاول الطالب تحليل النتائج المتحصل عليها وفق فرضيات البحث المطروحة و المعالجة الإحصائية المستخدمة .

لكن قبل ذلك ينبغي الإشارة إلى أن هذه الدراسة سمحت بالكشف عن مدى تشابك وتعقيد دراسة جودة الحياة عند السكريين لتداخل المتغيرات وتشابك الأبعاد مما يتطلب ربما دراسات معمقة لكل بعد على حدة .

الفرضية العامة :

يتمتع السكريون أفراد العينة بجودة حياة منخفضة ، مقدرة بمتوسط 33.80 ، وهو متوسط بعيد عن المتوسط المرجعي لل MOS المقدر ب 64.30. انخفاض يمس جميع أبعاد جودة الحياة الثمانية، و على وجه الخصوص؛ بعد التحديدات الجسمية ب -26,3 مقابل 52,92 المتوسط المرجعي لهيئة البحوث الطبية؛ واضعة المقياس . الصحة النفسية ب 39,41 مقابل 70,38. التحديدات النفسية ب 22,68 مقابل 65,78 . وأخيرا التقدير العام للصحة المقدر ب 31,39 مقابل 56,93 . هذا رغم وجود تقدير جودة حياة عال لدى 5 حالات (12.5%)، فإن المتوسط العام ضعيف ، وهو نفس ما توصلت إليه دراسات كثيرة منها دراسة *Cloquet.f et all (1996)*

هذا التقدير يؤكد فرضية البحث العامة و التي مفادها : يتمتع المصابون بداء السكري بجودة حياة منخفضة ، رغم أن تفسير أسباب هذه الوضعية يتجاوز حدود هذه الدراسة .

الفرضيات الجزئية :

1- الفرضية الأولى :

تقديرات سكريي نمط (1) أيضا لجودة حياتهم جاءت منخفضة، بمتوسط عام لجودة الحياة مقداره 33.78 ، البعيد عن المتوسط المرجعي للـ MOS ، 64,30 ومتوسطات الأبعاد المنخفضة . ضعف مس بشكل عام كل الأبعاد . خصوصا؛ التحديدات الجسمية 28,32 و الألم ب 42,50 مقابل 70,38 ، الحالة النفسية ب 37,50 وتحديداتها ب 24,16. اما العلاقات الاجتماعية قدرت ب 34,50 . كل ذلك منعكس على التقدير العام للصحة المقدر ب 27,15 . و كلها تقديرات بعيدة عن متوسطات الهيئة الطبية للبحث . لعوامل منها ،مدة المرض التعقيدات والإذعان للعلاج . وهي عناصر لم تتناولها الدراسة بالبحث . هذه المعطيات تسمح بالقول أن السكريين نمط (1) يتمتعون بجودة حياة منخفضة مما يؤكد فرضية البحث .

2- الفرضية الثانية :

سكريو نمط (2) رغم اختلافهم عن مرضى النمط (1) من حيث السن، عمر المصاب أثناء اكتشاف المرض، قدروا جودة حياتهم بالمنخفضة، عبر متوسط: 33.80، البعيد أيضا عن المتوسط المعياري لل MOS وحتى عن المتوسط الذي وضعه الطالب والمقدر ب : 45.59 . ربما بمعاش مختلف عن الفئة الأولى بحكم ظهور المرض المتأخر، سن المصاب، خبرته في الحياة وكذا مدى أثر المرض على نمط وأسلوب الحياة . التقدير الضعيف مس على وجه الخصوص أبعادا خمس؛ التحديدات الجسمية 24,31 ، الألم 70,38 ، الحالة

النفسية 41,33 والتحديات الناجمة عنها 21,19 وهو اضعف متوسط لدى هذه الفئة، وكذا التقدير العام للصحة 35,64.

هي مؤشرات تدل على جودة حياة ضعيفة مما يثبت و يؤكد فرضية البحث القائلة : يتمتع المصابون بداء السكري بجودة حياة منخفضة.

3- الفرضية الثالثة :

أما عن التساؤل عن مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى النمط (1) و(2) يمكن تناوله بالشكل التالي :

تتقارب نسب متوسطات تقديرات الفئتين حتى في انخفاضها عن متوسطات أَل MOS .

تقارب مس حتى أعلى متوسط لدى الفئتين والمتعلق بالحالة الجسمية المقدر ب 60,50 مقابل 57,25 لدى الفئة الثانية. و هو المتوسط الوحيد القريب من درجة المتوسط المعياري للبعد.

المعالجة الإحصائية للنتائج بينت أن : متوسط درجات جودة الحياة 33.78 لدى سكريي نمط (1) و 35.90 لدى مرضى نمط (2) ، مقابل انحراف معياري مقدر ب : 17.92 لدى نمط (1) و 19.26 لدى نمط (2) ونتيجة اختبارات test المقدر ب 0.36 عناصر تعني عدم وجود فروق دالة إحصائية بين جودة الحياة لدى الفئتين. مما يعني نفي و رفض الفرضية التي مفادها؛ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى سكريي نمط (1) (2).

4- الفرضية الرابعة :

أما الأمراض المصاحبة أو الناتجة عن تعقيدات المرض، فهي أحد العناصر الهامة المؤثرة في جودة الحياة . موضوع يتطلب التدقيق وربما التفصيل في دراسة الفروق بين أصحاب الأمراض نفسها، و ربما يتطلب بحوثا عديدة.

التقديرات لدى الفئتين متباين في كل الأبعاد باستثناء تقارب في بعد الحالة النفسية . المتوسط العام للدرجات كان 24,90 لدى أصحاب الأمراض المصاحبة مقابل 51,40 لدى غيرهم. نفس الملاحظة خصت أبعاد؛ الحالة الجسمية؛ 46,80 مقابل 79 ، التحديات الجسمية 13,5 مقابل 46,92. الألم 30,58 مقابل 58,16 ، العلاقات الاجتماعية 29,77 مقابل 43,5. التحديات المتعلقة بالحالة النفسية 12,91 مقابل 38,79 ، الحيوية و النشاط 29,13 مقابل 52,43 . وأخيرا التقدير العام للصحة ب 24,34 يقابله 43,16 لدى غير المصابين.

المصابين المعالجة الإحصائية لنتائج فئتي السكريين ذوي الأمراض المصاحبة و غير

أسفرت عن : تمتع المرضى الخالين من أمراض مصاحبة بجودة حياة قدرت درجاتها ب

51.40، وانحراف معياري مقدر ب 17.28 مقابل 24.90 لجودة الحياة و 10.08

للانحراف المعياري لدى المصابين، ويكمله نتيجة ت T المقدر ب 6.14 ، وهي ذات دلالة

عند 0.01 وبدرجة حرية مقدارها 38، مما يؤكد وجود فروقا لصالح فئة غير المصابين

بأمراض مصاحبة من السكريين .مما يؤكد فرضية وجود فروق دالة إحصائيا بين جودة

الحياة لدى السكريين المصابين بأمراض مصاحبة وغير المصابين لدى أفراد العينة.

وهو ما توصلت إليه دراسة (SHEN.MADIGNAN (2001)، والتي أضافت لذلك الصعوبات المالية، وهو ما اتضح لدى المفحوصين، من أن التكفل بالمرض يتطلب إمكانات مادية، ومساعدات وهو جانب يقف عائقا أمام أفراد العينة، ويساهم في درجة الإذعان للعلاج وخصوصا للحمية المكلفة.

الفرضية الخامسة :

مدة المرض، هي أحد العناصر الأساسية لتقدير جودة الحياة، رغم انه لم يلقى الاهتمام اللازم، متوسط قدر لدى العينة ب 12.12 سنة مفصلة ب 14,2 لدى سكريي نمط 1 و 10,05 لنمط 2. كان من الممكن تقسيم العينة الى فئات زمنية معينة و حساب فروق درجات جودة الحياة لديها . لكن الطالب اثر التركيز على مدى وجود العلاقة بين مدة المرض و تقدير جودة الحياة تاركا ذلك لبحوث أوسع، اشمل و أدق.

المعالجة الإحصائية للنتائج، دون تفسير للعناصر المتداخلة ولأسباب بين وجود علاقة سلبية بين مدة الإصابة وجودة الحياة، وذلك بوجود ارتباط مقدر ب -0.48^{**} ، وهو دال عن وجود علاقة ارتباطيه سالبة دالة إحصائيا بين مدة الإصابة و جودة الحياة لدى السكريين مما يؤكد فرضية البحث.

الفرضية السادسة :

أخيرا، الوضعية المدنية، أو الحالة الاجتماعية كعنصر لم يلقى الاهتمام بدوره، لأن مفهوم الزواج في البلدان الغربية، لا يحمل نفس الدلالة أو المفهوم الموجود بالجزائر . رغم أن السكريين العزاب أولوا الموضوع أهمية وأكدوا أنه يشكل معاناة، وحاجزا نفسيا واجتماعيا كبيرا . فان متوسطات درجات ابعاد جودة الحياة جاءت في مجملها متقاربة باستثناء بعدي؛ العلاقات الاجتماعية المقدر ب 12,50 لدى العزاب و ب 45,21 لدى المتزوجين. والتحديدات النفسية بدرجة 30,20 مقابل 20,21 . اما المتوسط العام لتقدير جودة الحياة فكان متقاربا؛ 35,56 مقابل 34,65.

إلا أن المعالجة الإحصائية مع تقديرات المفحوصين عبر مقياس SF-36، بينت أن متوسط جودة الحياة لدى العزاب مقداره 36.06، بانحراف معياري 17.02، مقابل 34.65 وانحراف معياري 18.98، إضافة إلى نتيجة اختبار ت T المقدر ب 0.36، مما ينفي وجود أي فروق دالة إحصائيا في تقدير جودة الحياة بين المتزوجين والعزاب. وهو ما ينفي الفرضية القائلة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى المتزوجين والعزاب من السكريين.

3- مناقشة النتائج :

في البداية يرى الطالب انه من المهم تحديد الإطار و النسق الذي ستنم فيه مناقشة بحثه، انطلاقا من أهداف البحث، فروضه، مرجعياته النظرية و كذا الدراسات السابقة و النتائج المتحصل عليها.

لذا ينبغي التنويه إلى أن البحث بصدد التعامل مع جودة الحياة، انطلاقاً من جملة من المفاهيم والتعريفات . تحديداً مفهوم المنظمة العالمية للصحة لها " كادراك الفرد لمكانته في الوجود، في إطار الثقافة والقيم. إدراك يرتكز على وضعية الفرد الحالية". (OMS (1994)

كمفهوم واسع جداً " يتأثر بشكل معقد بالصحة الجسمية للفرد ، كما لته الجسمية،علاقاته الاجتماعية ودرجة استقلاليته" (OMS (1984). " جودة حياة مسجلة في الحاضر و موجهة نحو المستقبل " إنها تقدير لوضع حالي في علاقته بماضي ومستقبل لدى فئة محددة هي السكريين . فئة مصابة بداء مزمن تعيش وضعية تختلف عن الأسوياء وعن المصابين بأمراض مزمنة أخرى . لما يشكله المرضى من تغيرات على مستوى نمط الحياة، لطابعه الخاص في العلاج و التعقيدات وضع لخصه (Givenola Le vassen, (2007 " المرض يمثل وضعية ينبغي تسييرها . فالمرضى يعتبرون أنفسهم مرضى فقط عند بداية العلاج بالأنسولين و عند ظهور التعقيدات". انه محاولة لتقدير جودة الحياة، كموضوع معقد و متشابك، الاكتفاء بقياسه كما حسب الطالب هو إفراغ لمحتواه. لذا وجب الاهتمام بالتحليلين الكمي و الكيفي موضوعياً و ذاتياً . ذلك بالاهتمام بالموضوع منذ اكتشاف الداء و بالمريض ربما بالتركيز حتى على وضعه قبل ذلك. عبر التحليل الوظيفي ؛ أفقياً و عمودياً كما أشار له J. Cottraux,(2001)

جودة تتأثر منذ بداية المرض، أو ربما يتحدد مسارها انطلاقاً من ردود فعل المريض يفضي الأولى تجاه اكتشاف المرض ومدى تقبله له و استجابته للفقدان؛ فقدان وضعية صحية، صورة جسم و ذات، لا يمكن استرجاعها. J.P. Assal, in Laurent Chneiweisses, (P122)

من هم هؤلاء السكريين؟ أفراد العينة ما هي خصائصهم؟ كيف يتعايشون مع المرض؟ كيف قدروا جودة الحياة لديهم؟ و أي قراءة يمكن القيام بها لكل ذلك؟ هي العناصر التي تركز عليها مناقشة الطالب لنتائج بحثه. هم 40 سكرياً بفئتيه 1 و 2 ؛ 20 نمط 1 منهم 6 نساء. و 20 نمط 2 منهم 8 نساء. بمتوسط سن مقداره 40, 5 سنة مفصلاً ب 40,3 لدى الفئة الأولى و 52,5 لدى الفئة الثانية مما يعني ارتفاع المتوسط لدى هذه الأخيرة . العزاب 8 حالات وكلهم من سكريي نمط 1 و 32 متزوجون. أما المستوى الدراسي الاجتماعي و الاقتصادي فمتباين كما تم تفصيله سابقاً.

مدة المرض تتميز بمتوسط عام مقداره 12,12 سنة و 14,20 لدى الفئة الأولى مقابل 10,05 لدى الفئة الثانية. اكتشاف المرض تم ؛ اثر ظهور أعراض لدى 6 حالات ، بشكل مفاجئ لدى حالتين و اثر صدمة لدى 9 حالات من سكريي نمط 1. اما لدى النمط 2 فتم الكشف اثر اعراض لدى 13 حالة، وبعد حدوث حادث وعائي دماغي لدى حالتين، و اثر صدمة عنيف لدى 5 حالات. لدى كل فئة 10 حالات عاشوا الاكتشاف كصدمة. أما العلاج، فكل مرضى النمط الأول يخضعون للعلاج بالأنسولين . لدى الفئة الثانية 13 حالة تخضع للأنسولين بسبب التعقيدات و 7 حالات بمخفضات السكر المتناولة عن طريق الفم.

الحمية التي تعد مشكلاً لدى أفراد العينة رغم اختلاف معاشيتها بين الفئتين.

إن القراءة الأولية لتقدير جودة الحياة لدى أفراد العينة و المقدر ب 33,80 لدى مجموع أفراد العين و ب 78 33, لدى نمط 1 مقابل 35,80 لنمط 2، تقدير يعي جدا عن المتوسط المرجعي لل MOS المقدر ب 64,30 مؤشر واضح عن مدى انخفاض و تدهور تقدير جودة الحياة لدى السكريين أفراد العينة . على مستوى الأبعاد الثمانية للمقياس . بدءا من التحديات الجسمية التي تؤدي الى صعوبات في الحركة و النشاط، العمل و العلاقات مع الآخرين . حتى أن التقدير الصحي الحالي مقارنة به في السنة الماضية جاء ضعيفا مقدر ب 22,64 يضل بعيدا عن المتوسط المرجعي المقدر ب 59,14 .

تقدير تتضح معالمه في حوار المرضى أثناء المقابلات بدءا من ظهور أو اكتشاف المرض . فالإصابة لدى سكريي تعني صدمة و مازما، منحى خطير لل مسار الحياتي " ماذا بقي ألان؟ فقدت كل شيء، أنا ميت " ز تغير على مستوى صورة الجسم و الذات "لم اعد أنا " مما يعني تغيرات على مستوى نمط و أسلوب الحياة؛ كل شيء مبرمج على الداء ،مواعيد الدواء ن النظام الغذائي، المواعيد الطبية ... الخ. تأثير يمس الفضاء النفسي للمصاب بحاج ته لدواء يحفظ توازنه و يؤمنه ضد الغيبوبة و التعقيدات . على مستوى الفضاء العلائقي الذي يحدد و يضيق و على المستوى الزمني الذي يتمركز حول الداء و التكفل به . معطيات تتقاطع فيها الدراسة مع تصورات Sami Ali؛ عن الجسم، الفضاء و الزمن . Sami Ali , (1998) . وأيضا ما ذهبت إليه Anne Bertran de balanda , «(1996)السكري هو معاناة هوية". نفس الأثر مع اختلاف المعاش لدى سكريي نمط 2 الذين يعتبرون المرض مؤشر تقهقر للصحة و بداية تعقيدات و أمراض يصعب تحملها . وهي تلتقي أيضا مع ما توصل إليه Cloquet. F (1996) et all في وجود فروق دالة إحصائيا بين جودة الحياة لدى السكريين نمط 2 و الأسوياء لصالح هذه الفئة الأخيرة بدءا من اكتشاف الأعراض الأولى. وفي أن

السكري نمط 2 ح رغم بقائه دون أعراض مؤثر على جودة الحياة منذ ظهوره .

تأثير واضح و بشكل اخص على الوضعية النفسية مقدر ب 21,19 لدى سكريي نمط 1 و 21,19 لنمط 2 مقابل متوسط مرجعي مقداره 65,78 وهو جانب غالبا ما يهمله الأطباء و يعيشه مرضى نمط 1 بقلق، اكتئاب و إحساس بالعزلة . و مرضى النمط 2 بقلق و مخاوف من التعقيدات خصوصا الوعائية القلبية . وهو ما توصلت إليه دراسة Daniel Rosqué, (2006)، من أن 40% من أفراد عينته يتوقعون نوبات انخفاض السكر و تعقيدات المرض و يعيشون ذلك بقلق . وان الاكتئاب ينتشر بضعفين لدى السكريين منه لدى الأسوياء و هو موضوع بحاجة إلى دراسات و بحوث .

سكريو نمط 1؛ المرتبط بالأنسولين بمتوسط سن مقداره 40,3 و ظهور مبكر للداء، عاشه 10 منهم كصدمة عنيفة ورفض للمرض دام سنوات حتى بداية ظهور التعقيدات . كان تقديرهم لجودة حياتهم ضعيفا تمثل في متوسط 33,78 . يعيشون المرض كعقدة نقص ووصمة عار ينبغي إخفاؤها . وضع بلغ بأحد المرضى إلى معاناة تعقيدات كلوية فالموت بسبب عدم القدرة على احترام مواعيد الدواء لان زوجته لا تعرف انه مص اب وضع لخصه Coffman بقوله " أن المرض وصمة عار، والمريض حامل اختلاف سيئ و مربع " ، رغم ذلك هناك حالات

تتعامل مع المرض بشكل معتدل رغم الصعوبات " نتناسى المرض لكن مواعيد الدواء، الحمية تذكرنا دائما أننا مختلفون".

وضع يزيد من صعوباته العلاج وتدبيره المضبوطة، التـ حاليـ، والمواعيد الطبية. وهو ما تؤكد تقديرات المصابين لوضعهم النفسي ب 24,16 للعلاقات مع الآخرين 34,08. لان المرض غالبا ما يميلون للعزلة لتحديد العلاقات واللقاءات خصوصا أثناء الولايم و الأعراس تفاديا لاكتشاف المرض، ولضرورة العلاج؛ الحقن في المواعيد. وضعي يرفضها المرضى أحيانا و يتحدون المرض بالتوقف عن العلاج والتجاوز في الأكل حتى السقوط في غيبوبة. او كسلوك عدوان أو رفض لواقع صارم و جامد، العلاقات مع الأهل والأطباء. وهو وضع يرى السيكوسوماتيون انه يجعل المريض يعيش نمطا علائقيا انويا أعلى جامد. لكن رغم كل هذا يحظى الأنسولين بتمثيل جيد و ايجابي فهو المؤمن للحياة المنشط و الواقى من الأخطار.

سكريو نمط 2 بمتوسط سن أعلى قليلا أكثر من 50 سنة، متزوجون عانوا البدانة قبل ظهور الداء الذي اكتشف لديهم في متوسط العمر قدروا جودة حياتهم ب 33,80 و هو تقدير ضعيف يشكون أكثر من التحديدات الجسمية ب 24,31 تؤثر على حركتهم و نشاطهم، يعتبرون ذلك مجهدا خصوصا عند ظهور التعقيدات القلبية والبصرية. رغم اعتبار 12 منهم بداية المرض كصدمة فهم يعتبرونه نقصا و قدرا لكن ليس كعار. هو تقهقر للوضع الصحي يطرح مشكلة الحمية والسلوك الغذائي الذي يعيشه المرضى كمازم. لتدخلات الأبناء والأزواج في ذلك مما يسبب صراعات، نوبات غضب وسلوكات عدوانية تجاه الآخرين والذات بتجاوزات خطيرة في الأكل. مع إحساس بفقدان الحرية الشخصية وتقهر المكانة داخل الأسرة. وضع يتطلب تفهم ومساندة أسرية كبيرة لضمان إذعان ايجابي للعلاج. نفسيا يعيش المرضى قلقا و خوفا من التعقيدات خصوصا القلبية " اخشي الوقوع بسبب أزمة قلبية وأشكل عبئا على الآخرين ". رغم انتقال 13 حالة للعلاج بالأنسولين نتيجة تعقيدات، يرى 12 منهم أنهم الآن أحسن وان الأنسولين يمكنهم من التحكم بشكل فعال في نسبة السكر حتى عند التجاو زات الغذائية، حالة واحدة اعتبرت ذلك كمؤشر وإنذار خطر. وهو ما توصلت إليه دراسة (Shard, 2005).

هذه التفاصيل المؤكدة لعدم وجود فروق في التقديرات بين الفئتين تجعل الطالب يشير انه رغم ذلك الاختلاف الكيفي في المعاش موجود و هو يؤكد ما ذهبت إليه (Laurent Chneiweisses, P 119) " أننا أمام بروفيلين مختلفين لا يجمعهما سوى اسم سكريي".

أما الأمراض المصاحبة أو كما يسميها البعض تعقيدات المرض، والتي تعد مكافحتها بمنع ظهورها أو تأخيرها أهم الأهداف العلاجية لارتباط تدهور الحياة بها حسب القراءات النظرية ونتائج الدراسات. فإنها؛ منعدمة لدى 15 حالة من أفراد العينة، متواجدة لدى 25 منهم تتراوح بين البساطة والتعقيد بتواتر من مرض إلى 7 أمراض عند الحالة الواحدة. اذ يعاني 8 حالان من اضطرابات وعائية قلبية، منها اضطرابات خطيرة لدى 3 منها. ضغط شرياني مرتفع لدى 17 حالة، إصابات بصرية لدى 19 حالة، بتر قدم، مشط أو أصابع قدم لدى 4 حالات. ومن اضطرابات كلوية لدى 5 حالات مع خضوع حالة للتصفية الكلوية.

تقدير جودة الحياة لدى هؤلاء كان 24,90 مقابل 51,40 لغير المصابين. ضعف مس جميع الأبعاد خصوصا التعقيدات الجسمية 13,5 العلاقات الاجتماعية، التحديدات النفسية؛ 12,91. تدهور يزيد كلما كانت التعقيدات اخطر، اشد كلما حد ذلك من نشاط و علاقات المريض.

هي متوسطات تتقارب مع ما توصل إليه (Kacem et all (2006) إذ قدر جودة الحياة لدى المصابين من أفراد عينته ب 29,1 مؤكدا وجود فروق بين الفئتين. وهو ما أفضت إليه المعالجة الإحصائية لهذه الدراسة، عبر اختبارات T test إذ كانت النتيجة 6,14 وهي دالة عن وجود فروق لصالح غير المصابين عند الدلالة 0,01. وهو ما توصلت اليه أيضا دراسة (Shen. L. Maddigan et all (2001) عن وجود علاقة بين الأمراض المصاحبة وتدهور جودة الحياة لدى السكريين وعن ارتباط التعقيدات بحالات الاكتئاب و اليأس.

للإشارة فان الخمس حالات التي قدرت جودة حياتها بالجيدة، 72,50، هي حالات متوسط مدة الإصابة كان قصيرا 4,4 سنوات مع خلوها من أي إصابة مصاحبة. مما يؤكد ارتباط العاملين ببعض لدى هؤلاء. هذه المعطيات تشير إلى عنصر هام مفاده ان الحفاظ على جودة الحياة لا يتحقق إلا بمنع التعقيدات الذي يرتبط بدوره بإذعان المريض للعلاج واعتماده كشريك فعلي وفعال. لان الضغط والصرامة دون تعاون لن يحل المشكلة " كلما تصرف المحيط كشرطي تصرف المريض كمجرم" W. H. Ponsky.

مدة الإصابة بالمرض كانت احد المؤشرات المحددة لتقدير جودة الحياة. قدرت ب 12,12 سنة لدى متوسط مجموع أفراد العينة، موزعة في 14,2 سنة لدى نمط 1 و 10,5 سنوات لدى نمط 2. رغم أن حدود البحث لم تسمح بتحديد العوامل المؤثرة في ذلك. المعالجة الإحصائية عن وجود علاقة أو ارتباط مقدر ب 0,48- ** و هو دال عن وجود العلاقة بين مدة الإصابة و تقدير جودة الحياة في غياب تمكن الطالب من الحصول على نتائج دراسات تؤكد ذلك أو تنفيه.

أخيرا عن مقارنة جودة الحياة لدى العزاب و المتزوجين من أفراد العينة، تبين من خلال متوسطات الأبعاد و الدرجة الكلية تقارب كبير في النتائج. باستثناء البعد الاجتماعي المقدر ب 12,5 لدى العزاب مقابل 45,23 وهو متوسط ضعيف يبين مدى تدني العلاقات مع الآخرين. والى وجود مشكلات علائقية سببها المرض و صورته الاجتماعية؛ حسب المرضى أنفسهم، "نحن أشباه بشر حسب الآخرين، كيف أتزوج و المرض قد تزوجني، من يقبل العيش مع نصف إنسان".

كميا؛ المعالجة الإحصائية للنتائج باستخدام اختبارات T test الذي قدر النتيجة ب 0,36 مما ينفي وجود أي فروق في المتوسطات بين الفئتين.

في الأخير ينبغي الإشارة أن أفراد العينة أكدوا أن الإصابة بالسكري معضلة ووضعية صعبة التسيير، علاجيا و علائقيا. وأنها تتطلب إمكانيات و مساعدات؛ إذ طالب 35 منهم بتسهيل الوصول لمراكز العلاج و توفير الأدوية.. 20 منهم أكدوا على الصعوبات العلائقية و على أهمية إشراك الأسرة في التكفل. و 15 منهم على ضرورة و أهمية المساندة و المساعدة النفسية وابدوا استعدادهم للاندماج في أفواج عمل تربوية و علاجية للسكريين.

أخيرا ان هذه النتائج لا تخص إلا أفراد العين و هي غير قابلة للتعميم لعوامل عدة كصغر حجم العينة وتدخل متغيرات صعب التحكم فيها إلا أن تقاطعها م ع العديد من الدراسات يكسبها أهمية بحث أولي أو استطلاعي.

4- ملخص عام:

إن تقييم دراسة ما، كتجربة بحث علمي، يعني تقييم مشوار عمل، انطلاقا من التساؤلات الأولى، القراءات النظرية، إجراءات البحث وخطواته، وسائله وأخيرا نتائجه استنادا إلى الفروض المراد اختبارها .

هذه الدراسة المتواضعة، بقدر ما سمحت من الكشف عن مدى تدهور جودة الحياة لدى السكريين، جودة ميزها الانخفاض على مستوى الأبعاد الثمانية، وكذا المتوسط العام الكلي، مكثفية بذلك م ع العديد من الدراسات، مما سمح باختبار الفرضيات .

تأكيد الفرضيات الثلاث الأولى المتعلقة بانخفاض جودة الحياة لدى أفراد العينة وكذا لدى مرضى السكري بنمطيه (1) و (2).

إلا أن افتراض وجود فروق في جودة الحياة لدى النمطين تم رفضه ونفيه، وهذا رغم تب اين واختلاف الفئتين من حيث معايشة المرض، طرق العلاج، الصعوبات المواجهة وحتى تمثيلات المرض، فإذا كان السكري نمط (1)، يعني تغير جذري للحياة، يعيشه المصابون كمأزق معقد ومنعرج حاسم، يؤدي إلى صورة ذات وجسم خاصين. يزيد من حدته ردود أفعال المجتمع بما يحمله من صورة سلبية للمرض . إنه بالنسبة لمرضى نمط(2)، مشكلة ترتبط بالخوف من التعقيدات، وبصعوبات في التكيف لأن المشكل المطروح بالنسبة لهذه الفئة، هو إحساسها بفقدانها للمكانة، السلطة، وكذا الإحساس بالضعف والعزلة أحيانا .

أما موضوع الأمراض المصاحبة للداء، كالتعقيدات، كعنصر معقد بدوره، فبقدر ما أكدت الدراسة وجود فروق بين الفئتين مم أكد فرضية البحث، فإن أهم ما ك شفت عنه هذه الدراسات، هو إمكانية التعمق في الجانب بتخصيص مواضيع بحوث بالتركيز على مدى وجود ارتباط بين الأمراض، وجود الحياة مع إمكانية دراسة الفروق بين أصحاب كل مرض وأمراض على حدة. وهو عنصر قد يرتبط بدوره بمدى الإصابة، الذي كلما كان طويلا كانت جودة الحياة منخفضة أيضا، هل يعود ذلك إلى العامل الزمني فقط، إلى العلاج ومدى الإذعان له، أو إلى مدى ظهور الأمراض المصاحبة التي تبدأ منذ الكشف عن الداء، وتتطور زمنيا مع مدى الالتزام بالعلاج، وهو ما لم تكشف عنه الدراسة لأن هذا العنصر خارج عن حدود ما سطرته من البداية.

أخيرا لم تكشف الدراسة عن وجود فروق في جودة الحياة لدى المتزوجين والعزاب، رغم ان هذا العامل يشكل معضلة ومشكلة لدى سكريي نمط (1) على وجه الخصوص.

للإشارة ينبغي القول أنه مهما كانت نتائج الدراسة البسيطة، بعيدة عن الدقة، الموضوعية، والقابلية للتعميم، لجملة من العوامل منها، قلة خبرة الطالب في البحث، صغر حجم العينة، محدودية الوسائل المستخدمة، فإنها سمحت بجملة من الإيجابيات يمكن تلخيصها في:

- أنها سمحت للطالب من الاحتكاك بالميدان، ميدان البحث العلمي، والواقع العيادي.
- أنها بداية عمل تحسيسي للمختصين والأطباء في الميدان، للاهتمام بموضوع مهم، هو جودة الحياة، وجعله كأحد اهتمامات المختصين في التكفل بمرضى السكري خصوصا، والأمراض المزمنة على وجه العموم.
- الاهتمام بالتقدير الذاتي للمريض كخطوة أولى، لاعتماده كشريك علاجي.
- أنها سمحت بالتنفيع النفساني داخل المصلحة، والتفكير في مشروع تكوين أفواج علاجية، مع القيام بمسح ميداني على مستوى البلدية.
- محاولة فتح مجال البحث أمام مختصي علم نفس الصحة، للقيام ببحوث تخدم البحث العلمي والميدان.
- كشفت أيضا عن مدى تعقيد موضوع جودة الحياة، وحاجته لبحوث أكثر دقة وموضوعية باعتبار هذا البحث كدراسة استطلاعية، بإمكانها أن تثير تساؤلات لبحوث أخرى.

موضوعيا يمكن القول أن هذه الدراسة لا تخلو بدورها من عيوب ونقائص يمكن جملها في:

- صغر حجم العينة، البعيد عن تمثيل المجتمع الأصلي.
- محدودية الوسائل المستخدمة إذ اعتمد الطالب على مقياس عام SF-36 والمقابلة المقننة.
- اعتماد الطالب في قياسه للصدق على الصدق الظاهري وهو أضعف أنواع الصدق، لكنه كان الحل الممكن في حدود إمكانيات الطالب وخبرته المحدودتين.

توصيات واقتراحات:

انطلاقاً من هذه التجربة المتواضعة يوصي الطالب بما يلي:

- تشجيع البحوث في ميدان علم نفس الصحة، خصوصاً في مجال جودة الحياة، لدى مرضى الأمراض المزمنة.
- تشجيع البحث في مجال جودة الحياة لدى السكريين باستخدام وسائل متعددة، مقاييس عامة وأخرى متخصصة، مقاييس موضوعية، وأخرى ذاتية من قبل المرضى أنفسهم.
- تشجيع البحوث الخاصة بدراسة صدق مقاييس التقدير كخطوة أولى، ولما لا التفكير في بناء مقاييس خاصة بالجزائر.
- التفكير في ربط علاقة رسمية بين دوائر البحث الجامعية والمؤسسات العلاجية لتبادل الخبرات وتسهيل تعامل الباحثين معها.
- الاهتمام بتكوين النفسانيين خصوصاً في علم النفس العيادي في مجال علم نفس الصحة.
- التفكير في فتح فروع علم نفس الصحة على مستوى التدرج لتكوين مختصين بإمكانهم الاستجابة لمتطلبات الميدان.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

1- المراجع العربية

- 1- احمد محمد عبد الخالق (1985)، استخبارات الشخصية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- 2- عبد الفتاح دويدار،(2000)، مناهج البحث في علم النفس، دار المعرفة الجامعية.
- 3- عثمان يخلف، (2001)، علم نفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الدوحة قطر.
- 4- سامي محمد ملحم، (2000)، مناهج البحث في التربية و علم النفس، دار المسيرة الأردن.
- 5- عطوف ياسين، (1981) ، علم النفس العيادي، دار العلم للملايين لبنان
- 6-محمد زيان عمر،(1987)، البحث العلمي: مناهجه و تقنياته،دار الشرق للنشر والتوزيع .
- 7- ألفوائد الدرية للطلاب؛ عربي انكليزي،(1986)،دار المشرق، بيروت لبنان.
- 8-محمود عبد الحليم منسي، (2003)، مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الجامعية.
- 9- مصطفى زيور ، (1986)، في النفس، بحوث مجمعة، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت لبنان.
- 10- موريس روكلان، ترجمة علي مقلد، (1983) ، المناهج في علم النفس، ماذا اعرف؟ المنشورات العربية.
- 11- و.أ.ب بيفرج ،ترجمة زكريا فهمي، (1983)، فن البحث العلمي، دار اقرأ، بيروت لبنان.

2- المراجع الأجنبية:

- 1- ANNE BERTRAND DE BALANDA, (2001), Une approche psychosomatique du diabète, Harmattan, paris.
- 2- A. DUMART et J BOURNEF, (1989), Nouveau Larousse médical, Larousse, Paris.

- 3- ANNE FOGAT-LARGEAULT, diversité humaine et qualité de vie, conférence à l'université de tous, Sorbonne, juillet 2002.
- 4- ANNE FRANCOIS et all(2007), Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Urmel, France.
- 5- A.JACOBSSON et all, (2007), *Mesure de la qualité de vie de diabète, Centers For menority research.*
- 6- A. LEPLEGE, (1993), Les mesures de la qualité de vie, Que sais-je ? Paris.
- 7- Axel HIIRSCH, SOINS du diabète en Allemagne ; nouveaux rôles pour des professionnels et des patients, in spectre du diabète, vol 13, 2000.
- 8- BEATRICE BUAUFILS, (2007), La qualité de vie, analyse bibliographique, CRIFS, université de Paris 8.
- 9- CATHERINE CYSSAU, (1998), L'entretien en clinique, Press édition, Paris.
- 10- CELINE COHONNER et all, (2006), Evaluation externe du réseau diablo, Orléans.
- 11- CELINE MERCIER et JOCELYNE FILION, La qualité de vie ; perspectives théoriques et empiriques, in santé mentale en Québec, 1987, 1,155-143.
- 12- Claudine HERELICH,(2005), Santé et maladie, Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris.
- 13- CORTEN, *L a qualité de vie est-elle un concept ?, in l'information psychiatrique, 9 ; 922-932,1996.*
- 14- COLETE CHILAND, (1992), L'entretien clinique, PUF, Paris.

- 15- *CYRYL CROZET et JEAN FRANCOIS D'ivernois*, L'apprentissage de la perception des symptômes par des patients diabétiques ; capacités utiles pour la gestion de leur maladie, congrès international, AREF, 2007.
- 16- *DARIUS ROZAVI et NICOLE DELVAUX*, (2002), Psycho -oncologie ; le cancer, le malade et sa famille, Masson, Paris.
- 17- *DELFI*, journal, Qualité de vie et maladies chroniques, santé éducation, n : 1, vol 16,2006.
- 18- *ETIENNE JULIEN*, (2007), Les déterminants de l'observance du plan alimentaire chez les adultes qui souffrent du diabète type 2 : une analyse de la motivation et de l'adaptation au stress, thèse de doctorat, Faculté de psychologie, université de Québec.
- 19- *FAYE.A LUSCOMBE*, Health-related quality of life measurement in type2 diabète, value in Health, vol 3,supp 1, 2000.
- 20- *F. CLOUET et all*, évaluation de la qualité de vie des diabétiques de type 2 par l'échelle SF-36, Paris, 27, 711-717,2001.
- 21- *FRANF J et all*, Qualité de vie ; un regard plus étroit sur la mesure du bien être des patients, spectre diabétique, vol 13, 2000.
- 22- *GWENOLA. LEVASSEUR*, A propos de la maladie-du malade du diabète de type 2 ; éducation du patient et enjeux de santé, vol 22, n : 3,2003.
- 23- *JEAN GILLES BOULA*, (2002), La qualité de vie du patient, université de Paris 13.
- 24- *JEAN-MARIE TOULON*, (2005), Dépression et diabète type2 0 propos d'une étude prospective concernant 41 patients, thèse, faculté de médecine et de pharmacie de Besançon.

- 25- *JEAN MICHEL BENOIT*, Coup d'œil critique sur les échelles de qualité de vie, progrès en urologie, 10, 1258-1266, 2001.
- 26- *JOHN. E.WARE, J R*, (2007), SF-36, Heath survey update.
- 27- *KACEM M et all* (), Rétinopathie diabétique et qualité de vie, service de néphropathie, hôpital de Sousse, Tunis.
- 28- *LAILA SIOUFI et AZZA SHALTOUT*, Améliorer la qualité de vie des jeunes atteints de diabète en Egypte, Diabète Voice, vol 59, n : 2, 2005.
- 29- *LAURANT CHNEIWEISS et JEROME DISCHAMPS*, (1999), Les soignants face à la psychologie des malades, Lamare, France.
- 30- *LAURANT MORASZ*, (2003), Prendre en charge la souffrance à l'hôpital ; patients, soignants, familles, Dunod, Paris.
- 31- *LEON FESTINGER et DANIEL KATZ*, (1974), Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, Puf, Paris.
- 32- *LY, THANK. HUE(2008)*, Penser l'esprit à travers la matière ; une problématique singulière ; le diabète, Université de médecine Angers.
- 33- *MARILOU BRUCHON- SCHWEITZER*, (2002), PSYCHOLOGIE de la santé, Dunod, Paris.
- 34- *MARILOU BRUCHON-SCHWEITZER et ROBERT DANTZER*, ((1994), Introduction à la psychologie de la santé, Puf, Paris.
- 35- *MARIE SANTIAGO-DELFOSSÉ*, (2002), Psychologie de la santé perspectives qualitatives et cliniques, Mardaga, Belgique.
- 36- *M. BOUVARD et J. COTTAUX*, (2002), Protocoles et échelles en psychiatrie et en psychologie, Masson, Paris.

- 37- *M. BUSS SHAAERT et F. DJOLO*, le diabète type1 ; définition et prise en charge, Louvain Med, 119 :S251-S258, 2002.
- 38- *NICOLAS LETZELTER*, (2001), Les études de qualité de vie en ophtalmologie, thèse, laboratoire chauvin, Lyon France.
- 39- *OMS*, (2004), Le rapport entre la santé physique et la santé mentale ; troubles concomitantes.
- 40- *PH. JEAMET et all*, (1980), Psychologie médicale, Masson, Paris.
- 41- *PIERRE MARTY*, (1980), L'ordre psychosomatique, Payot, Paris.
- 42- *ROBYNE HOULDEN et all*, Aspects psychologiques du diabète, Annal interne Med, 1998 ; 129 :613-621.
- 43- *ROSINE DEBRAY*, (1983), L'équilibre psychosomatique ; organisation mentale des diabétiques, Dunod, Paris.
- 44- *SAMI ALI*, (1998), Le corps, l'espace et le temps, DUNOD,PARIS.
- 45- *SAMI ALI*, ((2000), L'impasse relationnelle, DUNOD, Paris.
- 46- *SAMI ALI et All*, (2001), Manuel des thérapies psychosomatiques, Dunod, Paris.
- 47- *SANDRINE BERCIER*(2003), Qualité de vie, caractéristiques socio démographiques et évaluation des examens complémentaires chez les femmes traitées ou non par TSH, thèse, université de Paris Val de Marne.
- 48- *S FRIEDMAN*, (1999), Diabète insulino dépendant, stress et troubles psychiatriques, C.M .M.E, Hôpital Sainte –Anne, Paris.
- 49- *SHERI. L MADIGAN et all*, Understanding the déterminants of quality of life for people whith type2 diabète, Américain journal of public Heath, A 6, Vol6 n : 9, 2006.

- 50- *STEPHANE OUNPUN et all*, Validité du questionnaire sur la qualité de vie liée à la santé, maladies chroniques au canada, vol 13.
- 51- *TESTA DE MARICA A*, Evaluation de la qualité de vie du diabète dans la recherche, spectre du diabète, vol 13, 2000.
- 52- *THOMAS T BURROUGHS et all*, Développement and validation of the diabètes quality of life, brief clinical inventory, diabètes specter, vol 17, 2007.
- 53- *T.R HARISSON*, (1995), Médecine interne, Arnette BLACH WILL, Paris.
- 54- *Université populaire de Caen*, La mesure de qualité de vie, séminaire biotechnique, 2007.
- 55- *UWE BOLT et all*, Validation of diabetes spécifique of life scale for patient whith type1 diabète ; diabète, vol 21, 1998.
- 56- *XAVIER ZELONGHI*, (2007), glaucome et qualité de vie, clinique basse vision ? Paris.
- 57- *WARE J.C*, The Mos-36. Item short form Heath Survey (SF-36), Medical care, 3, N : 5, 473-483, 1992.

الملاحق

الملحق 1

استبيان المفحوص

إستبيان المفحوص (محاور المقابلة).

1-الجنس: ماهو جنسك؟

ذكر أنثى

2-السن: ماهو سنك؟ :

3- ماهي وضعيتك العائلية؟

أعزب متزوج مطلق أرمل

- 4- هل لديك مهنة؟ إذا كان نعم ماهي ؟
5- منذ متى (بالسنوات) تعرف انك مصاب بالسكري ؟
6- هل غيرت في نشاطك المهني بسبب السكري؟

معايشة المرض

- 7- بشكل عام ترى ان صحتك؟
1 جيدة جدا 2 جيدة 3 غير مرضية 3 سيئة
4 سيئة جدا
- 8- إذا كنت ترى ان صحتك متدهورة، سيئة أو سيئة جدا، هل ترى ذلك سببه
1 مرضك بالسكري 2 بسبب مرض آخر 3 أو الاثنين
4 غير معني بذلك
- 9- السكري يعيق نشاطاتك اليومية؟
1 نعم 2 لا 3 لا أدري
- 10- السكري يعيق علاقاتك مع العائلة أو الاصدقاء
1 نعم 2 لا 3 لا أدري
- 11- ترى ان علاجك (دوائك) وفحوصات متابعة السكري:
1 مزعجة جدا 2 مزعجة كفاية 3 مزعجة قليل
4 غير مزعجة

السكري لديك؟

- 12- حاليا بسبب السكري أنت تتناول الاقراص ؟
 نعم، إن كان نعم منذ كم سنة؟
 لا
- 13- حاليا هل أنت خاضع للعلاج بالأنسولين لمرة أو مرات عديدة في اليوم
 نعم، إذا كان نعم منذ كم سنة؟
 لا

حاليا ، من يحققك الأنسولين؟

أنا بنفسني

ممرض(ة)

شخص آخر

قلبك وأوعيتك

14- هل تعرضت لأزمة قلبية، ذبحة صدرية، أو نوبة قلبية؟

1 نعم، إذا كان نعم هل كان ذلك:

1 خلال الإثني عشرة شهرا الأخيرة

2 منذ أكثر من 12 شهرا

2 لا 3 لا أدري

15- هل تعرضت لعملية على مستوى شرايين الساقين، أو البطن، أو لأي تدخل جراحي وعائي؟

1 نعم، إذا كان نعم هل كان ذلك ؟

1 خلال 12 شهر الأخير

2 منذ أكثر من 12 شهرا.

2 لا

3 لا أدري

16- هل قمت بفحص تخطيط القلب (تخطيط على الورق)؟

1 نعم، إن كان نعم هل؟

1 خلال 12 شهر الأخير

2 منذ أكثر من 12 شهر

2 لا 3 لا ادري

17- هل تعرضت لحادث أو مشكل دماغي خطير؟ (حادث وعائي مخي)

1 نعم، إذا نعم هل ؟

1 خلال 12 شهرا الأخيرة .

2 منذ أكثر من 12 شهرا

2 لا

3 لا أدري .

18- هل أخبرك الطبيب بأنك تعاني ارتفاع ضغط الدم ؟

1 نعم، إذا نعم هل ؟ أنت خاضع للعلاج ب :

1 الدواء

2 الحمية (ريجيم)

دون دواء .

2 لا

3 لا أدري .

19- هل أخبرك الطبيب بأنك تعاني ارتفاع الكولسترول أو الدهون في الدم ؟

1 نعم، إذا نعم هل أنت خاضع للعلاج ب :

1 دواء

2 الحمية (ريجيم)

3 دون دواء

2 لا

3 لا أدري

20- هل أخبرك الطبيب بأن لديك مشكلة في العيون بسبب السكري ؟

1 نعم، إذا نعم حدد المشكل :

2 لا

3 لا أدري .

21- هل تلقيت علاجاً بالازير على عينيك؟

1 نعم ، إذا نعم هل ؟

1 خلال 12 شهراً الأخيرة

2 منذ أكثر من 12 شهراً.

2 لا

3 لا أدري .

22- هل تلقيت فحصاً معمقاً للعيون (وضع قطرات على العين و فحصها)؟

1 نعم ، إذا نعم متى كان آخر فحص لديه ؟

2 لا

3 لا أدري .

ساقك

23- هل عانيت من التهاب أو جرح في القدمين استمر أكثر من شهر؟

1 نعم، إذا نعم هل كان ؟

1 خلال 12 شهراً الأخيرة .

2 منذ أكثر من 12 شهراً .

2 لا

3 لا أدري .

24- هل تعرضت لبتر (قطع) لأصبع قدم أو لقدم أو ساق ؟

1 نعم، إذا نعم هل ؟

1 خلال 12 شهراً الأخيرة .

2 منذ أكثر من 12 شهرا.

حدد مستوى البتر :

1 أصبع (أصابع) قدم .

2 قدم أو قدمين.

3 ساق

2 لا

25- هل تفحص بنفسك حالة قدميك ؟

1 نعم، إذا نعم هل ؟

1 كل يوم أو تقريبا كل يوم .

2 على الأقل مرة في الأسبوع .

3 على الأقل مرة في الشهر .

4 أقل من مرة في الشهر .

2 لا

3 لا أدري .

كلىتيك

26- هل لديك مشكلة كلوية ؟ (قصور كلوي مثلا)؟

1 نعم، إذا نعم حدد المشكل:

2 لا

3 لا أدري .

السكري، النشاطات و التمارين الجسدية

27- هل تمارس نشاطا جسمي ؟(عمل منزلي ،مشي ، أو رياضة)

إذا نعم:

- نشاط خفيف: كنس، مسح، بستته خفيفة، مشي خفيف

- نشاط متوازن: تغسل سيارة ، مشي مسافة طويلة 4 كلم مثلا .

28- هل استشرت أخصائية في التغذية يوماً ما ؟

1 نعم

2 لا

29- هل اقترحت عليك كتاباً حمياً ؟

1 نعم

2 لا

المراقبة الذاتية للسكري .

من الممكن مراقبة نسبة السكر في الدم في البيت ، بواسطة قارئ السكر .

30- هل تعرف هذا الجهاز ؟

1 نعم ، إذا تعرف كيف تستخدمه

1 نعم

2 لا

2 لا

3 لا أدري

31- هل تملك هذا الجهاز ؟

1 نعم، إذا كان نعم هل تقيس بنفسك نسبة السكري لديك ؟ أو شخص آخر يقوم بذلك ؟

2 لا

3 لا أدري .

الاستشفاء خلال 12 شهراً الأخيرة

32- خلال 12 شهراً الأخيرة هل دخلت المستشفى و لو ليوم واحد؟

نعم، إذا نعم هل بسبب ارتفاع السكري أو انخفاضه؟ أو بسبب آخر .

□ لا

بيانات أو معلومات مكتملة :

-معاش نفسيي :

- احتياجات مريض السكري :

داخل الأسرة :

- في المراكز العلاجية :

-في المحيط العام :

الملحق 2

SF-36

مقياس تقدير جودة الحياة

سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF-36 v2)

..... (الاسم اختياري):
..... السن:
..... الجنس : ذكر(.....) أنثى (.....)

تعليمات :

من فضلك اجب على كل الأسئلة. بعض الأسئلة يمكن أن تكون متشابهة فيما بينها، إلا أنها مختلفة عن بعضها البعض. من فضلك خذ الوقت الكافي للقراءة و الإجابة عن كل سؤال بحذر، اختر الجواب الاقرب لحالتك .

الأسئلة :

1. تقول عن صحتك بشكل عام أنها :

ممتاز جيدة جيدة متوسطة ضعيفة

2. كيف ترى صحتك الآن مقارنة بها في السنة الماضية :

أحسن كثير من السنة الماضية

أحسن □ تليل من السنة الماضية
بالتقريب □ مثل السنة الماضية
أسوأ بـ□ من السنة الماضية
أسوأ بـ□ من السنة الماضية

3. الأسئلة التالية متعلقة حول نشاطاتكم اليومية . الى أي مدى تؤثر صحتك الحالية علىالنشاطات التالية:

a. النشاطات المرهقة(الجري، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة)

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

b. النشاطات المتعددة و الخفيفة (تحريك طاولة، القيام بكنس و تنظيف).
تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا □

c. رفع أو حمل علب
تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لد تؤثـ□ إطلاقا

d. صعود طوابق عدة عبر حلقات من سلالم (دروج) على التوالي

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

e. صعود طابق عبر السلم (دروج)
تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

f. الانثناء، الجلوس على الكعبين(تقعمن)، الانحناء

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

g. المشي أكثر من كيلومتر و نصف

تؤثر كثيرا تؤثر □ لا تؤثر إطلاقا

h. المشي لبعض مئات الأمتار

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

i. المشي مائة متر

لا تؤثر إطلاقاً

تؤثر قليلاً

تؤثر كثيراً

ج. اخذ حمام أو اغتسل

لا تؤثر إطلاقاً

تؤثر قليلاً

تؤثر كثيراً

4. خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية، نتيجة لصحتك الجسمية؟

a. التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

b. انجاز اقل مما كنت تريد

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

c. كانت (المشاكل) مرتبطة بنوع العمل أو النشاط

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

d. تواجه صعوبات في انجاز العمل أو النشاطات الأخرى (مثل: القيام بجهد اكبر لنشاط معتاد)

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

5. خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية، نتيجة

لصحتك النفسية (مثل أن تكون قلقاً أو مكتئباً)؟

a. التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

b. انجاز اقل مما كنت تريد

دائماً غالبا أحيانا نادرا أبدا

c. انجاز عملي أو نشاطات أخرى بدقة أقل من المعتاد

دائماً غالبا أحيانا نادرا أبدا

6. خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى اثرت صحتك الجسمية و/أو النفسية

في علاقاتك الاجتماعية المعتادة مع الأصدقاء، الجيران، الجماعات؟

لم تؤثر اثرت بشكل خفيف اثرت باعتدال اثرت كثيرا
اثرت بشدة

7. ما هو مستوى الألم الجسدي الذي عايشته خلال الأربعة أسابيع الماضية؟

لم يحدث حدث قليلا حدث باعتدال حدث كثيرا
حدث بشدة

8. خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى اثر الألم في علاقتك بعملك اليومي

عملك داخل و خارج المنزل؟

لم يؤثر أثر قليلا جدا أثر قليلا أثر بشكل متوسط
أثر كثيرا أثر كثيرا جدا

9. الأسئلة التالية تتعلق بكيفية إحساسك و كيفية تماشي الأحداث خلال الأربعة أسابيع

الماضية. اجب على الاختيار الأقرب من إحساسك

a. هل كنت حيويا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

b. هل كنت عصبيا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

c. هل أحسست بانخفاض الهمة لدرجة لم يستطع احدا ان يواسيك؟

كل الوقت غالبا أحيانا نثرا أبدا

d. هل كنت هادئ و ساكن؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

e. هل كنت ممتلنا بالطاقة (نشطا)؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

f. هل كنت حزينا أو مكتئبا؟

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

g. هل كنت منهكا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

h. هل كنت سعيدا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

i. هل كنت متعبا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

10. خلال الأربعة أسابيع الاخيرة هل أثرت صحتك الجسمية او النفسية على علاقاتك

الاجتماعية المعتادة مع الأيوين، الأصدقاء، الجيران، الجماعات؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

11. قيم العبارات التالية مقارنة مع وضعيتك الحالية

a. يبدو أنني أقع مريضا بسهولة أكثر من الآخرين

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا ادري خطأ نوعا ما غير صحيح
تماما

b. أنا أيضا بصحة و أفضل من أي احد؟

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا ادري خطأ نوعا ما خطأ جدا

c. أتوقع أن تتقهقر صحتي

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا ادري خطأ نوعا ما خطأ جدا

d. صحتي ممتازة

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا ادري خطأ نوعا ما خطأ جدا

الملحق 3

جدول نتائج التطبيق وإعادته لقياس ثبات المقياس.

جدول ملخص نتائج التطبيق و اعداته لقياس الثبات

البند	ح1		ح2		ح3		ح4		ح5		ح6		ح7		ح8		ح9		ح10	
	1ت	2ت	1ت	2ت	1ت	2ت	1ت	2ت	1ت	2ت	1ت	2ت	1ت	2ت	1ت	2ت	1ت	2ت	1ت	2ت
1	3	3	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
2	4	5	2	3	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5
3	2	2	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1
4	2	3	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3
7	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2
8	3	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
9	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	2	3	2
11	3	3	3	3	1	1	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
12	3	3	2	2	1	1	3	3	5	5	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	7
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2
15	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	3	3	2	2	1	1	1	1	3	2
16	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2
19	1	1	1	1	1	1	1	4	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
20	5	5	4	4	2	2	5	5	5	6	5	5	3	3	2	2	5	5	1	1
21	6	6	2	1	5	5	6	6	6	6	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5

6	6	1	1	6	5	6	6	3	3	6	6	3	3	5	5	4	4	4	4	22
5	5	5	5	4	4	5	5	3	3	4	4	4	4	6	6	3	3	3	3	23
1	1	4	4	4	4	1	1	3	3	2	2	1	2	4	4	3	3	1	1	24
2	2	3	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	5	5	2	1	25
3	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	2	3	3	26
4	4	4	4	4	4	3	3	5	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	27
2	2	3	3	3	3	1	1	3	3	1	1	2	2	5	5	3	3	4	3	28
1	1	1	1	3	3	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	29
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	2	2	1	1	3	3	3	3	30
1	1	2	2	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2	4	4	1	1	3	2	31
1	1	2	2	4	4	1	1	3	3	1	1	2	2	1	1	1	1	3	3	32
1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33
1	1	4	4	3	3	2	3	1	1	5	5	4	5	5	5	2	2	5	5	34
1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35
4	4	5	4	4	4	5	5	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	36

الملحق 4

جدول ملخص لخصائص العينة ومتوسط درجات مقياس آل SF-

36

QO L	GH	VT	RE	MH	SF	BP	RP	PF	التقييدات	عمر المر ض	نوع المر ض	الحالة العائلية	العمر	الجنس	المرتبة
26,3 0	25	25	16,6 6	30	00	35	18,7 5	60	0	14	D1	عازبة	31	أ	1
27,4 3	35	37,5	25	35	25	10	00	60	1	30	D1	متزوج	55	ذ	2
40,9 3	20	72,5	25	50	12,5	77,5	25	55	0	13	D1	عازبة	28	أ	3
19,2 5	00	25	25	25	37,5	12,5 0	18,7 5	10	1	15	D1	متزوج	53	ذ	4
21,2 5	25	25	18,7 5	40	00	10	6,25	45	1	24	D1	عازبة	42	أ	5
48,0 3	35	43,7 5	31,2 5	40	25	57,5	43,7 5	80	0	7	D1	عازبة	38	أ	6
18,4 3	30	43,7 5	00	43,7 5	50	25	25	10	1	14	D1	متزوج	53	أ	7
23,9 1	28	31,2 5	00	15	37,5	25	25	00	1	13	D1	متزوج	53	أ	8
18,0 6	12,5	12,5	00	25	00	00	12,5	85	1	9	D1	عازب	26	ذ	9
21,0 9	00	25	25	10	00	25	18,7 5	65	1	7	D1	عازب	29	ذ	10
67,1 8	75	50	50	62,5	37,5	100	62,5	10 0	0	7	D1	عازب	25	ذ	11

83,80	60	68,75	100	50	100	100	91,66	100	0	3	D1	متزوج	42	ذ	12
41,71	31,25	56,25	75	35	25	12,5	68,75	70	0	11	D1	عازب	27	ذ	13
43,76	75	52,5	33,33	45	81,75	100	62,5	100	1	19	D1	متزوج	52	ذ	14
21,87	6,25	25	25	25	25	47,5	31,25	70	1	30	D1	متزوج	54	ذ	15
30,47	20	18,75	00	65	50	40	00	60	1	16	D1	متزوج	50	ذ	16
30,06	40	25	00	65	00	100	12,5	30	1	20	D1	متزوج	50	ذ	17
44,25	12,5	31,5	00	30	100	50	25	95	0	5	D1	متزوج	36	ذ	18
37,98	12,5	31,25	16,66	45	75	22,5	18,5	80	0	6	D1	متزوج	35	ذ	19
9,89	00	12,5	16,66	15	00	00	00	35	1	14	D1	متزوج	32	ذ	20
26,02	25	31,25	8,33	25	25	22,5	6,15	65	1	7	D2	متزوج	47	ذ	21
56,36	50	50	8,25	45	37,5	87,5	87,5	85	0	4	D2	متزوج	40	ذ	22
15,93	47	45,75	00	30	10,50	10	6,25	25	1	3	D2	متزوج	47	ذ	23
34,84	10	12,5	00	50	25	100	6,25	75	1	6	D2	متزوج	63	ذ	24
76,22	55	68,75	83,33	50	62,5	100	81,25	100	0	6	D2	متزوج	47	ذ	25
71,14	55	75	75	66,66	65	60	87,5	95	0	3	D2	متزوجة	49	أ	26
20,37	31,25	18,75	00	35	00	00	00	80	1	7	D2	متزوجة	61	أ	27
42,19	50	21,25	41,33	40	87,5	22,5	25	40	0	10	D2	متزوجة	60	أ	28
35,32	35	37,5	33,33	35	62,25	67,25	12	00	1	18	D2	متزوجة	60	أ	29
64,28	80	62,5	21,66	55	100	67,5	37,5	90	0	3	D2	متزوج	37	ذ	30
37,52	46,20	50	31,85	50	37,5	80	6,25	80	0	3	D2	متزوج	65	ذ	31
51,56	40	80	37,5	55	50	80	25	75	1	5	D2	متزوجة	65	أ	32
36,60	18,5	37,5	00	75	75	00	12,5	70	1	4	D2	متزوج	56	ذ	33
15,62	00	25	00	12,5	37,5	00	12,5	50	1	25	D2	متزوج	65	ذ	34
7,38	00	6,25	8,33	12,5	00	10	00	20	1	12	D2	متزوج	60	ذ	35
17,67	20	12,5	8,33	40	27,5	10	12,5	5	1	20	D2	متزوجة	61	أ	36
23,78	80	31,25	33,33	25	12,53	10	12,5	15	1	15	D2	متزوجة	60	أ	37
29,81	00	25	25	25	37,33	37,25	18,75	70	1	9	D2	متزوج	57	ذ	38
33,15	40	80	8,33	50	37,5	00	25	55	0	3	D2	متزوجة	33	أ	39
22,25	30	31,25	00	50	75	22,5	00	50	1	14	D2	متزوج	56	ذ	40

جدول ملخص خصائص العينة ودرجات مقياس SF-36

