

جودة الحياة لدى المرأة العاملة المصابة بداء السكري

دنيا بوزيدي*1 هدى خرباش بوعبدالله²

جامعة محمد لامين سطيف 2 الجزائر

Diabetes women working life quality

Dounia Bouzidi*1

Houda Kherbache Bouabdellah²

douniabouzidi88@gmail.com

houdakhe@yahoo.fr

lamine Debaghine University, Setif2, Algeria

تاريخ الاستلام: 2018/10/03؛ تاريخ القبول: 2021/05/31؛ تاريخ النشر: 2022/08/31

Abstract. The present study aims to reveal the quality of life of women working with diabetes and to determine whether there are differences in quality of life according to the following variables: (duration of disease / experience of work). The study sample consisted of (32) working women with diabetes, and was based on the descriptive approach. Using a quality-of-life measure,

It consists of 6 dimensions. The study found the following results:

1. The quality of life of women working with diabetes varies according to each area of quality of life.

2 - There are statistically significant differences in the quality of life of women working with diabetes due to the variable duration of the disease.

3 - There are no statistically significant differences in the quality of life of working women with diabetes due to the variable of experience of work.

Keywords. quality of life , working women , diabetes

ملخص. تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن

مستوى جودة الحياة لدى المرأة العاملة المصابة داء

السكري، وكذا التعرف عما إذا كانت هناك فروق

بينهن في مستوى **جودة الحياة** حسب المتغيرات

التالية: (مدة الإصابة بالمرض/ الخبرة). وقد تكونت

عينة الدراسة من (32) امرأة عاملة مصابة بداء

السكري، وتم الاعتماد على " **المنهج الوصفي** "

باستخدام المقياس المختصر لجودة **الحياة**، والمكون

من 6 أبعاد. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- يختلف مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات

المصابات بداء السكري باختلاف كل مجال من

مجالات جودة الحياة.

2- وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة

الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري

تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض.

3- عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة

الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري

تعزى لمتغير الخبرة.

الكلمات المفتاحية. جودة الحياة، المرأة العاملة ، داء

السكري.

1. مقدمة

يعرف مفهوم "جودة الحياة" انتشارا كبيرا في الآونة الأخيرة، حيث تناولته العديد من الدراسات والبحوث، وعلى عينات وفئات مختلفة من المجتمع، ذلك أن مفهوم جودة الحياة أصبح يهتم ليس بخلو الأفراد من الأمراض وسلامتهم من المشاكل فحسب، بل أصبح يركز على مدى قدرة الأفراد على التمتع بالسلامة الصحية، الجسدية والعقلية، وكذا القدرة على العطاء والتطور والنماء، حيث يرى الأشول (2005) أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لمدى إشباع الخدمات التي تقدم لهم لحاجاتهم المختلفة. ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم (أصدقاء، وزملاء وأقارب)، أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

1.1. إشكالية الدراسة

وتعتبر جودة الحياة عن حسن صحة الإنسان الجسدية والنفسية، ونظافة البيئة المحيطة به ونقاءها، وأيضا الرضا عن الخدمات التي تقدم له مثل التعليم والاتصال والمواصلات، وكذا مدى شيوع روح المحبة والتفاهل بين الناس وارتفاع الروح المعنوية.

كما يؤكد كل من "بونومي وباتريك وبوشنيل Bonomi, Patrick & Bushnel" 2000 على أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها. عادة ما يرتبط مفهوم جودة الحياة بصورة وثيقة بمفهومين أساسيين وهما: الرفاه والتنعم، كما يرتبط بمفاهيم أخرى كالتنمية (توسيع خيارات متعددة تضم حريات الإنسان وحقوق الإنسان والمعرفة، وتعد الخيارات ضرورة لرفاه الإنسان)، والتقدم (الارتقاء بحال الإنسان في الحياة نتيجة للتطور المعرفي والعلمي)، وإشباع الحاجات (الشعور بالرضا والارتياح عند إشباع الحاجات والدوافع). من بين الفئات التي كان لابد من الاهتمام بجودة الحياة لديها بصفة عامة هي فئة النساء العاملات، ذلك أنهم يعتبرون مستقبل هذه الأمة وإطاراتها المستقبلية، ومن بين هذه الفئة اخترنا بالضبط النساء العاملات المصابات بداء السكري. كل هذه العوامل جعلتنا نحاول إجراء هذه الدراسة من أجل التعرف على مستوى جودة الحياة لدى هاته العينة أو الشريحة المهمة من شرائح المجتمع، ولمزيد من التعرف على جودة الحياة لديهم تم التطرق إلى دراسة الفروق التي يمكن أن تعزى لمتغير مدة الإصابة وكذا الخبرة. من هنا نطرح التساؤل التالي: "ما هو مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري؟"

ومن خلال ما سبق تسعى الدراسة للإجابة على التساؤلات الفرعية التالية:

- 1- هل يختلف مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري باختلاف كل مجال من مجالات جودة الحياة؟
- 2- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض؟
- 3- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير الخبرة؟

2.1. فرضيات الدراسة

- 1- يختلف مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري باختلاف كل مجال من مجالات جودة الحياة.
- 2- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض.
- 3- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير الخبرة.

أهمية الدراسة

من **الناحية النظرية**، تسعى الدراسة الحالية إلى المساهمة في إثراء أحد مجالات الدراسات النفسية والاجتماعية، وذلك من خلال تبين مستوى جودة الحياة لدى شريحة مهمة من المجتمع والمتمثلة في النساء العاملات، ثم استجلاء بعض المتغيرات المتعلقة بطبيعة ونوع الحالة التي هن فيها، والتي يمكن أن تعزى إليها الفروق التي يحتمل أن تلاحظ في مستويات جودة الحياة لدى عينة الدراسة والمتمثلة في (الخبرة مدة المرض).

وأما من **الناحية العملية**، فهي تلفت انتباه المختصين في علم النفس الصحيّ والعاملين في القطاع الصحيّ مع المرضى المصابين بأمراض مزمنة إلى بعض العوامل المهمة (جودة الحياة) في تحسين الحالة النفسية وتعزيز المقاومة البيولوجية لدى المصابين والمصابات بداء السكري كأحد الأمراض المزمنة وغيره من الأمراض الأخرى، وذلك من أجل تنمية هذه العوامل، وتشجيع وجودها في حياة المريض.

أهداف الدراسة

كان هدف الدراسة الحالية هو تحديد مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري، ثم تحديد ما إذا كانت هناك متغيرات أخرى (الخبرة في العمل، ومدة الإصابة بالمرض) يمكن أن ينتج عنها فروق في مستوى جودة الحياة لدى عينة الدراسة.

مصطلحات الدراسة

1- **جودة الحياة**: تتمثل جودة الحياة في مدى شعور النساء بالرضا والسعادة وقدرتهن على إشباع حاجتهن من خلال ما يقدم لهن من خدمات في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارتهن للوقت والاستفادة منه. ويعرف إجرائياً على أنه: الدرجة التي تتحصل عليها المرأة العاملة المصابة بداء السكري على مقياس جودة الحياة المستخدم في هذه الدراسة.

2- داء السكري:

هو من الأمراض الأيضية وما يميزه اختلال في مستوى السكر في الجسم والذي ينجم عن عطب في البنكرياس.

3- **المرأة العاملة المصابة بداء السكري**: هي العينة محل الدراسة وهي المرأة التي تشغل منصب معلمة بمؤسسة ثانوية بمدينة عنابة والتي تكون مصابة بداء السكري

حدود الدراسة:

- **الحدود الموضوعية**: تتناول بالتحديد مستوى جودة الحياة لدى عينة من النساء العاملات والمصابات في نفس الوقت بمرض مزمن هو داء السكري.

- **الحدود المكانية**: أجريت الدراسة في بعض الثانويات بمدينة عنابة

- **الحدود الزمنية**: أجريت الدراسة في الفترة الزمنية الممتدة بين شهري: ديسمبر – فيفري (وهذه الفترة كانت كافية لإجراء هذه الدراسة)

أولاً- جودة الحياة:

زاد اهتمام الباحثين بمفهوم "جودة الحياة" منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار، فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة. (جبر، 2005)

تعريف جودة الحياة : تعددت الآراء حول تحديد مفهوم جودة الحياة، فقد عرف "تايلور وروجان" (Taylor & Rogdan 1990) جودة الحياة بأنها رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة.

تعريف منظمة الصحة العالمية OMS (1994) فهي ترى أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد كل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيته. (أبو حلاوة، 2010، ص5)

وتعرف "منظمة الصحة العالمية WHO" مفهوم جودة الحياة بأنها "إدراك وتصور الأفراد لوضعهم وموقعهم في سياق نظم الثقافة والقيم التي يعيشون فيها وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واعتباراتهم، وهو مفهوم واسع النطاق يتأثر بالصحة الجسدية للشخص وحالته النفسية ومعتقداته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية"، فمنظمة الصحة العالمية تعتبر أن لجودة الحياة عدة جوانب ليس فقط الجانب الجسدي للفرد بل وحتى النفسي الوجداني درجة استقلاليتته، ومعتقداته الشخصية شبكة علاقاته الاجتماعية (Gustave-Nicolas Fischer, 2003, 289)، ومدى قدرته على تكيفه مع المرض والاحداث الضاغطة في الحياة اليومية، جودة الحياة ليست هي الصحة بل يكملان بعضهما (Chwalow, 1996) فجودة الحياة ترتبط بالشعور بالرضا في جميع مجالات الحياة وفي مختلف الميادين الاقتصادية، العلمية والاجتماعية (Bruchonet Boujut, 204, 43)

وبمعنى آخر بسيط يمكن تعريف جودة الحياة على أنها قدرة أي إنسان على التعايش مع نفسه ومجتمعه بشكل سليم يمنحه القدرة على أداء دوره كاملا نحو نفسه وأسرته ومجتمعه ويجب علينا هنا أن نفرق بين مفهوم جودة الحياة ومصطلح مستوى المعيشة، لأن الاثنين لا يعنيان بالضرورة نفس الشيء فمستوى المعيشة هو مجرد تقييم للثروة المادية والوضع الوظيفي للشخص في المجتمع وعلى الرغم من تأثيرهما على جودة الحياة إلا أن جودة الحياة تتضمن عوامل أكثر أهمية منها الصحة الجسدية والصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية والحالة الروحانية للشخص.

أبعاد جودة الحياة: أبعاد جودة الحياة وفقا لرؤية فينيتيجودوت وآخرون (2003) تتضمن بعدين رئيسيين هما:

1 - البعد الذاتي: Subjective Quality Of Life ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

2 - البعد الموضوعي: Objective Quality Of Life ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: عوامل موضوعية مثل (المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية)

مكونات أخرى كثيرة حاولت أن تفصل الأبعاد الفرعية لكل من البعد الذاتي والبعد الموضوعي لجودة الحياة، فمثلا فيما يتعلق بالبعد الذاتي نجد أن ستلز و ونز Steel & Ones (2002) يقدم نموذجا نظريا يربط بين جودة الحياة من المنظور الذاتي وفكرة السعادة والرضا عن الحياة والوصول في نهاية الأمر إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل.

مكونات جودة الحياة: يمكن القول بأن جودة الحياة هي الممارسة الانفعالية للأنشطة اليومية الاجتماعية والبيئية كما وكيفيا بدرجة عالية من التوفيق والنجاح ورضا نفسي عن الحياة بشكل عام، وشعوره بالإيجابية والصحة النفسية، وتخطي العقبات والضغوط التي تواجهه بفاعلية بقصد انجاز هذه الأنشطة باقتدار حيث أن لجودة الحياة ثلاث مكونات رئيسية تتمثل في:

1 - الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها الفرد بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية أو المعرفية الداعمة لهذا الإحساس، وكليهما مفاهيم نفسية ذاتية، أي ذات علاقة برؤية وإدراك وتقييم الفرد.

1 - القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية تمثل إعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة، وترتبط بعجز الفرد عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية.

2 - القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها: (المساندة الاجتماعية)، والمادية (معيار الحياة)، وتوظيفها بشكل ايجابي. (أبو حلاوة، 2010، ص10)

مجالات جودة الحياة : أكد الكثير من الباحثين والدارسين أن جودة الحياة هي نظام معقد يضم عدة مجالات:

1 - المجال النفسي: يرى الكثير من الباحثين أن المجال النفسي لجودة الحياة يتضمن جميع المشاعر والحالات العاطفية الايجابية.

ويرى البعض الآخر أن هذا المجال يعتمد على غياب المؤثر السلبي مثل القلق والاكتئاب .

بمعنى آخر أن تقييم الحالات العاطفية السلبية من خلال المقياس الذاتي المخصص لقياس جودة الحياة يعتبرها عنصرا مهما لتحديد بعض الجوانب النفسية المتعلقة بجودة الحياة التي يمتاز بها كل فرد. (أشواق، 2009، ص52)

2 - المجال الاجتماعي: يرى جريفيث 1988 Griffin أنه يجب الاهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية للأفراد أكثر من الاهتمام بكمية هذه العلاقات، وهو ما يحدد عنده المجال الاجتماعي لجودة الحياة.

أما فلاناجون (1982) Flanagan فهو يهتم بكمية العلاقات الاجتماعية، حيث يرى أن هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرد في تقييم الوظائف الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعية، الإحساس بتحقيق الذات، النجاحات وال فشل... الخ) وكذلك أهمية التطرق إلى فعالية الشبكة الاجتماعية للأفراد (التكوين، الكثافة، التشتت الجغرافي، وتيرة الاتصال بين الأفراد، كثافة العلاقات... الخ)

من خلال هذين الاتجاهين نجد أن المجال الاجتماعي لجودة الحياة يتضمن من جانب نوعية العلاقات الاجتماعية، ومن جانب آخر يركز على المجال الاجتماعي لكمية العلاقات الاجتماعية.

3 - المجال البدني: يدمج الباحثين تحت هذا المجال الصحة البدنية والقدرات الأدائية، حيث تتضمن الصحة البدنية كل من الطاقة، الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام، الأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية وتتضمن القدرات الأدائية الوضع الوظيفي، تنقل الفرد، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء ومن الاستقلالية النسبية.

4 - الرضا عن الحياة: يرى بافو 1991 أن الرضا عن العيش أو الحياة هو عبارة عن عملية معرفية تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد وبين معايير المرجعية (القيم والمثل العليا... الخ) فهو يعبر عن التقييم الكلي الذي يقوم به الفرد عن حياته.

5 - السعادة: يتميز هذا المفهوم بالتعددية الوظيفية، فهو يتضمن ثلاثة مكونات مستقلة فيما بينها: مكون انفعالي إيجابي (المتعة)، مكون معرفي-تقيني (الرضا)، ومكون سلوكي (التفوق).

وبالرغم من الاجتهادات والمقاربات التي توصل إليها الأخصائيون النفسيون فيما يخص هذا المفهوم، إلا أن هذا المفهوم بقي لوقت طويل مرتبط بالبحث عن المتعة، أو اعتباره مرادفا لمصطلح العافية.

6- الرفاهية الذاتية: يمكن التطرق إلى مفهوم الرفاهية الذاتية من خلال ثلاثة نقاط أساسية:

- مفهوم ذاتي، أي التقييم الذاتي الذي لا يعتمد على متطلبات الحياة الموضوعية.
 - يعتمد على التقييم الإيجابي الشامل للحياة التي يعيشها الفرد.
 - تهتم بضرورة توفر المؤشرات الإيجابية دون اهتمامه بغياب الانفعالات السلبية.
- ويرى دينر (1994) أن هذا المفهوم يعبر عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الإيجابية اتجاه حياته، ويشمل جميع المكونات الدنيا مثل الرضا عن العيش ومستوى المتعة. (أشواق، 2009، ص54)
- مقومات جودة الحياة: تعتبر جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من اعتبارات تقييم حياته، وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات الحياة وهي:

- 1 - القدرة على التحكم.
- 2 - الصحة الجسدية والعقلية.
- 3 - الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
- 4 - القدرة على التفكير واخذ القرارات.
- 5 - الأوضاع المالية والاقتصادية.
- 6 - المعتقدات الدينية والقيم الثقافية. (أمال، 2013، ص 53)

الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة: نظرا لتعدد تعاريف جودة الحياة من طرف العديد من الباحثين فهذا أدى إلى تعدد وظهور العديد من الاتجاهات المختلفة منها:

- 1 - الاتجاه النفسي: إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثل انعكاس مباشر الإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد، وفي ظل معينة ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة يكمن الحياة في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية ابرهام و ماسلو. (الهمص، 2010، ص 43)
- 2 - الاتجاه الاجتماعي: يرى الميرهانكس (1984) أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة ببيئة العمل الذي يقوم به وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.
- 3 - الاتجاه الطبي: ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة أو النفسية أو العقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة فقد زاد اهتمام أطباء ومتخصصين الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية لتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والسيكولوجي لهم. (فوزية داهم، 2015، ص 45)

ثانيا- جودة الحياة لدى السكريين: يعتبر السكري أحد أكثر الأمراض المزمنة المستعصية والمعقدة والمركبة التي لاقت ولا تزال اهتمام الهيئات الصحية العالمية واهتمام ممارسي الصحة والباحثين من مختلف التخصصات لجملة من الاعتبارات: تشابك وتعقد الأسباب التي ما تزال قيد البحث والدراسة، حدة الانتشار وارتفاع نسبة المصابين، إزمان المرض وتعقيداته التي غالبا ما تكون معيقة ومميتة، 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 مخالف 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 دينامي للمرض وعن مقارنة شمولية لمعايشته على اعتباره مرض ذو شقين سيكوسوماتي وسوماتي نفسي جسد نفسي.

أما علماء النفس الصحة بدورهم مع الأطباء اهتموا بدراسة أثار المرض، ومدى تأثيرها على جودة الحياة ومحاولة تحديد العوامل المتعلقة بذلك.

رغم تباين المقاربات واختلاف مجالات الدراسة وكذا وسائل البحث وأهدافه، يلتقي الباحثون في تقاطعات مفادها أن أسباب المرض متعددة ومعقدة بدءا من عامل الوراثة، الأسباب البيولوجية نمط أسلوب الحياة، سلوكيات الخطر، السمنة، النمط الغذائي، الضغوطات الحياتية، وأخيرا أثار المرض وتعقيداته التي تمس وتؤثر على جودة الحياة.

وانطلاقا من تحديداته لمجموعة من الوظائف الحياتية التي تتطلب من المريض التزامات، سلوكيات وتعديلات مفروضة على حياته اليومية، السيكوسوماتيون مثلا ينطلقون من أن الإصابة بمرض السكري تعقب حزن شديد أو غضب عنيد ومستبد.

وان الضغط يسرع من ظهور السكري بزيادة إفراز الأدرينالين و الكورتيزون المضادين للأنسولين، وهو تقريبا ما ذهب إليه Willis في أن الانفعالات تساهم في ظهور داء السكري منذ 1648 .
ومن جهة أخرى حاول السيكوسوماتيون إثبات أو التأكد من وجود بروفيل شخصية مميز، لكن ذلك بقي قيد الافتراضات و بقيت مدرسة PIERRE MARTY تركز على مفاهيم مثل التكلم، التفكير العملي و فشل العقلنة والترصين .
إن الأفراد السكريين (نمط 1) يخضعون لعلاجات مزعجة لدى الأطفال، الأغلبية منهم لا يدعونون للعلاج بسبب تصميمات معرفية خاطئة أي تمثيلات مبسطة و جامدة للمرض مما يخل بمدى قبول العلاج، و يخلق لديهم توهم استقلالية وحرية مصحوبة بتأنيب الضمير.

ومن جهة ثانية وانطلاقا من تعريف المنظمة العالمية للصحة لجودة الحياة، كمفهوم يتأثر بالحالة الصحية للفرد، حالته النفسية، درجة ارتباطه بالآخر وعلاقته الاجتماعية وكذا علاقته بمحيطه.

وداء السكري كمرض مزمن يسبب تحديدات وظيفية تمس عدة جوانب جسمية ونفسية، ارتباط تخلفه الحاجة للعلاج والمساندة والتحديدات الوظيفية، يعرف هذا الموضوع اهتماما متزايدا بهدف الحفاظ على جودة حياة مقبولة اهتمام يظهر جليا في بحوث ودراسات تخص اما وضع مقاييس تقدير مضبوطة، إسهام المرضى في العمل العلاجي، التقدير والتشخيص، وكذا البحث عن انجح الطرق لتحسين ظروف العلاج والتكفل.

أخيرا ينبغي الإشارة إلى أن عناصر جودة الحياة لدى السكريين متشعبة ومتداخل، تداخل العناصر المكونة لها في تأثير المتبادل، وما تقسيمها إلا بهدف تسهيل الفهم والدراسة، ذلك أن الإصابة بداء السكري تعني تغييرا كليا بحياة الفرد بدءا من صورته لذاته ونمطه وأسلوب حياته. (عمران لخضر، 2009/2008، ص 77)
الدراسات السابقة:

- 1 - دراسة لخضر عمران الموسومة "الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين 'بسنة 2008-2009، و التي أجريت بتطبيق مقياس جودة الحياة على 40 سكريا (14 امرأة و 26 رجل) وتوصلت النتائج إلى أن تقدير مرضى السكري لجودة حياتهم منخفض، و انه توجد علاقة سلبية دالة احصائيا بين مدة الإصابة و تقدير جودة الحياة.
- 2 - دراسة مريم شيخي "طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات" سنة 2013-2014، و قد طبقت الباحثة مقياس جودة الحياة لنظمة الصحة العالمية و أعدت مقياس لمصادر طبيعة العمل وتوصلت نتائجها الى انه لا توجد علاقة ارتباطية بين مصادر طبيعة العمل و جودة الحياة، وانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من جودة الحياة و مصادر العمل من حيث الاقدمية، التخصص، الفئة.
- 3 - دراسة رامي طشطوش "نوعية الحياة و تقدير الذات لدى مرضى السكري" سنة 2017 ولقد طبق الباحث مقياس تقدير الذات و مقياس جودة الحياة على عينة قوامها 360 مريضا و مريضة بداء السكري نوع 2، و اسفرت نتائج هذه الدراسة الى انه لم تكن هناك فروق دالة احصائيا في مستوى نوعية الحياة حسب السن، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات حسب السن و مدة الإصابة.

مجال الاستفادة من الدراسات السابقة: استفدنا من الدراسات السابقة للدراسة الحالية ما يلي:

- معرفة مناهج البحث التي تم الاعتماد عليها في مثل هذه الدراسات.
- المساعدة في تحديد أهداف الدراسة الحالية.
- الاطلاع على الأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة.
- اختيار الأداة المناسبة للدراسة.
- طريقة اختيار العينة والحجم المناسب.
- الاطلاع على الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات.
- المقارنة بين نتائج تلك الدراسات والدراسة الحالية أثناء التعليق على نتائج الدراسة الحالية.

2. الطريقة و الأدوات

إجراءات للدراسة :

المنهج : اعتمدت هذه الدراسة على "المنهج الوصفي" باعتباره المنهج الذي يقوم على جمع البيانات وتحليلها إحصائياً بطرق ارتباطيه وفارقيه.

مجموعة الدراسة: تكوّنت من (32) امرأة عاملة مصابة بداء السكري من بين 300 امرأة مصابة بالسكري بنوعيه الأول و الثاني حسب جمعية المرافقة و التربية العلاجية لمرضى السكري بعنابة ، ويمكن توضيح خصائص العينة محل الدراسة فيما يلي:

جدول رقم(01) يبين خصائص عينة الدراسة حسب مدة إصابتهم بمرض السكري

العينة	مدة الإصابة (أقل من 7سنوات)		مدة الإصابة (أكثر من 7سنوات)		المجموع	النسبة
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
	15	46.87%	17	53.12%	32	100%

يشير الجدول رقم (01) إلى أن عدد أفراد العينة بلغ (32 امرأة عاملة مصابة)، بحيث كان عدد النساء اللواتي مدة إصابتهم أقل من 5 سنوات هو 15 امرأة؛ أي بنسبة 46.87%، بينما كان عدد النساء اللواتي مدة إصابتهم أكثر من 5 سنوات هو 17 امرأة؛ أي بنسبة 53.12%.

جدول رقم(02) يبين خصائص عينة الدراسة حسب متغير الخبرة في العمل لديهن.

العينة	مدة الخبرة (أقل من 10سنوات)		مدة الخبرة (أكثر من 10 سنوات)		المجموع	النسبة
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
	13	40.62%	19	59.37%	32	100%

يشير الجدول رقم (02) إلى أن عدد النساء اللواتي لديهن خبرة قصيرة في العمل (أقل من 10سنوات) هو 13 امرأة أي بنسبة 40.62 %، بينما كان عدد النساء اللواتي لديهن خبرة طويلة في العمل (أكثر من 10 سنوات) هو 19 امرأة أي بنسبة 59.37 %،

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس واحد في الدراسة هو مقياس جودة الحياة

1: وصف المقياس:

مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة (WHO QOL – BREF) World Health Organization Quality Of Life من إعداد (منظمة الصحة العالمية) تعريب (د.بشري اسماعيل أحمد) 2008 : وضع هذا المقياس منظمة الصحة العالمية (1996) ليقدم بروفيل مختصر عن مستوى الجودة السائد في حياة الأفراد، وهو يتكون من 26 بند، يتضمن بندين (2) لجودة الحياة العامة وللصحة العامة، وبند واحد من 24 بند الذي تتكون منها الصورة الأصلية لمقياس جودة الحياة والذي أعدته أيضا منظمة الصحة العالمية (1995) والمكون من 100 عبارة، لتصبح الصورة المختصرة شاملة ومتكاملة.

2 : الخصائص السيكمترية لمقياس جودة الحياة في الدراسة الحالية :

* صدق المقياس: لحساب صدق هذا المقياس فقد تم الاعتماد على طريقة "الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)"، فوجدنا قيمة "ت" 12.34، و هي قيمة دالة عند مستوى 0.01 مما يدل على أن هذا المقياس صادق.

* ثبات المقياس: لحساب ثبات هذا المقياس فقد تم الاعتماد على طريقة "الاتساق الداخلي (التجزئة النصفية)"، فكان "معامل الارتباط لبيرسون" هو 0.65، ثم تم تصحيح الطول عن طريق "معادلة سييرمان براون" فكانت النتيجة النهائية هي 0.83 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01، وهذا يدل على ثبات هذا المقياس .
الأساليب الإحصائية:

لاختبار صحة فروض الدراسة فقد تم استخدام برنامج Spss لتطبيق الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي – الانحراف المعياري – معادلة سييرمان براون (للكشف عن مستوى جودة الحياة ، وكذا الخصائص السيكومترية للأدوات).

- اختبار T (للكشف عن الفروق ذات الدلالة التي تعزى إلى متغيري الخبرة ومدة الإصابة)

3. النتائج و مناقشتها

- عرض نتائج الفرضية الأولى والتي تنص على انه:

" يختلف مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري باختلاف كل مجال من مجالات جودة الحياة."

جدول رقم (03) يوضح مستوى لجودة الحياة لدى الطالبات الجامعيات المتزوجات.

أبعاد جودة الحياة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
جودة الحياة والصحة العامة	5.74	4.44	
المجال الجسدي	8.57	1.33	4
المجال النفسي	14.50	1.50	2
مجال الاستقلال	11.15	1.73	3
مجال العلاقات العامة	9.45	1.88	5
مجال البيئة	21.50	3.18	1
مجال المعتقدات الدينية	4.10	1.15	6

يبين الجدول رقم (03) أن المتوسطات الحسابية لاستجابات النساء العاملات المصابات بمرض السكري على " مقياس جودة الحياة "، واللواتي تمت مشاركتهن في هذه الدراسة قد تراوح بين (4.10 و 21.50)، أما جودة الحياة والصحة العامة لديهن هو (5.74).

- فكانت استجابتهن على مجال البيئة في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (21.50) وانحراف معياري (3.18).

- وجاءت استجابتهن على المجال النفسي في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدره (14.50) وانحراف معياري (1.50).

- وجاءت استجابتهن على مجال الاستقلال في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي (11.15) وانحراف معياري (1.73).

- وجاءت استجابتهن على محور المجال الجسدي في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (8.57) وانحراف معياري (1.33).

- أما المرتبة قبل الأخيرة فقد كانت لمجال العلاقات العامة في المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي (9.45) وانحراف معياري (1.88). وجاءت استجابتهن على مجال المعتقدات الدينية في المرتبة السادسة والأخيرة بمتوسط حسابي (4.10) وانحراف معياري (1.15).

- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها يتبين لنا أن مستوى جودة الحياة لدى النساء المصابات بمرض السكري قد بلغ (5.74) وهو يعتبر مستوى مقبول إلى حد ما.

أما استجابتهن على كل مجال من مجالات جودة الحياة فقد جاءت مرتبة كما سبق ذكرها سالفاً، ويمكن تفسير ذلك على أن: المجال البيئي كان بالمرتبة الأولى ويمكن إرجاع ذلك بحكم الخروج المستمر للمرأة العاملة واحتكاكها بالمحيط الخارجي؛ وبالتالي اطلاعها على كل ما هو جيد وحدث حول عالمها الخارجي مما يجعل من مستوى جودة حياتها يأتي بالمرتبة الأولى، دون أن ننسى اتصالها النساء المصابات بمثل مرضها في العيادات الطبية وغيرها من المراكز؛ مما يجعلها في وضع مقبول بل وربما جيد من الناحية أو المجال البيئي والاجتماعي بصورة خاصة.

يأتي بالمرتبة الثانية المجال النفسي من ناحية الجودة، حيث يعتبر من المنطقي أن تكون نفسية المرأة العاملة المصابة بمرض مزمن كمرض السكري أقل تدهوراً من جودة الحياة النفسية للمرأة المصابة والماكثة بالبيت، باعتبار هذه الأخيرة في معزل عن مثيلاتها وبالتالي تكون أقل تفرغاً مقارنة بالمرأة العاملة لما تعانيه من آثار نفسية وجسمية ناتجة عن مرضها وأثره عليها. وكما لاحظنا مجال الاستقلالية الذي جاء بالمرتبة الثالثة هو انعكاس طبيعي لحرية المجال الذي يمكن للمرأة العاملة استخدامه (رغم ضغوط العمل ومسؤولياته من جهة، و انعكاسات المرض من جهة أخرى)، إلا أنه تبقى هناك مساحة من الحرية لهذه المرأة يمكنها أن تساهم في تحسين جودة الحياة لديها. لتبدأ مجالات التدهور لدى النساء العاملات المصابات بمرض السكري من المجال الجسدي الذي جاء في المرتبة الرابعة وبمستوى جودة حياة منخفض وهذا يفسر إلى حد كبير التأثير السلبي للمرض على الجانب الجسدي وجودته لدى النساء العاملات، فكل من تأثير المرض والإرهاق المهني ينعكس على الآخر مشكلاً بذلك إرهاقاً جسدياً على نساء عينة الدراسة.

أما الترتيب إلي اعتبرناه غير منطقي فقد كان لكل من المجالين الأخيرين المتمثلين في مجال العلاقات العامة و مجال المعتقدات الدينية، حيث كنا ننتظر أن تستفيد النساء العاملات من وضعيتهن المهنية في تأسيس علاقات مختلفة مع غيرهن من الزميلات بالعمل، إلا أنه يبدو أن النساء المصابات اللواتي شكلن عينة الدراسة لم يكثرن بتحسين الجانب العلائقي لديهن، ونفس الملاحظة التي لاحظناها على مستوى مجال المعتقدات الدينية حيث كان من المتوقع أن يكون هذا المجال من بين أكثر المجالات جودة لدى النساء المصابات بمرض مزمن، لكون جودة هذا المجال وارتفاع مستواه من شأنه تحسين العلاقة بين المريض وربه، مما يساعده في تحسين حالته النفسية والروحية من جهة، ويساعدهن على الصبر والتحمل من جهة أخرى.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية والتي تنص على أنه:

"توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض"

جدول رقم (04) "يوضح نتائج اختبار T للكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض."

دلالة الاختبار	قيمة اختبار T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مدة الإصابة	جودة الحياة
دالة	1.72	2.51	21.23	15	مدة مرض قصيرة (أقل من 7 سنوات)	جودة الحياة
		3.24	23.18	17	مدة مرض طويلة (أكثر من 7 سنوات)	

من خلال الجدول رقم (04) نجد أن:

- قيمة اختبار T تساوي (1.72) وأن مستوى دلالة الاختبار هي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي فإننا: نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل القائل ب: وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض. وهذا لصالح النساء ذوات مدة الإصابة الأطول.

- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها يتبين لنا انه: "توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض المزمّن (السكري) لدى النساء العاملات، ويمكننا تفسير هذا الأمر على انه راجع لعامل جد مهم وهو عامل "التكيف مع المرض" ومعرفة التعامل معها لدى النساء صاحبات المدة الأطول من الإصابة مقارنة بمثيلاتهن الأقصر مدة من حيث الإصابة؛ حيث أن الاخيرات لم يتعودن ولم يتكيفن بعد مع هذا المرض، وتكيفيه حسب ظروف حياتهن بصورة عامة، ومع ظروف العمل لديهن بصورة خاصة.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة والتي تنص على انه:

"توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير الخبرة." جدول رقم (05) "يوضح نتائج اختبار T للكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير الخبرة."

الخبرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار T	دلالة الاختبار
جودة الحياة	13	22.60	2.40	1.29	غير دالة
	19	21.12	2.55		

من خلال الجدول نجد أن:

- قيمة اختبار T تساوي (1.29) وأن مستوى دلالة الاختبار هي (0.064) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي فإننا: نقبل الفرض الصفري القائل ب: عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري تعزى لمتغير الخبرة.

- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها تبين لنا انه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الخبرة لدى النساء المصابات بداء السكري تعزى لمتغير الخبرة.

وهذه النتيجة يمكن إرجاعها إلى كون الخبرة في العمل وطول مدتها أو قصرها لا يؤثران في جودة الحياة لدى نساء عينة هذه الدراسة، وهذا الأمر يعتبر معقولاً إلى حد ما، ذلك أن الخبرة في العمل حتى وإن كان لها تأثير معين على جودة الحياة من حيث أن الخبرة تيسر للمرأة أداءها للعمل بمهارة أكثر ودقة إلا أن هذا المتغير لم يتمكن من إحداث أي فرق دال بين النساء ذوات الخبرة وغيرهن.

4. الخلاصة

مما سبق التوصل إليه نجد أن النساء العاملات والمصابات بمرض مزمن متمثل في مرض السكري كان مستوى جودة الحياة لديهن مقبول إلى حد ما، وقد اختلف مستوى جودة الحياة لديهن باختلاف كل مجال من مجالات الجودة حيث وجدنا بعض

المجالات تتميز بمستوى مرتفع على رأسها المجال البيئي أو الاجتماعي، بينما انخفض كل من المستوى الجسدي والعلائقي وخاصة الديني لديهم بشكل ملحوظ. كما أننا وجدنا أن متغير مدة الإصابة بالمرض قد أحدث فروقا دالة إحصائية بين النساء اللواتي كانت فترة إصابتهن طويلة مقارنة لمن مدة إصابتهن أقل، بينما لم يكن متغير الخبرة ذو أثر دال إحصائي.

المراجع :

1. باللغة العربية:

- أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد (2006)، علم النفس الايجابي، الوقاية الايجابية والعلاج النفسي الايجابي. أشواق بهلول سارة (2009)، سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادات السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بالمعتقدات الصحية، رسالة ماجستير منشورة، باتنة.
- الهيمص صالح إسماعيل عبد الله، (2010)، قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية- غزة.
- جبر، جبر محمد (2005)، علم النفس الايجابي، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث للإنماء النفسي التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر.
- رامي طشطوش، (2017)، نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، العدد 2، مجلد 13، 133-151.
- شيخي مريم، (2014)، طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة (دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات)، رسالة ماجستير جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.
- فوزية داهم، (2015)، جودة الحياة وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، رسالة ماستر، جامعة الشهيد حمة لخضر – الوادي.
- عمران لخضر، (2008/2009)، الإصابة بداء السكري وعلاقته بتدهور جودة الحياة لدى المصابين، جامعة الحاج لخضر- باتنة-.
- يوسف أيمن محمد مصطفى (بدون سنة)، قياس وإدارة تنمية المجتمعات العمرانية الجديدة من خلال مؤشرات جودة الحياة.

2. باللغة الأجنبية

Gustave-Nicolas Fischer ,Traité de la psychologie de la santé,Dunod,2002.

Marilou Bruchon-Schweitzer,Psychologie de la santé concepts,méthodes,et modèles,Dunod,2014 .