

جامعة غرداية
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري

-دراسة ميدانية على عينة من المصابين بداء السكري بمستشفى ترشين إبراهيم بولاية غرداية-

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس تخصص عيادي

تحت إشراف الأستاذة:

مزاور نسيمية

من إعداد الطالبتين:

شويحات أنفال مريم

الرمة فاطمة الزهراء

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
د. قدوري يوسف	غرداية	رئيسا
أ.د. نسيمية مزاور	غرداية	مشرفا
د. حنان بلعباس	غرداية	مناقشا

الموسم الجامعي: 2022/2021

جامعة غرداية
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا



الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري

-دراسة ميدانية على عينة من المصابين بداء السكري بمستشفى ترشين إبراهيم بولاية غرداية-

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس تخصص عيادي

تحت إشراف الأستاذة:

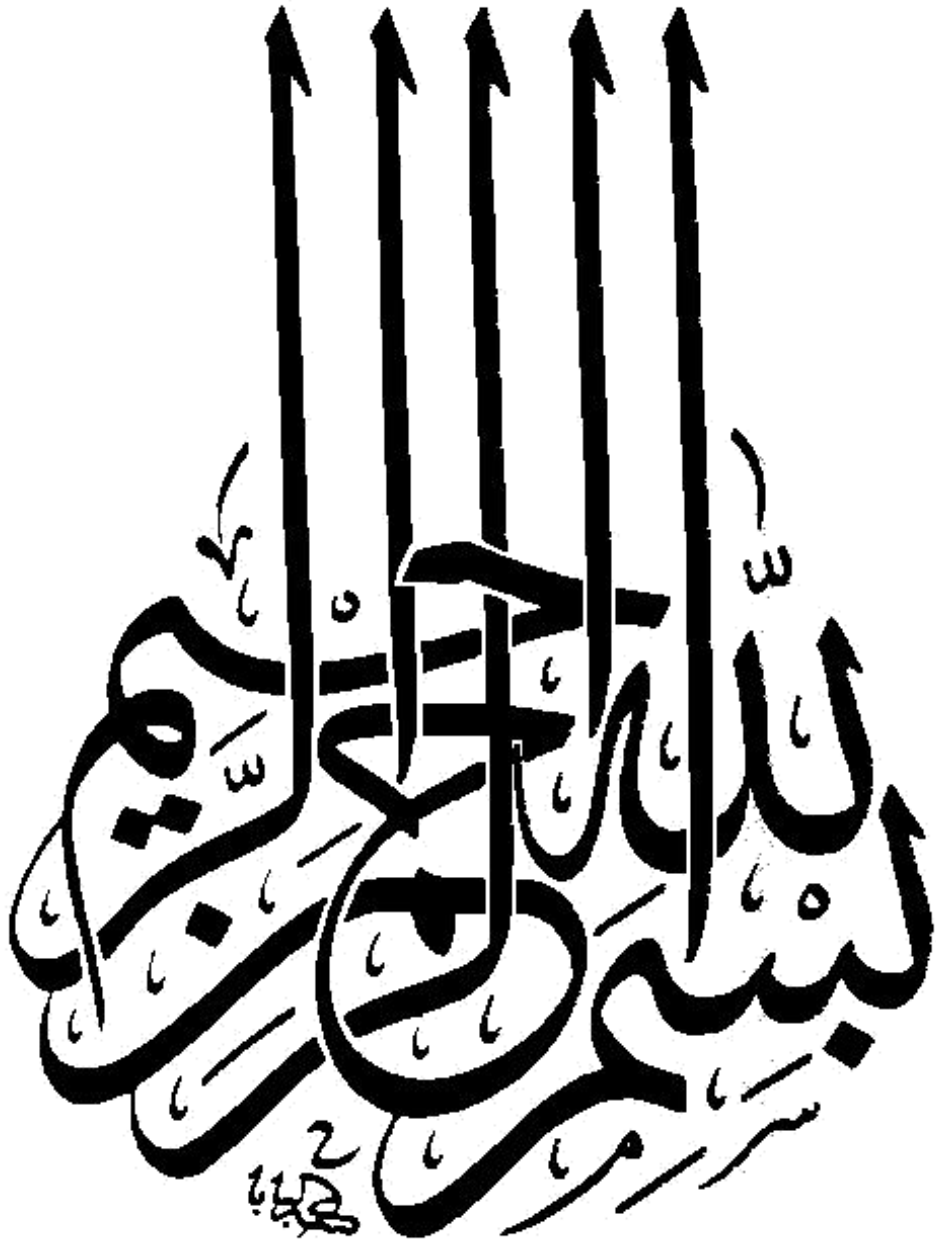
مزاور نسيمة

من إعداد الطالبتين:

شويحات أنفال مريم

الرمة فاطمة الزهراء

الموسم الجامعي: 2022/2021



إهداء

الحمد لله الذي خلقنا وشق سمعنا وبصرنا وهدانا بنوره إلى سبيل الرشاد
أهدي هذا العمل إلى من عرفت الحياة وكان لها معنى إلا بهما فرياني صغيرة وسانداني بكل نفيس
حتى عرفت النجاح بهما: أمي وأبي.
إلى من شد الله عضدي بهم إخوتي الأعزاء: طه، عبد البديع، ياسين، أسامة.
إلى رمز الرحمة والأمان أمهات والديّ أطال التقدير في عمرهما.
إلى أحبتي الذين ساندوني في مسيرتي ونجاحاتي.

أنفال مريم

إهداء

أهدي عملي هذا إلى رمز العطاء إلى نبع الحنان والعطف إلى من سهرت من أجل راحتي إلى من تأملت لآلامي وفرحت لفرحي إلى من ترتاح لها نفسي بعد العناء وتأمين لها روحي إلى أسمى وأجمل كلمة في هذه الدنيا إليك أُمي الحبيبة "سميرة"

إلى الرجل الذي علمني عزة النفس والكرامة، وزرع في حياتي روح التحدي للوصول إلى الهدف المبتغى، إلى الذي مهما قلت فيه لن أفيه حقه إليك يا أروع ما في الوجود أبي الحبيب "أحمد"

حفظهما الله وأدام عليهما الصحة والعافية

إلى جميع الأهل والأحباب خاصة الجدة "الزهرة" أطال الله في عمرها

كما لا أنسى قرّة عيني وشغاف فؤادي عبد الله وسناء وهالة ومحمد وإخلاص

فاطمة الزهراء

شكر وعرافان

نتوجه أولاً وآخراً بحمد الله وشكره على منه علينا لإنجاز هذا العمل، ونتقدم بجزيل الشكر والعرافان إلى أستاذتنا الفاضلة البروفسورة مزاور نسيمه التي تكرمت علينا بإشرافها وسديد توجيهاتها إلى أن رأى هذا العمل النور.

كما نتوجه بالشكر والتقدير إلى كافة أساتذة وموظفي قسم علم النفس.

وإلى الدكتوراه بوسعيد مليكة، وإلى الطاقم الطبي في مستشفى سيدي اعباز.

وإلى كل من شارك وساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذه الرسالة.

ملخص الدراسة بالعربية

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري وذلك من خلال الإجابة عن التساؤل التالي:

-هل توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري؟

والتساؤلات الفرعية التالية:

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى

السكري؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى

السكري؟

وقد تم استخدام المنهج الوصفي باعتباره المنهج المناسب لهذه الدراسة وقد اخترنا عينة عشوائية متكونة من 30 فرد من مختلف الأعمار التي تراوحت بين 18 سنة و65 سنة ومن كلا الجنسين (ذكر/أنثى) حيث كان هذا الأخير متغير دراستنا الحالية، وقد استخدمنا في جمع البيانات مقياسي الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وتم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية (SPSS) حيث استقرت نتائج هذه الدراسة:

✓ تحقق الفرضية العامة التي تنص على وجود علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

✓ عدم تحقق الفرضية الفرعية الأولى التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

✓ عدم تحقق الفرضية الفرعية الأولى التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

الكلمات المفتاحية: الكفاءة الذاتية، جودة الحياة، الداء السكري.

Abstract

This study aims to find the relationship between self-efficacy and the quality of life for diabetic patients through answering the following question:

Is there any relationship between self-efficacy and quality of life for diabetic patients?

The research will also seek to address the following questions:

1. Are there any statistically significant differences in self-efficacy according to the gender among diabetic patients?
2. Are there any statistically significant differences in quality of life according to the gender among diabetic patients?

To carry out this research, this study is investigated by using the descriptive method as it is more appropriate to conduct a descriptive and exploratory research.

We chose a random sample contain of 30 people from different ages between 18 and 65 years old and also different genders (male/ female) which the latter is the variable of our study. We also used self-efficacy and quality of life scale; the data was analyzed by **SPSS** and the results were as following:

There is a statistically functional relationship between self-efficacy and quality of life for diabetic patients.

There are a statistically significant differences in the level of self-efficacy according to the gender for diabetic patients.

There are a statistically significant differences in the level of quality of life according to the gender for diabetic patients.

Key words: Self-efficacy, Quality of life, Diabetic.

الفهارس

➤ فهرس المحتويات

➤ فهرس الجداول

➤ فهرس الأشكال

➤ فهرس الملاحق

فهرس المحتويات:

أ.....	إهداء
ج	شكر وعرفان
د.....	ملخص الدراسة

الفهارس

و.....	فهرس المحتويات
ي	فهرس الجداول
ي	فهرس الأشكال
ك	فهرس الملاحق
ل	مقدمة

الجانب النظري: الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

3	الإشكالية
5	فرضيات الدراسة
5	أهداف الدراسة
6	أهمية الدراسة
6	دراسات سابقة
10.....	التعقيب على الدراسات السابقة

13..... التعاريف الإجرائية

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

15..... تمهيد

15..... مفهوم الكفاءة الذاتية

17..... أنواع الكفاءة الذاتية

18..... مصادر الكفاءة الذاتية

21..... أبعاد الكفاءة الذاتية

23..... خصائص الكفاءة الذاتية

25..... العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية

26..... النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية

28..... خلاصة الفصل

الفصل الثالث: جودة الحياة

30..... تمهيد

30..... تعريف جودة الحياة

32..... أنواع جودة الحياة

34..... مكونات جودة الحياة

34..... مجالات جودة الحياة

37..... أبعاد جودة الحياة

38..... مقومات جودة الحياة

39..... الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة

40..... معوقات جودة الحياة:

41..... أهمية جودة الحياة لدى المريض المزمن

43..... خلاصة الفصل

الفصل الرابع: داء السكري

45..... تمهيد

45..... تعريف داء السكري

46..... أنواع داء السكري

49..... أسباب داء السكري

50..... مضاعفات داء السكري

51..... مراحل داء السكري ومدى تقبله

53..... خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي: الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

56..... تمهيد

56..... الدراسة الاستطلاعية

57..... الخطوات المتبعة في الدراسة الاستطلاعية

57..... منهج الدراسة

58.....	وسائل الدراسة
60.....	الخصائص السيكمترية لأدوات جمع البيانات
65.....	الإطار الزمني والمكاني للدراسة
65.....	عينة الدراسة
67.....	أساليب المعالجة الإحصائية
68.....	خلاصة الفصل

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

70.....	تمهيد
70.....	عرض ومناقشة نتائج الدراسة
72.....	مناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة
74.....	الاستنتاج العام
76.....	اقتراحات
78.....	المصادر والمراجع
87.....	الملاحق

فهرس الجداول:

صفحة	عنوانه	الجدول
61	يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس نفسه.	الجدول رقم 01
62	يوضح معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية والدرجة الكلية للمقياس نفسه.	الجدول رقم 02
64	يوضح ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق معامل ألفا كرونباخ	الجدول رقم 03
64	يوضح ثبات مقياس الكفاءة الذاتية عن طريق معامل ألفا كرونباخ	الجدول رقم 04
66	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	الجدول رقم 05
70	يوضح العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري	الجدول رقم 06
71	يوضح نتائج اختبار (T) للتحقق من الفروق بين متوسطات مرضى السكري على مقياس الكفاءة الذاتية تبعاً لمتغير الجنس.	الجدول رقم 07
72	يوضح نتائج اختبار (T) للتحقق من الفروق بين متوسطات مرضى السكري على مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس.	الجدول رقم 08

فهرس الأشكال:

صفحة	عنوانه	الشكل
66	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.	الشكل رقم 01

فهرس الملاحق:

صفحه	عنوانه	الملحق
87	استبيان لقياس الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري	ملحق رقم 01
90	استبيان لقياس جودة الحياة لدى مرضى السكري	ملحق رقم 02
92	مخرجات برنامج SPSS V.25	ملحق رقم 03

مقدمة

مقدمة:

لقد أثار مفهومي الكفاءة الذاتية وجودة الحياة اهتمام الباحثين من 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 الحياة ، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية وكل ما يؤدي إلى تحسين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة، وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو أكثر بروزا من الجانب السلبي، وأن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين وإنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبقا لعوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك.

(عبد الكريم، عقيل، 2020، ص 28)

وتعد الكفاءة الذاتية من العوامل المهمة التي تلعب دورا كبيرا في خفض درجة التوتر والقلق لدى الفرد وتقليلها، فالأشخاص الذين يمتلكون الكفاءة في مجالات متنوعة تكون قدرتهم على مواجهة تحديات الحياة وال فشل أكثر فاعلية، وبالتالي فإن ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية يؤدي إلى الشعور بتقدير الذات والشعور بالتكيف النفسي (الشوا، 2016، ص 1558)، فالإحساس بكفاءة الذات يعد محددًا مهما لنجاح الفرد أو فشله في مختلف المهام التي يقوم بها، فهو يعتبر من الأمور الحساسة خاصة فيما يتعلق بالشفاء والعلاج والتفريد بمرحلة التأهيل، إذ أنه أصبح واضحا أن معتقدات المريض حول المرض ترتبط بدرجة عالية من الثقة بمدى نجاح العلاج، وبالتالي فإن أهمية الكفاءة الذاتية تكمن في مساعدة المريض على الالتزام بالعلاج كأخذ الدواء بانتظام مع احترام الجرعات والأوقات المخصصة لذلك واحترام المواعيد الطبية وتحسين جودة الحياة، فالكفاءة الذاتية تؤثر على كل من رغبة المرضى في بدأ التغيير السلوكي واستمرارية هذا التغيير. (صليحة، 2012، ص 8)

أما الجودة فيتركز مفهومها على أنها حالة من المعافاة النفسية والجسدية والاجتماعية وليست غياب المرض أو العجز فقط حسب تعريف منظمة الصحة العالمية، أما عموما فهي تشمل إدراك الفرد لمكانته في الوجود في سياق ثقافته ونظامه القيمي المرتبط بأهدافه وتوقعاته ومعايير ومخاوفه فهو مفهوم

معقد متعدد الأبعاد يتضمن الصحة العضوية والنفسية والروحية ومستوى الاستقلالية ومعتقدات الفرد وعلاقاته الاجتماعية وكذا ارتباطه بالعناصر الأساسية التي يعيش فيها. (رمضان، عبد الكريم، 2011، ص 253)، فمحاولة الوصول إلى أفضل مستوى منها أو إدامة المحافظة عليها المتعلقة بالصحة بمختلف مجالاتها (الجسمية والنفسية والاجتماعية) ليس بالأمر الهين، وبالتالي فإن جودة الحياة تتأثر بالعديد من العوامل التي تجعل الفرد لا يشعر بالرفاهية النفسية والرضا وحسن الحال كالضغوطات النفسية وممارسة بعض السلوكيات الغير صحية التي ترتبط بانتشار العديد من الأمراض المزمنة كمرض السكري. (غنية، 2021، ص 3)

والذي يعتبر أحد الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا في العالم أجمع المتقدم منه والنامي، وهو داء يستهدف كافة فئات المجتمع رغم اختلافها، حيث أصبح عدد المصابين في تزايد وتطور بسرعة هائلة رغم أن الكثير منهم لا تظهر عليهم أعراض المرض وليسوا بدراية بها وذلك جراء تغير نمط الحياة ودخول الإنسان في سلسلة من الضغوط أثرت على صحته النفسية والجسدية على حد سواء، وتتسبب رعاية هذا المرض ومضاعفاته في تشكيل عبء كبير على الأفراد مما يؤثر سلبا على صحتهم العامة وجودة الحياة لديهم وكفاءتهم الذاتية. (الموفق، 2015، ص 24)

ومن هذا المنطلق قسمنا دراستنا إلى قسمين جانب نظري يحتوي على ثلاثة فصول الأول تمهيدي عبارة عن طرح إشكالية البحث والفصل الثاني تطرقنا فيه إلى مفهوم الكفاءة الذاتية، تعريفها، مصادرها، أبعادها، خصائصها، طبيعتها، والعوامل المؤثرة فيها، أما الفصل الثالث فتطرقنا فيه إلى جودة الحياة بتعريفها وذكر أهميتها، أنواعها، أبعادها، مقوماتها، مكوناتها والنظريات المفسرة لها ومعوقاتها.

والجانب الميداني ينقسم إلى فصلين، الأول إجراءات الدراسة والفصل الثاني عرض نتائج الدراسة وتحليلها، كما احتوى المذكرة على مقدمة واستنتاج عام للدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

➤ الإشكالية

➤ فرضيات الدراسة

➤ أهداف الدراسة

➤ أهمية الدراسة

➤ الدراسات السابقة

➤ التعقيب على الدراسات السابقة

➤ التعاريف الإجرائية

الإشكالية:

يعد مفهوم الصحة أحد المفاهيم الأساسية التي نالت الكثير من الاهتمام والدراسة على يد العلماء والأطباء، وقد تزايد الوعي لدى الناس في السنوات الأخيرة بأهمية الصحة كوسيلة هامة لتنمية المجتمع وتقدمه.

ولعلنا في الوقت الحاضر أكثر ما نكون بحاجة إلى تطوير علم النفس الصحي الذي لم يمضي على ظهوره أكثر من 20 عاما، إذ يتركز هذا العلم على توضيح العلاقة ما بين سلوكيات الفرد وعاداته الصحية، وما يقوم به من ممارسات، وبين صحته الجسمية والنفسية وما يتعرض له من أمراض ومعاناة قد تسبب له الوفاة أو الإعاقة أو حتى الاضطرابات النفسية والعقلية. (تايلور، 2008، ص 31)

ومن أكثر الأمراض المزمنة انتشارا بين الناس داء السكري حيث قدر عدد المصابين به في العالم إلى 347 مليون شخص حسب تقرير منظمة الصحة العالمية ويتوقع أن يتضاعف بحلول عام 2030 بسبب زيادة السمنة التي تؤدي إلى خلل في إفراز هرمون الأنسولين وكذلك ارتفاع المعدل العمري للأشخاص في الدول المتقدمة، وهو داء عضال ومزمن يمكن أن يدوم مدى الحياة مما يتطلب علاجا صارما للحفاظ على توازن نسبة السكر في الدم. (سايج، 2008، ص 7)

فهو اختلال في عملية أيض السكر يؤدي إلى ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية أو بسبب الإفراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس فقد تكون كميته التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه أو أن الكمية المفرزة كبيرة. (الحמיד، 2008، ص 19)

وإن كان مرض السكري يثقل كاهل الرعاية الصحية وله دلائل خاصة على الأفراد الذين يعانون منه فإن شخصية الفرد وخصائصها قد تعتبر من العوامل الأساسية المساهمة في الإصابة بالمرض والمساعدة على إتباع نمط سلوك صحي ملائم وهذا يفتح المجال إلى التساؤل عن وجود متغيرات نفسية واجتماعية

قد تدعم قدره الفرد على المواجهة الإيجابية، إذ يشير واسطون بأن بقاء الفرد في صحة جيدة أو إصابته بالمرض يرتبط بتنظيم شخصيته واستعداداته. (شهرزاد، نرجس، 2016، ص46)

ومن بين العوامل المؤثرة في الصحة الجسدية التي حظيت باهتمام الكثير من الباحثين الكفاءة الذاتية التي تعتبر إحدى الخصائص النفسية التي تؤثر في أفكار الشخص وتفسيره لما يلقاه من أحداث فهي بذلك تشير إلى اعتقاد وإدراك الفرد لمستوى كفاءته وإمكانياته وقدراته الذاتية وما تنطوي عليه من مقومات عقلية ومعرفية وفعالية ودافعية وحسية وفيزيولوجية لمعالجة المواقف والمهام والمشكلات، كما أن تقدير الفرد لفعاليتها الذاتية في مواجهة المواقف الضاغطة يمكن أن يكون مؤشرا كافيا للتنبؤ إما بمدى صموده أمام خبرات الفشل أو مدى مثابرته وتحقيق الإنجاز أو بمدى اكتنابه، ذلك أن معتقدات الأفراد في قدراتهم الذاتية تؤثر على ردود أفعالهم إزاء الشدائد والتوترات والسلوك الذي يتبع ذلك.

(عبد الرحمان، محمد، 1998، ص58)

وتحقيق الكفاءة الذاتية يتوقف على تعاون المريض والتزامه بالعلاج والجهود الرامية إلى تحسين جودة حياته فالتأمل في حياة الأفراد وسلوكياتهم يجد أنهم يختلفون من حيث قناعاتهم بحياتهم ورضاهم عن أنفسهم، فجودة الحياة هي الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسدية الإيجابية وإحساسه بالسعادة وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه. (احمد، مسعودي، 2015، ص26)

فالمقصود بها الصورة الذاتية للحياة الشخصية التي يود الفرد أن يعيشها وتختلف من فرد لآخر حيث نجد أن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الجوانب يتضمن مكون معرفي (الرضا) ومكون وجداني (السعادة) ويشمل هنا حكم المرضى على مدى رضاهم عن حالتهم الصحية، وهل هناك توافق مع المرض والنظام الغذائي والصحة النفسية والسعادة وباقي متطلبات الحياة.

ومن هذا المنطلق نطرح التساؤل التالي:

➤ هل توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري؟

وتتفرع منه التساؤلات التالية:

➤ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى

مرضى السكري؟

➤ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى

مرضى السكري؟

فرضيات الدراسة:

➤ توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

➤ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى

مرضى السكري.

➤ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى

السكري.

أهداف الدراسة:

تتمثل فيما يلي:

➤ معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

➤ الكشف عن الفروق في مستوى الكفاءة والجودة وفقا لمتغير الجنس.

أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة في جانبيين العلمي والعملية:

-الجانب العلمي:

قلة اهتمام الدراسات بمفهومي الكفاءة الذاتية وجودة الحياة اللذان يدخلان ضمن التفكير الإيجابي مقارنة بالدراسات التي تناولت التفكير السلبي.

تقدم الدراسة إطارا نظريا حول الكفاءة الذاتية وجودة الحياة الأمر الذي يدفع بعض الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات.

-الجانب العملي:

التعرف على مستويات جودة الحياة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية إضافة إلى تقديم المساعدة للأخصائيين النفسيين من خلال النتائج المتحصل عليها.

تظهر هذه الدراسة الدور الذي تلعبه الكفاءة الذاتية وجودة الحياة عند مريض السكري وتقديم المساعدة للمرضى وكذلك العاملين في الإرشاد والإعلام، وذلك عن طريق إصدار نشرات خاصة بالتوعية بمرض السكري.

دراسات سابقة:

هناك العديد من الدراسات التي تناولت الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وقد اخترنا منها التي تخدم موضوعنا.

• دراسات سابقة للكفاءة الذاتية:

-دراسة مصعب طلاوحة (2010) مستوى التفكير ما وراء المعرفي و علاقته بالكفاءة الذاتية و مركز الضبط لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية العليا في ضوء بعض المتغيرات ،جامعة اليرموك الأردن ،هدف الدراسة التعرف على مستوى التفكير ما وراء المعرفي و علاقته بالكفاءة الذاتية و مركز

الضبط لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية العليا في الصفوف (الثامن، التاسع، العاشر) في ضوء متغيرات الجنس والمستوى الدراسي والمستوى التعليمي للوالدين، حيث تكونت العينة من 805 طالب وطالبة تم اختيارها عشوائياً، استعمل الباحث مقياس الوعي بالتفكير ما وراء المعرفي و الصورة المعربة لقياس مركز الضبط و مقياس الكفاءة الذاتية الذي قام الباحث بتطويره و أشارت النتائج إلى أن مستوى مرتفع من التفكير ما وراء المعرفي كذلك وجود علاقة ارتباطية بين مستوى التفكير ما وراء المعرفي والكفاءة الذاتية و وجود فروق تعزى إلى جنس الطالب وكانت لصالح ذكور و وجود علاقة ارتباطية بين التفكير ما وراء المعرفي و مركز الضبط إضافة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لجنس طالب أو مستوى دراسي أو مستوى تعليم الوالدين. (مصعب، 2010، ص6)

-دراسة العائب كريمة (2019) الكفاءة الذاتية و علاقتها بالذكاء الاجتماعي لدى المتفوقين دراسيا في مرحلة التعليم الثانوي تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية والذكاء الاجتماعي لدى تلاميذ متفوقين دراسيا في مرحلة التعليم الثانوي، حيث شملت عينة الدراسة 98 تلميذ و تلميذة في مستوى الثانوي، كما تم استخدام المنهج الوصفي بأسلوبه الارتباطي و تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الكفاءة الذاتية ومقياس الذكاء الاجتماعي وبرنامج الحزم الإحصائي (SPSS) ومجموعة من أساليب إحصائية وتوصلت هاته الدراسة إلى النتائج التالية: توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية والذكاء الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ متفوقين في مرحلة التعليم الثانوي عند مستوى الدلالة 0.05، عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات الكفاءة الذاتية لدى أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس (ذكر، إناث)، عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات الكفاءة الذاتية لدى أفراد عينة الدراسة حسب متغير التخصص (علمي، أدبي، تقني). (كريمة، 2019، ص9)

• دراسات سابقة لجودة الحياة:

-دراسة مازن الشرافي (2012) بعنوان أساليب مواجهة الخبرة الصادمة لدى معلمي وكالة الغوث بغزة و علاقتها بجودة الحياة، هدفت هذه الدراسة للتعرف على العلاقة بين أساليب المواجهة الخبرة الصادمة و جودة الحياة و كذلك التعرف على جودة الحياة كما هدفت إلى معرفة الفروق بين

متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس أساليب المواجهة، و مقياس جودة الحياة، و تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، و اختيار عينة كانت عشوائيا حيث بلغت العينة (401) معلما من كلا الجنسين و كانت النتائج المتحصل عليها كالآتي: أن معلمي وكالة الغوث بغزة يستخدمون أساليب متعددة في مواجهة الخبرة الصادمة، وهي بالترتيب: أسلوب إعادة التقييم، أسلوب التخطيط لحل المشكلات، أسلوب انتماء، كذلك معدل جودة الحياة لدى عينة أفراد الدراسة بعيد نسبي (77) ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد أساليب مواجهة الخبرة الصادمة تبعا لمتغير المرحلة التعليمية، وسنوات الخبرة، والدخل لدى الأفراد. (مازن، 2012، ص10)

-دراسة فريحة صندوق (2015) مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير بعنوان جودة الحياة الأسرية و علاقتها بالتفوق الدراسي لدى عينة من المراهقين الثانويين بالأغواط، تهدف هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين درجات جودة الحياة الأسرية و درجات التفوق الدراسي لدى عينة من التلاميذ ببعض الثانويات غير المتفوقين دراسيا و تهدف أيضا لمعرفة الفروق بين التلاميذ المتفوقين دراسيا في جودة الحياة الأسرية و كذلك الفروق تبعا لمتغيرات الجنس، الشعبة، و لتحقيق أغراض البحث تم الاعتماد على المنهج الوصفي، تكونت عينة الدراسة من 111 تلميذ و تلميذة من المتفوقين دراسيا و 120 تلميذة من التلاميذ غير المتفوقين دراسيا من ست ثانويات بالأغواط وتوصلت الطالبة للنتائج التالية: مستوى جودة الحياة الأسرية كان مرتفعا لدى التلاميذ المتفوقين دراسيا ببعض ثانويات الأغواط و أن مستوى جودة الحياة الأسرية كان مرتفعا لدى التلاميذ غير المتفوقين دراسيا ببعض ثانويات الأغواط كذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات جودة الحياة لدى عينة من التلاميذ المتفوقين. (صندوق، 2015، ص6)

-دراسة سارة ثامر (2017) بعنوان قلق الولادة و علاقهته بجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلية على الولادة، هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى قلق الولادة وجودة الحياة و كذلك التعرف على العلاقة بين قلق الولادة و جودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلية على الولادة و لتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي و ذلك بتطبيق مقياسين هما مقياس قلق الولادة ومقياس جودة الحياة

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1996) و تكونت عينة الدراسة من 105 امرأة حامل مقبلة على الولادة، تم جمع المعلومات وتفرغ ومعالجة البيانات باستخدام (SPSS) وتحصلت الباحثة على النتائج التالية: مستوى القلق لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة مرتفع، كذلك مستوى جودة الحياة لدى المرأة المقبلة على الولادة مرتفع. (نامر، 2017، ص10)

-دراسة صابر بن عيسى (2019) أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه بعنوان الرضا الوظيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية، هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على العلاقة الارتباطية بين الرضا الوظيفي وجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي بأسلوبه الارتباطي وكان مجتمع الدراسة أساتذة التربية البدنية والرياضية للطور الثانوي بولاية بسكرة واستخدم الباحث طريقة الحصر أي أنه أخذ جميع مفردات المجتمع والبالغ عددهم 124 أستاذ واستخدم الباحث أداتين للدراسة وهما: مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (1997)، وتم تحليل البيانات بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية (SPSS)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين الرضا الوظيفي وجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية. (صابر، 2019، ص9)

• الدراسات التي جمعت المتغيرين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة:

-دراسة حسين العمري (2018) بعنوان جودة الحياة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية لدى مدرسي الجامعات الفلسطينية، جامعة الخليل، فلسطين، هدفت للتعرف على مستوى جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مدرسي الجامعات الفلسطينية، والتعرف على العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى هذه الفئة، إضافة إلى الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة والكفاءة الذاتية في ضوء بعض المتغيرات (الجنس، التخصص، الدرجة العلمية، الجامعة، سنوات الخبرة) وتكونت العينة من 240 عضو من ثلاث جامعات موزعة جغرافياً، تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي التحليلي في الدراسة لجمع البيانات من مقياسي جودة الحياة ومقياس الكفاءة الذاتية، وتم استخدام برنامج (SPSS) لمعالجة البيانات، وكانت النتائج المتحصل عليها كالآتي: وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية

وقيمتها (0.641) بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية وارتفاع درجات كل من جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة، كما كشف عن عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى مدرسي الجامعة تعزى بمتغير الجنس أو الدرجة العلمية، وعدم وجود فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الجنس، الدرجة العلمية، الكلية. (العمرى، 2018، ص6)

-دراسة عبد الكريم مأمون (2019) أطروحة دكتوراه بعنوان المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و علاقتها بكل من الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب، تهدف هذه الدراسة إلى فحص طبيعة العلاقة بين المخططات المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بكل من الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب، شارك في الدراسة 200 مراهق و مراهقة بواقع 89 مراهقا و 111 مراهقة موزعين عبر مؤسسات الرعاية في (ورقلة، باتنة، الوادي، وهران، سطيف، الطارف) وتم استخدام مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة و مقياس الكفاءة الذاتية و مقياس جودة الحياة، و أسفرت عن النتائج التالية: أكثر المخططات شيوعا لدى المراهق مجهول النسب هي: مخططات الخجل و عدم الكمال والقابلية للانحراج، نقص في تحكم الذات، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لصالح الإناث، لدى مراهق مجهول النسب مستوى متوسط من الكفاءة الذاتية، لدى مراهق مجهول النسب مستوى متوسط من جودة الحياة. (مأمون، 2019، ص8)

التعليق على الدراسات السابقة:

تنوعت واختلفت الدراسات السابقة والتي في مجملها تصب في نفس موضوع دراستنا الحالية وهي كالاتي:

-من حيث الموضوع:

اختلفت الدراسات السابقة من حيث مواضيعها بالنسبة لموضوع الكفاءة الذاتية فكانت دراسة مستوى التفكير ما وراء المعرفي وعلاقته بالكفاءة الذاتية ومركز الضبط لدى عينة من طلبة المرحلة الأساسية العليا في ضوء بعض المتغيرات عند مصعب حسين محمد طلاحه (2010) ودراسة العائب

كريمة (2019) بعنوان الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالذكاء الاجتماعي لدى المتفوقين دراسيا في مرحلة التعليم الثانوي.

أما بالنسبة لموضوع جودة الحياة فنجد دراسة مازن مصطفى الشرافي (2012) بعنوان أساليب الخبرة الصادمة لدى معلمي وكالة الغوث بغزة وعلاقتها بجودة الحياة ودراسة فريجة صندوق (2015) بعنوان جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالتفوق الدراسي لدى عينة من المراهقين الثانويين كذلك دراسة سارة ثامر (2017) بعنوان قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة ودراسة صابر عيسى (2019) بعنوان رضا الوظيفي وعلاقتها بجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية.

أما بالنسبة للدراسات التي جمعت بين متغيري دراستنا الكفاءة الذاتية وجودة الحياة بالإضافة إلى متغيرات أخرى فكانت دراسة حسين خليل العمري (2018) ودراسة عبد الكريم مأمون (2019) بعنوان المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بكل من الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب.

أما بالنسبة لدراستنا فقد شملت متغيري الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

-من حيث الهدف:

تنوعت الدراسات السابقة من حيث أهدافها فبعضها هدفت إلى التعرف على مستوى التفكير ما وراء المعرفي وعلاقته بالكفاءة الذاتية ومركز الضبط لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في الصفوف (الثامن، التاسع، العاشر) في ضوء بعض المتغيرات (الجنس والمستوى الدراسي ومستوى تعليم الوالدين) كدراسة مصعب طلافحة (2012) وهدفت دراسة العائب كريمة (2019) إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية والذكاء الاجتماعي لدى التلاميذ المتفوقين دراسيا في مرحلة التعليم الثانوي.

والدراسات المتعلقة بجودة الحياة فكانت دراسة مازن الشرافي (2012) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين أساليب مواجهة الخبرة الصادمة وجودة الحياة لدى معلمي وكالة الغوث والتعرف إلى

أهم أساليب مواجهة الخبرة الصادمة، ودراسة سارة ثامر (2017) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين قلق الولادة وجودة الحياة لدى المرأة الحامل المقبلة على الولادة.

أما الدراسات التي جمعت بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة فكانت دراسة خليل معمر (2018) التي هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مدرسي الجامعات الفلسطينية والتعرف على العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى هذه الفئة، إضافة إلى الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة والكفاءة الذاتية في ضوء بعض المتغيرات (الجنس، التخصص، الدرجة العلمية، الجامعة، سنوات الخبرة) وهدفت دراسة عبد الكريم مأمون (2019) إلى فحص طبيعة العلاقة بين المخططات المبكرة غير المتكيفة والكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب. أما دراستنا فتهدف إلى معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، مع الكشف عن الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وفقاً لمتغير الجنس.

-من حيث العينة:

اختلفت العينة بين الدراسات من حيث حجمها إذ تراوحت ما بين 98 إلى 805 فرد.

من حيث نوع العينة: طبقت لكلا الجنسين وعلى أعمار مختلفة.

أما عينة دراستنا من حيث الحجم كانت 30 فرد، طبقت على كلا الجنسين، تراوحت أعمارهم ما بين 18 إلى 65 سنة.

-من حيث النتائج:

توصلت نتائج الدراسات السابقة بأنه توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وبعض المتغيرات مثل: مركز الضبط، التفوق الدراسي، الرضا الوظيفي، أساليب المواجهة والخبرة الصادمة، قلق الولادة... الخ.

بالنسبة لمستوى الكفاءة الذاتية وجودة الحياة فقد اختلفت بين مستوى مرتفع ومتوسط، أما بالنسبة للفروق فهناك على حسب: الجنس، المستوى الدراسي، التفوق الدراسي، البلد.

أما عن نتائج دراستنا فلم تختلف عن هذه الدراسات في كونه توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وفق متغير الجنس، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة كل من الكفاءة الذاتية وجودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

-من حيث المنهج وأدوات الدراسة:

اختلفت الدراسات في اتباع المنهج فمنها من اتبعت المنهج الوصفي بأسلوبه الارتباطي وأخرى اعتمدت في دراستها على مقاييس ومنها من اعتمدت على برنامج (SPSS) لتحليل البيانات الاحصائية وهذا ما يتوافق مع دراستنا الحالية والتي استخدمنا فيها المنهج الوصفي وبرنامج (SPSS) لتحليل البيانات.

التعريف الإجرائية:

الكفاءة الذاتية: ونقصد بها مدى اعتقاد الفرد لقدراته الشخصية في مواجهة مختلف مواقف الحياة وهي النتيجة التي يحصل عليها الفرد المصاب بمرض السكري في إجاباته لمقياس الكفاءة الذاتية لعلوية سمية المعد لأغراض هذه الدراسة.

جودة الحياة: نقصد بها في هذه الدراسة الحالة الإيجابية التي يشعر خلالها الفرد بالصفاء، الهدوء، الطمأنينة، البهجة والارتياح، الرضا وحسن الحالة الصحية والنفسية والتقبل وفهم الذات وقدرته على إشباع حاجاته النفسية، الاجتماعية، التعليمية والصحية وهي كذلك النتائج المتحصل عليها من الفرد في إجاباته لمقياس جودة الحياة المختصر من إعداد منظمة الصحة العالمية والمعرب من طرف بشرى اسماعيل ومرفت عزيز.

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

➤ تمهيد

➤ مفهوم الكفاءة الذاتية

➤ أنواع الكفاءة الذاتية

➤ مصادر الكفاءة الذاتية

➤ أبعاد الكفاءة الذاتية

➤ خصائص الكفاءة الذاتية

➤ العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية

➤ النظرية المفسرة للكفاءة الذاتية

➤ خلاصة الفصل

تمهيد:

تعددت تسميات الكفاءة الذاتية، فمنهم من يسميها فعالية الذات المدركة ومنهم من يدعوها التوقعات الذاتية، وكل هذه المفاهيم تجمع في تعريفها للمصطلح بأنه قدرة الفرد على ضبط سلوكه نتيجة ما لديه من معتقدات شخصية.

ويعتبر مفهوم الكفاءة من المفاهيم التي تناولها الكثير من الباحثين في علم النفس الحديث والصحة النفسية، وذلك بهدف فهم أفضل للكيفية التي تؤثر بها الكفاءة الذاتية على سلوك الفرد اتجاه مواقف الحياة المختلفة، وقد أضحت دراسة هذا المفهوم ضرورة ملحة في كل مجالات الحياة، وهذا ما سنستعرضه خلال هذا الفصل.

- مفهوم الكفاءة الذاتية:

يتجسد مفهوم الكفاءة الذاتية في عدة تعريفات، كما يلي:

لغة: جاء مفهوم الكفاءة في مجمع اللغة العربية بمعنى المماثلة في القوة، والشرف، والعمل والقدرة على حسن تصرفه. (منظور، بدون سنة، ص 3919)

اصطلاحاً:

عرفتها **سالمة بريقق (2011)** بأنها الإحساس بقدرة الفرد على إنتاج وتنظيم الأحداث في حياته مما يساعد على فهم نمو المهارات لدى الفرد، وهي إنتاج أكبر قدر من أجود نوع في أقصر وقت وبأقل مجهود وبقدر كبير من الرضا والارتياح. (سالمة، 2012، ص 21)

كما عرفتها **صليحة عدودة (2012)** بأنها إدراكات الشخص لقدرته على تنظيم وتنفيذ الأعمال الضرورية للحصول على الأداء المحدد للمهارة من أجل التنفيذ والأهداف. (صليحة، 2012، ص 47)

وعرفها باندورا على أنها مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدرته على القيام بسلوكيات معينة ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحدي الصعاب ومدى مثابرتة لإنجاز المهام المكلف بها. (جراح، 2017، ص 65)

و عرفها شفاتر(1998) على أنها من أبعاد الشخصية متمثلة في قناعات ذاتية حول قدرة الفرد في التغلب على المهام والمشكلات الصعبة التي تواجهه من خلال توجيه سلوكه ثم ضبطه والتخطيط المناسب له وخصوصا من خلال المهام التربوية لكونها تؤثر في الكيفية التي يشعر بها الأفراد عند أدائهم لمهامهم. (المرجع نفسه، ص 65)

ويرى سايرز وآخرون بأن الكفاءة الذاتية هي مجموعة من التوقعات العامة التي يمتلكها الشخص والتي تقوم على الخبرة الماضية، وتؤثر على توقعات النجاح في المواقف الجديدة (دي، 2017، ص 33).

وذكر كيرتس بأنها ثقة الشخص في قدراته على إنجاز السلوك بعيدا عن شروط التعزيز.

(المرجع نفسه، ص33)

وحسب عجوة محمد(2012) فيمكن القول أن الكفاءة الذاتية المدركة هي حالة ذهنية أو إحساس داخلي حول قدرة الفرد على القيام بالمهام والمسؤوليات التعليمية اللازمة لتحقيق الأهداف ضمن شروط ومعايير محددة. (عجوة، 2012، ص 35)

وذكر فتحي زيات (2001) بأنها اعتقاد أو إدراك الفرد لمستوى أو كفاءة أو فعالية إمكاناته أو قدرته الذاتية وما تنطوي عليه من مقومات عقلية معرفية وانفعالية ودافعية وحسية فسيولوجية عصبية لمعالجة المواقف أو المهام أو المشكلات أو الأهداف والتأثير في الأحداث لتحقيق إنجاز ما في ظل المحددات البيئية القائمة، وهي ما يعتقد الفرد أنه يملكه من إمكانات تمكنه من أن يمارس ضبطا قياسيا لقدراته وأفكاره ومشاعره وأفعاله وهذا ما يعتقد الفرد أنه يملكه من الإطار المعياري للسلوكيات التي تصدر عنه وعلاقتها بالمحددات البيئية المادية والاجتماعية. (بوسعيد، 2021، ص 33)

فلكفاءة الذاتية تأثير حيوي على سلوك الفرد، فهي تساعد على تحقيق أداء أفضل عن طريق إمداده بالعمليات المعرفية كأنماط التفكير واستراتيجيات التعلم والتنظيم الذاتي، كما أنها تدفع سلوكه وتساعد على التغلب على العقبات والصعوبات والمشاكل الانفعالية التي تقابله وتحدد اختياراته للأنشطة، وبالتالي فإن الكفاءة الذاتية مهمة لكل فرد. (الفاخوري، 2018، ص 44).

ومنه فالكفاءة الذاتية هي اعتقاد الفرد بقدراته التي تحقق له التكيف مع ضغوط الحياة.

-أنواع الكفاءة الذاتية:

يمكن تصنيف الذاتية إلى عدة أنواع منها: (نافذ، 2012، ص 39)

1-الكفاءة القومية:

قد ترتبط كفاءة القومية بأحداث لا يستطيع المواطنون السيطرة عليها مثل انتشار التكنولوجيا الحديثة والتغير الاجتماعي السريع في أحد المجتمعات والأحداث التي تجري في أجزاء أخرى من العالم، والتي يكون لها تأثير على من يعيشون في الداخل، كما تعمل على إكسابهم أفكارا ومعتقدات عن أنفسهم باعتبارهم أصحاب قومية واحدة أو بلد واحد.

2-الكفاءة الاجتماعية:

هي مجموعة تؤمن بقدراتها وتعمل في نظام اجتماعي لتحقيق المستوى المطلوب منها، ويشير "باندورا" إلى أن الأفراد يعيشون غير منعزلين اجتماعيا وأن الكثير من المشكلات والصعوبات التي يواجهها تتطلب الجهود الجماعية والمساندة للأحداث أي تغيير فعال، وإدراك الأفراد للكفاءة الجماعية يؤثر فيما يقبلون على عمله كجماعات ومقدار الجهد الذي يبذلونه وقوتهم التي تبقى لديهم إذ فشلوا في الوصول إلى النتائج، وأن جذور الكفاءة الاجتماعية تكمن في كفاءة أفراد الجماعة.

3-الكفاءة الذاتية العامة:

ويقصد بها القدرة على أداء السلوك الذي يحقق نتائج إيجابية ومرغوبة في وقت معين والتحكم في الضغوط الحياتية التي تؤثر على سلوك الأفراد، وإصدار التوقعات الذاتية عن أدائهم المهام والأنشطة التي يقوم بها والجهد والنشاط والمثابرة اللازمة لتحقيق العمل المراد القيام به.

4-الكفاءة الذاتية الخاصة:

ويقصد بها أحكام الفرد الخاصة والمرتبطة بمقدرتهم على أداء مهمة محددة في نشاط محدد، مثل الرياضيات والأشكال الهندسية، أو اللغة العربية مثل الإعراب والتعبير.

5-الكفاءة الذاتية الأكاديمية:

تشير الكفاءة الذاتية الأكاديمية إلى إدراك الفرد لقدرته على أداء المهام التعليمية لمستويات مرغوب فيها، أي أنها تعني قدرة الشخص الفعلية في موضوعات الدراسة المتنوعة داخل القسم، وهي تتأثر بعدة متغيرات منها: حجم أفراد القسم، عمر الدارسين، مستوى الاستعداد الأكاديمي للتحصيل الدراسي. (نافذ، مرجع سبق ذكره، ص 39)

-مصادر الكفاءة الذاتية:

يرى باندورا (2001) أن هناك أربعة مصادر للكفاءة الذاتية لدى الأفراد وهي:

(العيد، 2012، ص 43)

1-إنجازات الأداء:

وتشير إنجازات الأداء إلى تجارب الفرد، وخبراته المباشرة، فالنجاح في مهمات سابقة يولد النجاح ويزيد توقعاته في مهمات لاحقة، إذ يعتبر ما يحققه الفرد من إنجازات في الأداء من أكثر المصادر تأثيراً في كفاءة الذات، في حين أن الإخفاق في الأداء يؤدي إلى خفضها.

2- الخبرات البديلة:

ويقصد بها المعلومات التي تأتي الفرد من خلال ما يقوم به الآخرون من نشاطات، فرؤية الآخرين يقومون بنشاطات مهددة بدون نتائج مؤلمة تعود عليهم، باستطاعتها أن تنتج توقعات عند الملاحظين تساعد على تحسين جهودهم و تكثيفها و الإصرار عليها، فبإمكانهم إقناع أنفسهم بأن الآخرين قاموا بذلك و بإمكاننا القيام به أيضا، و ملاحظة الفرد لأشخاص يفشلون في أداء ما يؤدي إلى خفض الكفاءة الذاتية لديه، إذ تعتمد الخبرات البديلة على النموذج، ففي حال كانت خصائص النموذج مختلفة عن خصائص الملاحظ، فإن تأثير الخبرات البديلة على الكفاءة الذاتية للملاحظ يكون قليلا، وبشكل عام فإن تأثير الخبرات البديلة على كفاءة الذات أقل من تأثير إنجازات الأداء.

(العيد، مرجع سبق ذكره، ص43)

3- الإقناع اللفظي:

و يقصد به المعلومات اللفظية التي تأتي الفرد عن طريق الآخرين، و يعد هذا المصدر واسع الانتشار، لأن إمكانية توفره سهلة، لذا يمكن توجيه الأفراد من خلال ما يقترحه الآخرون عليهم ليصبحوا معتقدين بإمكانية تكيفهم بنجاح تجاه أشياء نجحوا في التغلب عليها في الماضي، مع العلم أن توقعات الكفاءة وفق هذا الأسلوب ذات تأثير ضعيف مقارنة بإنجازات الفرد، لأنها لا تتصل بأساس خبرة موثوق لديهم، ولا بد أن يكون الشخص مصدر الإقناع ثقة إذ يتصف الإقناع الصادر عن الشخص الموثوق بتأثير أكبر على كفاءة الفرد من الشخص غير الموثوق، كما ومن الضروري أن يكون النشاط واقعيًا، لأن الإقناع لا يغير أحكام الشخص عن كفاءته وقدراته اتجاه عمل يستحيل أدائه، فالأفراد الذين يتم إقناعهم بأنهم يمتلكون قدرات للقيام بالمهمة المعطاة، لهم أكثر احتمالا لبذل جهد أكبر يتم تحفيزهم على البقاء في مواجهة الصعوبات حال وقوعها. (المرجع نفسه، ص 43)

4- الاستشارة الانفعالية:

يتوقف هذا المصدر على الدافعية المتوفرة أثناء الموقف، و على الحالة الانفعالية للفرد، حيث ينخفض الأداء أثناء الانفعال الشديد، فعندما تسيطر الأفكار السلبية و المخاوف حول قدرات الفرد على أداء مهمات محددة، فإن ردود الفعل الانفعالية تعمل على خفض مستوى الكفاءة الذاتية المدركة، ولذلك فإن تحسين الحالة الجسدية و الانفعالية للفرد يمكن أن تقلل الحالات الانفعالية السلبية، وبالتالي زيادة الكفاءة الذاتية. و لأن الأفراد يتمتعون بالقدرة على تغيير تفكيرهم و شعورهم فإن الاعتقادات بكفاءة ذاتية عالية يمكن أن تؤثر بشكل قوي في الحالة الفسيولوجية ذاتها. (كريمة، 2019، ص 51)

وتؤثر المشاعر والانفعالات من خلال الكفاءة الذاتية العالية على سلوك الفرد بعدة طرق حسب ما يشير اومرود (1995) كالاتي:

1- اختيار النشاطات:

حيث يميل الناس إلى اختيار المهمات والنشاطات التي يعتقدون أنهم سينجحون بها، ويتجنبون تلك المهمات والنشاطات التي تعتقدون أنهم سيفشلون بها، فالطلبة الذين يعتقدون أنه باستطاعتهم النجاح في مواد الرياضيات يكون احتمال تسجيلهم لتلك المواد أكثر من الطلبة عديمي الكفاءة في مادة الرياضيات، فالطلبة الذين يعتقدون إمكانية الفوز بدور في مسرحية المدرسة هم أكثر محاولة من الطلبة متدني الاعتقاد بقدرتهم على الغناء والتمثيل. (طلاوحة، 2007، ص 22)

2- الجهد والإصرار:

يميل الطلبة ذوي الإحساس المرتفع بالكفاءة الذاتية بشكل كبير إلى محاولة تنفيذ المهمة، كما أنهم لهم إصرار (مثل: أحاول، أحاول ثانية) عند مواجهة العقبات في طريق نجاحهم، أما الطلبة ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة في مهمة محددة، والذين ليس لديهم اعتقاد بإمكانية النجاح بها سيبدلون جهداً أقل في تنفيذها وسيستسلمون بشكل سريع عند مواجهة أي عقبات.

3-التعلم والتحصيل:

يميل الطلبة ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة إلى التعلم والتحصيل أكثر من الطلبة ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة بالرغم من تساوي مستويات القدرة الفعلية لديهم، فعلى سبيل المثال إذا كان لدينا مجموعة من الطلبة متساوون في القدرات نجد أن الطلبة الذين يعتقدون أن بإمكانهم القيام بالمهمة أكثر احتمالاً لتنفيذها مقارنة بالطلبة الذين لا يعتقدون بقدرتهم على النجاح. (طلاوحة، مرجع سبق ذكره، ص22)

4-مركز الضبط:

يعد مركز الضبط من المفاهيم النفسية التي ظهرت منذ الخمسينيات من القرن الماضي، وهو يلعب دوراً بارزاً وحاسماً في شخصية الفرد وتقرير سلوكه نحو المثيرات الموجودة في البيئة، وقد أخذت الدراسات منحى أكثر تحديداً عندما ظهر مفهوم مركز الضبط في نظرية التعلم الاجتماعي لدى روتغر، حيث يبين أن إدراك الشخص لقدرته على التأثير في أمور حياته مرتبط بنظرته إلى العلاقة بين سلوكه و نتائج ذلك السلوك، و أطلق على هذا الإدراك مصطلح مركز الضبط، وعرفه بأنه "درجة توقع الأفراد أن التعزيز ناتج عن سلوكياتهم يرتبط بها أو بخصائصهم الشخصية مقابل درجة توقع الأفراد أن التعزيز ناتج عن صدفة أو الحظ أو القدر أو سيطرة الآخرين أو أنها غير متوقعة".(المرجع نفسه، 22)

-أبعاد الكفاءة الذاتية:

حدد "باندورا" ثلاثة أبعاد تتغير الكفاءة الذاتية تبعاً لها وهذه الأبعاد هي:

1-قدرة الفاعلية:

ويقصد بها مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف، ويبدو قدرة الكفاءة بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الكفاءة، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة ومتوسطة الصعوبة، ولكنها تتطلب مستوى شاق في معظمها، ومع ارتفاع مستوى كفاءة الذات لدى بعض الأفراد فإنهم لا يقبلون على

مواقف التحدي وقد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة والمعلومات السابقة. (الأخرس، 2017، ص 72)

ويؤكد "باندورا" على أن طبيعة التحديات التي تواجه كفاءة الشخصية يمكن الحكم عليها من خلال مختلف الوسائل وأهمها: مستوى الإتقان، ومستوى بذل الجهد، ومستوى الدقة، ومستوى الإنتاجية، ومستوى التهديد، ومستوى التنظيم الذاتي المطلوب، حيث أنه من خلال التنظيم الذاتي لم يعد الفرد ينجز أي عمل عن طريق الصدفة، ولكن كفاءة الفرد هي التي تدفعه لينجز عمله بطريقة منظمة من خلال مواجهة حالات العدول عن أداء العمل. (المرجع نفسه، ص72)

2- العمومية:

وتعني انتقال توقعات الكفاءة إلى مواقف مشابهة، فالأفراد غالباً ما يعممون إحساسهم بالكفاءة في المواقف المشابهة للمواقف التي يتعرضون لها، وتتباين درجة العمومية بين اللامحدودية والتي تعبر عن أعلى درجات العمومية باختلاف المحددات التالية: درجة تماثل الأنشطة، وسائل التعبير عن الإمكانية (سلوكية، معرفية، انفعالية)، والخصائص الكيفية للمواقف ومنها خصائص الشخص أو الموقف محور السلوك. (الراشدية، 2017، ص 27)

3- القوة (الشدة):

وهي تتحدد في ضوء خبرة الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة يمكنه المثابرة في العمل، وبذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الشاقة، ويؤكد على أن قوة توقعات الكفاءة الذاتية تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف. (محمود، 2013، ص 63)

يبين ألبرت باندورا أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالمية و القدرة المرتفعة التي تمكن من اختيار الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح، كما يذكر أيضاً أنه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فإن الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية (فالمعتقدات الضعيفة عن الفاعلية تجعل أفراد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه مثل ملاحظة

فرد يفشل في أداء مهمة ما، أو يكون أداؤه ضعيفا فيها، و لكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بفاعلية ذواتهم يثابرون في مواجهة الأداء الضعيف. (محمود، مرجع سبق ذكره، ص 63)

-خصائص الكفاءة الذاتية:

هناك خصائص عامة للكفاءة الذاتية وخصائص عامة لمرتفعي الكفاءة الذاتية وخصائص عامة لمنخفضي الكفاءة الذاتية وهذه الخصائص هي:

1-الخصائص العامة للكفاءة الذاتية:

-ثقة الفرد بنفسه في النجاح لأداء عمل ما.

-وجود قدر كاف من الاستطاعة سواء كانت عقلية أو نفسية، بالإضافة إلى توافر الدافعية في المواقف المختلفة.

-الكفاءة الذاتية تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ومع الآخرين، كما تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات الشخصية.

-ترتبط بالتوقع والتنبؤ.

-ليست مجرد إدراك أو توقع فقط، ولكنها يجب أن تترجم إلى بذل جهد وتحقيق نتائج مرغوبة وإمكاناته ومشاعره.

-هي مجموعة القرارات والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الفرد.

-تحدد بعدة عوامل مثل: صعوبة الموقف وكمية الجهد ومدى مثابرة الفرد. (إيمان، 2013، ص 47)

2- الخصائص العامة لمرتفعي الكفاءة الذاتية:

يذكر باندورا (1977) أن هناك خصائص عامة يتصف بها ذوي الكفاءة المرتفعة والذين لديهم إيمان قوي في قدراتهم وهي:

- يتميزون بمستوى مرتفع من الثقة بالنفس.
- يتحملون المسؤولية بجهد مرتفع.
- يملكون مهارات اجتماعية فائقة وقدرة عالية على التواصل مع الآخرين.
- يتصدون للعوائق التي تواجههم بمثابرة مرتفعة.
- يملكون طاقة عالية.
- عندهم مستوى طموح عال، فهم يسيطرون أهدافا صعبة.
- ينسبون الفشل للجهد غير الكافي.
- يتفعلون في الأمور كلها. (عقيل، 2006، ص 34)

3- الخصائص العامة لمنخفضي الكفاءة الذاتية:

- هناك سمات يتميز بها ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة الذين يثقون في قدراتهم وتمثل فيما يلي:
- يخجلون من المهام الصعبة.
 - يستسلمون بالسعة.
 - لديهم طموحات منخفضة.
 - ينشغلون بنقائصهم ويهولون المهام المطلوبة.
 - يركزون على النتائج الفاشلة.

- ليس من السهل أن ينهضوا من النكسات.

- يقعون بسهولة ضحايا الاكتئاب. (فيصل، 2011، ص 64)

-العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية:

لقد تم تصنيف العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية إلى ثلاث مجموعات هي:

1-التأثيرات الشخصية:

لقد أشار "زيمرمان" (1989) إلى أن إدراك الكفاءة الذاتية لدى طلاب في هذه المجموعة تعتمد على أربع مؤثرات شخصية:

المعرفة المكتسبة: ذلك وفقا للمجال النفسي لكل منهم

عمليات ما وراء المعرفة: هي التي تحدد التنظيم لدى متعلمين

الأهداف: إن الطلاب الذين يركزون على أهداف بعيدة المدى أو يستخدمون الضبط مرحلة ما وراء المعرفة قيل عنهم أنهم يعتمدون على إدراك فاعلية الذات لديهم وعلى المؤثرات وعلى المعرفة المنظمة ذاتيا.

المؤثرات الذاتية: وتشمل قلق الفرد ودافعيته ومستوى طموحه وأهدافه الشخصية. (هبة، 2019، ص36)

2-التأثيرات السلوكية:

وتشمل ثلاث مراحل باندورا (1977) وهي:

ملاحظة الذات: إذ أن ملاحظة الفرد لذاته قد تمده بمعلومات عن مدى تقدمه نحو إنجاز أحد الأهداف.

الحكم على الذات: وتعني استجابة الطلاب التي تحتوي على مقارنة منظمة لأدائهم مع الأهداف المطلوبة تحقيقها وهذا يعتمد على فعالية الذات وتركيب الهدف.

رد فعل الذات: والذي يحتوي على ثلاثة ردود:

- ردود الأفعال السلوكية وفيها يتم البحث عن الاستجابة التعليمية النوعية.
- ردود الأفعال الذاتية الشخصية وفيها يتم البحث عما يرفع من استراتيجياتهم أثناء عملية التعلم.
- ردود الأفعال الذاتية البيئية وفيها يبحث الطلاب عن أنسب الظروف الملائمة لعملية التعلم.

3-التأثيرات البيئية:

لقد أكد "باندورا" على موضوع النمذجة في تغيير إدراك المتعلم لكفاءة ذاته مؤكداً على الوسائل المرئية (هبة، مرجع سبق ذكره، ص 36)

-النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية:

هناك العديد من النظريات المفسرة للكفاءة الذاتية اخترنا منها:

النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا: (قنوب، 2020، ص 16)

يشير باندورا في كتابه "أسس التفكير والأداء: النظرية المعرفية الاجتماعية" بأن نظرية كفاءة الذات اشتقت من النظرية المعرفية الاجتماعية التي وضع أسسها والتي أكد فيها بأن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل المعرفية والشخصية والبيئية، وفيما يلي الافتراضات النظرية والمحددات المنهجية التي تقوم عليها هذه النظرية:

-يمتلك الأفراد القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال والاختبار الفرضي لهذه المجموعة من الأفعال

من خلال التنبؤ بالنتائج والاتصال بين الأفكار والخبرات الذاتية، وهذه القدرات تتيح التحكم الذاتي في كل من الأفكار والسلوك.

- يمتلك الأفراد القدرة على التنظيم الذاتي عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم وعن طريق اختيار أو تغير الظروف البيئية، والتي تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم ويقومون بتقييم سلوكهم بناء على هذه المعايير وبالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي ويرشد السلوك.

- يتعلم الأفراد عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين ونتائجها، والتعلم عن طريق الملاحظة يقلل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ ويسمح بالاكتساب السريع للمعارف المعقدة، والتي ليس من الممكن اكتسابها فقط عن طريق الممارسة.

- إن كل من القدرات السابقة هي نتيجة تطور الميكانيزمات والأبنية النفسية العصبية المعقدة، حيث تتفاعل كل من القوى النفسية والتجريبية لتحديد السلوك ولتزويده بالمرونة اللازمة.

- تتفاعل كل من الأحداث البيئية و العوامل الذاتية الداخلية و السلوك بطريقة متبادلة فالأفراد يستجيبون معرفيا وانفعاليا وسلوكيا إلى الأحداث البيئية، ومن خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم على سلوكهم الذاتي، والذي بدوره يؤثر ليس فقط على البيئة ولكن أيضا على الحالات المعرفية والانفعالية والبيولوجية، ويعتبر مبدأ الحتمية المتبادلة من أهم افتراضات النظرية المعرفية الاجتماعية، وبالرغم من أن هذه المؤثرات ذات تفاعل تبادلي إلا أنها ليست بالضرورة تحدث في وقت متزامن، أو إنها ذات قوة متكافئة. (قرنوب، مرجع سبق ذكره، ص 16)

خلاصة الفصل

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل، يمكن أن نستخلص أن الكفاءة الذاتية متعلقة بمعتقدات الأفراد حول قدراتهم وثقتهم بها على القيام بسلوكيات معينة فعندما يثق الفرد في كفاءته الذاتية فإنه يميل إلى أن يكون أكثر إنجازا وتقديرا لذاته وثقة بنفسه، فعندما تتوفر قناعة لدى الفرد أنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب للتحقيق النتائج المرغوب فيها، ويقتنع بأن ذلك السلوك سيجمع عليه بفائدة كبيرة.

الفصل الثالث: جودة الحياة

➤ تمهيد

➤ مفهوم جودة الحياة

➤ أنواع جودة الحياة

➤ مكونات جودة الحياة

➤ مجالات جودة الحياة

➤ أبعاد جودة الحياة

➤ مقومات جودة الحياة

➤ الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة

➤ معوقات جودة الحياة

➤ أهمية جودة الحياة لدى المريض المزمن

➤ خلاصة الفصل

تمهيد

لقد حظي مفهوم جودة الحياة ودراسة المتغيرات المرتبطة به باهتمام علماء النفس وذلك بحثاً عن الجوانب الإيجابية في حياة الفرد والمجتمع بعد إهمالهم لها لفترات طويلة، ولما لها من استعمالات في شتى المجالات وصولاً إلى تحقيق رضا الفرد عن مختلف أبعاد حياته، وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل ضمن العناوين التالية: تعريف جودة الحياة وأهميتها ومجالاتها أنواعها وأبعادها ومقوماتها ومكوناتها والنظريات المفسرة لها ومعيقاتها.

-مفهوم جودة الحياة:

تعرف جودة الحياة كما يلي:

لغة:

معجم العين: جود هذا الشيء يجود، جوده فهو جيد وجاد الفرس يجود جوده فهو جواد.

(هنداوي، 2003، ص 272)

المعجم الوسيط: جوده صار جيداً يقال جاد المتاع وجاد العمل فهو جيد جواد والرجل أتى

بالجيد من قول أو عمل فهو مجاد. (الوسيط، 2004، ص 145)

اصطلاحاً: إن الاختلافات في تعريف مصطلح جودة الحياة كثيرة وتختلف حسب نظرة كل عالم

ونذكر منها:

تعريف موسوعة علم النفس: تعرف جودة الحياة على أنها مفهوم ذو أبعاد عديدة لخصت على

أنها سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة وذلك لأغراض تيسير البحث والقياس وهي كالاتي:

التوازن الانفعالي حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الايجابية والسلبية كالحزن والكآبة والقلق والضغط

النفسية... إلخ، الحالة الصحية للجسم، والاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا

هاما في جودة الحياة، الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي واستمرارية وتواصل

العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة، الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخ الفرد الذي يعينه على مواجهه الحياة، التواءم الجنسي ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام. (عدودة، 2015، ص 121)

يمكن تعريف جودة الحياة على أنها رضا الفرد عن أبعاد حياته ويعتمد تقييم جودة الحياة على نظام القيم الفردية، البيئية والثقافية التي يعيش فيها، كما أنها تتأثر بالصحة الجسدية والنفسية ودرجة الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية مع البيئة. (غنية، 2021، ص 99)

تعريف فرانك: هي إدراك الفرد للعديد من الخبرات وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة، وجودة الحياة بالمفهوم الضيق خلو الجسم من العاهات الجسمية. (المرجع نفسه، ص 99)

تعريف ريف: جودة الحياة هي الإحساس الايجابي بحسن الحال كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وحياته بشكل عام كذلك سعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ومقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة لتحقيق استقلالته في تحديد وجهة مسار حياته واستمراره في علاقات اجتماعيه وإيجابية متبادلة مع الآخرين كما ترتبط بكل من الإحساس العام بالسعادة والاستمتاع بالحياة والسكينة والطمأنينة النفسية. (شهرزاد، يوسف، 2020، ص 39)

تعريف عبد المعطي: جودة الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد وتقييمه للنواحي المادية المتوافرة في حياته ومدى أهمية كل جانب منها بالنسبة للفرد في وقت محدد وفي ظل ظروف معينه ويظهر بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه ويؤثر بدوره على تعاملات الفرد وتفاعلاته اليومية. (غنية، 2021، ص 121)

تعريف محمد سعيد أبو حلاوة: جودة الحياة تعكس وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب

الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الايجابي ذلك لن جودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعكسه الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة كنتاج لظروف

الحياة المعيشية والحياتية للأفراد والإدراك الذاتي لهذه الحياة حيث ترتبط جودة الحياة به لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية لها كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد من ناحية أخرى. (السعيد، 2010، ص 226)

تعريف عبد الفتاح وحسين: هي الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بالسعادة وصولاً إلى عيش حياة متناغمة ومتوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه. (أحمد، 2015، ص 205)

تعريف منسي وكاظم: هو شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه. (أمال، 2014، ص 71).

ومما سبق تعرف جودة الحياة على أنها شعور الفرد بالرضا والارتياح والسعادة في مختلف مجالات حياته.

-أنواع جودة الحياة:

تتمثل فيما يلي:

1-جودة الحياة النفسية:

يعتبر مفهوم جودة الحياة النفسية من المفاهيم المعقدة نسبياً حيث تسهم فيه مجموعة من المكونات والعوامل النفسية والانفعالية والمعرفية، ولقد تعددت تعريفات الباحثين المهتمين بهذا المجال نذكر منها تعريف ستوارت حيث أشار أن جودة الحياة النفسية هي حالة كلية ذاتية توجد عندما يتوازن داخل

الشخص بمدى واسع من المشاعر منها الحيوية والإقبال على الحياة والثقة في الذات، الصراحة والأمانة مع الذات ومع الآخرين، البهجة والمرح، الهدوء، السعادة، الاهتمام بالآخرين.

وهناك مظهران لدراسة جودة الحياة النفسية هما:

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

2- جودة الحياة الأسرية:

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

3 - جودة الحياة الوظيفية:

إن مفهوم جودة الحياة الوظيفية يجب أن يكون مفهوماً شاملاً يتضمن تحقيق أهداف ومصالح العاملين وأهداف إدارة المنظمة والتي تعكس بدورها أصحاب رأس المال، حيث أن زيادة معدلات الرضا الوظيفي للعاملين والنتائج عن مستويات عالية لجودة الحياة الوظيفية يساهم في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمنظمة وأيضاً تلبية مطالب العملاء والمجتمع فهي تعتبر أقصى مدى يستطيع أعضاء المنظمة الوصول إليه في تلبية الاحتياجات الشخصية الهامة وذلك من خلال خبراتهم في العمل وأحسن تعريف يمكن أن نقدمه هو: أنها عبارة عن الصفات أو الجوانب الإيجابية وغير الإيجابية المرتبطة بالبيئة كما يراها أو يدركها العاملون. (ماضي، 2014، ص 61)

-مكونات جودة الحياة:

إن جودة الحياة لدى الفرد لا ترتبط بمحدداته الشخصية فقط ولا بمجالات وموضوعات الحياة المختلفة، وإنما ترتبط أيضا بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في مجال إدراكه الشخصي كالأباء والأمهات والإخوة والأقارب، وجودة الحياة تشمل كافة جوانب الحياة التي يدركها الفرد فمكوناتها تشمل مجموعة من الأبعاد التي تقيس الجودة لدى الأفراد وهي:

-مكونات موضوعية: وتشمل المكونات التالية: الصحة البدنية، مستوى المعيشة، العلاقات الاجتماعية، العلاقات الأسرية، الأنشطة المجتمعية، الصحة النفسية، العمل، فلسفة الحياة، الحقوق، وقت الفراغ.

-مكونات ذاتية: وهي عبارة عن الإدراك الذاتي، خصائص شخصية الفرد.

أما شالوك فيرى بأن مكونات جودة الحياة عبارة عن ثلاثة وهي:

1-المكونات الذاتية: التقييم الشخصي من خلال الرضا والسعادة.

2-المكونات الموضوعية: التقييم الوظيفي وملاحظة المشاركة، الظروف والأحداث البيئية، التفاعل في الأنشطة اليومية، تقرير المصير، التحكم الشخصي، التعليم، المهنة، المسكن.

3-المكونات الخارجية: مستوى المعيشة، مستوى العمل، توقعات الحياة. (محمد، 2013، ص

72)

-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 الإيجابية، 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 يعتبر عنصرا مهما لتحديد بعض الجوانب النفسية المتعلقة بجودة الحياة التي يمتاز بها كل فرد.

2-المجال الاجتماعي:

يرى جريفن (1988) 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) يهتم أكثر بكمية العلاقات الاجتماعية، حيث يرى أن هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرد في تقييم الوظائف الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعية، الشعور بتحقيق الذات، النجاحات والفشل... الخ) وكذلك أهمية التطرق إلى فعالية الشبكة الاجتماعية للأفراد (التكوين - الكثافة - التشتت الجغرافي - وتيرة الاتصال بين الأفراد - كثافة العلاقات... الخ).

3-المجال البدني:

يدمج الباحثون تحت هذا المجال الصحة البدنية والقدرات الأدائية، حيث تتضمن الصحة البدنية كل من الطاقة الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام، ومختلف المؤشرات البيولوجية، وتتضمن القرارات الأدائية، الوضع الوظيفي، تنقل الفرد، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء ومن الاستقلالية النسبية. (بهلول، 2010، ص 53)

4-الرضا عن العيش:

يرى بافو (1991) أن الرضا عن العيش هو عبارة معرفية تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد وبين معايير المرجعية (القيم والمثل العليا... الخ) فهو يعتبر عن التقييم الكلي الذي يقوم به الفرد في حياته.

ويذهب دينير (1994): إلى أن هذا المفهوم يهدف إلى الحكم الشعوري والشامل الذي يطلقه الفرد عن حياته، ويظهر هذا ضمن مجالات محددة مهنية، عائلية، الصحة الذاتية، وأن هذا المفهوم يعبر

عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الإيجابية اتجاه حياته ويشمل جميع المكونات مثل: الرضا عن العيش ومستوى المتعة.

والظاهر أن الرضا العيش والسعادة هما المكونان الرئيسيان لمفهوم العافية، حيث يجب أن يتوفر على هذين المكونين ولو أقل قدر ممكن ليتحقق هذا المفهوم.

5-السعادة:

يتميز هذا المفهوم بالتعددية الوظيفية، فهو يتضمن ثلاث مكونات مستقلة فيما بينها: مكون فعلي إيجابي (المتعة)، ومكون معرفي تقييمي (الرضا)، ومكون أساسي (التفوق).

ويرى الباحثون حاليا أن مفهوم السعادة يعبر عن السمة أكثر من اعتباره حالة حيث يهدف إلى الوصول إلى حالة مستقرة ومستدامة نسبيا.

6-الرفاهية الذاتية:

يمكن التطرق إلى مفهوم الرفاهية الذاتية من خلال ثلاث 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، الشامل للحياة التي يعيشها الفرد دون اهتمامه بغياب

الانفعالات السلبية. (مهلل، مرجع سبق ذكره، ص54)

-أبعاد جودة الحياة:

من مظاهر جودة الحياة عند فرانكن: السعادة، العلاقات الاجتماعية، الطمأنينة، الاستقرار والتقدير الاجتماعي.

أما أبعاد جودة الحياة عند مجدي محمد الدسوقي فتتمثل فيما يلي:

- السعادة: وهي مقدار ما يشعر به الفرد من سعادة وشعور بالرضا وارتياح لظروف حياته.
- الاستقرار النفسي: ويتمثل بالرضا عن النفس والشعور بالبهجة والتفاؤل اتجاه المستقبل.
- القناعة: وتعبر عن رضا الفرد وقناعته بما وصل إليه واقتناعه بمستوى حياته التي يعيشها.
- الرضا عن الظروف الاجتماعية: وهي وصف لسلوك الفرد بالتسامح والمرح وميله إلى الضحك وتقبل الآخرين.
- الطمأنينة: وتعني استقرار الفرد الانفعالي والرضا عن الظروف الحياتية.
- التفاعل الاجتماعي: قدرة الفرد على التفاعل والاندماج والاتصال مع الآخرين.
- التفاؤل: توقعات الفرد الإيجابية نحو مستقبل حياته.
- الثبات الانفعالي: وهو التعايش مع الأحداث والمواقف بالثبات النسبي، مع القدرة على ضبط النفس واستقرار الحالة المزاجية، والاعتدال في إشباع الحاجات النفسية والبيولوجية.
- الحماية: إدراك الفرد لحجم الرعاية التي تقدم له والإحساس بالأمان وعدم النبذ والهجر وتلبية احتياجاته ومتطلباته، وتخفيف حدة اقلق التي قد يتعرض لها. (علي، 2018، ص 257)

أما حسن مصطفى فيشير إلى ثلاثة أبعاد لجودة الحياة هي:

1- جودة الحياة الموضوعية: ونعني ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية إلى جانب

الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

2- جودة الحياة الذاتية: وتعني كيف يشعر كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا

والقناعة عن الحياة والسعادة بها.

3- جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن له أن يعيش حياة متناغمة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع. (عبد الله، هشام، 2008، ص148)

-مقومات جودة الحياة:

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

- **الصحة الجسدية:** القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية، وحالة الجسم مثلا اللياقة البدنية.
- **الصحة النفسية:** القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.
- **الصحة الروحية:** وهي صحة تتعلق بالمعتقدات، والممارسات الدينية للوصول إلى الرضا مع النفس.
- **الصحة العقلية:** وهي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح، والشعور بالمسؤولية، وقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات وصنعها.
- **الصحة الاجتماعية:** وهي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين، والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم.
- **الصحة المجتمعية:** وهي القدرة على إقامة العلاقة مع الآخرين، كلما يحيط بالفرد من مادة وأشخاص وقوانين وأنظمة. (أمال، 2014، ص96)

-الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

تضم أربع اتجاهات رئيسية تتمثل في:

1-الاتجاه الفلسفي:

مفهوم جودة الحياة في المنحنى الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة، فجودة الحياة لا يمكن أن تتحقق إلا إذا حرر الإنسان نفسه من أسر الواقع وخلق لنفسه خيالا واسعا حالما، وتجاهل الآلام ومصاعب الحياة، وذاب في صفاء روحي مفارقا لكل قيمة مادية. (السعيد، 2010، ص 07)

2-الاتجاه الاجتماعي:

الاهتمام بدراسات جوده الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعيه السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤثرات تختلف من مجتمع لآخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله ومكانته المهنية وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين.

إن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا الفرد عن عمله. (المرجع نفسه، ص 8)

3-الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة أو نفسيه أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفق تطوير الصحة.

إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية وتقييم حاجة الناس بجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة.

وتعطي جودة الحياة مؤشر للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات. (المحمد، 2015، ص206)

4-الاتجاه النفسي:

ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه البناء الكلي الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية، وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليهم متطلبات وحاجات لهذه المرحلة تلح على الإشباع مما يشعر الفرد بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في مرحلة جديدة فيظهر الرضا في حالة الإشباع أو عدم الرضا في حالة عدم الإشباع نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة. (المحمد، مرجع سبق ذكره، ص 206)

-معوقات جودة الحياة:

تتمثل معوقات جودة الحياة فيما يلي:

- **ضغوط الحياة:** أن الضغوط تمثل خطرا على صحة الفرد وتوازنه كما تهدد كيانه النفسي وما نشأ عنها من آثار سلبية كعدم القدرة على التكيف وضعف مستوى الأداء والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية وانخفاض الدافعية للعمل والشعور بالإرهاك النفسي، وقد يواجه الفرد يوميا العديد من الضغوط في البيت والشارع ومكان العمل وغيره.
- **الحروب:** وما يصاحبها من توتر وخوف وقلق وخسائر في الأرواح والممتلكات والأخلاقيات والشعور بالضياع وفقدان الأمن، كل هذا يؤثر سلبيا على جودة الحياة.

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

-أهمية جودة الحياة لدى المريض المزمن:

دراسة جودة الحياة عند المريض المزمن أمر بالغ الأهمية وذلك للأسباب التالية:

- تحديد تأثير المرض على النشاط المهني والاجتماعي والشخصي للمريض من شأنه أن يزودنا بأساس مهم للمعالجات التي تصمم لغايات تحسين جودة الحياة.
- يمكن لمقاييس جودة الحياة أن تساعد في تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضى المصابين بأمراض من نمط معين.
- تتناول هذه المقاييس تأثير المعالجات على جودة الحياة، فقد نحتاج إلى تقييم فيما إذا كانت المعالجة مؤذية أكثر من المرض نفسه أم لا، أو فيما إذا كانت تزيد من معدلات بقاء المريض أم لا أو فيما إذا كانت لها آثار جانبية سلبية أم لا، وفي هذا السياق استطاعت مقاييس جودة الحياة قياس أثر المعالجات الغير السارة، والتعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من التزام المريض بتلك المعالجات.
- توسيع المعايير التي تتدخل بالقرارات العلاجية، إذ أنه في حالة ما إذا كنا أمام نوعين من البروتوكولات العلاجية فلضمان حياة أطول ومتوازنة الاختيار يكون للعلاج الذي يسمح بتحقيق مستوى أمثل من جودة حياة المرضى.
- يمكن للمعلومات المتعلقة بجودة الحياة أن تساعد أصحاب القرار على اختيار العلاجات التي تزيد من فرص البقاء، وتتيح للمريض في الوقت نفسه أفضل جودة حياة ممكنة، كما يمكن لها أن تزودهم بفرص الموازنة بين كلفة العلاج وجدواه من جهة، وجودة الحياة من جهة أخرى.

- إن لهذا الاهتمام بالمسائل التي تتعلق بجودة الحياة فائدته الكبيرة، إذ يساعد على تحديد بعض الجوانب التي تتطلب اهتماما أو تدخلا علاجيا معيناً، عند التشخيص بمرض مزمن. (عدودة، 2015، ص 134).

خلاصة الفصل

وفي الأخير نستخلص أن جودة الحياة هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال والرضا عن النفس والشعور بالراحة النفسية، من أنواعها الأسرية والنفسية والوظيفية وتتوفر على ثلاث مكونات رئيسية الإحساس الداخلي والقدرة على رعاية الذات والاستفادة من المصادر البيئية، فهي نظام معقد يضم عدة مجالات منها النفسي، الاجتماعي، البدني ولها أبعاد منها السعادة، الفناعة، الطمأنينة والتفاؤل، ومن مقوماتها الصحة الجسدية، العقلية، النفسية والروحية وتختلف اتجاهاتها بين الفلسفي، الاجتماعي، الطبي والنفسي ولها معيقات عدة كضغوط الحياة والكوارث والحروب.

الفصل الرابع: داء السكري

➤ تمهيد

➤ تعريف داء السكري

➤ أنواع داء السكري

➤ أسباب داء السكري

➤ مضاعفات داء السكري

➤ مراحل مرض السكري ومدى تقبله

➤ خلاصة الفصل

تمهيد

داء السكري داء مزمن، انتشر سريعاً في كل بلاد العالم، فلا نكاد نرى أو نسمع عن عائلة لم يصب أحد أفرادها بهذا الداء الذي يمكن أن يعتبر خطيراً إن لم يتم التحكم به بشكل جيد وسريع، وله الكثير من المضاعفات التي لا يمكن التنبؤ بمن ستصيب ومتى ستصيب، وهو بالإضافة لذلك مكلف ومرهق مادياً ومعنوياً، فمريض السكري تجده في أحيان كثيرة مشغول بالتحليل أو بتحضير جرعة الدواء أو بتسجيل النتائج، أو بمراجعة الطبيب.

-تعريف داء السكري

السكري مرض معروف منذ أكثر من 2000 سنة وصفته الشعوب مثل الفراعنة والرومان، والإغريق الذين أطلقوا عليه الاسم المتداول حالياً باللغة اللاتينية Mellitus Diabets ويعني الإقرار البولي والعطش، وهما العارضان الأساسيان لهذا المرض، ورغم معرفة المرض منذ القدم إلى أن معرفة الأطباء بقيت قاصرة في هذا المجال، إلى أن تم اكتشاف الأنسولين عام (1921)، عندها تمكن العلماء من معرفة الأسباب وراء حدوث هذا المرض، ورغم التطور العلمي الهائل في المجال الطبي مازالت المشكلة قائمة وتحتاج مزيداً من الجهد للحد من الإصابات المتزايدة في جميع أنحاء العالم. (محمد، 2012، ص 38)

ويعرف داء السكري بأنه اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو عضوية، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، ويطلق على هذه الحالة "قصور الأنسولين"، أو أن الكمية المفروزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة، ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين، ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين". (سعد، 2008، ص 19)

وداء السكري يعتبر مرضاً مزمناً يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، والأنسولين هو هرمون ينظم مستوى السكر في الدم، ويعد فرط سكر الدم أو ارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جراء عدم السيطرة على داء السكري، ويؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم، ولاسيما الأعصاب والأوعية الدموية. (منظمة الصحة العالمية، 2018)

والسكر هو الوقود الذي تستخدمه الخلايا لإنتاج الطاقة اللازمة للعمل، وعندما يتراكم السكر في الدم بدلاً من دخوله إلى الخلايا، بسبب نقص الأنسولين أو عجزه عن القيام بوظيفته، تجوع خلايا الجسم وتحرم من الطاقة، وبمرور الأيام يتراكم السكر في الدم، وهذا يؤدي إلى آثار ضارة على بعض أعضاء الجسم كالعينين والكليتين والقلب والجهاز العصبي حيث أن حوالي نصف المصابين بداء السكري لا يتم تشخيصهم مبكراً، وذلك لأن هذا الداء يكون في البداية دون أعراض واضحة أو يأتي بأعراض مشابهة لأعراض بعض الأمراض الأخرى، وتجدد الإشارة هنا إلى أن داء السكري ليس معدياً وإنما يحصل بسبب عوامل مختلفة، تؤدي إلى حدوث المرض عند اجتماعها. (محمود، 2002، ص13)

-أنواع داء السكري

يمكن تقسيم مرض السكري إلى عدة أنواع نذكر منها ما يلي:

1-النوع الأول: السكر المعتمد على الأنسولين:

وكان يسمى قديماً (سكر سن المبكر)، ثم سمي السكر المعتمد على الأنسولين، وفي عام 1998 تم الاتفاق على تسميته النوع الأول من السكر وهو يحدث غالباً في صغار السن - أقل من 30 عاماً- ولا بد من استخدام الأنسولين في علاجه طوال العمر بحيث إذا توقف استخدامه فإن هذا المريض من الممكن بسهولة له أن يصاب بارتفاع نسبة الأسيوتون في الدم نتيجة الارتفاع الشديد في نسبة السكر بالدم وقد يؤدي ذلك إلى الوفاة. (الغزالي، 2015، ص 43)

وهذا النوع يلعب الجهاز المناعي دور رئيسيا في حدوثه، حيث يولد الإنسان وعنده استعداد وراثي لهذا المرض وإن لم يعرف بعد كون هذا الاستعداد على وجه التحديد، ثم يحدث أن يتعرض هذا الشخص لبعض المؤثرات البيئية التي قد تكون إصابة فيروسية، أو تناول لبعض مكونات الألبان الخارجية، أو غيرها من العوامل التي تؤدي إلى استثارة الجهاز المناعي للجسم، الذي يبدأ في تكوين الأجسام المضادة من أجل التخلص من هذه المؤثرات ولكن لسبب غير معلوم، تصيب هذه الأجسام المضادة غدة البنكرياس نتيجة للتشابه الجيني بين خلايا البنكرياس وبين الجينات الخارجية المراد التخلص منها، وتكون النتيجة النهائية هي القضاء نهائيا على خلايا (بيتا) المسؤولة عن إفراز هرمون الأنسولين، وارتفاع نسبة السكر بالدم أو ما نطلق عليه مرض السكري، ومن المفارقات الخاصة بهذا النوع أن إصابة أحد الوالدين أو كلاهما بالمرض غير ضرورية لظهور المرض، كما أنه إذا أصيب الشقيق التوأم بهذا المرض فإن توأمه الآخر عنده فرصة كبيرة للنجاة من هذا المرض. (الغزالي، مرجع سبق ذكره، ص 43)

2- النوع الثاني: السكر غير المعتمد على الأنسولين:

وهو يشكل حوالي 90% ممن يعانون من مرض السكري تقريبا، فهو النوع الأكثر شيوعا ويبدأ عادة بعد سن الأربعين، يسمى سكري الكبار، ويمكن اكتشافه بالصدفة من فحص روتيني عابر أو من شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسبي في تركيز هرمون الأنسولين في الدم. (عايش، 2010، ص 30)

3- النوع الثالث: سكر الحمل:

والذي يحدث في بعض حالات الحمل نتيجة للمتطلبات الضرورية في مرحلة الحمل والبعض يسمون هذا النوع بأنه عدم تحمل للكربوهيدرات في الدم. (سعيد، 2002، ص 64)

وهو يعني بالتحديد ظهور مرض السكري للمرة الأولى أثناء الحمل وهذا النوع قد يختفي مباشرة بعد الولادة وقد يختفي ليظهر في أوقات الحمل التالية، وقد يستمر بعد الحمل، مثل النوع الأول أو الثاني، وأهمية هذا النوع تكمن في الآثار الجانبية الممكن حدوثها للأم والجنين أثناء الحمل وكذلك بعض

المضاعفات الأخرى التي قد تحدث بعد الولادة ولذلك فإنه من الضروري اكتشاف هذا النوع من السكر في الأيام الأولى للحمل، ومن الأفضل بالطبع أن يكون اكتشاف الاحتمال بالإصابة قبل الحمل عن طريق الفحوصات اللازمة لذلك. (حرب، 2015، ص 57).

4-النوع الرابع: مرض السكري الثانوي:

يحدث نتيجة لوجود علة مرضية تؤثر على خلايا الأنسولين في البنكرياس وأهم هذه العلة :

-استئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية مثلاً.

-بعض أمراض الغدد الصماء كمرض العملاقة بسبب زيادة إنتاج هرمون النمو، وفرط إفراز الغدة

الدرقية.

-نتيجة أخذ بعض الأدوية مثل هرمون الغدة الدرقية والكورتيزون.

حيث يكون تابعا لتعاطي أدوية أو أمراض أو اضطراب هرموني ... إلخ. (جليخي، 2016، ص 74)

هناك عدة أنواع لمرض السكري، ولكن في نهاية الأمر يكون المرض لدى الإنسان المريض إما معتمد على الأنسولين، أي أن علاجه متركزا على إعطائه أنسولين عن طريق الحقن أو أنه غير معتمد على الأنسولين وهو لا يعتمد بضرورة على العلاج بالأنسولين، وإنما بعقاقير أخرى عن طريق الفم.

(سعيد، 2002، ص 65)

-أسباب داء السكري:

رغم الدراسات والأبحاث المتعددة لمرض السكري لم تحدد أسباب بعينها لهذا المرض وإنما عوامل متعددة تكون السبب في حدوث المرض وتأثيراته في المختلفة.

أولاً: أسباب مرض السكري المعتمد على الأنسولين :

من العوامل التي تسبب هذا النوع من مرض السكري إصابات فيروسية، عوامل بيئية (غير محددة ولكنها لا زالت تحت الدراسة) استخدام الأدوية والهرمونات التي تؤثر على الأنسولين وإفراز وخلل في مناعة جسم الإنسان. (عايش، 2010، ص 31)

ثانياً: أسباب مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين:

وهذا النوع تسببه عدة عوامل منها التقدم في العمر حيث تزداد احتمالية الإصابة بهذا المرض بعد سن الأربعين عاماً، البدانة وزيادة نسبة الدهون في الجسم، العامل الوراثي حيث أثبتت الدراسات أن الاستعداد الوراثي للمرض يورث وليس المرض بذاته.

وجدت الدراسات أيضاً أنه من المحتمل أن التركيبات الوراثية تجعل بنكرياس المريض أكثر استعداداً للتأثر ببعض الفيروسات التي تصيب الغدة النكافية وفيروس الحصبة، وأيضاً من العوامل المساعدة على ظهور المرض الضغوط النفسية لأنها تزيد من إفراز هرمون الكورتيكوستيريد في جسم الإنسان والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة السكر في الدم، وأيضاً التهابات البنكرياس الحادة والتغذية غير الصحيحة .

يتضح من العوامل السابقة أنه لا يوجد سبب حقيقي بذاته أو عامل محدد يؤدي إلى ظهور مرض السكري وإنما تتعدد تلك العوامل بدرجات مختلفة لتساعد على ظهور المرض فيما بعد وإن كان هناك بعض العوامل تؤثر بشكل أكبر من عوامل أخرى. (المرجع نفسه، ص32)

-مضاعفات داء السكري

لداء السكري مضاعفات كثيرة بعضها تحدث مبكراً وأخرى تحدث بعد فترة طويلة من الإصابة بالمرض.

أولاً: المضاعفات المبكرة:**1-ارتفاع السكر في الدم فوق 230مغم/ 100 مل:**

ومن أعراضه :

-الإحساس بالعطش الشديد والبول المتكرر/التعب الشديد والغثيان .

وقد يؤدي هذا الارتفاع إلى زيادة مشتقات الأحماض الدهنية في الدم (الكي-tonات) لأن الخلايا حينما تحس بالجوع الشديد تلجأ إلى الدهون فتكسرهما لإنتاج الطاقة، وهذا التكسير ينتج عنه تكون الكي-tonات التي إذا زادت في الدم تحدث تأثيراً سيئاً على الجسم، وقد تؤدي إلى الحمض الكيتوني وفقدان الوعي والإغماء، لأن المخ لا يقبل بديلاً عن الجلوكوز كمصدر للطاقة.

2-انخفاض مستوى السكر في الدم.

يكون إما بسبب زيادة جرعة الدواء أو بسبب الإهمال في تناول الوجبة في موعدها أو تقليل كمية الطعام أو بسبب عمل مجهود جسدي شديد لفترة طويلة .

ومن أعراضه :

-الرعدة/التعب /الجوع /الدواء / عدم التركيز /فقدان الوعي أو الإغماء في حالة الانخفاض الشديد للسكر بسبب نقص كمية السكر المغذية لخلايا المخ.

لذلك يجب ملاحظة انخفاض السكر وعلاجه على وجه السرعة. (محمود، 2002، ص 16)

ثانيا: المضاعفات المتأخرة لداء السكري :

والتي يمكن أن تحدث بعد عدة سنوات من الإصابة بداء السكري، بسبب عدم التحكم الجيد بمستوى السكر في الدم، فتصاب العينان أو الكليتان أو القلب أو الأعصاب .

وأهم وسيلة لمنع أو تقليل المضاعفات هو التحكم الجيد بالسكر من خلال الحماية الغذائية الجيدة وممارسة الرياضة بشكل منتظم والاهتمام بأخذ الأدوية في وقتها وبالجرعة الصحيحة. (المرجع نفسه، ص 17)

-مراحل داء السكري ومدى تقبله

عياديا يوجد نمطان أساسيان من السكري ولا يربطهما في آثارهما على الحياة اليومية والنفسية للمريض سوى الاسم:

السكري نمط 1: الذي يصيب الشريحة الأصغر سنا ويسبب إخلالا كاملا للحياة والسلوكيات.

والسكري نمط 2: الذي يصيب عموما الشريحة الأكبر سنا ومشكلاته ترتبط خصوصا بالمصابين بالسمنة أو البدانة، غير أن الإصابة بالمرض تدخل المصاب في هوية جديدة تحت تسمية سكري، فظهور نمطه الأول غالبا ما يشمل تغييرا في صورة ذات المريض، نمط حياته وكذا نشاطاته وربما مشاريعه الحياتية. الدكتور J.ASSAL أخصائي في السكري ومصاب به، واعتمادا على نموذج KUBLER-ROSS، حدد خمس مراحل يمر بها الفرد، عند اكتشاف السكري نمط 1 لديه :

- مرحلة إنكار الواقع: والتي تمثل دفاعا هشاً ضد القلق، قلق التدمير، وترجم برفض آلي للتشخيص والعلاج، "هذا ليس صحيحا، مستحيل" قد يخرج المريض من العيادة أو المستشفى ويحاول العيش كأن شيء لم يكن .
- مرحله الغضب: أين يحاول المريض إظهار أنه أقوى من المرض، أو أن ييدي نوبات غضب "لماذا أنا؟ ماذا فعلت؟" أو ييدي سلوكيات عدوانية تجاه المعالجين والأطباء، تليها محاولة تقبل جزئي للعلاج .

- مرحلة المساومة: وهي أولى خطوات تقبل الواقع والوضع، المريض يحمل مسؤولية المرض والعلاج للأطباء، ويساوم نعم للدواء لكن لا للحمية. (ليلي، 2009، ص 84)
 - 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 .
 - مرحلة التقبل: قد تبدأ جزئياً أو كلياً أو تلقائياً، ومرضى السكري لا يستجيبون بنفس الكيفية والدرجة، إنما يتحكم فيها جملة من العناصر، عمر المصاب، طفل، مراهق، أو راشد، دور المحيط، وشخصية المريض. فالشخص الوسواسي قد يكون دقيق الانضباط للتحكم الجيد، والمهستيرى قد يستخدم التوقف عن العلاج كأسلوب لمحاولة جلب انتباه الآخرين .
- من جهة أخرى فإن سيرورة هذا العمل، قد لا تتم في توقيت زمني محدد ونهائي، فقد تحدث ظروف أو مواقف تعيد المريض إلى مرحلة ما كان قد تجاوزها. (ليلي، مرجع سبق ذكره، ص 84).

خلاصة الفصل

يشكل السكري معضلة صحية والتي لاقت وماتزال اهتمام الهيئات الصحية العالمية وممارسي الصحة والباحثين باعتباره مرضا مزمننا مغيرا لنمط حياة المصاب به وذلك بحسب مسبباته وشخصية المصاب به، كما يعد التكفل النفسي للمصاب بهذا الداء أمرا مهما لمساعدته في التقبل والتكيف ومواصلة الحياة رغم التغيرات الطارئة على صحته النفسية والجسدية.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد
- الدراسة الاستطلاعية
- الخطوات المتبعة في الدراسة الاستطلاعية
- منهج الدراسة
- وسائل الدراسة
- الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات
- الإطار الزمني والمكاني للدراسة
- عينة الدراسة
- أساليب المعالجة الإحصائية
- خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر الجانب الميداني خطوة لا بد منها في أي دراسة فهو الأساس القاعدي الذي يمكن من الإجابة عن التساؤلات والتحقق من صحة الفرضيات والنزول بها إلى الميدان لاستقراءها وجمع البيانات اللازمة من خلال جمع المعطيات وذلك بعد التأكد من خصائصها السيكموترية، ولقد تناولنا في هذا الفصل مجموعة من الخطوات الخاصة بالإجراءات المنهجية من خلال عرض منهج الدراسة، حدود الدراسة، عينة الدراسة، الأدوات والأساليب المستخدمة في الدراسة.

حيث طبق مقياسين في هاته الدراسة على مجموعة من مرضى السكري بمستشفى ترشين إبراهيم بولاية غرداية.

-الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية أو الكشفية كما يتضح من اسمها تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها وأبعادها وأحيانا ما يطلق على هذا النوع من الدراسات "الدراسات الصياغية" من منطلق أن هذا النوع من البحوث يساعد الباحث وزملائه من صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة تمهيدا لبحثها بحثا متعمقا في مرحلة تالية أيضا لكونها تساعد الباحثين في وضع الفروض المتعلقة بمشكلة البحث التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق. (محمد ، 1999، ص 130)

انطلاقا من هذا التعريف كان لزاما علينا أن نقوم بدراسة استطلاعية من أجل تحقيق تلك الأهداف، وهذا من أجل الإحاطة بالظاهرة موضوع الدراسة، وتحديد المنهج الملائم الذي نعتد عليه في البحث من أجل الحصول على نتائج واقعية.

-الخطوات المتبعة في الدراسة الاستطلاعية

بعد حصولنا على الموافقة بإجراء الدراسة الميدانية وهذا من أجل التأكد من وجود الظاهرة على أرض الواقع، ومعرفة آراء مرضى السكري نحو جوانب الموضوع من خلال إعداد أداة لجمع البيانات تحتوي على مقياس جودة الحياة ومقياس الكفاءة الذاتية من أجل جمع المعلومات من أفراد العينة.

- تم توزيع المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (10) من مرضى السكري قصد التحقق من الخصائص السيكمومترية لمقاييس الدراسة عن طريق حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي والثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ.

- استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة من أجل تحليل البيانات ومن ثم تفسير النتائج الكمية المتحصل عليها وذلك بالرجوع إلى الدراسات السابقة.

- عن طريق نتائج الدراسة، تمت الإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها، وتقديم التوصيات اللازمة.

-عينة الدراسة الاستطلاعية:

انطلاقاً من هذا كان لزاماً علينا أن نتفحص الأداة ميدانياً من أجل التحقق من الخصائص السيكمومترية الخاصة بها، فقمنا بتوزيع الاستبيان على عينة استطلاعية حجمها (10) من المرضى المصابين بمرض السكري بمستشفى تريشين ابراهيم بغرداية.

-منهج الدراسة:

في دراستنا هذه نسعى إلى الكشف عن العلاقة بين كل من الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري تبعاً لمتغيرات الدراسة المحددة في التساؤلات والفرضيات ومعرفة فيما إذا كانت هناك فروق في هذه المتغيرات (الجنس) لذلك فإن المنهج الوصفي الارتباطي هو الأنسب لهاته الدراسة لأن طبيعة الموضوع تفرض ذلك.

فالمنهج الوصفي الارتباطي يهدف إلى وصف ما هو كائن من ظواهر أو أحداث معينة بعد جمع البيانات اللازمة، كما يهدف إلى تفسير الظواهر وتحديد الظروف والعلاقات الموجودة بين المتغيرات كما هي في الواقع، كما يعتمد هذا المنهج على دراسة العلاقة بين متغيرين أو أكثر، وكذلك معرفة اتجاه العلاقة هل هي ايجابية أم سلبية. (أحمد، مصطفى، 2000، ص 27)

وهو دراسة الوضع الراهن للبشر والأشياء والأحداث، وذلك دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة، فهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عنها وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة. (سامي، 2006، ص 360)

-وسائل الدراسة:

استخدمنا مصدرين أساسيين للحصول على البيانات ذات العلاقة بالدراسة الحالية هما:

❖ مصادر ثانوية

تم اعتمادها في معالجة الإطار النظري للدراسة وتمثل في: الكتب والمجلات والمقالات العلمية والأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، والبحث والمطالعة من مواقع الأنترنت المختلفة.

❖ مصادر أولية

المقياس: اعتمدنا على المقياس كأداة أساسية لجمع البيانات حول موضوع الدراسة، حيث يسمح هذه الأخير بطرح أسئلة معدة مسبقا من قبل الباحث على الأفراد بطريقة كيفية من أجل الحصول على بيانات تخدم أساسا دراسة الموضوع وفقا لما جاء في إشكالية الموضوع وفرضيات الدراسة، وأهدافها.

أ- مقياس جودة الحياة: ومن أجل هذا قمنا بالاطلاع على الدراسات المتعلقة بموضوع دراستنا وعلى مقاييس عديدة في موضوع جودة الحياة واستعاننا بالعديد من المقاييس الموجودة مثل مقياس جودة الحياة لدى الأمهات و علاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء لحرطاني أمينة و نعيمة يوسف في مقياس جودة الحياة و علاقتها بالتفاؤل غير الواقعي لدى المعاقين حركيا و مقياس جودة الحياة المختصر من إعداد منظمة الصحة العالمية (WHO QOL- (2008)BRF)

تعريب بشرى إسماعيل أحمد ومرفت عزيز معروف في تقييم معدل انتشار الاكتئاب وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى السكري وذلك من أجل الاستفادة في إعداد أداة الدراسة من خلال الإطار النظري الذي تناولنا فيه موضوع جودة الحياة وتم إعادة صياغة بعض الفقرات لتناسب مع موضوع الدراسة.

وقد صيغت فقرات الاختبار في صورته الأولية حيث تكونت من 50 فقرة وتم توزيعها وبعد حساب خصائص السيكموتريّة للمقياس تم حذف بعض العبارات التي لم تكن تقيس حسب رأي المحكمين ليصبح عدد بنود مقياس 39 بنودا وتم توزيع الفقرات على خمسة أبعاد.

ب- مقياس الكفاءة الذاتية: كما تطلعنا لمقاييس عديدة لقياس الكفاءة الذاتية كدراسة مصعب حسين محمد طلاوحة ودراسة العائب كريمة واعتمدنا على مقياس الكفاءة الذاتية لمرضى السكري Diabetes self-efficacy questionnaire الذي أسسه كل من نانسي روبن ومارغريت ليتل وهيلين (2004) والذي أحرته عليه الباحثة عليوة سمية (2007) بعض التعديلات في البنود التي تم ترجمتها من اللغة الإنجليزية إلى العربية، والتي يعتقد أن فيها تشابه كبير مع بعض البنود الأخرى، وهذا المقياس وضع لقياس مدى إمكانية الفرد المصاب بالسكري القيام ببعض الأنشطة والواجبات التي تخدم صحته سواء من الناحية المعرفية أو الاجتماعية أو الفزيولوجية وكذا الانفعالية.

وللإشارة فإن كلا المقاييس، يتكونان من (39) فقرة، وقد تم الاعتماد في إعداد المقياس على السلم الترتيبي الذي يحدد الإجابات المحتملة لكل فقرة من فقرات المقياس، وذلك باستخدام مقياس

ليكرت الخماسي (Likertscale) المتدرج لاستجابات أفراد العينة بالنسبة لمقياس جودة الحياة، فتكون من 5 درجات من 1 إلى 5، أي أن الدرجة 1 تشير الى شدة ضعيفة والدرجة 5 تشير الى شدة قوية أما في مقياس الكفاءة الذاتية فتكون من 6 درجات من 0 إلى 5.

-الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات:

إن من أهم القضايا التي يعتبرها الباحث وهو بصدد تطوير أو اختيار أداة أو أدوات بحثه، مدى صدق هذه الأداة، لأن غاية ما يطمح إليه الباحث هو الحصول على معلومات وبيانات تخدم غرضه من البحث، وهذا لن يتأني إلا باستخدام أداة بحث صادقة، يحتاج الباحث إلى أداة لجمع هذه المعلومات، وبعض الضمانات من أن المعلومات والبيانات التي سيحصل عليها ستساعده في التوصل إلى نتائج. (صابر، 2012، ص 233)

صدق وثبات المقياس:

أولاً: صدق الاتساق الداخلي

قد قمنا بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه، كما هو موضح في الجداول التالية:

❖ صدق الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة:

الجدول رقم (01) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.

رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون
الفقرة 1	,915**	الفقرة 14	,882**	الفقرة 27	,851**
الفقرة 2	,928**	الفقرة 15	,736*	الفقرة 28	,882**
الفقرة 3	,653*	الفقرة 16	,849**	الفقرة 29	,997**
الفقرة 4	,698*	الفقرة 17	,928**	الفقرة 30	,915**
الفقرة 5	,851**	الفقرة 18	,882**	الفقرة 31	,928**
الفقرة 6	,736*	الفقرة 19	,997**	الفقرة 32	,915**
الفقرة 7	,997**	الفقرة 20	,848**	الفقرة 33	,915**
الفقرة 8	,892**	الفقرة 21	,849**	الفقرة 34	,653*
الفقرة 9	,928**	الفقرة 22	,786**	الفقرة 35	,997**
الفقرة 10	,892**	الفقرة 23	,786**	الفقرة 36	,849**
الفقرة 11	,882**	الفقرة 24	,928**	الفقرة 37	,997**
الفقرة 12	,851**	الفقرة 25	,997**	الفقرة 38	,915**
الفقرة 13	,882**	الفقرة 26	,882**	الفقرة 39	,928**

المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS V25.

التعليق:

خلال الجدول أعلاه نجد معاملات الارتباط Pearson Corrélation كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه دالة إحصائياً، حيث أن قيمة SIG (مستوى معنوية) اقل من مستوى دلالة 0.05، ومنه يعتبر المقياس المستخدم في الدراسة صادقاً لما وضع لقياسه.

❖ صدق الاتساق الداخلي لمقياس الفاعلية الذاتية:

الجدول رقم (02) يوضح معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه.

رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون
الفقرة 1	,906**	الفقرة 14	,695*	الفقرة 27	,772**
الفقرة 2	,695*	الفقرة 15	,941**	الفقرة 28	,906**
الفقرة 3	,820**	الفقرة 16	,973**	الفقرة 29	,873**
الفقرة 4	,772**	الفقرة 17	,820**	الفقرة 30	,688*
الفقرة 5	,812**	الفقرة 18	,820**	الفقرة 31	,906**
الفقرة 6	,772**	الفقرة 19	,898**	الفقرة 32	,973**
الفقرة 7	,784**	الفقرة 20	,906**	الفقرة 33	,734*
الفقرة 8	,925**	الفقرة 21	,973**	الفقرة 34	,820**
الفقرة 9	,906**	الفقرة 22	,906**	الفقرة 35	,772**
الفقرة 10	,788**	الفقرة 23	,772**	الفقرة 36	,772**
الفقرة 11	,851**	الفقرة 24	,973**	الفقرة 37	,820**
الفقرة 12	,941**	الفقرة 25	,688*	الفقرة 38	,906**
الفقرة 13	,837**	الفقرة 26	,772**	الفقرة 39	,973**

المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS V25.

التعليق:

خلال الجدول أعلاه نجد معاملات الارتباط Pearson Corrélation كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه دالة إحصائية، حيث أن قيمة SIG (مستوى معنوية) أقل من بمستوى دلالة 0.05، ومنه يعتبر المقياس المستخدم في الدراسة صادقاً لما وضع لقياسه.

ثانيا: الثبات

يعد الثبات من العوامل الهامة أو الخصائص الواجب توافرها لصلاحية استخدام أي اختبار أو جهاز قياس ويتعلق الثبات بدقة القياس بصرف النظر عما يقاس وتتضمن جميع القياسات العملية بعض الخطأ العشوائي الذي يؤدي لعدم ثبات النتائج. والثبات معناه:

- إن الاختبار موثوق به ويعتمد عليه، كما يعني الاستقرار أنه لو أعيد تطبيق الاختبار نفسه على الفرد الواحد فإنه يعطي شيئا من الاستقرار في النتائج.

- وهو اتساق الدرجات التي يحصل عليها نفس الأفراد في مرات الأجزاء المختلفة.

- وهو الاختبار الذي لو أعيد تطبيقه على نفس الأفراد فإنه يعطي نفس النتائج أو نتائج

متقاربة. (محمد، 2012، ص 125)

انطلاقا من هذا قمنا بالتحقق من صدق الاتساق الداخلي، ومن بعدها قمنا بالتحقق من

ثبات المقياس بالأساليب اللازمة لذلك؛ وهذا بالاعتماد على الرزمة الإحصائية

(SPSS.VERSION25).

يشير الثبات إلى الاتساق والدقة وإمكان استخراج نفس النتائج بعد إجراءات التطبيق لأكثر من

مرة، أو هو ببساطة: " مدى اتساق الدرجات عند تكرار التجربة " (معمرية، 2012، ص 265)

انطلاقا من هذا قمنا بالتحقق من ثبات المقياس المستخدم في الدراسة عن طريق معامل ألفا

كرونباخ كما هو موضح في الجدول الموالي:

أ- التحقق من ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق معامل ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (03) يوضح ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق معامل ألفا كرونباخ

عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
39	0.900

المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق:

يلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أن قيمة معامل الثبات عن طريق ألفا كرونباخ بالنسبة للمجموع الكلي لمقياس جودة الحياة قد بلغ (0.900) وهو يتصف بدرجة عالية من الثبات تجعله صالح للاستعمال في الدراسة الأساسية.

ب- التحقق من ثبات مقياس الكفاءة الذاتية عن طريق معامل ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (04) يوضح ثبات مقياس الكفاءة الذاتية عن طريق معامل ألفا كرونباخ

عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
39	0.886

المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق:

يلاحظ من خلال الجدول رقم (04) أن قيمة معامل الثبات عن طريق ألفا كرونباخ بالنسبة للمجموع الكلي لمقياس الكفاءة الذاتية قد بلغ (0.886) وهو يتصف بدرجة عالية من الثبات تجعله صالح للاستعمال في الدراسة الأساسية.

-الإطار الزمني والمكاني للدراسة:

- الإطار الزمني: تم إجراء هذه الدراسة من الفترة الممتدة من 19 أبريل إلى 14 ماي من الموسم الجامعي 2021/2022.
- الإطار المكاني: تم إجراء هذه الدراسة بمستشفى ترشين إبراهيم بولاية غرداية بالتحديد بمصلحة الطب الداخلي.

-عينة الدراسة:

أما فيما يخص عينة الدراسة، فيقترح المتخصصين في مناهج البحث أن يكون أقل عدد لأفراد العينة في بعض أنواع البحوث كما يلي: (عبيدات، 2000، ص84)

الدراسات الارتباطية حجم العينة 30 فردا على الأقل.

الدراسات التجريبية حجم العينة 15 فرد في كل مجموعة من المجموعات.

الدراسات الوصفية حجم العينة 20% من أفراد مجتمع صغير نسبياً (مئات)، 10% لمجتمع كبير (آلاف)، 5% لمجتمع كبير جداً (عشرات الآلاف).

الدراسات العاملة 05-10 أفراد لكل بند.

وقد اعتمدنا في دراستنا على عينة تتكون من 30 شخصا يعانون من مرض السكري من النمطين 1/2 من كلا الجنسين تراوحت أعمارهم بين 18 إلى 65 سنة.

والجدول الموالي يوضح توزيعهم تبعا لمتغير الجنس (ذكور/إناث):

مواصفات عينة الدراسة الأساسية:

❖ توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير جنس:

الجدول رقم (05): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

النسبة	التكرار	الإجابة
43.3%	13	ذكر
56.7%	17	أنثى
100%	30	المجموع

المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق:

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (05) أن نسبة الذكور بلغت 43.3% أي ما تمثل 13 مريض بالسكري، في حين أن نسبة الإناث بلغت 56.7% أي ما تمثل 17 مريضة بالسكري.

الشكل رقم (1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.



المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق: من خلال الشكل رقم (01)؛ يتضح لنا بأن أغلب أفراد عينة الدراسة الأساسية أي (56.7%) من الإناث، أما النسبة المتبقية منهم أي (43.3%) فتمثلت في فئة الذكور.

-أساليب المعالجة الإحصائية:

اعتمدنا في هذه الدراسة بشكل أساسي على استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS. V25) في معالجة وتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من خلال أدوات الدراسة، وفيما يلي عرض للأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية التي تم الاعتماد عليها في معالجة بيانات هذه الدراسة :

✓ النسب المئوية والتكرارات والمتوسط الحسابي: تم استخدامها لمعرفة تكرار فئات متغير ما وفي وصف عينة الدراسة.

✓ اختبار ألفا كرونباخ: (Cronbach's Alpha): من أجل معرفة ثبات أداة الدراسة.

✓ معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient):

لقياس درجة الارتباط: بحيث يقوم هذا الاختبار على دراسة العلاقة بين متغيرين، وقد استخدمناه لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس وكذلك لدراسة العلاقة بين المتغيرات.

✓ اختبار (ت) لعينتين مستقلتين: من خلال مقارنة متوسط عينتين مختلفتين على متغير معين.

خلاصة الفصل

في هذا الفصل قمنا بعرض كل الجوانب المهمة في إنجاز الشق التطبيقي لهذه الدراسة من منهج، وأدوات جمع البيانات، والتأكد من خصائصها السيكمترية، وعرض خصائص عينة الدراسة الأساسية، والأساليب الإحصائية المعتمدة في تحليل بيانات الدراسة، ومن خلال كل ما سبق نقوم في الفصل الموالي باختبار وعرض ومناقشة وتحليل فرضيات الدراسة بغية الوصول لاستنتاجات عامة حول الدراسة ككل.

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة

نتائج الدراسة

➤ تمهيد

➤ عرض ومناقشة نتائج الدراسة

➤ مناقشة الفرضيات مع الدراسات السابقة

➤ استنتاج عام

➤ الاقتراحات

تمهيد

بعدها تطرقنا في الفصل السابق إلى الإطار المنهجي الذي اعتمدنا عليه في الدراسة سوف نتطرق في هذا الفصل لعرض النتائج الإحصائية المتعلقة بفرضيات الدراسة والكشف عن العلاقة القائمة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري بالإضافة إلى الكشف عن الفروق حسب متغير الجنس، وذلك بعرض النتائج التي تم التوصل إليها وتحليلها.

-عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

➤ الفرضية العامة:

توجد علاقة دالة إحصائية بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى المرضى السكري.

الجدول رقم (06): يوضح العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفرضية
0.005	0.495	توجد علاقة دالة إحصائية بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى المرضى السكري

المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق:

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار معامل الارتباط بيرسون حيث يبين الجدول رقم (06) أن معامل الارتباط يساوي (0.495)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.01)، مما يدل على أن متغير جودة حياة يساهم في الرفع من مستوى الكفاءة الذاتية لدى المرضى المصابين بالسكري، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى جودة الحياة كلما ارتفع مستوى الكفاءة الذاتية لدى المرضى المصابين بالسكري.

من خلال النتائج السابقة يُلاحظُ أن هذه الفرضية قد تحققت، كما أن نتيجة الدراسة الحالية نجد بأنها اتفقت مع نتائج دراسة حسين خليل العمري (2018) التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية، وقد يعود ذلك إلى أن جودة الحياة تتحقق للمريض بالسكري حينما يحقق كفاءته الذاتية، أي حينما يكون المريض أكثر ثقة بنفسه، حيث أن جودة حياة الإنسان تنشأ من إنتاجه وإحساسه بالطاقة الحيوية الفياضة ومن حماسه وجدوته في الحياة، فالمريض الذي يشعر بالثقة في النفس والكفاءة والجدارة يكون أقدر على التحكم بمجريات حياته ويكون أكثر رضا عنها، أي الاعتقاد بقدرة المرء على السيطرة على مجريات حياته يحقق له كل ذلك الشعور بجودة الحياة، لأن صورة الإنسان لذاته توضح إمكانيات الفرد وما يدركه في قرارة نفسه بنفسه، هذه الصورة التي تكونت في أعماق الفرد نتيجة التجارب والخبرات السابقة والمعتقدات الاجتماعية والدينية كالإيمان بالقضاء والقدر.

➤ الفرضية الثانية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري

الجدول رقم (07) يوضح نتائج اختبار (T) للتحقق من الفروق بين متوسطات مرضى السكري على مقياس الكفاءة الذاتية تبعاً لمتغير الجنس.

Sig	T-tets	المتوسطات	الجنس
0.957	0.054	136.84	ذكور
		136.52	إناث

المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) في حالة العينتين المستقلتين حيث يبين الجدول رقم (07) أن قيمة دلالة الاختبار المحسوبة (Sig= 0.957) بحيث كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05) مما يعني عدم وجود فروق في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

من خلال النتائج السابقة يلاحظ أن هذه الفرضية لم تتحقق.

➤ الفرضية الثالثة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

الجدول رقم (08) يوضح نتائج اختبار (T) للتحقق من الفروق بين متوسطات مرضى السكري على مقياس جودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس.

Sig	T-tets	المتوسطات	الجنس
0.963	0.047	114.15	ذكور
		113.82	إناث

المصدر: بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

التعليق:

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) في حالة العينتين المستقلتين حيث يبين الجدول رقم (08) أن قيمة دلالة الاختبار المحسوبة (Sig= 0.963) بحيث كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05) مما يعني عدم وجود فروق في درجة جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

من خلال النتائج السابقة يلاحظ أن هذه الفرضية لم تتحقق.

-مناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة:

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، وعلى محاولة التعرف على الفروق في كل من جودة الحياة والكفاءة الذاتية تبعاً لمتغير الجنس.

كما أن نتيجة الدراسة الحالية نجد بأنها اتفقت مع نتائج دراسة حسين خليل العمري (2018) التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية، وقد يعود

ذلك إلى أن جودة الحياة تتحقق للمريض بالسكري حينما يحقق كفاءته الذاتية، أي حينما يكون المريض أكثر ثقة بنفسه، حيث أن جودة حياة الإنسان تنشأ من إنتاجه وإحساسه بالطاقة الحيوية الفياضة ومن حماسه وجديته في الحياة، فالمريض الذي يشعر بالثقة في النفس والكفاءة والجدارة يكون أقدر على التحكم بمجريات حياته ويكون أكثر رضا عنها، أي الاعتقاد بقدرة المرء على السيطرة على مجريات حياته، يحقق له كل ذلك الشعور بجودة الحياة، لأن صورة الإنسان لذاته توضح إمكانيات الفرد وما يدركه في قرارة نفسه بنفسه، هذه الصورة التي تكونت في أعماق الفرد نتيجة التجارب والخبرات السابقة والمعتقدات الاجتماعية والدينية كالإيمان بالقضاء والقدر.

وبعد الرجوع للدراسات السابقة حول الموضوع قمنا بتطبيق أداة الدراسة على العينة التي اختيرت بالطريقة العشوائية والبالغ عددها (30) مريضاً بالسكري بمستشفى ترشين إبراهيم بولاية غرداية، وبعد تفرغ البيانات وتحليلها كميًا باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- تحقق الفرضية العامة الأولى: التي تنص على وجود علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

2- عدم تحقق الفرضية الفرعية الأولى: التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

3- عدم تحقق الفرضية الفرعية الثانية: التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

استنتاج عام:

كان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على نوع العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، وقد كشفت هذه الدراسة على أنه:

-توجد علاقة دالة إحصائية بين جودة الحياة والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

- ولقد قمنا بالتطرق إلى المفاهيم متغيرات الدراسة من خلال الفصول مع إبراز الخلفية النظرية لكل مفهوم، واعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي كونه المناسب لهاته الدراسة وقمنا باختيار 30 فردا مصاب بداء السكري بطريقة عشوائية وحيث قمنا بتطبيق مقياس الكفاءة الذاتية لسمية عليوة (2007) ومقياس جودة الحياة لبشرى اسماعيل أحمد وميرفت عزيز معروف، ثم قمنا بإجراء بعض التحليلات الإحصائية.

-توصلت هاته الدراسة إلى أن مستوى الكفاءة الذاتية مرتفع لدى عينة الدراسة وذلك راجع لمتغير جودة الحياة حيث يساهم في رفع مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، وهذا ربما بسبب الارتياح والرضا الذي يمتاز بهما المجتمع الصحراوي وطبيعة الحياة في الجنوب بعيدا عن كثرة الضغوطات التي تؤثر على نفسية المريض المزمن.

-عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري وهذا راجع ربما إلى تكافئ فرص المصاب بداء السكري سواء كان ذكر أو أنثى في مختلف الجوانب (العلاجية، العملية، العلمية، ... إلخ).

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري وهذا يرجع ربما إلى أن إدراك خطر الداء لا يكون حكرا على نوع الجنس فجودة الحياة لها عدة أبعاد يشترك فيها الذكر والأنثى.

-نتائج هذه الدراسة كانت متفقة مع بعض الدراسات، وغير متفقة مع أخرى، وعليه ندعو المهتمين بهذا التخصص المزيد من البحث والتقصي في هذه المسألة، باستخدام عينا أكبر.

-نتائج هاته الدراسة ساهمت ولو قليلا في هذا المجال من أجل دراسات المستقبلية لوضع برامج تدريبية وعلاجية لمرضى السكر.

اقتراحات:

وانطلاقاً مما سبق يمكننا تقديم التوصيات التالية:

- تشجيع البحوث في ميدان علم النفس الصحة خصوصاً في مجال الكفاءة الذاتية ومجال جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة.
- تشجيع البحث في مجال الكفاءة الذاتية ومجال جودة الحياة لدى مرضى السكري باستخدام وسائل متعددة كمقاييس عامة ومتخصصة موضوعية وأخرى ذاتية من قبل المرضى أنفسهم.
- ربط علاقة رسمية بين الباحثين الجامعيين والمؤسسات العلاجية لتبادل الخبرات وتسهيل تعامل الباحثين معها.
- تكوين أخصائيين نفسانيين في علم النفس الصحة.
- العمل على رفع مستوى الكفاءة الذاتية ومستوى جودة الحياة عند المصابين بالأمراض المزمنة.
- إجراء المزيد من الدراسات التي تستقصي مستويات الكفاءة الذاتية وجودة الحياة والعمل على تحسين الصحة النفسية عند المرضى.

المصادر

والمراجع

المصادر والمراجع:

الكتب:

- 1- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. تر د. داود، الاردن: دار حامد للنشر.
- 2- طالب، أبو صابو. (2012). ب. مناهج البحث العلمي. فلسطين: جامعة القدس المفتوحة.
- 3- عبد الرحمان، محمد السيد. (1998). دراسات في الصحة النفسية. القاهرة: دار هباء للطباعة.
- 4- لغزالي، صلاح، حرب. (2016). كيف تهزم مرض السكر. القاهرة: دار العين للنشر.
- 5- محمد، بن سعد. الحميد. (2008). داء السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. الرياض، السعودية.
- 6- محمد، جندل. (2012). أمراض العصر السكري، القلب، الضغط، التدخين، السرطان، الإيدز، المخدرات الكحولية. دار الكتب العلمية.
- 7- محمد، دويدار. عبد الفتاح. (1999). مناهج البحث في علم النفس.
- 8- محمود، بابلي. ضحى. (2002). حقائق عن داء السكري. الرياض: مكتبة العبيكان.
- 9- معمريّة، بشيرة. (2012). أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- 10- وحيد، دويدري. رجاء. (2000). البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العلمية.

المجلات:

- 11- احمد، مسعودي. (2015، سبتمبر). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. وهران، الجزائر.

- 12- جليخي جيلالي، يحيى نوي. (2016). تأثير نشاط البدني الرياضي المكيف على الجانب النفسي لدى مرضى السكري. الجلفة، الجزائر: معهد العلوم وتقنيات النشاطات البدنية ورياضة قسم نشاط الرياضي المكيف.
- 13- رمضان زعطوط، عبد الكريم قريشي. (2011، جوان). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. ورقلة، الجزائر.
- 14- شهرزاد نوار، نرجس زكري. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم النفسية والتربوية. الجزائر.
- 15- الشوا، أحمد. (2016). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالضغوط النفسية التي يعانيها أفراد المؤسسة الأمنية الفلسطينية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (30(8)). فلسطين، العلوم الانسانية
- 16- الطائي، إيمان محمد حمدان. (2015). دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة بالمجتمع المعاصر. مجلة البحوث التربوية والنفسية.
- 17- عبد الكريم مأمون، عقيل بن ساسي. (2020، جوان 20). الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب. دراسات نفسية وتربوية
- 18- علي، ج. أ. (2018، أكتوبر). الرضا عن الحياة لدى الأبناء. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال (2). مصر.
- 19- فيصل، قيشي. (2011). التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية و الإنسانية: جامعة بابل.
- 20- محمد، مسعودي. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية. الجزائر.

21-محمود، رامي. (2013). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة والتحصيل الدراسي العام لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة في منطقة حائل بالمملكة العربية السعودية. السعودية: مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية (21) 1.

22-نافذ، نايف. (2012). الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بدافعية الانجاز والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب كليات جامعة الملك خالد في بيشة.، السعودية: مجلة العلوم التربوية والنفسية (13) (2).

المذكرات:

دكتوراه:

23-الأخرس، لما. ابراهيم عيسى. (2017). تصورات طلبة جامعة اليرموك لعلاقتهم مع مديهم وعلاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة والانغماس الجامعي، أطروحة دكتوراه. الأردن: جامعة اليرموك.

24-أمال، بوعيشة. (2014/2013). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الارهاب بالجزائر. مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس المرضي الاجتماعي. الجزائر.

25-إيمان، بوقفة. (2013). الكفاءة الذاتية الأكاديمية واستراتيجيات التعلمية التعلم المنظم لدى مراهقين ذوي صعوبات التعلم والأسوياء. علوم الانسانية واجتماعية، الجزائر: جامعة سطيف 2.

26-بوسعيد، مليكة. (2020/2021). الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها باستراتيجيات القراءة لدى طلبة الدكتوراه (ل م د) بجامعة ورقلة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل م د).

- 27- جراح، سمر عبد الكريم. (2016/2017). فاعلية استخدام إستراتيجي السؤال والإجابة في أزواج و "جدول التعلم" في تنمية الدافعية الداخلية الأكاديمية والكفاءة الذاتية الأكاديمية. الأردن: جامعة اليرموك.
- 28- حسين، الخليل العمري. (2018). جودة الحياة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية لدى مدرسي الجامعات الفلسطينية، رسالة دكتوراه، جامعة الخليل، فلسطين.
- 29- سايح، ناريمان. (2013)، الكفاءة النفسية لمرضى السكري باستعمال العلاج المعرفي، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. الجزائر.
- 30- صابر، بن عيسى. (2019/2018). الرضا الوظيفي و علاقته بجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية دراسة ميدانية على مستوى ثانويات بولاية بسكرة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- 31- عدودة، صليحة. (2015/2014). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم فيعلم النفس العيادي. باتنة، قسم علم النفس وعلوم التربية.
- 32- عقيل، سلامة. (2006). الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بدافعية الإنجاز والتوافق والتحصيل لدى طلبة كلية التربية. رسالة دكتوراه، جامعة اليرموك، الأردن.
- 33- العيد، مريم. إبراهيم. عبد كريم (2012). التسامح وعلاقته بكل من فاعلية الذات وجودة الحياة لدى عينة من طلبة المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين. رسالة المكلمة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية الآداب، البحرين: جامعة البحرين.
- 34- غنية، عرعار. (2021). السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي. اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس الصحة. المسيلة.

- 35- الفاخوري، جمانة. عبد الغفار. (2018, شباط). الضغوط النفسية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة لدى معلمي الطلبة المكفوفين في المحافظات الشمالية. الخليل، كلية الدراسات العليا، فلسطين: جامعة الخليل
- 36- قرونوب، أشواق. (2019/2020). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالتكيف المدرسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. جيغل، علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، الجزائر: قطب تاسوست.
- 37- كريمة، العايب. (2018/2019). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالذكاء الاجتماعي لدى المتوفقين دراسيا في مرحلة التعليم الثانوي. الوادي، الجزائر: جامعة حمه لخضر.
- 38- ماضي خليل اسماعيل ابراهيم. (2014). جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية. رسالة دكتوراه. فلسطين.
- 39- هبة، قريشي. (2019/2018). الكفاءة الذاتية الأكاديمية لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة دراسة ميدانية وصفية استكشافية مقارنة بين مشتتي الانتباه والعادين. رسالة دكتوراه، علوم الانسانية واجتماعية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر.
- ماجستير:**
- 40- بهلول، س. (2010). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحو وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية. رسالة ماجستير في علم النفس الصحة. باتنة: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.
- 41- دبي، نصيرة. (2016/2017). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالتكيف المدرسي لدى تلاميذ السنة الثانية ثانوي. المسيلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر: جامعة محمد بوضياف.
- 42- الراشدية، ذرية بنت ابراهيم. بن بدر. (2017). العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتمثل طلبة العلوم الشرعية لمفاهيم المواطنة بسلطنة عمان. رسالة ماجستير، جامعة نزوى، عمان.

- 43- سارة، ثامر. (2017/2016). قلق الولادة وعلاقته بجودة الحياة لدى الحامل مقبلة على الولادة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة المسيلة، الجزائر.
- 44- سالمة، بريقق. (2012). الكفاءة الذاتية لدى معلمي الرياضيات وعلاقتها باتجاهتهم نحو مهنة التدريس وبعض المتغيرات النفسية لدى تلاميذهم. ليبيا: جامعة نالوت.
- 45- سعيد، محمد. رامي. (2002). القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير. غزة، كلية التربية قسم علم النفس.
- 46- صليحة، عدودة. (2012). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي: دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- 47- عايش، محمد. موسى. (2010). التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة. رسالة ماجستير. غزة، كلية التربية قسم علم النفس: عمادة الدراسات العليا.
- 48- عجوة، محمد، عبد الفتاح. (2012). القدرة التنبؤية للكفاءة الذاتية والرضا الوظيفي والتنظيم الذاتي في الهوية الوظيفية للمعلمين الفلسطينيين، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- 49- فريجة، صندوق. (2015/2014). جودة الحياة الأسرية و علاقتها بالتفوق الدراسي لدى عينة من المراهقين الثانويين بالأغواط، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة عمار ثليجي، الأغواط، الجزائر.
- 50- لخضر، عمران. (2010). إصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى مصابين مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير. باتنة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، معهد علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.

- 51- مازن إبراهيم، مصطفى الشرايفي. (2012). أساليب مواجهة الخبرة الصادمة لدى معلمي وكالة الغوث بغزو و علاقتها بجودة الحياة، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير كلية التربية، بجامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
- 52- محمد، أ. ي. (2013). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الناقد وجودة الحياة لدى معلمي مرحلة التعليم الاساسي. مذكرة مكملة للحصول على درجة الماجستير. غزة.
- 53- مصعب، محمد، حسين طلاوحه. (2007). مستوى التفكير ما وراء المعرفي وعلاقته بالكفاءة الذاتية المدركة ومركز الضبط لدى عينة من طلبة المحلة الأساسية العليا في ضوء بعض المتغيرات. مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة اليرموك، الأردن.
- 54- الموفق، ثلجة. (2015/2014). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بمصدر الضبط الصحي لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. ورقة، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية.

المعاجم والقواميس

- 55- ابن منظور، ا. (بدون سنة). لسان العرب. القاهرة: دار المعارف.
- 56- معجم الوسيط، (2004). المعجم الوسيط. 1. مصر: مكتبة الشروق الدولية.
- 57- هنداوي، الخليل بن احمد الفراهيدي. عبد الحميد. (2003). كتاب العين مرتبا على حروف المعجم. لبنان: دار الكتب العلمية.

المواقع:

- 58- منظمة الصحة العالمية. (2018, 10 30).

المؤتمرات والملتقيات:

- 59-السعيد، ابو حلاوة. محمد. (2010). جودة الحياة المفهوم والابعاد. ضمن فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية بالإسكندرية. مصر.
- 60-عبد الفتاح، أحمد السيد، وحسين محمد سعيد. (2006). العوامل الاسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى أطفال صعوبات التعلم. المؤتمر العلمي الرابع لكلية التربية. مصر.
- 61-عبد الله، هشام ابراهيم. (2008). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية. مصر.
- 62-عكاشة محمود فتحي وسليم عبد العزيز ابراهيم. (2010، أبريل 14). العلاقة بين جودة الحياة النفسية والاعاقة اللغوية. المؤتمر العلمي ساب لكلية التربية. مصر.
- 63-بوتي شهرزاد وبرقيقة يوسف. (2020، فيفري 5/4). رؤية نظرية في جودة الحياة المفهوم والاتجاهات. الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر الابعاد والتحديات. الجزائر.

الملاحق

-ملحق رقم(01): استبيان لقياس الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

استبيان لقياس الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

DIABEETES SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE

DSEQ

إعداد: عليوة سمية

الاسم:

السن: المهنة:

الجنس: ذكر (.....) أنثى (.....)

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن بعض النشاطات أو السلوكيات التي يقوم بها مرضى السكري عادة.

اقرأ كل عبارة على حدة جيدا، والمطلوب منك أن تختار الرقم الذي يتوافق مع إمكانياتك لفعل هذه النشاطات أو السلوكيات بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب مع سلوكك.

أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة، اجب بصراحة وصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، تأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية.

م	البنية	غير قادر تماما	غير قادر إلى حد ما	غير قادر	قادر	قادر إلى حد ما	قادر تماما
1	أتجنب أثار (ردود فعل) انخفاض نسبة السكر في الدم خلال تمرين الرياضة						
2	أتصور ما يمكن أن أعمله عندما ترتفع نسبة السكر في الدم .						
3	أتصور ما يمكن أن أعمله عندما تنخفض نسبة السكر في الدم .						
4	ألا أتم برنامج السكري مع نمط حياتي المعتاد .						

					5	أتابع برنامج السكري عندما يطرأ تغيير على الروتين اليومي .
					6	أقاوم الإفراط في الأكل عندما أكون قلق.
					7	أطلب الدعم من أسرتي و أصدقائي للتطبيق الروتين السكري .
					8	أفحص قداماي كل يوم .
					9	أقوم بالنشاطات التي استمتع بها في نفس الوقت الذي أعاني فيه بمرض (السكري).
					10	أدير برنامجي للسكري عندما أشعر بالحزن.
					11	أتمرن عدة مرات في الأسبوع .
					12	أقاوم الإفراط في الأكل عندما أكون مكتئب .
					13	أحدث على أثر السكري على حياتي مع الأسرة و الأصدقاء .
					14	أعرف عن الأدوية التي استعملها لمرضي (السكري) .
					15	أتناول وجباتي في نفس الوقت كل يوم.
					16	أبقى على برنامجي للأكل عندما أكون مع الأسرة و الأصدقاء .
					17	أثق في قدرتي على إدارة مرضي (السكري)
					18	أفص أظافر قدمي بالطريقة الصحيحة .
					19	أقوم بفحص (بتحليل) دمي عندما أكون بعيد عن منزلي .
					20	أتعرف على المستوى المرتفع للسكر في دمي .
					21	أبقى على برنامجي للوجبات عندما لا يعلم الناس حولي أنني مصاب بالسكري .

					أبدل طعام بأخر داخل نفس مجموعة الأطعمة .	22
					أكون نشيط عندما تكون هناك العديد من الطلبات في المنزل أو في العمل	23
					أوقف رد الفعل الناتج عن انخفاض السكر (في الدم) عندما أتعرض له.	24
					أعرف متى أتصل بأخصائي الصحة حول مشاكل القدمين.	25
					أبرمج كيف أتعامل مع الوجبات المؤجلة .	26
					أعرف عن الفحوصات المخبرية عندما يتعلق الأمر بالسكري .	27
					أنفهم أثر السكري على الأسرة و الأصدقاء .	28
					لأتجنب الإفراط في الأكل عندما أكون سعيدا.	29
					أستطيع مراقبة السكري حتى أتمكن من قضاء وقت مع العائلة والأصدقاء.	30
					أستطيع حل المشاكل الناتجة عن داء السكري.	31
					أجنب الإفراط في الأكل أثناء مشاهدة التلفزيون	32
					أتحدث للعائلة عن إمكانياتهم (حظهم) في الإصابة بالسكري.	33
					أسأل أخصائي الصحة حول إدارة رقابة السكري	34
					أتوافق مع أحاسيسي للتعايش مع السكري .	35
					أفهم شعور الآخرين نحو إصابتي بالسكري.	36
					أتناقش مع أخصائيين صحيين فيما يتعلق بمضاعفات السكري.	37
					أخذ برنامج (مخطط) حول ما يجب فعله في حالة ما أصبحت مريض.	38

39	أقوم بأعمال مفيدة و منتجة					
----	---------------------------	--	--	--	--	--

-ملحق رقم (02): مقياس جودة الحياة لدى مرضى السكري

المعلومات الأولية:

السن:	الجنس:
-------------	--------------

التعليمات:

يهدف هذ المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها الصحيحة أو الخاطئة بهذه الأسئلة، فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي عن البنود التالية وأمام كل منها خمس اختيارات وعليك تحديد واحد يناسبك بوضع (x) عند هذا الاختيار، ولاحظ جيدا أن تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي بند بدون الإجابة عنه واعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد سوى الباحث لأغراض البحث العلمي.

م	البند	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق مطلقا
1	لدي شعور بالحياة والنشاط					
2	اشعر ببعض الالام في جسمي					
3	أحيانا اضطر لقضاء بعض الوقت في السرير مسترخيا					
4	غالبا ما اشعر بالغبثيان					
5	انام جيدا					
6	اعاني من ضعف في الرؤية					
7	نادرا ما أصاب بالأمراض					
8	تتكرر إصابتي بنزلات البرد					
9	أشعر بكثير من التعب لمجرد فعل أي نشاط بدني					
10	نادرا ما اشعر بالصداع					
11	أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين					
12	أنا راضي عن علاقتي الاجتماعية					
13	لدي علاقات ايجابية مع كل من حولي					

					اشعر بأني محبوب من طرف الآخرين	14
					أنا فخور بجدوء اعصابي	15
					أواجه مواقف الحياة بإرادة قوية وبأعصاب هادئة	16
					يصعب استشارتي انفعاليا	17
					أنا قلق بشأن تدهور حالتي النفسية	18
					أشعر بالاطمئنان نحو المستقبل	19
					أشعر بالحزن دون سبب واضح	20
					أشعر بأني عصبي	21
					أشعر بالوحدة النفسية	22
					توجد أشياء كثيرة في الحياة تجعلني أشعر بالسعادة	23
					اشعر بأني متزن انفعاليا	24
					أستطيع ضبط انفعالاتي	25
					أشعر بأني محبوب من الجميع	26
					أشعر بالتعاسة	27
					أشعر بالأمن	28
					روحي معنوية منخفضة	29
					أستطيع الاسترخاء دون مشكلة	30
					اشعر بالقلق كلما فكرت في المستقبل	31
					لدي القدرة على التخلص من حالة الكدر والحزن عند مواجهة مواقف معقدة	32
					استمتع بمزاولة الأنشطة الاجتماعية في أوقاتي فراغي	33
					أقوم بعمل واحد في وقت واحد فقط	34
					أتناول وجبات الطعام بسرعة كبيرة	35
					اهتم بتوفير وقت للنشاطات الاجتماعية	36
					لدي الوقت لترويح عن نفسي	37
					أنجز مهام التي أقوم بها في الوقت المحدد	38
					أقوم بأعمال مفيدة ومنتجة	39

-ملحق رقم (3): مخرجات برنامج SPSS V.25

		المجموع الكلي لمقياس جودة الحياة
المجموع الكلي لمقياس جودة الحياة	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	10
السؤال 1	Pearson Correlation	,915**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 2	Pearson Correlation	,928**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 3	Pearson Correlation	,653*
	Sig. (2-tailed)	0,041
	N	10
السؤال 4	Pearson Correlation	,698*
	Sig. (2-tailed)	0,025
	N	10
السؤال 5	Pearson Correlation	,851**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	10
السؤال 6	Pearson Correlation	,736*
	Sig. (2-tailed)	0,015
	N	10
السؤال 7	Pearson Correlation	,997**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 8	Pearson Correlation	,892**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 9	Pearson Correlation	,928**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 10	Pearson Correlation	,892**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 11	Pearson Correlation	,882**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 12	Pearson Correlation	,851**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	10
السؤال 13	Pearson Correlation	,882**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 14	Pearson Correlation	,882**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 15	Pearson Correlation	,736*

	Sig. (2-tailed)	0,015
	N	10
السؤال 16	Pearson Correlation	,849**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	10
السؤال 17	Pearson Correlation	,928**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 18	Pearson Correlation	,882**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 19	Pearson Correlation	,997**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 20	Pearson Correlation	,848**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	10
السؤال 21	Pearson Correlation	,849**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	10
السؤال 22	Pearson Correlation	,786**
	Sig. (2-tailed)	0,007
	N	10
السؤال 23	Pearson Correlation	,786**
	Sig. (2-tailed)	0,007
	N	10
السؤال 24	Pearson Correlation	,928**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 25	Pearson Correlation	,997**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 26	Pearson Correlation	,882**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 27	Pearson Correlation	,851**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	10
السؤال 28	Pearson Correlation	,882**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 29	Pearson Correlation	,997**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 30	Pearson Correlation	,915**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 31	Pearson Correlation	,928**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 32	Pearson Correlation	,915**
	Sig. (2-tailed)	0,000

	N	10
السؤال 33	Pearson Correlation	,915**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 34	Pearson Correlation	,653*
	Sig. (2-tailed)	0,041
	N	10
السؤال 35	Pearson Correlation	,997**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 36	Pearson Correlation	,849**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	10
السؤال 37	Pearson Correlation	,997**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 38	Pearson Correlation	,915**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 39	Pearson Correlation	,928**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10

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

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

		المجموع الكلي لمقياس الكفاءة الذاتية
المجموع الكلي لمقياس الكفاءة الذاتية	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	10
السؤال 1	Pearson Correlation	,906**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 2	Pearson Correlation	,695*
	Sig. (2-tailed)	0,026
	N	10
السؤال 3	Pearson Correlation	,820**
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	10
السؤال 4	Pearson Correlation	,772**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	10
السؤال 5	Pearson Correlation	,812**
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	10
السؤال 6	Pearson Correlation	,772**
	Sig. (2-tailed)	0,009

	N	10
السؤال 7	Pearson Correlation	,784**
	Sig. (2-tailed)	0,007
	N	10
السؤال 8	Pearson Correlation	,925**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 9	Pearson Correlation	,906**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 10	Pearson Correlation	,788**
	Sig. (2-tailed)	0,007
	N	10
السؤال 11	Pearson Correlation	,851**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	10
السؤال 12	Pearson Correlation	,941**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 13	Pearson Correlation	,837**
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	10
السؤال 14	Pearson Correlation	,695*
	Sig. (2-tailed)	0,026
	N	10
السؤال 15	Pearson Correlation	,941**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 16	Pearson Correlation	,973**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 17	Pearson Correlation	,820**
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	10
السؤال 18	Pearson Correlation	,820**
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	10
السؤال 19	Pearson Correlation	,898**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 20	Pearson Correlation	,906**
	Sig. (2-tailed)	0,000

	N	10
السؤال 21	Pearson Correlation	,973**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 22	Pearson Correlation	,906**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 23	Pearson Correlation	,772**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	10
السؤال 24	Pearson Correlation	,973**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 25	Pearson Correlation	,688*
	Sig. (2-tailed)	0,028
	N	10
السؤال 26	Pearson Correlation	,772**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	10
السؤال 27	Pearson Correlation	,772**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	10
السؤال 28	Pearson Correlation	,906**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 29	Pearson Correlation	,873**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	10
السؤال 30	Pearson Correlation	,688*
	Sig. (2-tailed)	0,028
	N	10
السؤال 31	Pearson Correlation	,906**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 32	Pearson Correlation	,973**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 33	Pearson Correlation	,734*
	Sig. (2-tailed)	0,016
	N	10
السؤال 34	Pearson Correlation	,820**
	Sig. (2-tailed)	0,004

	N	10
السؤال 35	Pearson Correlation	,772**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	10
السؤال 36	Pearson Correlation	,772**
	Sig. (2-tailed)	0,009
	N	10
السؤال 37	Pearson Correlation	,820**
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	10
السؤال 38	Pearson Correlation	,906**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10
السؤال 39	Pearson Correlation	,973**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	10

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

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

ثبات مقياس جودة الحياة: Scale

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,900	39

ثبات مقياس الكفاءة الذاتية: Scale

Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,886	39

الجنس			
Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	ذكر	13	43,3	43,3	43,3
	أنثى	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Correlations

		جودة الحياة	الكفاءة الذاتية
جودة الحياة	Pearson Correlation	1	,495**
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	30	30
الكفاءة الذاتية	Pearson Correlation	,495**	1
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	30	30

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

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
جودة الحياة	ذكر	13	136,8462	16,89599	4,68610
	أنثى	17	136,5294	14,87917	3,60873

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
جودة الحياة	Equal variances assumed	,592	,448	,054	28	,957	,31674	5,81216	-11,58892	12,22240
	Equal variances not assumed			,054	24,097	,958	,31674	5,91460	-11,88779	12,52127

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الكفاءة الذاتية	ذكر	13	114,1538	17,16511	4,76075
	أنثى	17	113,8235	20,37534	4,94175

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الكفاءة الذاتية	Equal variances assumed	,413	,526	,047	28	,963	,33032	7,02458	-14,05888	14,71951
	Equal variances not assumed			,048	27,685	,962	,33032	6,86189	-13,73284	14,39347