المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 13، عدد 2، 2017، 133 - 151

# نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن

رامي طشطوش* محمد القشار**

تاريخ تسلم البحث 2016/8/31 تاريخ قبوله 2016/12/29

**ملخص:** هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات والعلاقة بينهما لدى مرضى السكري في الأردن. تكونت عينة الدراسة من **(360)** مريضاً ومريضة من المصابين بمرض السكري النوع الثاني. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (The World Health Organization Quality of Life)، ومقياس تقدير الذات "لروزنبيرغ" **(**Rosenberg Self-Esteem Scale**)**. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري جاء ضمن المستوى المرتفع، وأن هنالك فروقاً دالة إحصائياً في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغيرات: الجنس، والمؤهل العلمي، ومدة الإصابة بالمرض، بينما لم يكن هنالك فروق دالة إحصائياً في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير العمر. كما أظهرت نتائج الدراسة أن هنالك فروقاً دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لمتغيري: الجنس، والمؤهل العلمي، بينما لم يكن هنالك فروق دالة إحصائياً في تقدير الذات تبعاً لمتغيري: العمر، ومدة الإصابة بالمرض. وأخيراً، أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إرتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن.

**(الكلمات المفتاحية:** نوعية الحياة، تقدير الذات، مرضى السكري).

**مقدمة:** يُعد مرض السكري في الوقت الحاضر من أكثر الأمراض انتشاراً في العالم أجمع، المتقدم منه والنامي، ويصيب الأغنياء والفقراء، الصغار والكبار، الرجال والنساء. وقد أظهرت الدراسات العلمية أن ما يقارب من 5-8% الأفراد مصابون بمرض السكري، وكثير من المرضى لا تظهر عليهم أعراض المرض، ولا يعرفون أنهم مصابون بمرض السكري. وربما يكون وراء الانتشار الكبير لهذا المرض تغير نوع الطعام، والسمنة، والرفاهية، والقلق، والتوترات النفسية، والإصابة ببعض الفيروسات، وغيرها من الأسباب (الحميد، 2007).

وفي تقرير لمنظمة الصحة العالمية (2015) فإن عدد المصابين بهذا المرض يقارب (347) مليون شخص على مستوى العالم. كما أن هذا العدد في ازدياد، ويتوقع أن يتضاعف بحلول العام 2030م ؛ بسبب زيادة السمنة، التي تؤدي إلى خلل في إفراز هرمون الأنسولين، وكذلك ارتفاع المعدل العمري للأشخاص في الدول المتقدمة.

وقد أظهرت دراسة صوالحة (2014) أن الأردن من أعلى عشر دول في معدلات الإصابة بمرض السكري؛ نظراً لإصابة العديد ممن لا تظهر لديهم أعراضه الكامنة، كما أشارت الدراسة إلى أن (36%) من الأردنيين فوق سن (25 سنة) مصابون بمرض السكري، فيما تُقدر وزارة الصحة (2015) أن عدد مرضى السكري بالأردن بلغ (566.356) مريضاً ومريضة، حيث بلغ عدد الإناث (292.609)، وعدد الذكور (273.747)، وهي أرقام قابلة للارتفاع والزيادة في السنوات القادمة.

* قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، كلية التربية، جامعة اليرموك، الأردن.
** الجزائر.
© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، إربد، الأردن.

**Quality of Life and Self-Esteem Among Diabetic Patients in Jordan.**

**Rami Tashtoush,** *Dep. of Counseling & Educational Psychology, Yarmouk University, Irbid, Jordan.*
***Mohammed Kechar,*** *Algeria.*

**Abstract**: This study aimed to reveal the quality of life and self-esteem levels and the relationship between them among diabetics in Jordan. The sample of the study consisted of (360) male and female diabetic patients type II. To achieve the aims of the study, the researchers used the World Health Organization Quality of Life and Rosenberg's self-esteem scale. Results revealed a high level on both of life quality and self-esteem for diabetic patients, and statistically significant differences in the quality of life due to the variables of gender, educational qualification, and the duration of the disease. While there were no statistically significant differences in the quality of life due to the variable of age. Also, the results of the study showed that there are statistically significant differences in the self-esteem due to the variables of gender and educational qualification. While there were no statistically significant differences in self-esteem due to the variables of age and the duration of the disease. Finally, the study showed statistically positive relationship between quality of life and self-esteem

(**Keywords**: Quality of Life, Self-Esteem, Diabetics).

في حين عرّفت منظمة الصحة العالمية (2013) مرض السكري بأنه: مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعّال للأنسولين الذي ينتجه، والأنسولين هو هرمون ينظّم مستوى السكر في الدم. ويُعدُ فرط سكر الدم أو ارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جرّاء عدم السيطرة على مرض السكري، مما يُؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم، خصوصاً في الأعصاب والأوعية الدموية.

أما التعريف العلمي لمرض السكر فهو 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 خلل إفراز الأنسولين في 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 تعوّق وظيفة الأنسولين، ويُطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين" (الحميد،2007).

ويصنف مرض السكر إلى نوعين، هما: أولاً، مرض السكري النوع الأول (Type1): وهو السكر المعتمد على الأنسولين، وعادة ما يصيب الأطفال صغار السن والشباب ما دون (20) سنة، وهو يحدث نتيجة لخلل في الجهاز المناعي بحيث يعجز البنكرياس عن إفراز الأنسولين. وثانياً، مرض السكري النوع الثاني (Type2): وهو النوع الأكثر شيوعا، ويشكل (90%) من مرضى السكري، ويُسمَّى هذا النوع من مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين، وهو النوع الأكثر انتشاراً في الكبار فوق (40 سنة)، أو المصابين بزيادة الوزن، كما يصيب أحياناً الأطفال فوق العاشرة، وهو يحدث نتيجة عدم قُدرة الجسم على إفراز كمية كافية من هرمون الأنسولين، أو وجود كمية كافية من الأنسولين ولكنها غير فعّالة مما ينتج عنه ارتفاع السكر في الدم (وزارة الصحة، 2015).

ومرض السكري من الأمراض المزمنة، التي ترافق الفرد طيلة حياته، ويصيب هذا المرض مختلف الأعمار، فالأشخاص الذين يعانون من مرض السكري أحياناً يشعرون بالتحدي نتيجة مرضهم، والتعامل اليومي معه، والمتطلبات الناشئة عنه؛ وذلك لأن هذا المرض يُعد من الأمراض المزمنة التي ترافق المريض طيلة حياته، فطبيعة المرض طويل المدى تؤثر على نوعية حياة المصاب، وتحدث في نفس المريض مشاعر القلق والخوف، وتجعله ينظر إلى كل خطوة من خطوات العلاج بمزيد من اليأس وعدم الرضا، خصوصاً إذا شعر المريض بعدم قدرته على القيام بوظائفه ومسؤولياته المعتادة أو عيش حياته بصورة طبيعية، مما ينعكس سلباً على مفهوم الذات لديه (المرزوقي، 2008).

كما تؤدي الإصابة بمرض السكري إلى صدمات نفسية، والشعور بالضغط النفسي الناتج عن تغيير نمط الحياة؛ مما يدفع بالفرد المصاب إلى استجابات سلوكية مضطربة مثل العدوانية، أو الاكتئاب، أو صعوبات في التفاعل مع الآخرين؛ مما ينجم عنه غالباً الانطواء حول النفس، وتدن في مستوى تقدير الذات. وتجدر الإشارة إلى أنه كلما كان الوسط العائلي والمحيط الاجتماعي غير متفهم للظروف التي يعيشها المريض بالسكري، زاد من حدة المرض ومعاناة المريض.

وهنا يأتي الدور المهم والفَعال للأطباء والمتخصصين في مجال الإرشاد النفسي، إلى مساعدة هذه الفئة لتحسين نوعية حياتهم، مما يساعدهم على زيادة القدرة على التحكم بمرضهم، لأن ارتفاع سكر الدم يسبب ضرراً شديداً للأنسجة، ويترافق مع مضاعفات طويلة الأمد، فيمكن أن يؤدي مع مرور الوقت إلى إلحاق الضرر بالقلب والأوعية الدموية والعينين والكليتين والأعصاب، وهذا قد يتسبب في حدوث مشاكل مزمنة وفي الوفاة المبكرة (الاتحاد الدولي لمرض السكري، 2013).

مما سبق يتبين أن تحسين الحالة النفسية لمريض السكري يُعد أمراً في غاية الأهمية؛ لأنه يزيد من تَقبل المريض لمرضه ووضعه الصحي، ويعطيه أملاً في الحياة، لينعم بحياة حسنة، ويسعى من خلالها إلى تحقيق طموحاته في الحياة، بدلاً من الانشغال الدائم بمرضه. وهذا ما دفع الباحثين لدراسة نوعية الحياة وتقدير الذات لدى المرضى المصابين بمرض السكري من النوع الثاني، إذ تمثل نوعية الحياة مفهوماً واسعاً يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية المرتبطة بالحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها فضلاً عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها (Bonomi, Patrik & Bushnel, 2002).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (2013) نوعية الحياة بأنها: إدراك الفرد لموقفه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية.

بينما يعرف كتلو وتيسير (2011) نوعية الحياة بأنها: إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته. ويُعرف الباحثان نوعية الحياة بأنها: شعور الفرد بالسعادة والرضا عن الحياة، من خلال تحقيق التوازن بين الجوانب الصحية، والنفسية والاجتماعية والدراسية والبيئية والاقتصادية، ودرجة توافقه مع ذاته ومع الآخرين.

وتتضمن نوعية الحياة حسب منظمة الصحة العالمية (2015) أربعة أبعاد، هي: أولاً، البعد الجسمي: ويُوضح هذا البعد كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة، والنوم، والتخلص من التعب. ثانياً، البعد النفسي: ويتكون من المشاعر الإيجابية، والسلوكيات الإيجابية، وتركيز الانتباه، والرغبة في التعلم والتفكير والتذكر، وتقدير الذات، واهتمام الإنسان بمظهره، وصورة الجسم، ومواجهة المشاعر السلبية. ثالثاً، البعد الاجتماعي: ويتضمن هذا البُعد العلاقات الشخصية والاجتماعية والدعم الاجتماعي، والزواج الناجح. ومن الواضح أن الإنسان لديه حاجات خاصة للانتماء، منها: القبول الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والولاء الاجتماعي. رابعاً، البعد البيئي: ويتضمن ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي، والشعور بالأمن والأمان في الجوانب البيئية وبيئة المنزل، ومصادر الدخل والابتعاد عن التلوث والضوضاء.

في حين قسَّم عبد المعطي (2005) أبعاد نوعية الحياة إلى ثلاثة أبعاد، هي: نوعية الحياة الموضوعية، وهي ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانيات مادية، بجانب الحياة الاجتماعية الشخصية. ونوعية الحياة الذاتية: وهي كيفية شعور كل فرد بالحياة التي يعيشها، أو مدى الرضا عن الحياة والسعادة والرضا بها. ونوعية الحياة الوجدانية: وهي مستوى عمق الحياة الجيدة لكل فرد، والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، ويتمكن من إشباع احتياجاته بصورة كافية، بالإضافة إلى توافقه مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

وقد قسم المشعان والحويلة (2013) مجالات نوعية الحياة أربعة مجالات على النحو الآتي: أولاً، مجال الصحة الجسمية: ويشتمل على إدراك الفرد لنوعية حياته من ناحية جوانب محددة، أهمها: النشاط أو الطاقة، والتعب، والألم، وعدم الراحة، والنوم. ثانياً، مجال الصحة النفسية: ويتضمن هذا المجال تقدير الفرد لنوعية حياته في عدد من الجوانب، أهمها: المظهر وصورة الجسم، وتقدير الذات والتفكير والتعلم والذاكرة والتركيز والانتباه. ثالثاً، المجال الاجتماعي: ويشمل العلاقات الشخصية، والدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد. رابعاً، المجال البيئي: ويشمل الحرية والأمان الشخصي والجسمي، والرعاية الصحية، وبيئة المنزل، ونشاط وقت الفراغ، والتلوث والضوضاء، والطقس، ووسائل المواصلات.

ومن أهم المتغيرات التي تُساعد الفرد على تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية، والتوافق النفسي تقديره لذاته، فقد عدَ ماسلو (Maslow) الحاجة إلى تقدير الذات من الحاجات الأساسية للإنسان، وصنفها في نظريته "سلم الحاجات" ضمن الحاجات الفردية المعنوية العليا بعد الحاجات الأساسية وحاجة الانتماء، كما بيّن أن درجة تقدير الفرد لذاته تُؤثر في مختلف جوانب ومجالات حياته (مجلي، 2013).

بينما يرى هول وكوهين (Hall & Cohn, 1993) أن كلمة الذات في علم النفس تحمل معنيين، الذات كموضوع: وهي اتجاهات الشخص ومشاعره ومدركاته وتقييمه لنفسه. والذات كعملية: وهي مجموعة نشطة من العمليات السيكولوجية كالتفكير والتذكر والإدراك التي تحمل السلوك والتوافق.

ويُعرِّف اورث وتريزنيوسكي وربنز (Orth, Trzesniewski & Robins, 2010) تقدير الذات بأنه: حكم ذاتي على جدارة الشخص، يُعبِّر عنه باتجاهاته نحو نفسه. أما روزنبرغ (Rosenborg) فيُعرِّف تقدير الذات بأنه: الشعور بالقيمة، حيث يرى أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، إما أن يكون إيجابياً أو سلبياً، يتمثل بشعور الفرد بأنه ذو قيمة، ويحترم ذاته لما هي عليه (أبو أسعد، 2009). ويُعرف الباحثان تقدير الذات بأنه: الحكم السلبي أو الإيجابي، الذي يُصدره الفرد على نفسه، والتقييم الذي يضعه الفرد لنفسه، وذلك من خلال نظرته لنفسه أو نظرة الآخرين له.

ويُعدُ مفهوم تقدير الذات حاجة أساسية وعنصراً هاماً جداً في شخصية الفرد، ولتوضيح أهمية تقدير الذات في سلوك وشخصية الفرد، لا بد من الإشارة إلى الخصائص والسمات التي تُصاحب الأفراد ذوي التقدير المرتفع والأفراد ذوي التقدير المنخفض، فنجد أن الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع يميلون إلى أن يكونوا واثقين من أنفسهم، ومتحملين للمسؤولية، ومتفهمين ومتفائلين بما سوف تأتي به الحياة، ويتسمون بالمرونة والقدرة على التعامل مع المواقف الإجتماعية، ولديهم حساسية لحاجاتهم وحاجات الآخرين، ويتصرفون باستقلالية في المواقف المختلفة، وهم الأكثر إنتاجية وسعادة ورضا بحياتهم (كفافي، 2009).

أما الأفراد ذوو تقدير الذات المنخفض فيشعرون أنهم غير مؤهلين وغير أكفياء في إنجاز المهمات والمتطلبات الموكلة إليهم، وينظرون إلى أنفسهم بشكل سلبي، ويصدرون تعليقات وعبارات تدل على عدم محبتهم لأنفسهم، أو تدل على وصف أنفسهم بعدم الفائدة أو عدم القيمة، ويرون أنفسهم غير محبوبين (الخطيب، 2004).

ويرى جرادات (2006) أن تقدير الذات يتكون من ثلاثة مكونات رئيسة: الشعور بالانتماء، ويعني أن ينتمي الفرد إلى جماعة، ويكون مقبولا فيها ولديه انسجام وتوافق متبادل مع أفراد هذه الجماعة، والشعور بالكفاءة ويتوقف على المستوى الذي يستطيع فيه الفرد تحقيق أهدافه التي تحدد سلوكه، والكفاح من أجل تحقيق هذه الأهداف وإنجازها. والشعور بالقيمة، وهي إحساس الفرد بقيمته من خلال تفاعله مع الآخرين، فشعور الفرد بالاهتمام والتقبل من قبل الآخرين؛ يولِّدُ لديه إحساساً بالقيمة على نحوٍ يرفع من تقديره لذاته.

وقد حاول عدد من الباحثين دراسة نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرض السكري، وضمن هذا السياق أجرى تشيكايا ولورنتز ودمارست وبيزيل وفاجنر (Tchicaya, Lorentz, Demarest, Beissel, & Wagner, 2015) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى تقدير الذات وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكري في لوكسمبروغ (Luxembourg). تكونت عينة الدراسة من (319) مريضاً ومريضة مصاب بمرض السكري متوسط أعمارهم (70) عاماً ويشكل الرجال حوالي (72.7%) من أفراد العينة، ممن يقومون بزيارة المعهد الوطني لجراحة القلب وأمراض الشرايين في لوكسمبروغ في الفترة الزمنية من 2013-2014م. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى تقدير الذات كان أفضل لدى مرضى السكري الذين فقدوا وزنهم مقارنة مع المرضى الذين لم يفقدوا وزنهم. كما أشارت النتائج إلى أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري الأعلى تعليماً أفضل من مرضى السكري الأقل تعليماً. إضافة إلى ذلك أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى تقدير الذات ومستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى تقدير الذات والوضع الأقتصادي.

وأجرى ريثمر ولدويغ وكرايسر وتامايو (Reitmeir, Ladwig, Greiser & Tamyo, 2015) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري (النوع الثاني) تبعا لمتغير الجنس في ألمانيا. تكونت عينة الدراسة من (846) مريضاً ومريضة من مرضى السكري، تراوحت أعمارهم ما بين (50-63 سنة). أما متوسط مدة الإصابة فتراوحت ما بين (8 إلى 10 سنوات)، وبلغت نسبة النساء (47%). أظهرت النتائج أن هناك

فروقاً في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى للجنس ولصالح الذكور. كما أظهرت النتائج وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تُعزى لمدة الإصابة ولصالح الأقل مدة. وأظهرت نتائج الدراسة كذلك وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العوامل الإجتماعية، والاقتصادية وعوامل الخطر وبين مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

كما هدفت دراسة يوسيل وإك وجولر (Yücel, AK, & Güler, 2015) إلى الكشف عن العلاقة بين مستوى نوعية النوم ومستوى نوعية الحياة والقلق والاكتئاب لدى مرضى السكري (النوع الثاني) في تركيا. تكوّنت عينة الدراسة من (300) مريض ومريضة مصابين بمرض السكري. كشفت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية النوم ومستوى نوعية الحياة كان متوسطاً، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين مستوى نوعية النوم والقلق والاكتئاب وبين مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري، فالمرضى الذين لديهم تدهور في نوعية النوم يعانون من الأرق، مما يؤدي بهم إلى الإحساس بالقلق والاكتئاب؛ وهذا ينعكس سلبا على نوعية الحياة لديهم.

بينما أجرى ميامن والتكماجي (Miamin & Al-Tukmagi, 2014) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني في العراق. تكونت عينة الدراسة من (100) مريض ومريضة، من مراجعي العيادات الخارجية للسكري في مستشفى مرجان التعليمي في مدينة حلبجا. كشفت النتائج أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كان متوسطاً. كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى للمستوى التعليمي ولصالح الأقل تعليماً.

وضمن الإطار ذاته، قام سباسيك وفيلكوفيك ودورفيك ونيكولا وتاتيانا (Spasic,Velickovic, Dordevic, Nikola & Tatjana, 2014) بدراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري (النوع الثاني) والعوامل المؤثرة به. تكونت عينة الدراسة من (86) مريضاً ومريضة من مرضى السكري في مدينة نيش الصربية، وكان متوسط مدة الإصابة بمرض السكري من (8-12) سنة. أظهرت النتائج أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كان مرتفعاً لدى المرضى الذين مدة إصابتهم بالسكري أقل من 10 سنوات، والذين تقل أعمارهم عن 65 عاماً. كما أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري الذكور أفضل من مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري الإناث، بينما لم يكن هنالك فروق دالة إحصائياً في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي.

بينما هدفت دراسة جافوسغلو (Gavusoglu, 2014) إلى الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بمرض السكري وسرطان الدم بتركيا. تكوّنت عينة الدراسة من (22) مصاباً بمرض السكري، و(33) مريضاً مصابا بمرض سرطان الدم. كشفت نتائج الدراسة أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري كان متوسطاً مقارنة مع المستوى المنخفض لتقدير الذات لدى مرضى سرطان الدم، كما أظهرت النتائج أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري الإناث أفضل من مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري الذكور، كما أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري الأكثر تعليمًا أفضل من مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري الأقل تعليما.

كما قام زشيخينا وهاقلوف (Zashikhina & Hagglof, 2014) بدراسة هدفت التعرف إلى مستوى تقدير الذات لدى المراهقين الذين يعانون من الأمراض المزمنة؛ مرض السكري والربو والصرع في روسيا، والتعرف إلى العلاقة بين مستوى الوضع الاجتماعي والاقتصادي ومستوى تقدير الذات. تكونت عينة الدراسة من (148) مريضاً مصابًا بأمراض مزمنة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية. كشفت نتائج الدراسة أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري كان مرتفعاً، بينما كان مستوى تقدير الذات لدى المصابين بالصرع والربو منخفضًا. وأظهرت نتائج الدراسة أيضًا وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى تقدير الذات لدى المرضى تعزى لكل من العمر ولصالح الأقل عمرا، والجنس ولصالح الذكور. كما بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الوضع الاجتماعي والاقتصادي لدى المرضى المصابين بمرض السكري وبين مستوى تقدير الذات.

في حين أجرى غولامي وبورجي وشيرازي وأزيني (Gholami, Borji, Shirazi & Azini,2013) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بمرض السكري بالمناطق الريفية في نيشابور بشمال شرق إيران. تكونت عينة الدراسة من (1847) مريضاً ومريضة من مرضى السكري (النوع الثاني)، تراوحت أعمارهم ما بين (30- 97 سنة). كشفت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كان منخفضاً. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى لكل من العمر ولصالح الأقل عمراً، كما أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري يزداد بزيادة المؤهل العلمي.

وهدفت دراسة ماجيلا ودوناتا وبلانس وماساكو (Magela, Donata, Blanes, & Masako, 2011) إلى الكشف عن مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بمرض السكري وقرحة القدم بالبرازيل. تكونت عينة الدراسة من (110) مريضاً ومريضة. أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري كان مرتفعًا، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في مستوى تقدير الذات لدى المصابين بالسكري تعزى لمتغير العُمر ولصالح الأقل عمراً.

وأخيرًا، أجرى صفافي وصمادي ومحمودي (Safavi, Samadi & Mahmoodi, 2011) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بمرض السكري (النوع الثاني)، ومعرفة العلاقة بين مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري في إيران. تكونت عينة الدراسة من (123) مريضاً ومريضة بمرض السكري، تراوحت أعمارهم ما بين (30-70) سنة. كشفت نتائج الدراسة أن مستوى تقدير الذات للأفراد كان منخفضًا، ومستوى نوعية الحياة كان متوسطًا. كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري.

يلاحظ أن بعض نتائج الدراسات (Tchicaya, Lorentz, Demarest, Beissel, & Wagner, 2015; Gavusoglu, 2014; Zashikhina & Hagglof, 2014; Magela, Donata, Blanes, & Masako, 2011) أظهرت أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري يختلف تبعا لمتغيرات: الجنس، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي، والعمر. كما أشارت نتائج بعض الدراسات (Reitmeir, Ladwig, Greiser & Tamyo, 2015; Miamin & Al-Tukmagi, 2014; Spasic,Velickovic, Dordevic, Nikola & Tatjana, 2014; Gholami, Borji, Shirazi & Azini,2013) أن مستوى نوعية الحياة يختلف تبعاً لمتغيرات: الجنس، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي، والعمر. في حين أظهرت نتائج بعض الدراسات كدراسة (Tchicaya, Lorentz, Demarest, Beissel, & Wagner, 2015; Safavi, Samadi & Mahmoodi, 2011) وجود علاقة ارتباطية بين مستوى تقدير الذات ومستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

ومن الجدير بالذكر ان الباحثين استفادا من الدراسات السابقة في تحديد الإطار النظري، والإجراءات التي اتبعتها، والأدوات التي استخدمتها، ومناقشة نتائج الدراسة الحالية، علما بأن الدراسة الحالية تناولت العلاقة المباشرة بين الرضا عن الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن؛ هذه العلاقة لم تتناولها الدراسات السابقة حسب حدود اطلاع الباحثين ومعرفتهما، ولعل هذا أهم ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة.

## مشكلة الدراسة وأسئلتها

مرض السكري من الأمراض المزمنة المنتشرة بشكل كبير في المجتمع العربي بشكل عام، والأردن بشكل خاص. وهذا راجع إلى عدة أسباب، إلا أن الفرد المصاب غالباً ما يشعر بتغيُر في نمط حياته بسبب المرض، فالمرض هنا يمثل حالة طويلة الأمد، كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها، وقد يكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سبباً للتوتر وللضغوط النفسية وللقلق والخوف من المستقبل بسبب مضاعفات المرض الضارة. فردود الفعل النفسية تختلف من مريض لآخر، وتتمثل في الرفض والإنكار وهو رد الفعل الشائع، كما أن بعض المرضى قد يتعمدون عدم اتباع النظام الغذائي، أو الإهمال في علاج المرض، أو عدم تناول الأدوية كأنما يتحدى نفسه. وهناك أيضا التمرد على العلاج وهو جانب من جوانب الرفض، أو قد ينشأ خوف شديد من المرض وآثاره كرد فعل عند بعض المرضى، وإذا زاد الخوف عن حده فإنه يسبب للمريض اكتئاباً يحول حياته إلى حياة منعزلة منطوية، وأخيرا هناك الشعور بالذنب الذي يحدث عند وجود المرض فى أسرة واحدة، حيث ينتاب المريض شعور بأن المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت فى الماضي، الأمر الذى يؤدى بالمريض إلى حالة من الإحباط (ابراهيم، 1993).

ويعد تقدير الذات بنية أساسية يجب أن يقوم عليها البناء النفسي لشخصية الفرد، ولا شك أن ما يسبب للفرد نقص تقدير الذات هي مشكلات لها أسباب متنوعة مثل: الظروف الاقتصادية، والاجتماعية، والضغوطات النفسية والعوامل الصحية التي تعتبر - هذه الاخيرة- من أكبر المعضلات التي قد تواجه الإنسان في حياته، وعلى وجه الخصوص الأمراض المزمنة مثل مرض السكري. ومن المتوقع أن يتغير تقدير الذات بتغير الأفراد والمواقف، فالمريض يتوق إلى الصحة ويرى فيها الحياة، والمعوق بصريا يتمنى زوال إعاقته ورؤية الأشياء من حوله، ويرى في ذلك الحياة، ويتفق هذا مع ما يراه كومنز (Cummins, 1996) في أن مفهوم نوعية الحياة يشير إلى الصحة الجيدة، أو السعادة، أو تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة، أو الصحة النفسية.

وفى ضوء الاتجاهات المتعددة لدراسة مفهوم نوعية الحياة يرى دونفان (Donvan, 1998) أن نوعية الحياة تتضمن الوظائف الجسمية المتمثلة في إنجاز الأنشطة اليومية، والوظائف النفسية المتمثلة في الأفكار والانفعالات، والنشاط الاجتماعي والبيئي، والرضا عن الحياة بشكل عام.

ومن هنا تنبثق مشكلة الدراسة في الكشف عن مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات والعلاقة بينهما لدى مرضى السكري، ومدى تأثر نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري بإختلاف جنس المرضى، وأعمارهم، ومدة الإصابة بالمرض، والمؤهل العلمي للمرضى. وبالتالي تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري في الأردن؟
2. ما مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن؟
3. هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى لكل من: الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي؟
4. هل توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في تقدير الذات لدى مرضى السكري تعزى لكل من: الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي؟
5. هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن؟

## أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في تسليط الضوء على هذه الشريحة من المجتمع لكثرة المصابين بهذا المرض؛ لأن هذا المرض أصبح داء العصر، يعاني منه الكثير من الناس، ومعرفة حقيقة المعاناة المرة التي تعيشها هذه الشريحة ومدى تقبلهم لمرضهم، فهم يقومون بمقارنة أنفسهم مع الآخرين (العاديين)، إضافة إلى الكشف عن المشكلات النفسية والاجتماعية لهذه الفئة. فمرض السكري المزمن يجعلهم ينعزلون عن الآخرين المحيطين بهم بسبب حالتهم النفسية المتدهورة، ويعود ذلك لأنهم يؤمنون بفكرة أن هذا مرض مزمن، يدوم مدى الحياة.

ومن خلال اطلاع الباحثين على الأدب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بنوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري، لاحظا أنه لم يتم العثور على دراسة تناولت هذه الظاهرة بالبحث والتحليل في المجتمعات العربية. ولذا، توفر الدراسة الحالية إطاراً نظرياً تنطلق منه الدراسات الأخرى المهتمة بهذا المجال البحثي. وتبرز أهمية هذه الدراسة في أنها تسلط الضوء على مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات والعلاقة بينهما لدى مرضى السكري في الاردن، إضافة إلى أن هذه الدراسة تسهم في إثراء المكتبة العربية عامة، والمكتبة الأردنية بخاصة، برصيد معرفي يكون مرجعاً للمتخصصين والباحثين في هذا المجال.

وتبرز أهمية الدراسة الحالية في أنها تتناول اعتقادات الفرد، وكيفية إدراكه للمواقف التي يواجهها في حياته، وكيفية تفسيره لنتائج هذه الاعتقادات، ومدى ثقته في قدراته، فمثل هذه الاعتقادات قد تبطئ من عملية العلاج والشفاء، خاصة لدى المرضى المزمنين، فالمرض بالنسبة لهم ملازم لهم طوال حياتهم. لذلك تكمن أهمية هذه الدراسة بأنها تسهم ولو جزئيا في البحث عن العوامل التي تساهم في تنمية القدرات الذاتية والمهارات السلوكية للفرد وتغيير اعتقاده نحو الموضوعات بطريقة ايجابية لمواجهة الأحداث والمواقف المتعددة، خاصة الصحية منها.

كما تظهر الأهمية لهذه الدراسة فيما يترتب على نتائج هذه الدراسة من فوائد في هذا المجال من خلال العمل على توعية القائمين والعاملين في المستشفيات من كادر إرشادي وطبي وتمريضي في كيفية التعامل مع مرضى السكري، إضافة إلى أن هذه الدراسة طبقت مقياس نوعية الحياة بصورته المختصرة لمنظمة الصحة العالمية، الذي قام الباحثان بترجمته إلى اللغة العربية، وتطبيقه على البيئة الأردنية، وإيجاد دلالات صدق وثبات مناسبة لأغراض الدراسة؛ مما يزيد من أهمية هذه الدراسة. كما أن هذه الدراسة تمهد الطريق للباحثين في مجال علم النفس لدراسة نوعية الحياة، وتقدير الذات لدى مرضى السكري بشكل أعمق، وإعداد برامج إرشادية تُسهم في تحسين نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري.

## التعريفات الإجرائية

**نوعية الحياة:** عرفتها منظمة الصحة العالمية (2013) بأنها: إدراك الفرد لموقعه في الحياة، وصحة الفرد وسعادته وإشباع حاجاته ورغباته، وتقدير ذاته في سياق الثقافة، والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته واهتماماته ومعتقداته. وتُعرَّف إجرائيا في ضوء الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس نوعية الحياة المستخدم في الدراسة.

**تقدير الذات:** هو تقييم المرء لذاته إما بطريقة إيجابية أو بطريقه سلبية، وهو شعور المرء بكفاءته الذاتية وبقيمته (ذيب، 2011). ويُعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس تقدير الذات المستخدم في الدراسة.

**مرضى السكري:** هم الأفراد المصابون بمرض السكري من النوع الثاني (Type 2)، بسبب عجز البنكرياس في الجسم على إفراز مادة الأنسولين بالكميات المطلوبة، أو عدم استخدام هذه المادة بالطريقة السليمة وبالشكل الفعال (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، 2004). ويُعرف مرضى السكري إجرائيا: بأنهم المرضى المصابين بمرض السكري من النوع الثاني (Type-2)، والذين يقومون بمراجعة مستشفى الأميرة بسمة التعليمي لطلب المساعدة والعلاج.

## محددات الدراسة

- تقتصر الدراسة على جميع المرضى المصابين بمرض السكري من النوع الثاني (Type-2)، المراجعين لمستشفى الأميرة بسمة التعليمي، والذين يقومون بزيارة المستشفى من أجل طلب المساعدة والعلاج، وذلك خلال الفترة الواقعة ما بين شهر أيار إلى شهر تموز عام (2015).
- يتحدد تعميم نتائج هذه الدراسة في ضوء ما تتمتع به أداتا الدراسة من صدق وثبات.

## الطريقة والإجراءات

### مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى المصابين بمرض السكري لدى مستشفى الأميرة بسمة التعليمي، والذين قاموا بمراجعة المستشفى من أجل طلب المساعدة والعلاج، خلال عام (2015) والذين بلغ عددهم (5318) مريضاً ومريضة، وذلك حسب إحصائيات سجلات مستشفى الأميرة بسمة التعليمي، ويوضح جدول (1) توزيع أفراد مجتمع الدراسة.

**جدول (1):** توزيع أفراد مجتمع الدراسة

| الجنس | العدد |
|---|---|
| ذكور | 2559 |
| إناث | 2759 |
| المجموع | 5318 |

**عينة الدراسة**

تكونت عينة الدراسة من (530) مريضاً ومريضة، منهم (254) من الذكور، و(276) من الإناث، حيث تم اختيارهم بالطريقة المتيسرة من مجتمع الدراسة الكلي بنسبة (10%). وقد تمّ استبعاد (170) استبانة، لنقص المعلومات فيها أو لعدم رغبة المريض في إكمال الاستبانة. فأصبح عدد أفراد الدراسة (360) مريضاً ومريضة يشكلون (7%) من مجتمع الدراسة الكلي. ويوضح الجدول (2) توزيع أفراد الدراسة وفقا لمتغيراتها.

**جدول (2):** توزيع أفراد الدراسة وفقا لمتغيرات الدراسة

| | الفئات | التكرار | النسبة |
|---|---|---|---|
| الجنس | ذكر | 141 | %39.2 |
| | أنثى | 219 | %60.8 |
| العمر | 30 سنة فما دون | 25 | %6.9 |
| | 60-31 | 197 | %54.7 |
| | 61 سنة فما فوق | 138 | %38.3 |
| المؤهل العلمي | توجيهي فأقل | 218 | %60.6 |
| | بكالوريوس | 91 | %25.3 |
| | ماجستير فأعلى | 51 | %14.2 |
| مدة الإصابة | 5 سنوات فما دون | 122 | %33.9 |
| | 15-6 | 153 | %42.5 |
| | 16 سنة فما فوق | 85 | %23.6 |
| | المجموع | 360 | 100.0 |

**أداتا الدراسة**

لتحقيق أهداف الدراسة، استخدم الباحثان مقياسين، هما: مقياس نوعية الحياة، ومقياس تقدير الذات. وفيما يلي وصف لكلا المقياسين:

**أولاً:** مقياس نوعية الحياة: للتعرف إلى مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري، قام الباحثان بالرجوع إلى مقياس نوعية الحياة المختصر (Quality of life Scale-BRIEF-WHOQQL) والمعد من قبل منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2004). إذ قامت منظمة الصحة العالمية بالمشروع العالمي لنوعية الحياة، وأنشأت مقياساً عالمياً يتكون من 100 فقرة (WHOQOL-100) ضمن ستة مجالات هي: الصحة الجسدية، والنفسية، والعلاقات الاجتماعية أو البيئة ومستوى الاستقلالية والصحة الروحية، والذي اختصر فيما بعد إلى (Bref-WHOQOL) والمكون من (26) فقرة ضمن أربعة مجالات هي: الصحة الجسدية، والنفسية، والعلاقات الاجتماعية،والبيئة، وهذا المقياس يستخدم مع الأشخاص العاديين والمرضى كمرضى السرطان والسكري والقلب وارتفاع الضغط الشرياني، وقد تم تقدير الخصائص السيكومترية لهذا المقياس على عينات غير متجانسة من المرضى والأسوياء عبر ثلاثة وعشرين مركزاً تابعا للمنظمة في بلدان مختلفة، وأظهرت نتائج التحليلات الإحصائية أن قيمة الاتساق الداخلي لمجالات المقياس تراوحت بين (0.68-0.82)، كما أن مؤشرات صدق البناء والصدق التمييزي كانت مرضية ودالة؛ مما يعني أن المقياس يتميز بخصائص سيكومترية عالية جداً (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004).

ولأغراض الدراسة الحالية تمت ترجمة فقرات المقياس وإعادة صياغة فقراته، والتوصل إلى مقياس مكون من (26) فقرة في صورته الأولية، موزعة على أربعة مجالات، لها علاقة بمستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري وهي: مجال الصحة الجسدية وله (8) فقرات، ومجال الصحة النفسية وله (7) فقرات، ومجال العلاقات الإجتماعية وله (3) فقرات، ومجال البيئة وله (8) فقرات.

**دلالات صدق وثبات مقياس نوعية الحياة**

**صدق المحتوى:** تم التحقق من صدق المحتوى للمقياس وفقراته بعرضه على مجموعة مكونة من (12) محكماً، وهم أساتذة من جامعة اليرموك، من ذوي الخبرة والاختصاص في مجالات الإرشاد النفسي، وعلم النفس التربوي، حيث طُلب إليهم إبداء الرأي في دقة وصحة محتوى الأداة، من حيث سلامة الترجمة، ووضوح الفقرات والصياغة اللغوية، ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يرونه مناسبا على المجالات أو الفقرات. وفي ضوء آراء المحكمين أجريت تعديلات على مقياس نوعية الحياة، وأعيدت صياغة بعض الفقرات لتصبح أكثر وضوحا ومباشرة. ولقد تمت المحافظة على جميع فقرات المقياس، ولم يتم حذف أي فقرة من فقرات المجالات الأربع، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول الفقرات هو حصول الفقرة الواحدة على موافقة (80%) من المحكمين للإبقاء عليها.

**صدق البناء:** بهدف التحقق من صدق البناء للمقياس، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (20) مريضا ومريضة من مرضى السكري من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك لحساب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجات على الفقرة والدرجات على المجال، و معاملات الارتباط بين الدرجات على الفقرة والدرجات على المقياس ككل، والجدول (3) يوضح نتائج ذلك التحليل.

**جدول (3):** قيم معاملات الارتباط البينية لفقرات ومجالات مقياس نوعية الحياة

| المجال | الرقم | اتجاه الفقرة | الفقرة | الإرتباط مع: المجال | الإرتباط مع: المقياس |
|---|---|---|---|---|---|
| **مجال الصحة الجسدية** | 1 | سالبة | أشعر بأن مرضي يمنعني من القيام بالأعمال التي أريدها | 0.88 | 0.84 |
| | 2 | سالبة | أحتاج للعلاجات الدوائية كي أقوم بأعمالي اليومية | 0.84 | 0.80 |
| | 3 | | أمتلك ما يكفي من الطاقة للقيام بواجبات الحياة اليومية | 0.92 | 0.87 |
| | 4 | | أستطيع التكيف مع حالتي الصحية | 0.89 | 0.87 |
| | 5 | | أشعر بالرضا عن نومي | 0.88 | 0.83 |
| | 6 | | أشعر بالرضا عن قدرتي على أداء النشاطات اليومية | 0.72 | 0.70 |
| | 7 | | أشعر بالرضا عن طاقتي في العمل | 0.91 | 0.86 |
| | 8 | | أشعر بالرضا عن حالتي الصحية | 0.87 | 0.84 |
| **مجال الصحة النفسية** | 9 | | أشعر بالاستمتاع بحياتي | 0.84 | 0.80 |
| | 10 | | أشعر بأن لحياتي معنى | 0.85 | 0.74 |
| | 11 | | أمتلك القدرة على التركيز | 0.83 | 0.81 |
| | 12 | | أشعر بالرضا عن شكل جسمي الخارجي | 0.82 | 0.79 |
| | 13 | | أشعر بالرضا عن نفسي | 0.81 | 0.71 |
| | 14 | سالبة | أشعر بمشاعر سلبية مثل: المزاج السيء، والقلق، والاكتئاب | 0.78 | 0.71 |
| | 15 | | أشعر بالرضا عن حياتي | 0.80 | 0.79 |
| **مجال العلاقات الاجتماعية** | 16 | | أشعر بالرضا عن علاقاتي الشخصية | 0.85 | 0.73 |
| | 17 | | أشعر بالرضا عن حياتي الجنسية | 0.65 | 0.46 |
| | 18 | | أشعر بالرضا عن الدعم الذي أحصل عليه من أصدقائي | 0.75 | 0.71 |
| **مجال البيئة** | 19 | | أشعر بالأمن في حياتي | 0.71 | 0.67 |
| | 20 | | أشعر بأن البيئة المحيطة بي صحية | 0.62 | 0.51 |
| | 21 | | أمتلك المال الذي يلبي احتياجاتي | 0.80 | 0.76 |
| | 22 | | تتوافر المعلومات التي أحتاجها في حياتي اليومية | 0.75 | 0.63 |
| | 23 | | تتوفر لدي الفرصة للراحة وممارسة الأنشطة الترفيهية | 0.65 | 0.53 |
| | 24 | | أشعر بالرضا عن حياتي الخاصة | 0.69 | 0.57 |
| | 25 | | أشعر بالرضا عن الخدمات الصحية المقدمة | 0.70 | 0.64 |
| | 26 | | أشعر بالرضا عن وسائل التنقل التي استخدمها | 0.80 | 0.79 |

يلاحظ من خلال الجدول (3) أن قيم معاملات ارتباط الفقرات بالمجالات التي تنتمي إليها تراوحت بين (0.62-0.92)، كما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والمقياس ككل ما بين (0.46-0.87) وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لايقل معامل ارتباطها بالمجال الذي تنتمي إليه والمقياس ككل عن (0.30) كما أشار كلفن (Kelvin, 2001). وبناء على هذا المعيار تم قبول جميع الفقرات. كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية لمجالات المقياس، وقيم معاملات ارتباط المجالات بالمقياس ككل، كما هو موضح في الجدول (4).

**جدول (4):** قيم معاملات الارتباط البينية لمجالات مقياس نوعية الحياة وارتباط المجالات بالمقياس ككل

| العلاقة مع: | الإحصائي | الصحة الجسدية | الصحة النفسية | العلاقات الاجتماعية | البيئة |
|---|---|---|---|---|---|
| **الصحة النفسية** | معامل الإرتباط | 0.86 | | | |
| | الدلالة الإحصائية | 0.000 | | | |
| **العلاقات الاجتماعية** | معامل الإرتباط | 0.75 | 0.68 | | |
| | الدلالة الإحصائية | 0.000 | 0.000 | | |
| **البيئة** | معامل الإرتباط | 0.82 | 0.77 | 0.71 | |
| | الدلالة الإحصائية | 0.000 | 0.000 | 0.000 | |
| **المقايس الكلي** | معامل الإرتباط | 0.91 | 0.89 | 0.85 | 0.92 |
| | الدلالة الإحصائية | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

يلاحظ من خلال الجدول (4) أن قيم معاملات الارتباط بين مجالات المقياس قد تراوحت بين (0.68-0.86)، كما أن قيم معاملات الارتباط بين المجالات والمقياس ككل كانت مرتفعة وتراوحت بين (0.85-0.92)، وهذه المؤشرات تؤكد بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

**ثبات الأداة:** تم التأكد من ثبات أداة الدراسة باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest) بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (20) مريضا ومريضة من مرضى السكري من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك في فترة زمنية خلال 15 يوماً. كما حسب معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach'sAlpha)، ويوضح الجدول (5) نتائج معاملات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمجالات الدراسة والمقياس ككل.

**جدول (5):** نتائج معاملات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لمجالات الدراسة والدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة

| المجال | معاملات ثبات الإعادة | معاملات الاتساق الداخلي |
|---|---|---|
| مجال الصحة الجسدية | 0.84 | 0.87 |
| مجال الصحة النفسية | 0.87 | 0.92 |
| مجال العلاقات الاجتماعية | 0.86 | 0.93 |
| مجال البيئة | 0.96 | 0.98 |
| مقياس نوعية الحياة ككل | 0.90 | 0.95 |

**ثانياً- مقياس تقدير الذات:** قام الباحثان بالرجوع إلى مقياس تقدير الذات لروزنبرغ (Rosenberg, 1965)، حيث تمت ترجمة فقرات المقياس وإعادة صياغة فقراته، والتوصل إلى مقياس مكون من (10) فقرات في صورته الأولية، وهذا المقياس بصورته الأولية يتمتع بدلالات صدق وثبات عالية فقد بلغت قيمة الاتساق الداخلي للمقياس (0.88) وقيمة معامل ارتباط الاختبار وإعادة الاختبار (0.85).

**دلالات صدق وثبات مقياس تقدير الذات**

- **صدق المحتوى:** تم التحقق من صدق المحتوى للمقياس وفقراته بعرضه على مجموعة مكونة من (12) محكما من ذوي الخبرة والاختصاص في علم النفس الإرشادي والتربوي في جامعة اليرموك، طلب إليهم إبداء آرائهم حول دقة وصحة محتوى الأداة، من حيث سلامة الترجمة، ووضوح الفقرات والصياغة اللغوية، ومناسبتها لقياس ما وضعت لأجله، وإضافة أو تعديل أو حذف ما يرونه مناسبا في الفقرات. وفي ضوء آراء المحكمين أجريت بعض التعديلات على مقياس تقدير الذات، وأعيدت صياغة بعض فقراته لتصبح أكثر وضوحا ومباشرة، وتم تغيير الفقرات التي كانت ذات اتجاه سالب لتصبح ذات اتجاه موجب بعد التعديل. وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول الفقرات هو حصول الفقرة الواحدة على موافقة (80%) فأكثر من المحكمين للإبقاء عليها، ولم يتم حذف أي فقرة من فقرات المقياس.
- **صدق البناء:** بهدف التحقق من صدق البناء للمقياس، تم تطبيق **المقياس** على عينة استطلاعية مكونة من (20) مريضا ومريضة من مرضى السكري من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وذلك لحساب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجات على الفقرة والدرجات على المجال، و معاملات الارتباط بين الدرجات على الفقرة والدرجات على المقياس ككل، والجدول (6) يوضح نتائج التحليل.

**جدول (6):** قيم معاملات الارتباط البينية لفقرات مقياس تقدير الذات مع المقياس ككل

| الرقم | الفقرة | الإرتباط مع المقياس |
|---|---|---|
| 1 | أشعر بالرضا عن نفسي | 0.78 |
| 2 | أعتقد أنني شخص جيد | 0.81 |
| 3 | أمتلك العديد من الصفات الإيجابية | 0.83 |
| 4 | أقدر على إنجاز الأعمال كالأشخاص الآخرين | 0.72 |
| 5 | أفتخر بما لدي من قدرات وإمكانات | 0.68 |
| 6 | أشعر بأنني مفيد في هذه الحياة | 0.79 |
| 7 | أشعر بأنني شخص له قيمة لا تقل عن الآخرين | 0.81 |
| 8 | احترم ذاتي بشكل كبير | 0.77 |
| 9 | أعتقد أنني شخص ناجح في حياتي | 0.62 |
| 10 | أنظر لنفسي بشكل إيجابي | 0.76 |

يلاحظ من خلال الجدول (6) أن قيم معاملات الارتباط بين الفقرات والمقياس ككل تراوحت ما بين (0.62-0.83). وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها بالمجال الذي تنتمي إليه والمقياس ككل عن (0.30) كما أشار كلفن (Kelvin, 2001)، وبناء على هذا المعيار تم قبول جميع الفقرات. وهذه المؤشرات تؤكد بأن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق لأغراض الدراسة الحالية.

**ثبات الأداة:** تم التأكد من ثبات مقياس تقدير الذات باستخدام طريقتي الاختبار وإعادة الاختبار(Test-Retest)، وحساب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach'sAlpha). وقد بلغت قيمة معامل ثبات الإعادة (0.89)، وقيمة معامل الاتساق الداخلي (0.75).

**طريقة تصحيح مقياسي نوعية الحياة وتقدير الذات**

تكون مقياس نوعية الحياة من (26) فقرة موزعة على أربعة مجالات، كما تكون مقياس تقدير الذات من (10) فقرات، وتكون الإجابة لهذه الفقرات من خلال أسلوب ليكرت (Likert) ذي التدريج الخماسي ويشمل البدائل الآتية: تنطبق بدرجة كبيرة جدا ولها (5) درجات، تنطبق بدرجة كبيرة ولها (4) درجات، تنطبق بدرجة متوسطة ولها (3) درجات، تنطبق بدرجة قليلة ولها (2) درجتان، تنطبق بدرجة قليلة جدا ولها (1) درجة واحدة، وتعكس في حالة الفقرات السلبية لمقياس نوعية الحياة، وتراوحت درجات مقياس نوعية الحياة ككل بين (26-130) ودرجات مقياس تقدير الذات ككل بين (10-50)؛ بحيث كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشرا إلى أن المفحوص لديه مستوى مرتفع من نوعية الحياة وتقدير الذات.

ولغايات تفسير المتوسطات الحسابية، ولتحديد مستوى نوعية الحياة وتقدير الذات لدى المرضى المصابين بالسكري تم تحويل العلامة وفق المستوى الذي يتراوح من (1-5) درجات، وتصنيف المستوى إلى ثلاثة مستويات: عالية ومتوسطة ومنخفضة، وذلك وفقا للمعادلة الآتية: القيمة العليا ناقص القيمة الدنيا لبدائل الإجابة مقسومة على عدد المستويات، أي:

$$\frac{(5-1)}{3} = \frac{4}{3} = 1.33$$ وهذه القيمة تساوي طول الفئة.

وبذلك يكون المستوى المنخفض لنوعية الحياة وتقدير الذات لدى المرضى المصابين بالسكري من 1 + 1.33 = 2.33، ويكون المستوى المتوسط من 2.34 + 1.33 = 3.67، ويكون المستوى المرتفع لنوعية الحياة وتقدير الذات من 3.68 – 5.

**منهجية الدراسة**

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي كونه الأنسب لهذا النوع من الدراسات، وذلك للتعرف إلى مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وللكشف عن طبيعة العلاقة بينهما، ومن ثم تحليل هذه المعلومات وتفسيرها للوصول إلى النتائج التي يمكن أن تسهم في تحقيق أهداف البحث.

**متغيرات الدراسة:** اشتملت الدراسة على المتغيرات الآتية:

- **الجنس:** وله فئتان (ذكر، أنثى).
- العمر: وله ثلاث فئات (30 سنة فما دون، 31 - 60 سنة، 61 سنة فما فوق).
- **المؤهل العلمي:** وله ثلاثة مستويات (توجيهي فأقل، بكالوريوس، ماجستير فأعلى).
- مدة الإصابة: ولها ثلاث فئات (5 سنوات فما دون، 6-15 سنة، 16 سنة فما فوق).
- مستوى نوعية الحياة: وله ثلاثة مستويات (منخفض، متوسط، مرتفع).
- مستوى تقدير الذات: وله ثلاثة مستويات (منخفض، متوسط، مرتفع).

**المعالجة الإحصائية**

للإجابة عن السؤالين الأول والثاني حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. وللإجابة عن السؤالين الثالث والرابع تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) وتحليل التباين المتعدد (MANOVA). وللإجابة عن السؤال الخامس حُسب معامل ارتباط بيرسون (Pearson).

**نتائج الدراسة**

**أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي نصه: "ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري في الأردن"؟**

للإجابة عن هذا السؤال حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس نوعية الحياة لدى مرضى السكري في الأردن، والجدول (7) يوضح ذلك.

**جدول (7):** المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مجالات مقياس نوعية الحياة

| الرتبة | الرقم | المجال | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 4 | مجال البيئة | 3.95 | 0.679 | مرتفع |
| 2 | 2 | مجال الصحة النفسية | 3.73 | 0.624 | مرتفع |
| 3 | 3 | مجال العلاقات الاجتماعية | 3.57 | 0.796 | متوسط |
| 4 | 1 | مجال الصحة الجسدية | 3.50 | 0.514 | متوسط |
| | | **نوعية الحياة ككل** | **3.71** | **0.485** | **مرتفع** |

يتضح من النتائج الواردة في الجدول (7) بأن مجال البيئة جاء في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (3.95) وانحراف معياري (0.679) وبمستوى مرتفع، تلاه مجال الصحة النفسية في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.73) وانحراف معياري (0.624) وبمستوى مرتفع، تلاه في المرتبة الثالثة مجال العلاقات الاجتماعية بمتوسط حسابي (3.57) وانحراف معياري (0.796) وبمستوى متوسط، تلاه في المرتبة الرابعة والأخيرة مجال الصحة الجسدية بمتوسط حسابي بلغ (3.50) وانحراف معياري (0.514) وبمستوى متوسط، وقد بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمجالات نوعية الحياة (3.71) وانحراف معياري (0.485) وبمستوى مرتفع.

**ثانياً:النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي نصه: "ما مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن؟"** للإجابة عن هذا السؤال حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس تقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن، والجدول (8) يوضح ذلك.

**جدول (8):** المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات

| الرتبة | الرقم | الفقرات | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المستوى |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 10 | أنظر لنفسي بشكل إيجابي | 4.36 | 0.67 | مرتفع |
| 2 | 9 | أعتقد أنني شخص ناجح في حياتي | 4.32 | 0.68 | مرتفع |
| 3 | 8 | احترم ذاتي بشكل كبير | 4.31 | 0.69 | مرتفع |
| 4 | 7 | أشعر بأنني شخص له قيمة لا تقل عن الآخرين | 4.26 | 0.75 | مرتفع |
| 5 | 2 | أعتقد أنني شخص جيد | 4.16 | 0.68 | مرتفع |
| 6 | 6 | أشعر بأنني مفيد في هذه الحياة | 4.16 | 0.85 | مرتفع |
| 7 | 3 | أمتلك العديد من الصفات الإيجابية | 4.15 | 0.70 | مرتفع |
| 8 | 1 | أشعر بالرضا عن نفسي | 4.06 | 0.76 | مرتفع |
| 9 | 5 | أفتخر بما لدي من قدرات وإمكانات | 4.01 | 0.96 | مرتفع |
| 10 | 4 | أقدر على إنجاز الأعمال كالأشخاص الآخرين | 3.78 | 1.00 | مرتفع |
| | | **مقياس تقدير الذات كلل** | **4.157** | **0.65** | **مرتفع** |

يتضح من النتائج الواردة في الجدول (8) أن الفقرة التي تنص على" أنظر لنفسي بشكل إيجابي" جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.36) وانحراف معياري (0.67) وبمستوى مرتفع، وجاءت الفقرة التي تنص على "أقدر على إنجاز الأعمال كالأشخاص الآخرين" في المرتبة العاشرة والأخيرة بمتوسط حسابي (3.78)، وانحراف معياري (1.00) وبمستوى مرتفع، وقد بلغ المتوسط الحسابي الكلي لفقرات مقياس تقدير الذات (4.16)، وانحراف معياري (0.65) وبمستوى مرتفع.

**ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث الذي نصه: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى لكل من: الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي؟".** للإجابة عن هذا السؤال حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس نوعية الحياة ومجالاتها تبعا لمتغيرات الدراسة، والجدول (9) يوضح ذلك.

**جدول (9):** المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس نوعية الحياة تبعاً لمتغيرات الدراسة

| المتغير | فئات المتغير | | مجال الصحة الجسدية | مجال الصحة النفسية | مجال العلاقات الاجتماعية | مجال البيئة | نوعية الحياة ككل |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الجنس | ذكر | س | 3.60 | 3.83 | 3.86 | 4.04 | 3.83 |
| | | ع | 0.512 | 0.680 | 0.754 | 0.709 | 0.492 |
| | أنثى | س | 3.43 | 3.66 | 3.38 | 3.89 | 3.50 |
| | | ع | 0.505 | 0.578 | 0.767 | 0.655 | 0.465 |
| العمر | 30 فما دون | س | 3.55 | 3.80 | 3.60 | 3.78 | 3.69 |
| | | ع | 0.263 | 0.527 | 0.844 | 0.808 | 0.361 |
| | 60-31 | س | 3.63 | 3.69 | 3.84 | 3.88 | 3.75 |
| | | ع | 0.554 | 0.708 | 0.774 | 0.739 | 0.558 |
| | 61 فما فوق | س | 3.31 | 3.76 | 3.18 | 4.08 | 3.65 |
| | | ع | 0.422 | 0.501 | 0.652 | 0.532 | 0.378 |
| المؤهل العلمي | توجيهي فما دون | س | 3.39 | 3.65 | 3.51 | 3.79 | 3.60 |
| | | ع | 0.437 | 0.635 | 0.862 | 0.675 | 0.494 |
| | بكالوريوس | س | 3.68 | 3.81 | 3.76 | 4.20 | 3.88 |
| | | ع | 0.590 | 0.600 | 0.603 | 0.643 | 0.422 |
| | ماجستير فأعلى | س | 3.62 | 3.90 | 3.48 | 4.16 | 3.79 |
| | | ع | 0.561 | 0.573 | 0.764 | 0.572 | 0.431 |

| المتغير | فئات المتغير | | مجال الصحة الجسدية | مجال الصحة النفسية | مجال العلاقات الاجتماعية | مجال البيئة | نوعية الحياة ككل |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مدة الإصابة | 5 سنوات فما دون | س | 3.48 | 3.77 | 3.69 | 4.01 | 3.75 |
| | | ع | 0.487 | 0.595 | 0.810 | 0.554 | 0.381 |
| | 6-15 | س | 3.60 | 3.79 | 3.61 | 3.94 | 3.76 |
| | | ع | 0.535 | 0.638 | 0.757 | 0.730 | 0.536 |
| | 16 سنة فما فوق | س | 3.34 | 3.54 | 3.33 | 3.87 | 3.56 |
| | | ع | 0.473 | 0.611 | 0.805 | 0.744 | 0.498 |

س= المتوسط الحسابي ع=الانحراف المعياري

يتضح من الجدول (9) وجود تباين ظاهري في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس نوعية الحياة في ضوء توزيعها حسب متغيرات الدراسة الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي. وللكشف عن دلالة الفروق الإحصائية بين متوسطات استجابات مرضى السكري على مجالات مقياس نوعية الحياة تبعا لمتغيرات الجنس والعمر والمؤهل العلمي، فقد أجري تحليل التباين الرباعي عديم التفاعل (4-WAY ANOVA)، والجدول (10) يوضح نتائج ذلك التحليل.

**جدول (10):** نتائج تحليل التباين الرباعي (4-WAY ANOVA) لمقياس نوعية الحياة تبعا لمتغيرات الجنس والعمر والمؤهل العلمي ومدة الإصابة

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|
| الجنس | 2.454 | 1 | 2.454 | 11.826 | *0.001 |
| العمر | 0.264 | 2 | 0.132 | 0.635 | 0.531 |
| المؤهل العلمي | 5.420 | 2 | 2.710 | 13.058 | *0.000 |
| مدة الإصابة | 1.598 | 2 | 0.799 | 3.849 | *0.022 |
| الخطأ | 73.056 | 352 | 0.208 | | |
| الكلي | 82.792 | 359 | | | |

* دالة عن مستوى الدلالة ($\alpha$=0.05)

يتضح من الجدول (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استجابات الأفراد تعزى لأثر الجنس، حيث جاء مستوى نوعية الحياة لدى الذكور أعلى من مستوى نوعية الحياة لدى الإناث. كما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى استجابات الأفراد تعزى لمتغيري المؤهل العلمي ومدة الإصابة، في حين لم تظهر النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية في مستوى استجابات الأفراد تعزى لأثر العمر.

ولتحديد مواقع الفروق بين المتوسطات الحسابية للمؤهل العلمي ومدة الإصابة لاستجابات أفراد العينة على مقياس الحياة، فقد تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شيفيه والجدول (11) يوضح ذلك.

**جدول (11):** المقارنات البعدية بطريقة شيفيه لأثر المؤهل العلمي ومدة الإصابة على مقياس نوعية الحياة

| المتغير | | المتوسط الحسابي | توجيهي فما دون | بكالوريوس | ماجستير فأعلى |
|---|---|---|---|---|---|
| المؤهل العلمي | توجيهي فما دون | 3.60 | | | |
| | بكالوريوس | 3.88 | *0.02 | | |
| | ماجستير فأعلى | 3.85 | *0.30 | 0.41 | |
| | | **المتوسط الحسابي** | **5 فما دون** | **15-6** | **16 ما فوق** |
| مدة الإصابة | 5 فما دون | 3.75 | | | |
| | 15-6 | 3.76 | *0.01 | | |
| | 16فما فوق | 3.56 | *0.02 | 0. 2 | |

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha$ = 0.05).

يتضح من الجدول (11) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستوى العلمي (توجيهي فما دون) من جهة وبين ذوي المستوى العلمي (بكالوريوس) و(ماجستير فأعلى) من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح ذوي المستوى العلمي (بكالوريوس) و(ماجستير فأعلى). كما يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدة الإصابة (5 فما دون) و(6-15) من جهة و(16 فما فوق) من جهة أخرى، وجاءت الفروق لصالح كل من (5 فما دون) و(6-15).

**رابعا: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع الذي نصه: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى مرضى**

**السكري تعزى لكل من: الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي؟".** للإجابة عن هذا السؤال حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات تبعا لمتغيرات الدراسة، والجدول (12) يوضح ذلك.

**جدول (12):** المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات تبعاً لمتغيرات الدراسة

| المتغير | | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | العدد |
|---|---|---|---|---|
| الجنس | ذكر | 4.43 | 0.554 | 141 |
| | أنثى | 3.98 | 0.651 | 219 |
| العمر | 30 فما دون | 4.22 | 0.538 | 25 |
| | 60-31 | 4.08 | 0.733 | 197 |
| | 60 فما فوق | 4.25 | 0.524 | 138 |
| المؤهل العلمي | توجيهي فما دون | 4.13 | 0.551 | 218 |
| | بكالوريوس | 4.07 | 0.841 | 91 |
| | ماجستير فأعلى | 4.44 | 0.597 | 51 |
| مدة الإصابة | 5 فما دون | 4.21 | 0.499 | 122 |
| | 15-6 | 4.10 | 0.780 | 153 |
| | 16فما فوق | 4.17 | 0.585 | 85 |

يتضح من الجدول (12) وجود تباين ظاهري في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس تقدير الذات في ضوء توزيعها حسب مستويات متغيرات الدراسة؛ الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي. وللكشف عن دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية، فقد أجري تحليل التباين الرباعي عديم التفاعل (4-WAY ANOVA) والجدول (13) يوضح ذلك.

**جدول (13):** نتائج تحليل التباين الرباعي (4-WAY ANOVA) لمقياس تقدير الذات تبعا لمتغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي

| مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | الدلالة الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|
| الجنس | 14.783 | 1 | 14.783 | 40.234 | *0.000 |
| العمر | 2.099 | 2 | 1.049 | 2.856 | 0.059 |
| المؤهل العلمي | 2.371 | 2 | 1.185 | 3.226 | *0.041 |
| مدة الإصابة | 1.598 | 2 | 0.799 | 2.175 | 0.115 |
| الخطأ | 129.332 | 352 | 0.367 | | |
| الكلي | 152.323 | 359 | | | |

يتضح من الجدول (13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الجنس، حيث جاء مستوى تقدير الذات لدى الذكور أعلى من مستوى تقدير الذات لدى الإناث. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المؤهل العلمي. في حين لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيري العمر ومدة الإصابة.

ولتحديد مواقع الفروق بين المتوسطات الحسابية للمؤهل العلمي على تقديرات الذات، فقد تم استخدام المقارنات البعدية بطريقة شيفيه (14) يوضح ذلك.

**جدول (14):** المقارنات البعدية بطريقة شيفيه لأثر المؤهل العلمي على تقدير الذات

| | | المتوسط الحسابي | توجيهي فما دون | بكالوريوس | ماجستير فأعلى |
|---|---|---|---|---|---|
| تقدير الذات | توجيهي فما دون | 4.13 | | | |
| | بكالوريوس | 4.07 | 0.06 | | |
| | ماجستير فأعلى | 4.44 | *0.01 | *0.03 | |

* دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

يتضح من الجدول (14) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستوى العلمي (ماجستير فأعلى) من جهة وكل من ذوي المستوى العلمي (توجيهي فما دون) و(بكالوريوس) من جهة أخرى وجاءت الفروق لصالح ذوي المستوى العلمي ماجستير فأعلى.

**خامسا: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس الذي نصه: "هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن؟".** للإجابة عن هذا السؤال حُسب معامل

ارتباط (بيرسون) بين نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن، والجدول (15) يوضح نتائج ذلك التحليل.

**جدول (15):** معاملات الارتباط بين استجابات أفراد العينة على مجالات نوعية الحياة والمقياس الكلي وتقدير الذات

| المجال | | تقدير الذات |
|---|---|---|
| الصحة الجسدية | معامل الارتباط ر | 0.166 |
| | الدلالة الإحصائية | 0.201 |
| | العدد | 360 |
| الصحة النفسية | معامل الارتباط ر | 0.455** |
| | الدلالة الإحصائية | 0.000 |
| | العدد | 360 |
| العلاقات الاجتماعية | معامل الارتباط ر | 0.283** |
| | الدلالة الإحصائية | 0.000 |
| | العدد | 360 |
| البيئة | معامل الارتباط ر | 0.462** |
| | الدلالة الإحصائية | 0.000 |
| | العدد | 360 |
| نوعية الحياة ككل | معامل الارتباط ر | 0.464** |
| | الدلالة الإحصائية | 0.000 |
| | العدد | 360 |

**دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من الجدول (15) وجود علاقة إيجابية ذات دالة إحصائيا ($\alpha=0.05$) بين نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن في جميع المجالات وفي الدرجة الكلية، باستثناء مجال الصحة الجسدية.

**مناقشة النتائج**

**أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول الذي نصه: "ما مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري في الأردن؟".** أشارت نتائج هذا السؤال إلى أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري في الأردن جاء ضمن المستوى المرتفع على الأداة ككل، حيث جاء مجال البيئة في المرتبة الأولى وبمستوى مرتفع، تلاه مجال الصحة النفسية في المرتبة الثانية وبمستوى مرتفع، تلاه مجال العلاقات الاجتماعية في المرتبة الثالثة وبمستوى متوسط، في حين جاء مجال الصحة الجسدية في المرتبة الرابعة والأخيرة وبمستوى متوسط.

ويعزو الباحثان حصول مجال البيئة على المرتبة الأولى، إلى أن البيئة المحيطة بمريض السكري تتقبل صورة المريض، وترى أن مرض السكري يُمكن التعايش معه، بحيث يمكن للمريض أن يعمل ويتمتع بكامل حقوقه في العيش مثل بقية الأفراد الآخرين، وأنه ليس مرضا معديا. إضافة إلى الدعم المعنوي الذي يتلقاه المريض من الكادر الطبي، سواء من الأطباء الذين يقدمون الدواء والعلاج لهذه الفئة، أو من المتخصصين النفسانيين الذين يقدمون الدعم المعنوي والنفسي لهذه الفئة من أجل الرفع من معنوياتهم وتحسين نوعية حياتهم.

أما بالنسبة لحصول مجال الصحة النفسية على المرتبة الثانية وبمستوى مرتفع، فهذا عائد إلى أهمية الجانب النفسي الذي يلعب دورا هاما في الحالة النفسية للمريض. ويعلل الباحثان النتيجة إلى تقبل المريض لمرضه؛ لأن هذا سينعكس إيجابا على حالته النفسية، مما يجعل المريض راضيا عن نفسه وعن مظهره الخارجي. إضافة إلى الدور الفعّال الذي يقوم به الأطباء والمتخصصون النفسانيون داخل المستشفيات وفي العيادات الخاصة، من خلال تعاملهم الحسن مع المرضى وتقديمهم النصائح والإرشادات التي تعود عليهم بالنفع، مما يساعد المريض على تحقيق أهدافه في الحياة، كما تزرع فيه الأمل والتفاؤل نحو الحياة، وتحقيق التوافق النفسي.

في حين جاء مجال العلاقات الاجتماعية في المرتبة الثالثة وبمستوى متوسط، فالإنسان اجتماعي بطبعه ولا يستطيع العيش بمفرده بعيداً عن الآخرين، فهو بحاجة إلى أن يتفاعل مع المجتمع ومع الآخرين ممن حوله حتى يشعر بالانتماء وليتمكن من ممارسة أعماله وأنشطته اليومية بشكل طبيعي، ومن وجهة نظر الباحثين فإن هذه النتيجة متوقعة، لأن الفرد المصاب بمثل هذه الأمراض المزمنة يحتاج إلى الرعاية والاهتمام وخصوصا من الأشخاص المحيطين به، فشعور الفرد بالرعاية والانخراط في الأنشطة الاجتماعية، إضافة إلى الدعم الذي يتلقاه من الأسرة والأصدقاء كالتعاطف معه والاهتمام به وتقبُل مرضه والرعاية الصحية المُقدمة له، ومساعدته في حل مشاكله، كل هذا يساهم في التقليل من الضغوطات النفسية لدى مريض السكري، كما يُقلل من ظهور مضاعفات المرض، ويساهم في تحسين نوعية حياة المريض. كما يرى الباحثان أن مثل هذه العلاقات تُساعد المريض في التغلب على الضغوطات الاجتماعية، وبالتالي تساهم بشكل إيجابي في تحسين نوعية حياته، وعلى العكس من ذلك فعدم اهتمام الأسرة وإهمالها للمريض، وعدم تقبل المجتمع له، قد يساهم بشكل كبير في تفاقم حالة المريض النفسية والجسدية مما ينعكس سلباً على أسلوب حياته.

أما بالنسبة لمجال الصحة الجسدية فقد جاء في المرتبة الرابعة والأخيرة، وقد يُبرر الباحثان النتيجة إلى الأعراض والمضاعفات التي يُخلّفها مرض السكري على الصحة الجسدية للمريض، فعند ضبط مستوى السكر في الدم تصبح أعراض هذا المرض أقلُ ظهورا، ويشعر المصاب بالسكري بتحسن في حالته، وبالزيادة في طاقته ونشاطه الجسدي. أمّا إذا لم يتقيّد المصاب بالسكري بالنظام الغذائي الذي نُصح باتباعه، ولم يمارس التمارين الرياضية، أو لم يَقس مستوى السكر في دمه، فإنه سيتعرّض لمضاعفات خطيرة، كالتلف في الأعصاب والأوعية الدموية في الجسم، وقد يؤدي به الأمر إلى إلحاق الضرر بالعينين والكليتين، أو ظهور أمرض جلدية أو مشاكل في العظام وفي المفاصل.

هذا إضافة إلى أن اتباع المريض للنظام الغذائي المقدَّم له، واتباعه لنصائح الطبيب وتناول الأدوية المقدَمة له في الوقت المحدد والالتزام بالحِمية الغذائية؛ كل ذلك له الدور الكبير في إحساس المصاب بالتكيف مع حالته الصحية والقدرة على القيام بنشاطاته اليومية.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجراها سباسيك وفيلكوفيك ودورفيك ونيكولا وتاتيانا (Spasic,Velickovic, Dordevic, Nikola & Tatjana, 2014) التي توصلت إلى أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كان مرتفعا. بينما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة يوسيل وأك وجولر (Yücel, AK, & Güler, 2015) ، ودراسة ميامن والتكماجي (Miamin & Al-Tukmagi, 2014)، ودراسة صفافي وصمادي ومحمودي (Safavi, Samadi & Mahmoodi, 2011)، التي أشارت إلى أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كان متوسطا. كما لم تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة غولامي و بورجي و شيرازي وأزيني (Gholami, Borji, Shirazi & Azini, 2013) التي توصلت إلى أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كان منخفضا.

**ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني الذي نصه: "ما مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن؟"**. أشارت النتائج إلى أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري جاء مرتفعا، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأفراد المصابين بالسكري، ومع مرور الوقت، أصبحوا ينظرون إلى المرض بأنه جزء لا يتجزأ من حياته لا يمكن التخلص منه، فأصبح مرض السكري شيئا روتينيا بالنسبة لهم، وقد اعتادوا عليه وعلى أسلوب التكيف معه، كل ذلك قد يؤدي به إلى إعطاء صورة إيجابية نحو ذاته. وقد يُعلل الباحثان النتيجة إلى نظرة المريض إلى المرض ذاته، فإذا عرَف أن مرض السكري لا يؤثِّر في مردوديته ولا يَحدُّ من طُموحاتِه نحو تحقيق أهدافه في الحياة، وعَرفَ كيف يتعايش ويتكيف مع المرض، فإن هذا يُعزز لدى الفرد الإيجابية نحو ذاته.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجراها ماجيلا ودوناتا وبلانس وماساكو (Magela, Donata, Blanes & Masako, 2011) ومع نتيجة دراسة زشيخينا وهاقلوف (Zashikhina & Hagglof, 2014) اللتين أظهرتا أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري كان مرتفعا. بينما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة الدراسة التي أجراها جافوسغلو (Cavusoglu, 2014) التي بينت أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري كان متوسطا. كما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة صفافي وصمادي ومحمودي (Safavi, Samadi & Mahmoodi, 2011) التي أظهرت أن مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري كان منخفضا.

**ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث الذي نصه: "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مرضى السكري في نوعية الحياة تُعزى لكل من: الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي؟"**. أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى لمتغير العمر. ويُفسِّر الباحثان نتيجة عدم وجود فروق في مستوى نوعية الحياة تبعا لمتغير العمر أن الإصابة بمرض السكري أصبح شيئا مألوفا لدى المجتمع الأردني، ومريض السكري قد يكون ذكرا أو أنثى، كما أنه يمكن أن يكون صغيرا أو كبيرا، وأن المصاب بمرض السكري يقوم بوظيفته بطريقة عادية، ومواصلة حياته مثل بقية الناس الآخرين، ولكن عليه فقط أن يتقيد بأوامر ونصائح الطبيب، مع اتباع الحمية الغذائية وممارسة النشاط الرياضي. كما قد تعود هذه النتيجة إلى مساعدة الأسرة والمجتمع لمريض السكري، والوقوف إلى جانبه بغض النظر عن عمره، كل هذا يعود بالأثر الإيجابي على مستوى نوعية حياة المرضى.

وقد اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة غولماي وبورجي وشيرازي وأزيني (Gholami, Borji, Shirazi & Azini, 2013)؛ التي أشارت إلى وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى المصابين بالسكري تعزى لمتغير العُمر، ولصالح الأقل عمرا.

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعا لمتغير الجنس، حيث جاء مستوى نوعية الحياة لدى الذكور أفضل من مستوى نوعية الحياة لدى الإناث، ويعزو الباحثان النتيجة إلى أن طبيعة الذكر تختلف عن طبيعة الأنثى، فإصابة الذكر بمرض السكري قد لا يعوّقه عن مواصلة حياته بطريقة عادية كأن يتزوج مثلا، ويكوِّن أسرة، على خلاف الأنثى المصابة بالسكري فقد يكون لها عائق لمواصلة حياتها وبناء علاقة مع شريك حياتها.

إضافة إلى التعب والإرهاق الذي يُصيب المرأة العاملة خارج البيت، فالمرأة التي تشتغل خارج البيت، تبذل جهدا كبيرا وطاقة في عملها اليومي، وعند دخولها البيت في المساء تجد عملا آخر ينتظرها، من تربية للأبناء والاعتناء بزوجها وبيتها، ومن أعمال الطبخ والغسل إلى غير ذلك من الأشغال المنزلية، إضافة إلى المواعيد والفحوصات التي تُجريها في العيادة أو المستشفى لضبط مستوى السكري. ومع مرور الوقت تشعر المرأة بالإرهاق والتعب، وتقلبات في المزاج مما ينعكس على نفسيتها، مما قد يساهم في ظهور مضاعفات السكري لديها، كل هذا قد يؤثر في مستوى نوعية الحياة لديها.

ويمكن إرجاع النتيجة إلى أن نسبة مرضى السكري لدى النساء أكثر منه لدى الذكور، وهذا راجع لعدة أسباب منها على سبيل المثال: ارتفاع نسبة السمنة وزيادة الوزن لدى الإناث، مقارنة بالذكور، كما أن فُرص ممارسة الرياضة تَقل لدى الإناث مقارنة

بالرجال، كل هذا قد يكون له تأثير على مستوى نوعية الحياة لدى الإناث.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ريثمر ولدويغ وكرايسر وتامايو (Reitmeir, Ladwig, Greiser & Tamyo, 2015)، ونتيجة دراسة سباسيك وفيلكوفيك ودورفيك و نيكولا وتاتيانا (Spasic,Velickovic, Dordevic, Nikola & Tatjana, 2014) اللتين أظهرتا فروقا في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى للجنس ولصالح الذكور.

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تُعزى لمتغير مدة الإصابة؛ إذ جاء مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري الذين تراوحت مدة إصابتهم بالمرض (5 سنوات فما دون)، أفضل من مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري الذين تراوحت مدة إصابتهم بالمرض (6- 15 سنة)، ولصالح المرضى من ذوي مدة الإصابة (6-15 سنة) مقارنة بمن كانت مدة إصابتهم بالمرض (من 16 سنة فما فوق).

ويُفسِّر الباحثان هذه النتيجة بأن الفرد المصاب حديثا بالسكري لا يزال يتمتع بصحة جيدة، وأن المرض لم يؤثر على جسمه بشكل ملحوظ، فالأعراض تكون في بدايتها بسيطة ثم تتفاقم مع مرور الوقت، كما يُمكن القول بأن المرضى المصابين بالسكري حديثا لا يزالون يبحثون عن وسيلة للعلاج، ويحاولون استعمال أكبر قدر ممكن من الوقاية؛ حتى لا يتفاقم المرض لديهم ويتعرضون لمضاعفات السكر الخطيرة. إضافة إلى البيئة التي يعيش فيها مريض السكري، ومجهودات العاملين في قطاع الصحة من الأطباء الذين لهم الدور الكبير في مساعدة هذه الفئة من مرضى السكري حديثي الإصابة على التغلب على مضاعفات المرض من خلال توفير الأدوية والمتابعة العلاجية لحالتهم الصحية.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ريثمر ولدويغ وكرايسر وتامايو (Reitmeir, Ladwig, Greiser & Tamyo, 2015) التي أظهرت وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تُعزى لمدة الإصابة ولصالح الأقل مدة.

كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى لمتغير المؤهل العلمي، حيث جاء مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري ذوي مستوى البكالوريوس وماجستير فأعلى، أفضل من مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري ذوي مستوى التوجيهي فما دون.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن عامل الثقافة والتعليم له دور كبير في تحسين مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري؛ لأن الفرد المثقف والمتعلم قادر على الاطلاع على كل ما يتعلق بمرضه وعن خطورته من خلال الكتب والمجلات المتخصصة في مجال الصحة، كما أنه قادر على الاطلاع على طبيعة المرض من خلال وسائل الإعلام والاتصال المختلفة.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة غولامي وبورجي وشيرازي وأزيني (Gholami, Borji, Shirazi & Azini, 2013) التي كشفت أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري يزداد بازدياد المؤهل العلمي. بينما اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ميامن والتكماجي (Miamin & Al-Tukmagi, 2014) التي أظهرت وجود فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى للمستوى التعليمي ولصالح الأقل تعليما.

**رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة على السؤال الرابع الذي نصه:"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات لدى مرضى السكري تعزى لكل من: الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمؤهل العلمي؟".**

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري تبعا لمتغيري الجنس والمؤهل العلمي. وقد يفسر الباحثان نتيجة وجود أثر لمتغير الجنس على تقدير الذات، حيث جاء مستوى تقدير الذات لدى الذكور أعلى من مستوى تقدير الذات لدى الإناث، إلى طبيعة الاختلاف بين الجنسين، فالذكور يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من الإناث، كذلك فإن إصابة الأنثى بمرض مزمن قد يجعلها تشعر بالتوتر والقلق وخيبة أمل من مستقبلها، فهي ترى بأن فُرصها في الحياة وفي تكوين عائلة وعلاقة زوجية قد تتضاءل مقارنة بالرجل لتخوفها من عدم مقدرتها على أداء مهامها الزوجية. إضافة إلى الأعراض الجسمية التي تظهر لدى المرأة نتيجة ظهور مضاعفات السكري كنقصان الوزن الحاد أو شحوب البشرة وإصفرارها أو الإصابة ببتر أحد الأعضاء، أو الفشل الكلوي، أو انفصال في الشبكية؛ وهذا يؤدي إلى إصابتها بالتوترات النفسية أو الاكتئاب أو القلق والخوف مما يجعلها تشعر بنقص ثقتها بنفسها، والانفراد بنفسها مخافة السخرية والعيب، لأن المظهر الخارجي للمرأة له أثر كبير في شخصيتها، كما قد يُبرر الباحثان النتيجة إلى نظرة المجتمع للمرأة المصابة بالسكري بأنها امرأة لا يمكنها القيام بأعمال كغيرها من النساء.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة زشيخينا وهاقلوف (Zashikhina & Hagglof, 2014) التي أشارت إلى أن مستوى تقدير الذات لدى الذكور أفضل من الإناث. في حين اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة جافوسغلو (Cavusoglu, 2014) التي أظهرت وجود فروق في مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري تُعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث.

كما يُعلل الباحثان نتيجة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، إلى عامل الثقافة والتعليم الذي يُعد عاملا مُهما في التأثير على مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري، لأن الفرد المتعلم والمثقف لديه إمكانية الاطلاع عن المرض من خلال المطالعة والإبحار في عالم الإنترنت، كما أنه قادر على معرفة مخاطر المرض

الصحية والنفسية، فتجعله يُحافظ على سلامة جسمه واتخاذ كل سُبل الوقاية التي من شأنها قد تُساهم في تفاقم المرض وظُهور مضاعفاته. في حين أن الفرد المصاب الأقل تعلما لا يستطيع الاطلاع والقراءة وتتبع حالته الصحية، فتجده لا يحافظ على حميته الغذائية، أو عدم ممارسة تمارين رياضية للتخفيف من حدة المرض، أو شُرب المشروبات الغازية التي تحتوي على كميات كبيرة من السكر، كلُ هذا بسبب جهل الفرد بمضاعفات السكري وعواقبه، وذلك من شأنه أن يؤثر على مستوى تقدير الذات لديه.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة جافوسغلو (Cavusoglu, 2014) التي أظهرت وجود فروق في مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري تُعزى لمتغير المؤهل العلمي ولصالح الأكثر تعلما.

في حين كشفت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري تبعا لمتغيري العمر ومدة الإصابة. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المصاب بالسكري اعتاد المرض كما أنه يستطيع أن يقوم بأدواره في الحياة وله القدرة على تحقيق رغباته وتلبية حاجاته في الوسط الذي يعيش فيه. كما أن الأفراد المصابين بمرض السكري من فئة الصغار والشباب لا يزال لديهم طموح وأفاق مستقبلية ممّا جعلهم لا يستسلمون للأمر الواقع ويسيرُون قُدما نحو تحقيق أهدافهم في الحياة، كل هذا من شأنه أن يؤثر على مستوى تقدير الفرد لذاته. أما بالنسبة لذوي الأعمار المتقدمة فإن تَعوُد المريض على مرض السكري وبحكم الخبرة وطول المدة تصبح لديه القدرة على التكيف والتعايش مع المرض.

ويُعلل الباحثان هذه النتيجة إلى دور الأطباء والمتخصصين الذين يبذلون مجهودات كبيرة لتوفير الراحة والطمأنينة من خلال المتابعة العيادية والنفسية للمريض، إضافة إلى الخدمات الصحية التي توفرها المستشفيات لصالح المرضى عامة ومرضى السكري خاصة، من أدوية وفحوصات، بغض النظر عن مدة إصابة المريض.

وتختلف نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة زشيخينا وهاقلوف (Zashikhina & Hagglof, 2014) ونتيجة دراسة ماجيلا ودوناتا وبلانس وماساكو (Magela, Donata, Blanes, & Masako, 2011) اللتين كشفت نتائجهما وجود فروق في مستوى تقدير الذات لدى المرضى تعزى لمتغير العمر ولصالح الأقل عمراً.

**خامسا: مناقشة النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الخامس، الذي نصه: "هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن؟".** كشفت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن في جميع المجالات وفي الدرجة الكلية باستثناء مجال الصحة الجسدية.

ويُفسِّر الباحثان هذه النتيجة في أنه كلما ارتفع مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري، زاد مستوى تقدير الذات، فالفرد عندما يتمتع بنوعية حياة جيدة، ويشعر بالراحة والاطمئنان في مختلف جوانبه، خاصة في مجال الصحة النفسية لما له من دور هام في حياة الفرد؛ لأن الشعور بالرضا عن النفس يُولد لدى الفرد الثقة بالنفس وإعطاء صورة إيجابية للذات، كما يساهم في التقليل من حدة التوتر والقلق الناتجة عن الإصابة بمرض السكري.

كما يُعيد الباحثان النتيجة إلى الجهود التي تبذلها الأسرة من أجل توفير بيئة سليمة خالية من التوترات والضغوطات، مما يساعد المريض على التكيف مع محيطه الخارجي بصفة جيدة. كل هذا له تأثير على مستوى نوعية حياته، كما أنه يُساهم في الرفع من معنوياته وإحساسه بأنه جزء لا يتجزأ من مجتمعه، وله كل الحقوق والواجبات، ما يجعل المريض ينظر إلى مرضه بنظرة تفاؤل لا تشاؤم ويعزز لديه فرص التقدم والنجاح، كما يُساهم في التخفيف من حدة ظهور مضاعفات السكري.

ويمكن إرجاع النتيجة إلى وفرة الكادر الطبي المتخصص في مرض السكري والغدد الصماء، مما يجعل نسبة تواجد الأدوية والرعاية النفسية والصحية لمرضى السكري عالية، فينعكس على جودة حياة المريض وعلى تقديره لذاته، أما عن مجال الصحة الجسدية فقد يعود إلى أن المريض قد يشعر بعدم الرضا عن نفسه، وذلك نتيجة للأعراض التي يُخلِّفها المرض على مظهره الخارجي، وبالخصوص لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور، كما قد يمنعه ذلك بالقيام ببعض الواجبات في حياته اليومية وتحقيق أهدافه، مما قد يُثيرُ لدى المريض شعور بعقدة نقص، فيُمكن أن يؤثر في مستوى تقديره لذاته، ويعزز لديه الشعور باليأس والرغبة الهروب وعدم الرضا عن نوعية حياته.

وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة تشيكايا ولورنتز ودمارست وفاغنر (Tchicaya, Lorentz, Demarest, Beissel, & Wagner, 2015) ونتيجة دراسة صفافي وصمادي ومحمودي (Safavi, Samadi & Mahmoodi, 2011) اللتين أظهرتا وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري.

**التوصيات**

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، يمكن التوصية بما يلي:

1. زيادة اهتمام مؤسسات المجتمع بمريضات السكري وخاصة وزارة الصحة للاهتمام بنوعية الخدمات الصحية والنفسية المقدمة لمرضى السكري خاصة فئة الإناث، والعمل على تقديم الدعم والمساندة بكافة أشكالها وأبعادها من أجل تعزيز الثقة بالنفس، والوصول بهن إلى مستوى عالٍ من تقدير الذات والرضا عن الحياة.

2. مساعدة مرضى السكري على بناء تقدير ذاتي إيجابي؛ بمعنى مساعدتهم على الوصول إلى التحكم وإدارة الذات بحيث يصبح لهم رؤى وأهداف مستقبلية يسعون لتحقيقها. وبالتالي تكون لهم فعالية تجاه أنفسهم ومجتمعهم، تجعلهم يصلون إلى قمة التوافق النفسي والصحة النفسية، وبالتالي الصحة الجسدية.
3. إجراء دراسات أخرى تشتمل على عينة أكبر من مرضى السكري، وإدراج متغيرات أخرى ذات صلة بالموضوع، والتي قد يكون لها دور أكثر تأثيراً في مستوى تقدير الذات ونوعية الحياة لدى مرضى السكري كنوع العلاج، ونوع الإصابة بمرض السكري (النوع الأول، أو النوع الثاني).

## المراجع


ابراهيم، محمد. (1993). *السكر: أسبابه ومضاعفاته وعلاجه*. القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر.

أبو أسعد، أحمد. (2009). *دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية*. عمان: ديبونو للطباعة والنشر.

الاتحاد الدولي لمرض السكري. (2013). أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري. استرجعت بتاريخ 29 ديسمبر، 2015، من الموقع: www.idf.org.

جردات، عبد الكريم. (2006). العلاقة بين تقدير الذات والاتجاهات اللاعقلانية لدى الطلبة الجامعيين. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، 3(1)، 143-153.

الجمعية الأمريكية لمرض السكر. (2004). *مرض السكري*. استرجعت بتاريخ 15مارس، 2015، من الموقع https://ar.wikipedia.org.

الحميد، محمد. (2007). *مرض السكري: أسبابه، ومضاعفاته وعلاجه*. الرياض: جامعة الملك سعود.

الخطيب، بلال. (2004). *معايير تقدير الذات على مقياس مطور للبيئة الأردنية*، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.

ذيب ، عايدة .(2010). *الانتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة*. عمان: دار الفكر.

صوالحة، كوثر. (2014). *الغذاء الصحي للسكري*. جريدة الدستور يومية سياسية عربية. استرجعت بتاريخ 20 نوفمبر، 2015، من الموقع: http://www.addustour.com.

عبد المعطي، حسن. (2005). *الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر*. ورقة مقدمة إلى المؤتمر العلمي الثالث للإنماء النفسي والتربوي للانسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر، 13-23.

كتلو، كامل وتيسير، عبد الله. (2011). نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية. *علم النفس*، 24(88)، 64-89.

كفافي، علاء الدين. (2009). *علم النفس الارتقائي: سيكولوجية الطفولة والمراهقة*. عمّان: دار الفكر.

مجلي، شايع. (2013). تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة الصف الثامن من مرحلة التعليم الأساسي بمدينة صعده. *مجلة دمشق للعلوم التربوية*،1(29)، 59-104.

المرزوقي، جاسم. (2008). *الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر*. عمّان: دار الإيمان للنشر والتوزيع.

المشعان، عويد والحويلة، أمثال. (2013). الفرق بين نوعية الحياة لدى طلبة جامعة الكويت وفق الجنس والحالة الصحية. *المجلة التربوية*، 26 (104)، 15-57.

منظمة الصحة العالمية. (2013). التقرير الخاص بالصحة: بحوث التغطية الشاملة. استرجعت بتاريخ 15 نوفمبر، 2015، من الموقع http://www.who.int.

منظمة الصحة العالمية. (2015). داء السكري. صحيفة وقائع رقم 312. استرجعت بتاريخ 22 نوفمبر، 2015، من الموقع http://www.who.int.

وزارة الصحة، إحصائيات ومؤشرات صحية. (2015). المجموعات المرضية حسب الفئة العمرية والجنس. استرجعت بتاريخ 10 نوفمبر، 2015، من الموقع http://www.moh.gov.jo.

Bonomi, A., Patrick, D., & Bushnell, D. (2002). Validation of the United States version of World Health Organization, Quality Of Life (WHOQOL) Instrument. *Journal of Clinical Epidemiology,* 53(1), 1-12.

Cummins, R. (1996). The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on college staff and student. *Educational & Psychological Measurement*, 54(2), 372- 383.

Donvan, J. (1998). Reporting on quality of life in randomized controlled trials: Bibliographic Study. *British Medical Journal*, 317, 1191-1195.

Gavusoglu, H. (2014). Self-esteem in adolescence A comparison with diabetes mellitus and leukemia. *Continuing Education Series*, 27(4), 355-361.

Gholami, A., Borji, A., Shirazi, F., & Azini, E. (2013). Quality of life in patients with type 2 diabetes. *Shiraz E-Medical Journal,* 14(3), 162-171.

Hall, S. & Cohn, L. (1993). *Self-Esteem Tools for Recovery*, Mishawaka: Better World Books

Kelvin, L. (2001). *Multicomponent Model for Test Items Design*. Paper Presented at Annual Conference of the Australian Association for Research in Education, Perth, Dec., 2-6.

Magela, S., Donata, M., Blanes, L., Masako, F. (2011). Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Tissue Viability,* 20(3), 100-106.

Miamin, A., & Tukmagi, H. (2014). Quality of life of diabetes with type 1 mellitus in Al- hilla city-Iraq**.** *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 23(2), 99-103.

Orth, U., Trzesniewski, K., & Robins, R. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645-658.

Reitmeir, P., Ladwig, K.-H., Greiser, G., & Tamyo, T . (2015). Health- related quality of life in women and men with 2 type diabetes: A comparison across treatment groups. *Journal of Diabetes and its Complications*, 1(2), 203-211.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Safavi, M., Samadi, N., & Mahmoodi, M. (2011). Effect of quality of life improvement on type 2 diabetes patients' self-esteem. *Saudi Medical Journal,* 32 (9), 3-7.

Skevington, S., Lotfy, M. & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299–310.

Spasic, A., Velickovic, R., Dordevic, A., Nikola, S., & Tatjana, C. (2014).Quality of Life in type 2 diabetic patients. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 31(3), 193–200.

Tchicaya, A., Lorentz, N. Demarest, S., Beissel, J. & Wagner, D. (2015). Relationship between self-esteem weight change, educational status, and health-related quality of life in patients with diabetes in Luxembourg. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(149), 1-9.

World Health Organization. (2004). *The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF***.** Geneva: World Health Organization.

Yücel, C., AK, I. & Güler, E. (2015). Investigation of sleep quality, quality of life, anxiety and depression in patients with diabetes mellitus. *International Journal of Diabetes*, 35(1), 39-46.

Zashikhina, A., & Hagglof, B. (2014). Self-esteem in adolescents with chronic physical illness vs. controls in northern Russia. *International Journal of Adolescents Medicine and Health*, 1(3), 1-7.