Al-Farouk journal of sciences
Volume (2), Issue (1) (March, 2026)
ISSN: 3135-2359

مجلة الفاروق للعلوم
المجلد (2) العدد 1 مارس 2026
ردمد: 3135-2359

جودة الحياة لدى مرضى داء السكري: دراسة ميدانية بمركز علاج السكري والغدد الصماء بمدينة الزاوية، ليبيا

د. أسمهان أحمد موني

قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الزاوية
a.mouni@zu.edu.ly

Quality of life among patients with diabetes: A field study at the Diabetes and Endocrinology Treatment Center in Zawiya, Libya

Dr. asmahan mouni
Department of Psychology, Faculty of Arts, University of Zawiya

تاريخ الاستلام: 2026/1/29 تاريخ المراجعة 2026/2/20 تاريخ القبول:2026/2/26- تاريخ النشر: 2026/3/20

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري، والكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة تبعا لبعض المتغيرات الديموغرافية والصحية المتمثلة في النوع، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس جودة الحياة الذي أعدته حياة تواتي، وهو مقياس معياري يتضمن عددا من الأبعاد المرتبطة بالجوانب النفسية والاجتماعية والصحية. تكونت عينة الدراسة من (40) مريضا ومريضة من المترددين على مركز علاج السكري والغدد الصماء بمدينة الزاوية في ليبيا.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة جاء مرتفعا بصورة عامة، مع وجود تفاوت في مستويات الأبعاد المختلفة للمقياس. كما كشفت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تعزى إلى متغيرات النوع، والعمر، ومدة الإصابة بالمرض، مما يشير إلى عدم اختلاف تقييم أفراد العينة لجودة حياتهم باختلاف هذه المتغيرات.

وفي ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بأهمية تعزيز جودة الحياة لدى مرضى السكري من خلال تطوير برامج الدعم النفسي والاجتماعي، والاهتمام بالجوانب الصحية والتوعوية، بما يساعد المرضى على التكيف مع متطلبات المرض وتحسين مستوى الرعاية المقدمة لهم.

Abstract

This study aimed to assess the quality of life (QoL) among patients with diabetes mellitus and to examine differences in QoL according to selected demographic and health-related variables, namely gender, age, and duration of the disease. To achieve the study objectives, the Quality of Life Scale developed by Hayat Touati was employed. This standardized instrument comprises several dimensions related to psychological, social, and health aspects of quality of life. The study sample consisted of 40 male and female patients attending the Diabetes and Endocrinology Treatment Center in Al Zawiya, Libya.

The findings revealed that the participants generally reported a high level of quality of life, although variations were observed across the different dimensions of the scale. The results also

indicated that there were no statistically significant differences in quality of life attributable to gender, age, or duration of diabetes, suggesting that participants' perceptions of their quality of life did not vary according to these variables.

Based on these findings, the study recommends strengthening the quality of life of patients with diabetes through the development of psychological and social support programs, greater attention to health promotion and patient education, and interventions that facilitate adaptation to the demands of the disease and improve the quality of healthcare services provided.

مقدمـــة:

يعد داء السكري من الأمراض المزمنة التي تشهد انتشارا متزايدا على المستوى العالمي، ويمثل تحديا صحيا واقتصاديا متناميا لاسيما في الدول النامية، وتشير تقديرات الاتحاد الدولي للسكري إلى أنه في ليبيا بلغ عدد البالغين (20–79 سنة) المصابين بداء السكري بنحو 436.4 ألف شخص، بمعدل انتشار معياري للعمر بلغ 13.8%، كما أشارت التقديرات إلى أن نحو 255.4 ألف شخص كانوا يعانون **من** اختلال تحمل الجلوكوز(Impaired Glucose Tolerance, IGT) وهو أحد أشكال مرحلة ما قبل السكري بنسبة انتشار بلغت 7.4 %. (Magliano & Boyko, 2021, p. 114) وتعكس هذه المؤشرات العبء المتزايد للسكري ومقدماته في ليبيا والحاجة إلى تعزيز الجهود الرامية إلى الوقاية منه والحد من مضاعفاته.

حيث يمتد تأثير داء السكري إلى ما هو أبعد من الاضطرابات الفسيولوجية المرتبطة بارتفاع مستويات سكر الدم، ليشمل مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية والوظيفية. ونظرا للطبيعة المزمنة للمرض وما يتطلبه من التزام مستمر بالعلاج وتغيير نمط الحياة، فقد أصبح من الضروري النظر إلى حالة المريض ضمن إطار شامل يتجاوز المؤشرات السريرية إلى تقييم جودة الحياة التي يعيشها.

وقد أصبح مفهوم جودة الحياة أحد المؤشرات المهمة في تقييم فعالية الرعاية الصحية الحديثة، إذ لم يعد نجاح التدخلات العلاجية يقاس فقط بمدى السيطرة على المرض أو تقليل مضاعفاته، وإنما أيضا بقدرة المريض على ممارسة أنشطته اليومية، وتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي، والشعور بالرضا عن حالته الصحية. وتبرز أهمية دراسة جودة الحياة لدى مرضى داء السكري بصورة خاصة لما يفرضه المرض من أعباء مستمرة قد تؤثر في استقلالية الفرد وعلاقاته الاجتماعية وحالته النفسية وقدرته على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية.

في ضوء ما سبق جاءت هذه الدراسة بهدف تقدير مستوى جودة الحياة لدى عينة من مرضى داء السكري والإسهام في إثراء المعرفة العلمية حول هذا الموضوع، من خلال توفير بيانات يمكن الاستفادة منها في دعم جهود الرعاية الصحية، وتطوير البرامج الموجهة لتحسين جودة الحياة لدى مرضى داء السكري.

مشكلة الدراسة:

يعد داء السكري أحد التحديات الصحية المتنامية في الدول العربية ومن بينها ليبيا نظرا لارتفاع معدلات انتشاره وما يرتبط به من مضاعفات صحية متعددة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والاعتلال العصبي والفشل الكلوي وغيرها من المضاعفات التي قد تؤثر في حياة المصابين به. ويصنف السكري ضمن الأمراض المزمنة التي لا تقتصر آثارها على الجانب الجسمي فحسب بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والاجتماعية، إذ يفرض على المريض نمطا حياتيا جديدا يتطلب التكيف المستمر مع متطلبات العلاج والالتزام بالحمية الغذائية والمتابعة الطبية الدورية والمراقبة المستمرة لمستويات سكر الدم فضلا عن التعامل مع احتمالية ظهور مضاعفات صحية مستقبلية. وقد تنعكس هذه التحديات مجتمعة على مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري.

وتعد جودة الحياة من المؤشرات المهمة في تقييم أثر الأمراض المزمنة إذ تعكس مدى شعور الفرد بالرضا عن حياته والتكيف مع الظروف الصحية المختلفة. حيث أن مرضى السكري قد يواجهون تحديات متعددة تؤثر في جودة حياتهم نتيجة الأعراض الجسمية والخوف من المضاعفات والضغوط النفسية المرتبطة باستمرار المرض، إضافة إلى تأثيره في العلاقات الاجتماعية والأنشطة اليومية.

وتشير الأدبيات إلى أن الإصابة بالأمراض المزمنة ومنها داء السكري قد ترتبط بزيادة مستويات الضغوط النفسية الأمر الذي قد ينعكس على قدرة المرضى على إدارة الرعاية الذاتية والتكيف مع المرض وبالتالي يؤثر في مستوى جودة حياتهم. كما أوضحت بعض الدراسات وجود اختلافات في مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري تبعا لبعض المتغيرات الديموغرافية والصحية مما يشير إلى أهمية دراسة جودة الحياة لدى هذه الفئة والكشف عن العوامل المرتبطة بها. (العشري، 2022: 215) (إسماعيل وآخرون، 2022: 88)

وعلى الرغم من أهمية جودة الحياة بوصفها أحد المؤشرات الأساسية لفهم تجربة المريض مع المرض المزمن، فإن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع لدى مرضى السكري في البيئة الليبية ما تزال محدودة، الأمر الذي يشير إلى وجود حاجة لإجراء دراسات علمية تسهم في تحديد مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري، وفهم الجوانب الأكثر تأثرا لديهم بما يساعد في تطوير برامج صحية ونفسية تهدف إلى تحسين التكيف مع المرض والارتقاء بمستوى الرعاية المقدمة لهم.

بناء على ذلك تتمثل مشكلة هذه الدراسة في التساؤلات التالية:

1- ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري؟
2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى إلى متغيرات النوع والعمر ومدة الاصابة؟

أهمية الدراسة:

أولا: الأهمية النظرية:

1- تسهم الدراسة في إثراء الأدبيات النفسية والصحية المتعلقة بجودة الحياة لدى مرضى داء السكري، من خلال إبراز أهميتها بوصفها مؤشرا يعكس التفاعل بين الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية لدى المرضى.
2- تدعم الدراسة الفهم العلمي للعلاقة بين الإصابة بداء السكري وجودة الحياة، بما يعزز توجهات علم النفس الصحي نحو الرعاية الشمولية للمرضى.

ثانيا: الأهمية التطبيقية:

1- تسهم نتائج الدراسة في دعم تطوير برامج الرعاية الصحية لمرضى داء السكري، بما يراعي تحسين جودة الحياة إلى جانب العلاج الطبي.
2- توفر نتائج الدراسة أساسا علميا يمكن الإفادة منه في إعداد برامج إرشادية وتوعوية تهدف إلى دعم المرضى نفسيا واجتماعيا، وتعزيز قدرتهم على التكيف مع المرض وإدارته.

أهداف الدراسة:

1. التعرف على مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري.
2. الكشف عن دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تبعا لمتغيرات النوع، العمر، ومدة الإصابة.

فرضيات الدراسة:

1. يوجد لدى عينة الدراسة من مرضى داء السكري مستوى متوسط أو أقل من جودة الحياة ذو دلاله إحصائية عند مستوى المعنوية (0.05).
2. لا توجد فروق ذات دالة إحصائيا عند مستوى المعنوية (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير النوع.
3. لا توجد فروق ذات دالة إحصائيا عند مستوى المعنوية (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير العمر.
4. لا توجد فروق ذات دالة إحصائيا عند مستوى المعنوية (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة.

حدود الدراسة:

اقتصرت هذه الدراسة على تناول موضوع جودة الحياة لدى عينة من مرضى داء السكري المراجعين لمركز علاج السكري والغدد الصماء بمدينة الزاوية من الذكور و الإناث المتزوجين، وذلك خلال عام (2025).

مصطلحات الدراسة:

من أهم المفاهيم الواردة في الدراسة ما يلي:

جودة الحياة: تعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO) بأنها: إدراك الأفراد لوضعهم في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها والمرتبطة بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم وهو مفهوم واسع النطاق يتأثر بعدة عوامل من أهمها صحة الفرد الجسمية، حالته النفسية، مستوى استقلاله، علاقاته الاجتماعية، وعلاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها. (عبد الخالق، 2011: 373)

التعريف الإجرائي لجودة الحياة: هي الدرجة الكلية التي يحصل عليها مريض داء السكري على مقياس جودة الحياة لدى المرضى المزمنين المستخدم في هذه الدراسة، والتي تعكس مستوى جودة حياته في أبعادها الصحية والأسرية والزوجية والمهنية والدينية والاجتماعية والشخصية والنفسية والرضا عن الحياة.

داء السكري: تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج كمية كافية من هرمون الإنسولين، أو عندما يعجز الجسم عن استخدامه بشكل فعال، والأنسولين هو الهرمون المسؤول عن تنظيم مستوى

السكر في الدم، ويؤدي اضطراب إفرازه أو فعاليته إلى ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم، مما قد يسبب مع مرور الوقت أضرارا خطيرة في العديد من أعضاء الجسم، ولا سيما في الأعصاب والأوعية الدموية. (فوناس، 2021: 103)

التعريف الإجرائي لداء السكري: هو المرض المزمن المشخص طبيا لدى أفراد عينة الدراسة، والمتمثل في اضطراب تنظيم مستوى الجلوكوز في الدم نتيجة خلل في إفراز الإنسولين أو في فعاليته، ويقتصر في هذه الدراسة على المرضى المترددين على مركز علاج السكري والغدد الصماء بمدينة الزاوية.

مرضى السكري: هم الأفراد المصابون بداء السكري، والمترددون على مركز علاج السكري والغدد الصماء بمدينة الزاوية لتلقي المتابعة والعلاج.

الجانب النظري للدراسة:

تعد جودة الحياة من المفاهيم التي حظيت باهتمام متزايد في المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية، لارتباطها الوثيق بصحة الفرد ورفاهيته وقدرته على التكيف مع متطلبات الحياة، ولا سيما لدى المصابين بالأمراض المزمنة، ومن بينها داء السكري.

أولاً: جودة الحياة:

1- **مفهوم جودة الحياة:**

تعرفها (فكري، 2015 :39-40) بأنها: شعور الفرد بالرضا عن حياته، وإحساسه بالسعادة والراحة النفسية، وقدرته على إشباع حاجاته والتعامل بكفاءة مع تحديات الحياة.

وتعرف الباحثة جودة الحياة لدى مرضى داء السكري بأنها: إدراك المريض لمستوى جودة حياته في أبعادها الصحية، والأسرية، والزوجية، والمهنية، والدينية، والاجتماعية، والشخصية، والنفسية، ومدى رضاه عن حياته وقدرته على التكيف مع المرض.

2- النظريات المفسرة لجودة الحياة:

تفسر جودة الحياة من خلال عدة مداخل ونماذج نظرية تتكامل فيما بينها لفهم طبيعة هذا المفهوم، خاصة لدى مرضى الأمراض المزمنة مثل داء السكري. وتشمل أهم المداخل النظرية ما يلي:

1- المدخل الطبي:

يركز على الحالة الصحية للفرد، ويرى أن تحسين جودة الحياة يمثل هدفا أساسيا للرعاية الصحية من خلال الحد من الأعراض والمضاعفات، وتعزيز قدرة المريض على التكيف والرضا عن حياته. (الطيب وآخرون، 2009: 70)

2- المدخل النفسي:

ينظر إلى جودة الحياة باعتبارها نتاجا للتفاعل بين المؤشرات الموضوعية والذاتية، حيث ترتبط بإشباع الحاجات الإنسانية والشعور بالرضا والسعادة وتقدير الفرد لحياته. (عبد المعطي، 2005: 15-16)

3- المدخل الاجتماعي:

يركز على دور العلاقات الاجتماعية والظروف البيئية والمهنية في تشكيل إدراك الفرد لجودة حياته، من خلال إشباع الحاجات الأساسية وتحقيق التفاعل الإيجابي مع المجتمع. (الغندور، 1999: 66)

كما قدمت الأدبيات عددا من النماذج المفسرة لجودة الحياة، من أبرزها النموذج التكاملي لفينتيجودت الذي يميز بين جودة الحياة الذاتية المرتبطة بالرضا والسعادة، وجودة الحياة الوجودية المرتبطة بالمعنى والانسجام مع الذات، وجودة الحياة الموضوعية المرتبطة بالتوافق مع البيئة والقيم الاجتماعية. (الشناوي، 2010: 46)

وتؤكد نظرية فرانكل للعلاج بالمعنى أن جودة الحياة ترتبط بقدرة الفرد على إيجاد معنى وهدف لحياته، حيث يساعد ذلك على مواجهة الضغوط والتكيف مع المرض. (قشقوش، 2012: 297)

كما تشمل النماذج الحديثة نموذج الرفاهية الذاتية (SWB) الذي يركز على رضا الفرد عن حياته ومشاعره الإيجابية والسلبية، ونموذج زهان الذي يربط جودة الحياة بالعوامل الصحية والاجتماعية والثقافية للفرد، ويرى أن المتغيرات الديموغرافية تلعب دورا في تشكيل جودة الحياة. (شويخ، 2007: 70) وكذلك نموذج مدى الحياة الذي يؤكد تأثير العوامل البيئية والاجتماعية والدعم الأسري. إضافة إلى نموذج فيريل الذي يقسم جودة الحياة إلى أربعة أبعاد أساسية هي: البعد الجسدي والنفسي والاجتماعي والروحي(Diener, 2001 :p 305 Carr, 1997: p43)

يتضح من هذه النظريات والنماذج أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد لا يقتصر على الجانب الصحي فقط، بل يشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والوجودية مما يجعله إطارا مناسبا لفهم تجربة مرضى داء السكري، وتحديد العوامل التي تساعدهم على التكيف وتحسين حياتهم.

3- أدوات قياس جودة الحياة:

تنقسم أدوات قياس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

أ- **المقاييس العالمية:** صممت من أجل قياس جودة الحياة بشكل متكامل وهذا قد يكون سؤالا وحيدا يتم طرحه على الفرد لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس فلانجان (Flanagan) لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم في 15 مجال من مجالات الحياة.

ب- **المقاييس العامة:** تستخدم لتقييم جودة الحياة لدى فئات السكان، سواء الأصحاء أو المرضى ومن أشهرها -WHOQOL (BREF) و(SF-36). وتتميز بإمكانية المقارنة بين المجموعات المختلفة، إلا أنها قد تكون أقل حساسية للتغيرات المرتبطة بمرض معين.

ج- **المقاييس الخاصة بالمرض:** صممت لقياس جودة الحياة لدى مرضى مرض معين، ومن أشهر المقاييس المستخدمة مع مرضى السكري: Diabetes Quality of Life – DQOL و-Dependent Quality of Life Audit of Diabetes ADDQoL وتتميز هذه الأدوات بحساسيتها العالية للكشف عن تأثير المرض والعلاج في حياة المريض. (الهمص، 2010: 50)

تأسيسا على ما سبق أن اختيار الأداة المناسبة يجب أن يستند إلى معايير دقيقة منها هدف الدراسة، طبيعة العينة ونوع البيانات المطلوبة لضمان قياس دقيق يعكس أبعاد جودة الحياة المتأثرة بحالة مرضية مزمنة مثل داء السكري.

ثانيا: داء السكري:

1- مفهوم داء السكري:

يعرفه (تايلور 2008: 760): بأنه من الأمراض المزمنة الناتجة عن اضطراب في إفراز هرمون الإنسولين أو في انخفاض قدرة الجسم على استخدامه بكفاءة، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم.

وتعرفه الباحثة بأنه: اضطراب مزمن يتمثل في ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم نتيجة خلل في إفراز الإنسولين أو في فعاليته، مما قد يؤثر في الحالة الصحية العامة للفرد وجودة حياته.

2- أنواع داء السكري وأسبابه وعلاجه:

- السكري من النوع الأول المعتمد على الإنسولين (Type 1 / IDDM) الذي يحدث غالبا لدى الأطفال والشباب نتيجة نقص أو انعدام إفراز الإنسولين بسبب تلف خلايا البنكرياس، حيث يتطلب النوع الأول استخدام الإنسولين بشكل دائم لتعويض النقص في إفرازه.

- السكري من النوع الثاني غير المعتمد على الإنسولين (Type 2 / NIDDM) يتميز بوجود مقاومة لعمل الإنسولين مع ضعف أو تأخر إفرازه، ويعد الأكثر شيوعا خاصة لدى البالغين ومرتبطا بعوامل نمط الحياة مثل السمنة وقلة النشاط البدني والضغوط النفسية، وفي هذا النوع يكون الإنسولين موجودا لكن تأثيره غير كاف لتنظيم سكر الدم مما يؤدي إلى ارتفاعه. حيث يتطلب علاجه تعديل نمط الحياة إلى جانب استخدام الأدوية الخافضة للسكر، وقد يستدعي الأمر استخدام الإنسولين في المراحل المتقدمة.

- سكري الحمل وهو حالة مؤقتة تظهر أثناء الحمل نتيجة تأثير الهرمونات التي تقلل حساسية الجسم للإنسولين، وغالبا يختفي بعد الولادة. إلا أن نسبة كبيرة من المصابات به قد تتطور حالتهن لاحقا إلى السكري من النوع الثاني. يتم التحكم فيه من خلال الحمية الغذائية والنشاط البدني، مع اللجوء إلى الإنسولين عند الحاج.

- أنواع أخرى نادرة تنتج عن اضطرابات هرمونية أو أمراض البنكرياس أو تأثير بعض الأدوية مثل الكورتيزون. (كلافيل،2002: 22)

3- العوامل المؤثرة في جودة الحياة لدى مرضى داء السكري:

نظرا لما يسببه داء السكري من آثار صحية ونفسية واجتماعية مستمرة، لم يعد الاهتمام مقتصرا على العلاج الطبي، بل امتد ليشمل تقييم جودة حياة المرضى بوصفها مؤشرا مهما لفاعلية الرعاية الصحية. وتتأثر جودة الحياة بمجموعة من العوامل الطبية والديموغرافية التي تتداخل في تحديد مدى تأثير المرض على الفرد.

وتشير الدراسات إلى أن النوع يعد من العوامل المرتبطة بجودة الحياة، إذ أظهرت بعض الدراسات أن النساء يعانين من انخفاض في جودة الحياة مقارنة بالرجال، وهو ما يعزى إلى عوامل نفسية واجتماعية واختلافات في التكيف مع المرض. (: Al Shamsi et al, 2018p. 45)

كما يعد العمر من العوامل المؤثرة حيث يواجه كبار السن مضاعفات صحية أكثر وصعوبات أكبر في التكيف مع المرض، مما قد ينعكس سلبا على جودة حياتهم. كذلك ترتبط مدة الإصابة بداء السكري بزيادة احتمالية حدوث المضاعفات، الأمر الذي قد يؤثر في الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية للمريض. (Al Shamsi et.al, 2020: p.222) ومن جهة أخرى تسهم

عوامل مثل التحكم الجيد في مستوى السكر في الدم والدعم الاجتماعي والصحة النفسية في تحسين جودة الحياة لدى مرضى داء السكري، في حين قد يؤدي ضعف هذه العوامل إلى انخفاضها. (Liao et al, 2018: p. 150)

الدراسات السابقة:

تناولت العديد من الدراسات جودة الحياة لدى مرضى داء السكري، وفيما يلي عرض موجز لأبرزها:

): هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة Aschalew et al. 2020- دراسة أشاليو وآخرين (الحياة المرتبطة بالصحة والعوامل المؤثرة فيها لدى مرضى السكري شمال غرب إثيوبيا. واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي، على عينة بلغت (408) مريض. واعتمدت مقياس منظمة الصحة العالمية المختصر

). وأظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة كان متوسطا وأن التقدم في WHOQOL-BRE لجودة الحياة (العمر، ووجود المضاعفات، وانخفاض الدخل ارتبطت بانخفاض جودة الحياة، في حين أسهم الالتزام بالعلاج وممارسة النشاط البدني في تحسينها.

- دراسة أبيديني وآخرين (Abedini et al., 2020): هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني وعلاقتها بالخصائص الديموغرافية والصحية في مدينة بير جند الإيرانية. وشملت العينة (300) مريض، واستخدم مقياسي EQ-5D-5L و EQ-VAS . وبينت النتائج أن جودة الحياة تنخفض لدى المرضى الذين يعانون من مضاعفات صحية أو من طول مدة الإصابة بالمرض.

- دراسة لونغ وآخرين (Long et al., 2021): هدفت الدراسة إلى مقارنة جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين المصابين بالسكري ومقدمات السكري وذوي المستويات الطبيعية للسكر في جنوب غرب الصين. وتكونت العينة من (1205) فردا. وتم استخدام مقياسي (EQ-5D-5L) (EQ-VAS). وأظهرت النتائج أن مرضى السكري سجلوا مستويات أقل من جودة الحياة مقارنة ببقية المشاركين، كما ارتبطت المضاعفات بانخفاض جودة الحياة.

- دراسة أمين وآخرين (Amin et al., 2022): هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الحياة ومحدداتها لدى مرضى السكري من النوع الثاني ببنغلاديش. وطبقت على عينة مكونة من (500) مريضا. واستخدم مقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة WHOQOL-BREF. وأظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة كان أقل من المتوسط في الأبعاد الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية، كما تبين أن انخفاض المستوى التعليمي والدخل الشهري ووجود مضاعفات المرض ارتبطت بانخفاض جودة الحياة، في حين ارتبط ارتفاع المستوى التعليمي والدخل بتحسنها.

- دراسة تامور نبارك وآخرين (Tamornpark et al., 2022): هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الحياة والعوامل المرتبطة بتحسن جودة الحياة لدى مرضى داء السكري في شمال تايلاند. واشتملت العينة على (967) مريضا من مراجعي ستة مستشفيات، واستخدم مقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة WHOQOL-BREF. وأظهرت النتائج أن صغر العمر وارتفاع الدخل وممارسة النشاط البدني بانتظام وارتفاع مستوى المعرفة بالسكري والدعم الأسري والاجتماعي ارتبطت بتحسن جودة الحياة.

- دراسة العشري (2022): هدفت إلى توضيح دور كل من إدارة الرعاية الذاتية، الضيق الانفعالي المتعلق بالسكري، وفاعلية الذات في إدارة المرض والتنبؤ بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من النوع الثاني. اشتملت العينة على (323) مريض، التي تراوحت أعمارهم ما بين (23-70) سنة. وتم استخدام مجموعة من المقاييس من بينها مقياس جودة الحياة لمرضى السكري (QOLID). وتوصلت النتائج إلى أن جميع هذه المتغيرات لها قدرة تنبؤية لجودة الحياة الصحية لدى المرضى. أي أن ارتفاع إدارة الرعاية الذاتية وفاعلية الذات، وانخفاض الضيق الانفعالي مرتبطة بجودة حياة صحية أعلى. وأن الضيق الانفعالي كان من أهم المعيقات لجودة الحياة المرتبطة بالصحة. وأوضحت ايضا عدم وجود فروق بين الجنسين في هذه المتغيرات.

- دراسة اسماعيل وآخرون (2022): هدفت إلى دراسة مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى معلمات مصابات بالسكري من النوع الثاني وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل: نوع المرض، مدة الإصابة، نوع العلاج، ومستوى الدخل، وتكونت العينة من (123) معلمة في محافظة الفيوم، وتم استخدام مقياس من اعدد الباحثات. ومن بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لنوع المرض (سكري فقط أو مصاحب لأمراض أخرى) في مؤشرين الصحة العامة وحدود النشاط اليومي. وتوجد فروق لمتغير مدة الإصابة (أفضل لمن أصيب أقل من 3 سنوات) في إدراك الصحة الحاضرة والمستقبلية.

دراسة يعيش (2025): وكان الهدف التعرف على مستوى جودة الحياة لدى الراشد المصاب بداء السكري من خلال الأبعاد الجسمية، النفسية، الاجتماعية والبيئية. وتكونت العينة من 4 حالات (2 إناث و 2 ذكور)، واشتملت أدوات جمع المعلومات على ملاحظة نفسية، مقابلة نصف موجهة، ومقياس جودة الحياة لتقييم الأبعاد المذكورة. توصلت الدراسة إلى ان ثلاث حالات أظهرت مستوى مرتفعا في جودة الحياة في جميع الأبعاد، وحالة واحدة سجلت مستوى منخفض.

تعقيب على الدراسات السابقة:

تشير الدراسات السابقة إلى اهتمام متزايد بدراسة جودة الحياة لدى مرضى داء السكري، مع تنوع أهدافها وعيناتها والأدوات المستخدمة فيها. وقد اتفقت معظمها على أهمية قياس مستوى جودة الحياة والعوامل المرتبطة بها مع اختلاف المتغيرات محل الدراسة. فقد أظهرت دراسة العشري (2022) عدم وجود فروق دالة في جودة الحياة تبعا للجنس، بينما أشارت دراسات أشاليو وآخرين (2020) وأمين وآخرين (2022) إلى ارتباط التقدم في العمر بانخفاض جودة الحياة، كما بينت دراسة أبيديني وآخرين (2020) انخفاض جودة الحياة مع زيادة مدة الإصابة. كذلك أوضحت عدة دراسات منها أشاليو وآخرون (2020) وأمين وآخرون (2022) وتامورنبارك وآخرون (2022) أن المضاعفات الصحية ترتبط بانخفاض جودة الحياة، في حين يسهم الدعم الاجتماعي والالتزام بالعلاج في تحسينها.

كما اختلفت الدراسات في طبيعة العينات وأدوات القياس إذ اعتمدت معظمها على مقاييس معيارية مثل . WHOQOL BREF مقياس منظمة الصحة العالمية المختصر لجودة الحياة

وفي ضوء ذلك تسعى الدراسة الحالية إلى بحث الفروق في جودة الحياة تبعًا لمتغيرات الجنس والعمر ومدة الإصابة لدى مرضى داء السكري في البيئة العربية بما يسهم في إثراء الأدبيات في هذا المجال.

إجراءات الدراسة (الجانب الميداني) :

تم تنفيذ الجانب الميداني للدراسة وفق الإجراءات المنهجية الآتية:

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لملائمته لطبيعة الظاهرة محل الدراسة، إذ يهدف إلى وصفها وصفا دقيقا من خلال جمع البيانات والمعلومات المتعلقة بها، ثم تحليلها وتفسيرها للوصول إلى نتائج تسهم في فهمها وتطويرها. وقد عرفه (مليح، عبدالصمد، 2020: 40) بأنه منهج علمي يقوم على وصف الظاهرة وصفا دقيقا وجمع البيانات والمعلومات عنها، وتحليلها وتفسيرها بهدف الوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد على فهم الظاهرة.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى داء السكري المراجعين لمركز علاج السكري والغدد الصماء بمدينة الزاوية خلال عام (2025).

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة باستخدام أسلوب العينة القصدية من بين المرضى المراجعين لمركز علاج السكري والغدد الصماء بمدينة الزاوية، وبلغ عدد أفرادها 40 مريضا من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين (20 - 55) سنة، وجميعهم متزوجون. فيما تراوحت مدة الإصابة بداء السكري لديهم بين سنة واحدة و(12) سنة.

واشترط في اختيار أفراد العينة أن يكونوا مصابين بداء السكري فقط، وألا يعانوا من أي أمراض مزمنة أخرى، وذلك لضمان أن تعكس نتائج الدراسة أثر داء السكري في جودة الحياة دون تأثرها بعوامل صحية مزمنة أخرى.

أولا: وصف خصائص أفراد العينة:

يتناول هذا الجزء النتائج المتعلقة بخصائص عينة الدراسة من حيث النوع، العمر ومدة الاصابة.

جدول (1) توزيع أفراد العينة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة
ذكر	16	40.0%
أنثى	24	60.0%
الإجمالي	**40**	**%100.0**

تشير نتائج الجدول (1) إلى أن الإناث يشكلن النسبة الأكبر من أفراد العينة بنسبة بلغت 60%، في حين بلغت نسبة الذكور 40%. ويعكس هذا التوزيع ميلا نحو تمثيل أعلى للإناث في العينة المدروسة.

جدول (2) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	النسبة
20-40 سنة	14	%35
41-50 سنة	9	%22.5
أكثر من 50 سنة	17	%42.5

الإجمالي	**40**	**%100.0**

يتضح من الجدول (2) أن الفئة العمرية أكثر من 50 سنة تمثل النسبة الأعلى بين المشاركين 42.5% مما قد يشير إلى شيوع مرض السكري في هذه المرحلة العمرية. تليها الفئة 20–40 سنة بنسبة 35%، ثم 41–50 سنة بنسبة 22.5%.

جدول (3) توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض

مدة الإصابة	العدد	النسبة
أقل من سنتين	5	%12.5
3-6 سنوات	18	%45.0
6-10 سنوات	2	%5.0
أكثر من 10 سنوات	15	%37.5
الإجمالي	**40**	**%100.0**

تُظهر نتائج الجدول (3) أن النسبة الأكبر من المشاركين 45% تتراوح مدة إصابتهم بالسكري بين 3 إلى 6 سنوات، يليهم من تجاوزت مدة إصابتهم 10 سنوات بنسبة 37.5%. أما الفئات الأخرى فتوزعت بواقع 12.5% للمصابين منذ أقل من سنتين، و5% فقط لمن تراوحت مدة إصابتهم بين 6 إلى 10 سنوات. ويعكس هذا التوزيع تنوعا في مدة الإصابة بما يتيح دراسة الفروق في جودة الحياة بين المصابين على المدى القصير والطويل.

أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مقياس جودة الحياة لدى المرضى المزمنين من إعداد حياة تواتي (2001) وهو مقياس تم تطويره ليتناسب مع الخصائص النفسية والاجتماعية لهذه الفئة. يتكون المقياس من (55) بندا موزعة على تسعة أبعاد رئيسية هي: جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية، جودة الحياة الزوجية، جودة الحياة المهنية، جودة الحياة الدينية، جودة الحياة الاجتماعية، جودة الحياة الشخصية، الرضا عن الحياة وجودة الحياة النفسية. ويجاب عن بنود المقياس وفق مقياس ليكرت الخماسي، وتتراوح الدرجات من (1) إلى (5) حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى مستوى أعلى من جودة الحياة.

الخصائص السيكو مترية للمقياس:

الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية للتحقق من مدى وضوح فقرات مقياس جودة الحياة وملاءمته للبيئة الثقافية الليبية. ولتحقيق ذلك طبق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (15) مريضا بداء السكري، وجمعت الملاحظات المتعلقة بوضوح التعليمات والفقرات وسهولة فهمها. كما استخدمت بيانات الدراسة الاستطلاعية في التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، والمتمثلة في الصدق والثبات تمهيدا لتطبيقه على العينة الأساسية للدراسة.

أولاً: صدق المقياس:

1. **الصدق الظاهري**:

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على عدد من المحكمين المتخصصين في علم النفس من أعضاء هيئة التدريس بجامعتي طرابلس والزاوية، بهدف التأكد من مدى وضوح الصياغة اللغوية للفقرات، وملاءمة محتواها للبيئة الثقافية الليبية، وصلاحية المقياس لقياس المتغير المستهدف. وقد أبدى المحكمون اتفاقا عاما على سلامة محتوى المقياس وصلاحيته للتطبيق مع تقديم بعض الملاحظات المتعلقة بصياغة عدد من البنود، وقد أخذت هذه الملاحظات في الاعتبار عند إعداد الصورة النهائية للمقياس.

2. **الصدق التمييزي:**

الصدق التمييزي أو صدق المقارنة الطرفية ويحسب باستخدام اختبار t لعينتين مستقلتين لمعرفة الفرق بين المجموعتين المتطرفين، فقيمة t المحسوبة لدلالة الفرق بين المجموعتين المتطرفتين في الدرجة الكلية تمثل الصدق التمييزي للمقياس. ولتحقيق ذلك يتم ترتيب الدرجات الكلية لمفردات المقياس ترتيبا تنازليا من أعلى درجة إلى أقل درجة. وحددت المجموعتان المتطرفتان في الدرجة الكلية بنسبة 27% في كل مجموعة. ومن خلال اختبار t لعينتين مستقلتين الموضح في الجدول (4)، تم الحصول على قيمة الدلالة المحسوبة والتي تساوي 0.001 > لجميع محاور الاستبيان وهي أصغر من 0.05 مما يدل على أن الأداة تمتاز بصدق تمييزي أي لها قدرة تمييزية عالية.

جدول (4) يوضح نتائج اختبار t لاختبار الفرق بين المجموعتين

المحور	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق بين المتوسطين	قيمة اختبار t	مستوى الدلالة
جودة الصحة العامة	المجموعة العليا	32.73	2.195	10.82	12.600	< 0.001
	المجموعة الدنيا	21.91	1.914			
جودة الحياة الأسرية	المجموعة العليا	28.18	1.537	7.45	14.824	< 0.001
	المجموعة الدنيا	20.73	0.647			
جودة الحياة الزوجية	المجموعة العليا	42.73	1.421	17.91	6.297	< 0.001
	المجموعة الدنيا	24.82	9.325			
جودة الحياة المهنية	المجموعة العليا	19.55	0.522	9.00	9.870	< 0.001
	المجموعة الدنيا	10.55	2.979			
جودة الحياة الدينية	المجموعة العليا	29.82	0.405	6.09	14.350	< 0.001
	المجموعة الدنيا	23.73	1.349			
جودة الحياة الاجتماعية	المجموعة العليا	24.18	0.874	9.54	8.843	< 0.001
	المجموعة الدنيا	14.64	3.472			
جودة الحياة الشخصية	المجموعة العليا	26.00	1.265	8.09	10.533	< 0.001
	المجموعة الدنيا	17.91	2.212			
الرضا عن الحياة	المجموعة العليا	18.45	1.036	7.63	13.663	< 0.001
	المجموعة الدنيا	10.82	1.537			
جودة الصحة النفسية	المجموعة العليا	24.45	1.753	10.36	9.937	< 0.001
	المجموعة الدنيا	14.09	2.982			
جودة الحياة بشكل عام	المجموعة العليا	227.82	8.316	52.64	9.166	< 0.001
	المجموعة الدنيا	175.18	17.134			

ثانياً: ثبات الأداة:

من أجل اختبار ثبات أداة الدراسة تم استخدام اختبار كرونباخ ألفا لاختبار الاتساق الداخلي للأداة، حيث تشير النتائج الواردة في الجدول (5) إلى درجة ثبات في استجابات عينة الدراسة كانت 84.8% وهي نسبة مقبولة، لأن قيمة ألفا المعيارية أكثر من 60%. وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس ثابت بمعنى أن المبحوثين يفهمون بنوده بنفس الطريقة وكما تقصدها الباحثة، وعليه يمكن اعتماده في هذه الدراسة الميدانية لكون نسبة تحقيق نفس النتائج لو أعيد تطبيقه مرة أخرى تقدر 84.8%.

جدول (5) نتائج اختبار ثبات أداة الدراسة (كرونباخ ألفا)

المحور	عدد الفقرات	قيمة ألفا
جودة الصحة العامة	9	0.616
جودة الحياة الأسرية	6	0.670
جودة الحياة الزوجية	9	0.905
جودة الحياة المهنية	4	0.737
جودة الحياة الدينية	6	0.657
جودة الحياة الاجتماعية	5	0.653
جودة الحياة الشخصية	6	0.623
الرضا عن الحياة	4	0.641
جودة الصحة النفسية	6	0.698
الاستبيان ككل	55	0.848

تطبيق أداة الدراسة:

تم تطبيق مقياس جودة الحياة لدى المرضى المزمنين بصورة فردية على العينة الأساسية للدراسة، والبالغ عددها (40) مريضا بداء السكري المترددين على مركز علاج السكري والغدد الصماء بمدينة الزاوية. وجمعت البيانات في بيئة مناسبة تراعي خصوصية أفراد العينة، مع تقديم الإرشادات اللازمة لضمان فهم فقرات المقياس والإجابة عنها بدقة.

أساليب تحليل البيانات:

تم تحليل بيانات الدراسة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V27) ولتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، استخدمت الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية، حيث تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحراف المعيارية لتحديد مستوى جودة الحياة وأبعادها. كما أستخدم اختبار (t) لعينة واحدة لاختبار الفرضية الأولى، واختبار (t) لعينتين مستقلتين لاختبار الفرضة الثانية، وتحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA)لاختبار الفرضية الثالثة والرابعة.

تحليل البيانات واستخلاص النتائج:

اختبار مقياس الاستبانة

لقد تم اعتماد مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale of five points) لتحديد درجة الأهمية النسبية لكل بند من بنود المقياس وذلك كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (6) قيم ومعايير كل وزن من أوزان المقياس الخماسي المعتمد من الدراسة

المقياس	بدرجة قليلة جدا	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة	بدرجة كبيرة جدا
الدرجة	1	2	3	4	5

مقياس الأهمية النسبية للمتوسط الحسابي:

تم وضع مقياس ترتيبي للمتوسط الحسابي وفقا لمستوى أهميته وذلك لاستخدامه في تحليل النتائج كما يلي:

جدول (7) مقياس الأهمية النسبية للمتوسط الحسابي

المتوسط الحسابي	الأهمية النسبية
1.79-1	منخفضة جدا
2.59-1.80	منخفضة
3.39-2.60	متوسطة
4.19-3.40	مرتفعة
5.00-4.20	مرتفعة جدا

اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات:

قبل البدء باختبار الفرضيات لابد من إخضاع البيانات للتحليل للتأكد من أن هذه البيانات تخضع للتوزيع الطبيعي أم لا، وللوقوف على ذلك تم استخدام اختبار Shapiro-Wilk، وعلى أساس الفرضية التالية:

الفرضية الصفرية: البيانات تخضع للتوزيع الطبيعي.

الفرضية البديلة: البيانات لا تخضع للتوزيع الطبيعي

والجدول التالي يبين نتائج اختبار Shapiro-Wilk.

جدول (8) نتائج اختبار Shapiro-Wilk

المحور	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	Shapiro–Wilk	المعنوية المشاهدة
جودة الصحة العامة	2.99	0.493	0.969	0.344
جودة الحياة الأسرية	4.01	0.525	0.909	0.104
جودة الحياة الزوجية	3.93	0.948	0.910	0.111
جودة الحياة المهنية	3.89	0.979	0.905	0.099

جودة الحياة الدينية	4.52	0.417	0.996	0.402
جودة الحياة الاجتماعية	3.91	0.826	0.924	0.211
جودة الحياة الشخصية	3.71	0.573	0.964	0.324
الرضا عن الحياة	3.67	0.799	0.959	0.357
جودة الصحة النفسية	3.29	0.735	0.953	0.299

من نتائج الجدول أعلاه (8) يتبين ان قيم مستوى المعنوية المشاهدة لكل المحاور أكبر 0.05 مما يعني عدم رفض الفرضية الصفرية أي أن البيانات تخضع للتوزيع الطبيعي، وبالتالي يمكن استخدام أساليب التحليل الاحصائي المعلمي في اختبار فرضية الدراسة.

اختبار فرضيات الدراسة:

الفرضية الأولى:

الفرضية الصفرية: يوجد لدى عينة الدراسة من مرضى داء السكري مستوى متوسط أو أقل من جودة الحياة ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05).
الفرضية البديلة: يوجد لدى عينة الدراسة من مرضى داء السكري مستوى أعلى من المتوسط من جودة الحياة ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05).
لاختبار الفرضية أعلاه، تم استخدام اختبار T لعينة واحدة حيث كانت النتائج كما موضحة بالجدول التالي:

جدول (9) نتائج اختبار t لاختبار الفرضية الأولى

المحور	الوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	مستوى الدلالة
جودة الصحة العامة	3	2.99	0.493	−0.178	0.859
جودة الحياة الأسرية	3	4.01	0.525	12.201	< 0.001
جودة الحياة الزوجية	3	3.93	0.948	6.187	< 0.001
جودة الحياة المهنية	3	3.89	0.979	5.775	< 0.001
جودة الحياة الدينية	3	4.52	0.417	23.028	< 0.001
جودة الحياة الاجتماعية	3	3.91	0.826	6.964	< 0.001
جودة الحياة الشخصية	3	3.71	0.573	7.814	< 0.001
الرضا عن الحياة	3	3.67	0.799	5.291	< 0.001
جودة الصحة النفسية	3	3.29	0.735	2.475	0.018
جودة الحياة بشكل عام	3	3.73	0.415	11.129	< 0.001

بناء على نتائج اختبار الفرضية الأولى الموضحة في جدول (9) كشفت الدراسة عن نتائج متباينة عبر محاور جودة الحياة لمرضى داء السكري. فقد أظهرت معظم المحاور مستويات مرتفعة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.05)، مع وجود اختلافات جوهرية بين المحاور. حقق محور جودة الحياة الدينية أعلى المستويات بقيمة اختبار t بلغت (23.028)، تلاه محور

جودة الحياة الأسرية بقيمة اختبار t بلغت (12.201). وسجلت محاور جودة الحياة الزوجية، الاجتماعية، الشخصية والمهنية مستويات مرتفعة ذات دلالة إحصائية. في المقابل جاء محور جودة الصحة العامة بمستوى غير دال إحصائياً، حيث سجل متوسطاً حسابياً (2.99) مقارنة بالوسط الفرضي (3). كما سجل محور الصحة النفسية مستوى دالاً إحصائياً ولكن أقل ارتفاعاً، بقيمة اختبار t بلغت (2.475). وبشكل عام أظهرت النتائج الكلية لجودة الحياة مستوى مرتفعاً بقيمة اختبار t بلغت (11.129).

أظهرت نتائج الفرضية الأولى تباينا في مستويات جودة الحياة لدى مرضى داء السكري، مما يؤكد أن جودة الحياة تتأثر بمجموعة من العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية والروحية. وقد جاء بعد جودة الحياة الدينية في المرتبة الأولى، ويمكن تفسير ذلك بدور القيم الدينية في تعزيز التكيف مع المرض وإضفاء الشعور بالطمأنينة والمعنى. كما سجلت جودة الحياة الأسرية، الزوجية، الاجتماعية، الشخصية والمهنية مستويات مرتفعة وهو ما قد يعزى إلى الدعم الأسري والاجتماعي الذي يساعد المرضى على التكيف مع متطلبات المرض والحفاظ على أدوارهم اليومية. وفي المقابل، جاءت جودة الصحة العامة غير دالة إحصائيا، وهو ما قد يرتبط باستمرار الأعراض والمضاعفات الجسمية المصاحبة لداء السكري. كما أظهرت النتائج ارتفاعا في الرضا عن الحياة، في حين جاءت الصحة النفسية بمستوى أقل من بقية الأبعاد وهو ما يمكن تفسيره بالضغوط النفسية المستمرة المرتبطة بطبيعة المرض المزمن والقلق بشأن المستقبل الصحي والشعور بالعبء الناتج عن الالتزام طويل الأمد بالعلاج والحمية، مع غياب الدعم النفسي المتخصص وقلة الوعي المجتمعي بالجوانب النفسية للمرضى مما يؤدي إلى تدني مستوى الصحة النفسية. وبوجه عام تشير النتائج إلى أن جودة الحياة لدى مرضى السكري تتشكل من تفاعل العوامل الروحية والاجتماعية والنفسية إلى جانب الحالة الصحية.

الفرضية الثانية:

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير النوع.

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير النوع.

لاختبار الفرضية أعلاه، تم استخدام اختبار T لعينتين مستقلتين حيث كانت النتائج كما موضحة بالجدول التالي:

جدول (10) نتائج اختبار t لاختبار الفرضية الثانية

المحور	النوع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار t	مستوى الدلالة
جودة الصحة العامة	ذكر	2.97	0.538	−0.216	0.830
	أنثى	3.00	0.471		
جودة الحياة الأسرية	ذكر	4.20	0.506	1.883	0.067
	أنثى	3.89	0.510		
جودة الحياة الزوجية	ذكر	4.12	0.379	1.226	0.230
	أنثى	3.80	1.179		
جودة الحياة المهنية	ذكر	3.88	0.842	−0.098	0.923
	أنثى	3.91	1.078		
جودة الحياة الدينية	ذكر	4.46	0.437	−0.719	0.477
	أنثى	4.56	0.407		
جودة الحياة الاجتماعية	ذكر	3.65	1.029	−1.661	0.105
	أنثى	4.08	0.624		
	ذكر	3.76	0.644	0.464	0.645

جودة الحياة الشخصية	أنثى	3.67	0.533		
الرضا عن الحياة	ذكر	3.50	0.966	-1.093	0.281
	أنثى	3.78	0.665		
جودة الصحة النفسية	ذكر	3.33	0.704	0.318	0.752
	أنثى	3.26	0.768		
جودة الحياة بشكل عام	ذكر	3.75	.337	0.187	0.855
	أنثى	3.72	0.467		

بناء على نتائج اختبار الفرضية الثانية الموضحة في جدول (10) أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha = 0.05$) في جميع محاور جودة الحياة. حيث كانت قيم مستوى الدلالة أعلى من 0.05 لكل المحاور، مما يشير إلى قبول الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق معنوية بين الذكور والإناث. على الرغم من ذلك لوحظت بعض الاختلافات الطفيفة في المتوسطات الحسابية في محور جودة الحياة الدينية سجلت الإناث متوسطًا أعلى (4.56) مقارنة بالذكور (4.46)، وفي محور جودة الحياة الاجتماعية والرضا عن الحياة أظهرت الإناث متوسطات أعلى نسبيا. ومع ذلك لم تكن هذه الاختلافات ذات دلالة إحصائية معنوية، تؤكد هذه النتيجة تجانس مستوى جودة الحياة بين الذكور والإناث من مرضى داء السكري، وقد يعزى ذلك إلى أن التكيف مع المرض يعتمد بدرجة أكبر على عوامل مشتركة، مثل إدراك المرض والدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف، أكثر من اعتماده على النوع. ورغم تفوق الإناث نسبيا في بعض المحاور فإن هذا التفوق لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة العشري (2022) التي لم تجد فروقا دالة إحصائيا في جودة الحياة تبعا لمتغير النوع.

الفرضية الثالثة:

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير العمر.

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير العمر.

لاختبار الفرضية أعلاه، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي حيث كانت النتائج كما موضحة بالجدول التالي:

جدول (11) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفرضية الثالثة

المحور	مصدر الاختلاف	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة اختبار F	مستوى الدلالة
جودة الصحة العامة	بين الأعمار	1.586	0.529	2.416	0.082
	الخطأ التجريبي	7.876	0.219		
	المجموع الكلي	9.461			
جودة الحياة الأسرية	بين الأعمار	1.180	0.393	1.481	0.236
	الخطأ التجريبي	9.563	0.266		
	المجموع الكلي	10.744			

جودة الحياة الزوجية	بين الأعمار	1.178	0.393	0.417	0.742
	الخطأ التجريبي	33.897	0.942		
	المجموع الكلي	35.075			
جودة الحياة المهنية	بين الأعمار	1.658	0.553	0.557	0.647
	الخطأ التجريبي	35.703	0.992		
	المجموع الكلي	37.361			
جودة الحياة الدينية	بين الأعمار	0.241	0.080	0.443	0.724
	الخطأ التجريبي	6.526	0.181		
	المجموع الكلي	6.767			
جودة الحياة الاجتماعية	بين الأعمار	3.229	01.076	1.656	0.194
	الخطأ التجريبي	23.407	0.650		
	المجموع الكلي	26.636			
جودة الحياة الشخصية	بين الأعمار	1.371	0.457	1.438	0.248
	الخطأ التجريبي	11.448	0.318		
	المجموع الكلي	12.819			
الرضا عن الحياة	بين الأعمار	1.457	0.486	.745	0.532
	الخطأ التجريبي	23.467	0.652		
	المجموع الكلي	24.923			
جودة الصحة النفسية	بين الأعمار	0.851	0.284	.506	0.681
	الخطأ التجريبي	20.204	0.561		
	المجموع الكلي	21.055			
جودة الحياة بشكل عام	بين الأعمار	0.020	0.007	0.036	0.991
	الخطأ التجريبي	6.700	0.186		
	المجموع الكلي	6.720	0.529		

بناء على نتائج اختبار الفرضية الثالثة الموضحة في جدول (11) تشير نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى الجودة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير العمر في جميع المحاور التي تم تحليلها. تظهر القيم الإحصائية في الجدول أن قيم **F** ومستويات الدلالة لجميع المحاور تتجاوز قيمة الدلالة الإحصائية (0.05). على سبيل المثال بالنسبة لجودة الصحة العامة كانت قيمة **F** تساوي (2.416) ومستوى الدلالة (0.082) وهو أعلى من 0.05 مما يشير إلى عدم وجود تأثير يعزى لمتغير العمر. ينطبق الأمر ذاته على بقية المحاور مثل جودة الحياة الأسرية (F=1.481, p=0.236) وجودة الحياة الزوجية (F=0.417, p=0.742)، وكذلك جودة الحياة المهنية، الدينية، الاجتماعية، الشخصية، النفسية، الرضا عن الحياة والجودة العامة للحياة. بناء على هذه النتائج يتم قبول الفرضية الصفرية ورفض الفرضية البديلة.

تشير هذه النتيجة إلى تجانس مستوى جودة الحياة بين مرضى داء السكري باختلاف أعمارهم وقد يعزى ذلك إلى أن التكيف مع المرض يرتبط بدرجة أكبر بآليات التكيف الفردية وإدراك المرض والدعم الاجتماعي أكثر من ارتباطه بالمرحلة العمرية.

ويؤيد هذا التفسير ما أشار إليه Taylor (2011) من أن الأفراد بغض النظر عن أعمارهم قادرون على استخدام استراتيجيات تكيف فعالة تسهم في الحفاظ على جودة الحياة. إلا أن هذه النتيجة تختلف مع ما توصلت إليه دراستا Aschalew et al. (2020)و Amin et al. (2022) اللتين أشارتا إلى ارتباط التقدم في العمر بانخفاض جودة الحياة.

الفرضية الرابعة:

الفرضية الصفرية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة.

الفرضية البديلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة.

لاختبار الفرضية أعلاه، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي حيث كانت النتائج كما موضحة بالجدول التالي:

جدول (12) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفرضية الرابعة

المحور	مصدر الاختلاف	مجموع المربعات	متوسط مجموع المربعات	قيمة اختبار F	مستوى الدلالة
جودة الصحة العامة	بين مدة الإصابة	1.784	0.595	2.788	0.054
	الخطأ التجريبي	7.678	0.213		
	المجموع الكلي	9.461			
جودة الحياة الأسرية	بين مدة الإصابة	0.127	0.042	0.144	0.933
	الخطأ التجريبي	10.617	0.295		
	المجموع الكلي	10.744			
جودة الحياة الزوجية	بين مدة الإصابة	2.497	0.832	0.920	0.441
	الخطأ التجريبي	32.578	0.905		
	المجموع الكلي	35.075			
جودة الحياة المهنية	بين مدة الإصابة	2.200	0.733	0.751	0.529
	الخطأ التجريبي	35.161	0.977		
	المجموع الكلي	37.361			
جودة الحياة الدينية	بين مدة الإصابة	0.145	0.048	0.263	0.852
	الخطأ التجريبي	6.622	0.184		
	المجموع الكلي	6.767			
جودة الحياة الاجتماعية	بين مدة الإصابة	3.955	1.318	2.092	0.118
	الخطأ التجريبي	22.681	0.630		
	المجموع الكلي	26.636			
جودة الحياة الشخصية	بين مدة الإصابة	0.075	0.025	0.070	0.975
	الخطأ التجريبي	12.745	0.354		
	المجموع الكلي	12.819			
	بين مدة الإصابة	1.506	0.502	0.772	0.517

الرضا عن الحياة	الخطأ التجريبي	23.417	0.650		
	المجموع الكلي	24.923			
جودة الصحة النفسية	بين مدة الإصابة	1.440	0.480	0.881	0.460
	الخطأ التجريبي	19.615	0.545		
	المجموع الكلي	21.055			
جودة الحياة بشكل عام	بين مدة الإصابة	0.432	0.144	0.825	0.489
	الخطأ التجريبي	6.288	0.175		
	المجموع الكلي	6.720			

تشير نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة. تظهر القيم الإحصائية أن جميع مستويات الدلالة أعلى من (0.05) مما يؤدي إلى قبول الفرضية الصفرية ورفض الفرضية البديلة. على سبيل المثال، بالنسبة لجودة الصحة العامة، بلغت قيمة F (2.788) ومستوى الدلالة (0.054) وهو قريب من 0.05 لكنه لا يحقق الدلالة الإحصائية. وبالنسبة لجودة الحياة الأسرية (F=0.144, 9=0.933)، وجودة الحياة الزوجية (F=0.920, p=0.441)، وكذلك بقية المحاور.

يمكن تفسير هذه النتيجة بقدرة المرضى سواء حديثي الإصابة أو المصابين منذ سنوات طويلة على تطوير استراتيجيات تكيف تساعدهم في الحفاظ على توازنهم النفسي والاجتماعي. وقد يشير ذلك إلى أن جودة الحياة لا ترتبط بمدة الإصابة في حد ذاتها وإنما بمدى إدراك المريض لمرضه وقدرته على التكيف معه، وتوافر الدعم الأسري والاجتماعي. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة إسماعيل وآخرين (2022) التي أشارت إلى أن المرضى الذين لم تتجاوز مدة إصابتهم ثلاث سنوات كانوا أكثر رضا عن حالتهم الصحية، وكذلك مع دراسة Abedini et al. (2020) التي بينت أن جودة الحياة تنخفض مع طول مدة الإصابة.

الاستنتاجات:

اظهرت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري يتباين عبر أبعادها المختلفة. حيث جاء البعد الديني في المرتبة الأولى مما يعكس أهمية الجانب الروحي في تعزيز جودة الحياة لدى المرضى. كما سجلت جودة الحياة الأسرية والزوجية مستويات مرتفعة وهو ما يشير إلى الدور الإيجابي للدعم الأسري والعاطفي في تحسين جودة الحياة. وكذلك جودة الحياة المهنية والشخصية والاجتماعية فقد أظهرت قدرة المرضى على التكيف مع ظروفهم الصحية. في المقابل سجلت جودة الصحة العامة والنفسية مستويات أقل مقارنة ببقية المحاور مما يستدعي مزيدا من الاهتمام بهذين الجانبين ضمن برامج الرعاية الصحية.

كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى مرضى داء السكري تعزى إلى متغيرات النوع والعمر ومدة الإصابة بالمرض، مما يشير إلى أن هذه المتغيرات لم تؤثر في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة.

التوصيات:

أظهرت نتائج الدراسة أهمية الرعاية النفسية والاجتماعية والروحية في تحسين جودة حياة مرضى داء السكري مما يستدعي تبني توصيات تدعم هذه الجوانب ضمن الرعاية الشاملة وفيما يلي مجموعة من التوصيات وهي:

1- دمج الدعم الروحي والديني ضمن برامج الرعاية المقدمة لمرضى السكري لما له من دور في تعزيز جودة الحياة.

2- تمكين الأسرة ولا سيما الشريك من تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمريض من خلال برامج إرشادية وتوعوية.

3- تعزيز خدمات الرعاية النفسية في مراكز علاج السكري لمعالجة الجوانب النفسية التي أظهرت انخفاضا نسبيا في جودة الحياة.

4- تبني نموذج رعاية متكامل يراعي الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية والروحية لمرضى السكري بما يسهم في تحسين جودة حياتهم.

قائمة المراجع:

- إسماعيل، نهى محمد وآخرون (2022). مؤشرات جودة الحياة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري، مجلة كلية التربية، جامعة الفيوم، المجلد (18)، العدد (2)، ص301- 326.

- تايلور، شيلي (تر) وسام بريك وآخرون (2008). علم النفس الصحي، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان.

- الشناوي، محمد محروس (2010). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

- شويخ، هناء أحمد (2007). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن الخاضعين للعلاج بالاستصفاء الدموي المكرر، رسالة دكتوراه منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- الطيب، محمد عبد الظاهر وآخرون (2009). الصحة النفسية وعلم النفس الإيجابي، ط1، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- عبد الخالق، أحمد محمد (2011.). نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين الكويتيين، مجلة الدراسات النفسية، المجلد (21)، العدد (3)، ص 367-384.
- عبد المعطي، حسن مصطفى(2005). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث للإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، ص 13- 23.
- العشري، حسن عبد السلام (2022). إسهام إدارة الرعاية الذاتية والضيق الانفعالي وفعالية الذات في التنبؤ بجودة الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، مجلة كلية الآداب، جامعة بور سعيد، المجلد (22)، العدد (22)، ص 234-283.
- الغندور، العارف بالله (1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، جودة الحياة توجه قومي للقرن الحادي والعشرين في الفترة من 10-12 نوفمبر.
- فكري، شيماء بدري (2015). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، مجلة الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة المنيا، المجلد (1)، العدد (1)، ص 30 – 70.
- فوناس، إسماعيل (2021). السلوك الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري، دراسة عياديه لثلاث حالات بالمؤسسة الاستشفائية – محمد بوضياف – مهدية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ابن خلدون تيارت.
- قشقوش، إبراهيم (2012). نماذج الشخصية السوية، ط1، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- كلافيل، ماريا كولازو (2002). ترجمة مركز التعريب والبرمجة، السيطرة على داء السكر. ط1، بيروت، الدار العربية للعلوم.
- مليح، يونس، عبدالصمد العسولي (2020). المنهج الوصفي التحليلي في مجال البحث العلمي، مجلة المنارة للدراسات القانونية والإدارية، العدد (29)، 36 – 64.
- الهمص، صالح إسماعيل (2010) . قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية.

- يعيش، ريان (2025): التأثير النفسي لداء السكري على جودة الحياة لدى الراشدين بولاية المسيلة، رسالة ماجستير، جامعة المسيلة.

-Al Shamsi, H. S., Almutairi, A. G., & Al Mashrafi, S. S. (2018). Assessing the quality of the Saudi healthcare referral system: potential improvements implemented by other systems. *Glob. J. Health Sci*, *10*, 113

-Amin, M. F., Bhowmik, B., Rouf, R., Khan, M. I., Tasnim, S. A., Afsana, F., & Hasan, M. J. (2022). Assessment of quality of life and its determinants in type-2 diabetes patients using the WHOQOL-BREF instrument in Bangladesh. *BMC endocrine disorders*, *22*(1), 162.

-Aschalew, A. Y. Yi Tayal, M., & Minyihun, A. (2020). Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus at the University of Gondar referral hospital. *Health and quality of life outcomes*, *18*(1), 62.

-Birjand. *Health and quality of life outcomes*, *18*(1), 18.-18 Alshayban, D., & Joseph, R. (2020). Health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus in Eastern Province, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *PloS one*, *15*(1),

-Carr, M., & Jessup, D. L. (1997). Gender differences in first-grade mathematics strategy use: Social and metacognitive influences. *Journal of Educational psychology*, *89*(2), 318.

-Diener, E. (2001). Well-being (subjective), psychology of.
- 1Abedini, M. R., Bijari, B., Miri, Z., Shakhs Emampour, F., & Abbasi, A. (2020). The quality of life of the patients with diabetes type 2 using EQ-5D-5 L in.
-Liao, Q., He, M., Zhou, Y., Nie, S., Wang, Y., Hu, S., & Tong, Y. (2018). Highly cuboid-shaped heterobimetallic metal–organic frameworks derived from porous Co/ZnO/C microrods with improved electromagnetic wave absorption capabilities. *ACS applied materials & interfaces*, *10*(34), 29136-29144.
-Long, E., Feng, S., Zhou, L., Chen, J., Shi, L., Jiang, X., ... & Yang, N. (2021). Assessment of health-related quality of life using EuroQoL-5 dimension in populations with prediabetes, diabetes, and normal glycemic levels in Southwest China. *Frontiers in Public Health*, *9*, 690111.
-Magliano, D. J., & Boyko, E. J. (Eds.). (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed). International Diabetes Federation.
-Taylor, S. E., Sirois, F. M., & Molnar, D. S. (1995). *Health psychology* (p. 474). New York: McGraw -hill.
-Tamornpark, R., Utsaha, S., Apidechkul, T., Panklang, D., Yeemard, F., & Srichan, P. (2022). Quality of life and factors associated with a good quality of life among diabetes mellitus patients in northern Thailand. *Health and Quality of Life Outcomes*, *20*(1), 81.