

سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
Collection des Livres Académiques de la Faculté
des Sciences Humaines et Sociales

(02)

دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري



المنسق: د. روبي محمد

ردمك: 978-9931-9394-1-2

جماعة المؤلفون:

رئيس اللجنة العلمية للكتاب

أ.د. عمور عمر جامعة المسيلة

- أ.د. تلوين حبيب جامعة وهران(2)
- د. روبي محمد. جامعة مسيلة
- أ.د. منصور مصطفى جامعة وهران(2)
- د. فاضلي أحمد جامعة البليدة(2)
- أ.د. زناد دليلا جامعة الجزائر(2)
- د. زقعار فتحي جامعة الجزائر(2)
- أ.د. بلميهور كلثوم جامعة الجزائر(2)
- د. براخية عبد الغني. جامعة تيارت.
- أ.د. اسماعيلي اليامنة. المسيلة
- د. خطوط رمضان. جامعة المسيلة.
- أ.د. قدوري رايح جامعة المسيلة
- د. مام عواطف. جامعة المسيلة.
- أ.د. مجاهدي الطاهر. جامعة المسيلة
- د. مكفس عبدالمالك. جامعة المسيلة.
- د. سامية ابراهيمي. جامعة المسيلة.
- د. نقيل بوجمعة. جامعة المسيلة.
- د. شريف حليمة. جامعة المسيلة
- د. بوكات عبد الحق. جامعة المسيلة.
- أ.د. مصباح جلاب. جامعة المسيلة
- د. واضح العمري. جامعة المسيلة.

- د/فارس زين العابدين/أ/فلاح احمد.
- أ.خنفار سامرة_أ. عائشة بومبيع.
- د. شريفة مودود. أمروان زارد.
- د. رمضان زعطوط.
- د. لهنى أحمان_أ. عبد الصمد صورية.
- أ.د. يامنة اسماعيلي/أ. فيصل نويوة.
- أ/عيشة علة/أ/بوفج وسام.
- د. نحوي عائشة/أ. جريو سليمان
- أ. جميلة كتفي_أ. طيمة بوحلمة.
- أ. بربوق هناء نور الهدى_أ. علاقة سميرة.
- د. قارة سعيد.
- أ. بوعلام قاصب. أ. بوخاري سهام.
- د. خطوط رمضان_أ. جلاب مصباح.
- د. بن عبد الرحمان سيد علي_أ. عبد الحق مقبلين_أ. حسن معاش.
- أ. بن ناصر فرحات_أ. حريزي بوجمعة.
- أ. بن يمينة توفيق_أ. عدلي حسين.
- د. علوطي عاشور_أ. عربوة مريم. أ. بن منصور حدة.
- أ/ شادي فاطمة د/ مجاهدي الطاهر
- د/ مام عواطف_أ. حفصة حلاب.
- د. بن عثمان عبد الله- أ. جلاخ مريم.
- أ.د. برو محمد_برايح نعيمة_ شرقي حورية.
- أ. خوجة أسماء.
- أ. حمزة بركات/أ. فنيش حنان_أ. حمودة ياسين.
- أ. عبد المليح نقيل - أ. أعمار حسيني.
- د. سامية ابراهيمي_أ. فتحة بن كتيلة.
- أ. خذير سميرة_حمزة خوجة.
- أ. حدان ابتسام_أ. دودو سونيا.
- أ. بوزيد محمد فارح_أ. جاب الله سليم.
- أ. ونوعي حبيبة_حمربط نوال.
- أ. بن طراد زينة_أ. بكوش ليلى.
- د. مرازقة وليدة_د. بن زطة بلدية.
- د. بركات عبد الحق_أ. خراش أسماء.
- أ. عادل لحميدي_أ. نورني عشيشي.
- د/ركزة سميرة_أ. رقيق برة علي
- أ.د. منصور مصطفى
- د. زبيدة طالب
- د. بولستان فريدة
- Dr. Bouab Diaedine/ Dr. Bakiri Nadjiba
- Dr. Taibi Hakim , Dr Dehbia Hocine
- Dr. Medjerab Saliha/ Mr. Ben mohammed djamel eddine.

كلمة المشرف عن السلسلة:

بأني كتاب دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري في ظل المجهودات التي تبذلها كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة هذه، جامعة محمد بوضياف الموقرة وهو الكتاب الثاني في السلسلة حديثة النشأة ألا وهي: سلسلة الكتب الأكاديمية لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

وإذ نشكر مدير الجامعة الأستاذ الدكتور أحمد بوطرفاية على جهوده في دعم البحث العلمي، فإننا نوصل الشكر ذاته إلى كل القائمين على كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بمختلف طواقمها، وعلى رأسهم عميدها الدكتور محمد يعيش. ولا شك أن هذا المؤلف يضاف إلى رصيد أساتذتنا وباحثينا الذين أكدنا مرارا على أنهم من خيرة الكفاءات التي بإمكانها تقديم الأجود بالنسبة للعلم وللوطن.

أصل هذا الكتاب ندوة وطنية بعنوان: تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري في الجزائر بين مهارات التكفل وأداء العلاج. وهي ندوة في غاية الأهمية، لما لموضوعها من قيمة من الناحيتين الطبية والنفسية، ولعالجته لقضية هم شريحة واسعة من المجتمع الجزائري.

اشتملت الدراسات في هذا الكتاب على معالجة إشكالية من إشكالات الأمراض المزمنة، حيث وقع اختيار القائمين على الندوة على شريحة اجتماعية تعاني نوعا من أنواعها، ألا وهم مرضى السكري. من حيث تجويد وتحسين الحياة لديهم، وماهي المهارات التي توفر التكفل السليم والناتج بهذا المرض من جهة، وبين مهارات أداء العلاج من جهة أخرى.

سيجد القارئ نفسه أمام دراسات متنوعة، تعالج محاور عدة، ضمت واقع جودة الحياة لدى مرضى السكري، من الناحيتين النظرية والتطبيقية، وكذا الكفالة النفسية ودورها في تحسين جودة الحياة لديهم. إضافة إلى دراسات ضمت التربية العلاجية، والالتزام الصحي لدى مرضى السكري. حيث يقدم الكتاب مجموعة من مجهودات باحثين من داخل الجامعة ومن خارجها تعالج المحاور السابقة الذكر.

من هذا المقام نقدم الشكر الجزيل إلى الدكتور محمد روبي، ليس على المجهود فحسب، وإنما على مختلف نشاطاته العلمية بالكلية، وإلى كل أسرة قسم علم النفس وعلى رأسها إدارته التي ما فتئت لتشجع البحث العلمي الراقي.

المسيلة في: 12 رجب 1438 هـ

الموافق ل: 09 أبريل 2017 م

الدكتور مصطفى عبيد

برنامج علاجي سلوكي معرفي لتحسين جودة الحياة ونوع استراتيجيات التعامل

لدى المصابين بداء السكري

د. بركات عبد الحق_ أ. خرخاش أسماء-جامعة المسيلة

الملخص:

تهدف هذه الدراسة لاقتراح برنامج علاجي سلوكي معرفي لتسيير الضغط اليومي لتطبيقه على مرضي السكري ثم نقوم بفحص المتغيرات التابعة وهي جودة الحياة ونوعي إستراتيجية التعامل لدي حالات منفردة من هم مصابون بداء السكري. تطبيق مقياسين: مقياس جودة الحياة ومقياس استراتيجيات التعامل، إذ تعتمد تصميم القبلي والبعدى التبعي للحالة التجريبية ومجموعة ضابطة. نقدم البرنامج الذي يحوي خمس مكونات: عملية الاسترخاء، الاستراتيجيات المعرفية، مهارات الاتصال، إستراتيجية حل المشكل وتطوير القدرات التكيف مع الوضعيات الضاغطة. كما نقدم الخصائص السيكومترية للمقياسين المستعملين لفتح المجال لتطبيقه وفحص مدى تأثيره مستقبلا.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي المعرفي. إستراتيجية التعامل المتمركزة حول المشكل، إستراتيجية التعامل المتمركزة حول الانفعال، جودة الحياة، المصاب بالسكري النوع 2.

• La résumé:

Cette étude propose une thérapie comportementale cognitive pour gestion du stress, appliquée sur des cas individuellement qui atteint du diabète de type 2. Afin de mesurer son impacte sur le type de stratégie de coping et l'amélioration de qualité de vie chez ses diabètes, on doit appliquer deux échelles pour mesurer ses deux dernier variances avant et après l'application de TCC. Ou les caractéristiques psychométriques de deux échelles sont démontrées.

Nous proposons cette étude pour l'appliquer et prouver son efficacité au future.

• Les mots clés: La thérapie comportementale cognitive pour gestion du stress, stratégie de coping, qualité de vie, diabète de type 2.

مقدمة:

إن خطورة مرض السكري لا تكون في نتائجه الفورية إنما في تعقيداته اللاحقة: العميقة، توقف عمل الكلي، عدم البرء بالنسبة للجروح مما قد يؤدي لبتز الأعضاء الطرفية... الخ. وغيرها من المصائر الخطيرة لتطور وتفاقم هذا المرض والتي تؤدي للموت المحقق. كما أن تعرض الفرد إلى ضغط مرض السكري يؤدي به إلى تغيير العديد من عاداته وتصرفاته، حيث يمس هذا التغيير عادات الأكل بشكل مباشر، إذ لابد من إتباع لائحة من المنوعات من الأطعمة. كذلك يمس هذا التغيير أيضا النوم، حيث يصاب الفرد بنوبات من الأرق والنوم المتقطع، بالإضافة إلى هذا يمس التغيير الحياة الجنسية والعاطفية للفرد، فهو يقلل من النشاط الجنسي العام، أيضا يمس العمل والنشاطات اليومية وبالتالي على مجال الاقتصاد والمال ومن ثمة تتأثر حياته الاجتماعية لا بل كل حياته فالنظرير التنافسي العالمي 2009/2010 الذي يغطي 133 دولة ويقوم على مكونات المتطلبات الأساسية (مؤسسات وبنى تقنية واستقرار الاقتصاد الكلي والصحة والتعليم الأساسي والكفاءة... الخ) جاءت فيه سويسرا

على رأس القائمة، بينما جاءت فرنسا في الترتيب 16، أما البلدان العربية فقد جاءت قطر على رأسها في المرتبة 1 أما الجزائر فجاءت في المرتبة 83 في حين أن تقرير جودة الحياة الذي يصدر في جانفي كل عام عن موقع "انترناشيونال ليفنج" الأمريكية ويرتب 194 بلداً وفقاً لأفضلية الحياة، فتقرير جانفي 2010 جاءت فرنسا فيه المرتبة الأولى للعام الخامس، أما البلدان العربية فكان أفضلها تونس التي احتلت المرتبة 83 عالمياً، أما الجزائر المرتبة 146، ويقوم تقرير "جودة الحياة" على 9 معايير، هي: كلفة المعيشة، الثقافة والترفيه، الاقتصاد، البعد الحرة، الصحة، البنية الأساسية، الأمن والسلامة، المناخ (قراءة في تقرير "جودة الحياة، 2010).

ومنه نصل إلى أن جودة الحياة لدى المصاب بالسكري تتأثر بكل ما سبق حيث ميز P. Gerin بين جوانب الحياة الموضوعية من جهة وهي شروط ومتطلبات الحياة للشخص كما تظهر للملاحظ من الخارج، ومن جوانب أخرى جودة الحياة الذاتية وهو التقييم المقدم من طرف الشخص نفسه عن وضعيته حسب العديد من المجالات عن مدى ترقيه من الحياة وذلك حسب "الحياة الوظيفية" والتي تتعلق بمختلف الوظائف الجسدية، الحسية والثقافية، الحياة الانفعالية... عاطفية... الخ، وكذا الحياة الاجتماعية اتصال اجتماعي، حياة المهنية والعائلية... الخ (Servant et Parquet, 1995). إلى جانب نوعية الحياة، تتأثر شخصية الفرد ميولاته واستعداداته لمواجهة والتعامل مع المرض. ومن ميكروبات التي اختلف الباحثون ما إن كانت ثابتة أو متغيرة في شخصية الفرد. استراتيجيات التعامل لكن اتفق العلماء على فعاليتها للتصدي لمختلف الضغوط الحادة أو اليومية وبالتالي يلزم الأمر بنا إلى العمل على:

تحسين جودة الحياة بتغيير أسلوب الحياة وكذا تعديل استراتيجيات التعامل لتكون أكثر فعالية لمواجهة الأعباء اليومية لهذا الأمر. وهذا ما تطمح إليه هذه الدراسة من خلال تسيير برنامج سلوكي معرفي للمصاب بداء السكري.

حيث نقدم توجه أن الدولة والحكومات تقدم الكثير لمعالجة المرض بينما هذا النوع من الدراسات كدراستنا الحالية تعالج المرض وذلك ليس بتقديم علاج فعال فقط لكن من السهولة ما يمكن استعماله فعلم ما يدعم ما سبق أننا نجد العلاج السلوكي المعرفي يشمل على ملاحق لنماذج لنظريات التعلم، الإشراف الكلاسيكي والعملية التعلم الاجتماعي وهي كذلك تتضمن ملاحق لنماذج معرفية مؤسسة على دراسة ومعالجة المعلومة وسرورية الأفكار الشعورية واللاشعورية التي تميز وتنظم الأحداث والسلوك والسيرورات المعرفية فكلاهما في تفاعل مع الانفعالات فتعطي رد فعل فيزيولوجي انفعالي للتجارب أو الخبرات اللذة والألم، التقنيات المستخدمة للتدخل العلاجي هي على ثلاث مستويات سلوكي-معرفي-انفعالي.

كما تطمح الدراسة لتقديم نموذج برنامج لتسيير الضغط اليومي للمصاب بالسكري التابع للأنسولين فهو يحوي خمس مكونات هي: قدرات التواصل والتخطيط اليومي، الاستراتيجيات المعرفية، الاسترخاء، حل المشكل، وتطوير قدرات التكيف مع المواقف الضاغطة ومتطلبات المرض، عادات الأكل وتناول الأدوية، ممارسة الرياضة، العناية اليومية الخاصة بمرض السكري.

-الإشكالية:

تنطلق هذه الدراسة من دراسة قبلية تهدف هذه الدراسة إلى فحص اثر العلاج السلوكي المعرفي لتسيير الضغط (Cottaux) أي المتغير المستقل، على المتغيرات التابعة وهي درجة الضغط المدرك ونوعي استراتيجيات التعامل لدى عينة تتكون من عشرين أب يراول أبناءهم الصغار، دراسة سببية بملامحة المتابعة

تم تطبيق مقياسين: سلم الضغط المدرك لـ Cohen et al (1988) PSS 14، مقياس استراتيجيات التعامل لـ Paulhan et al, (1994)، إذ اعتمدت الدراسة تصميم القبلي والبعدى التتبعي لكل من المجموعتين التجريبية (10 أبناء) والضابطة (10 أبناء). توصلت إلى أن تأثير العلاج متباين الذي يحوي خمس مكونات: عملية الاسترخاء، الاستراتيجيات المعرفية، مهارات الاتصال، إستراتيجية حل المشكل وتطوير القدرات التكيف مع الوضعية الضاغطة. حيث يؤثر البرنامج العلاجي في خفض مستوى الضغط المدرك واستراتيجية التعامل المتمركزة حول الانفعال في بعدها التجنب وإعادة التقويم الايجابي وأيضاً بند البحث عن السند الاجتماعي التابع لإستراتيجية المتمركزة حول المشكل. في المقابل لم يؤثر في هذه الأخيرة وفي بندها الأخر أي بند حل المشكل. وكذلك بند اهتمام الذات التابع لإستراتيجية المتمركزة حول الانفعال (بوعطة، خرخاش، 2016).

هذه النتائج رغم محدوديتها إلا أنها فتحت المجال للتساؤل عن مدى فعالية الخطط العلاجية لتغيير نوع إستراتيجية التعامل لما تطبق بشكل فردي والذي قد تختلف شدة تأثيره لما طبق بشكل الجماعي، خاصة فيما يخص الشريحة التي تهتم بها هذه الدراسة أي المصابين بداء السكري والإصابة بالمرض ارتبطت كثيراً مع جودة الحياة.

وحتى يتمكن المرضى المزمنون من التكيف بصورة فعالة مع مرضهم، يجب أن يتعلموا إدماج مرضهم في حياتهم لأن خبرة المرض تشكل خبرة ذاتية مستدخلة في المعاش الخيري أي أنه لا يكون هناك تفرق أو تجاذب بين المرض كخبرة والذات ككينونة لهذا تقبل خبرة المرض كجزء من هذه الذات يساعد كثيراً على التكيف النفسي الاجتماعي. إن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعاً من الاختلال واضطراب النشاطات كما يخلل التسيير اليومي لهذه النشاطات مثلاً المرضى الذين يعانون من السكري يحتاجون إلى ضبط حميتهم ومراقبة نظام غذائهم، والمرضى الذين لا يتمكنون من إدخال خبرة المرض المزمن كخبرة ضاغطة ومؤلمة في معاشهم الخيري يظهرون صعوبات تكيفية واضطرابات سيكولوجية وهذا ما يؤدي إلى فشل في اتباع علاجهم وحميتهم أي أنهم لا يمثلون للتعليمات الطبية، ولعل هذا يعود إلى تبني ميكانيزم الإنكار حيث ينكرون وجود المرض رغم أن أعراضه واضحة ونتيجة ذلك لا يتمكنون من إدراك أعراض مرضهم ويظهر هؤلاء المرضى سلوكات مرضية تزيد من شدة المرض هي سلوكات لا وقائية تشير إلى الإهمال والإنكار حيث يهمل المرضى ذواتهم ولا ينتظمون في أخذهم وأحياناً يتناسون حتى الحصى العلاجية) حالة مرضى تصفية الدم (كما أنهم يفضلون في تطبيق السلوك الصحي الذي يسمح إذا ما تم اتباعه تخطي المرض. (Taylor, 1995). ومن خلال نوعية البرامج السلوكية المعرفية هذه تساعد على إدراك وتقبل المرض بل والتكيف والتعايش معه.

تفيدنا لما سبق فقد أشار العديد من الباحثين إلى أن الأفراد يمتلكون تنظيمات معرفية وتصورية حول الصحة والمرض ومن خلال هذه التنظيمات يفسرون ويدركون أعراضهم المرضية ومن خلالها تظهر ردود أفعالهم اتجاه هذا المرض (Carrity, 1975, Law Hartman, 1983, Nerenz; 1983, Bishop, 1990).

وهذه الأنساق التصورية والمفاهيم حول الصحة والمرض يكتسبها الأفراد من خلال الإعلام، الخبرات الفردية، العائلة والأصدقاء (Croyle et Berger, 1993)، وتتضمن الأنساق المرضية المعلومات القاعدية حول المرض تعريفه، أسبابه، مدته، والعلاج المقدم له (Law Hartman, 1983, Nerenz; 1984, Leventhal, 1983) (زناد، 2008، ص 145-155).

ومن خلال مقاييس نوعية الحياة نتعرف على تأثير العلاج على نوعية الحياة ذلك لأنه من المهم الدخول على مدى فعالية العلاج المقدم في الأمراض الخطيرة والمزمنة مثلاً في حالة العجز الكلوي المزمن وتقديم تصفية الدم Hemodialyse، حيث إن قياس نوعية الحياة يمكن من التقدير والتعرف على الأثر السلبي له العلاجات أي الجانب الضاغطة هذه العلاجات: مثلاً بعض برامج الحماية المضادة للضغط الدموي وكذلك حالة المرضى الخاضعين للدياليزا Hemodialyse إذ أن هذا العلاج بالرغم أنه يقدم خدمات فعالة للمريض، حيث يسمح له بتعويض الكلية المريضة من حيث ولكن إلى جانب فإن علاج الدياليزا يشكل تصفية الدم وإزالة كل السموم Toxique وضعية ضغط مستمرة بالنسبة للمرضى الخاضعين له Non Compliance (زناد، 2008، ص 185).

إن هدف التحقيق لقياس جودة الحياة لدى المصاب بالسكري نوع (2) بالاستعانة بسلم الـ المكيف لتقدير جودة الحياة Short Form 36-items Health Survey للمرضى بداية من مرضى معزولين بالمقارنة مع مجموعة ضابطة خالية من كل إصابة لتستدل بها النتائج على التطبيق في الدراسة العالم طبق المقياس بشكل ذاتي على عينة مكونة من 282 مصاب بالسكري ذوي عمر أقل من 70 سنة، أ بطريقة الاختيار العشوائي من القاعدة البيانية لمصلحة الطبقة لنظام العام للضمان المرض لـ (القاعدة تحوي ملفات المرضى الطبية (4644 مريض خرج). ولقد تكونت العينة الضابطة 160 شخصاً يكونون مصابين لا بمرض مزمن ولا إعاقة، وأظهرت النتائج وجود درجة دنيا لجودة الحياة بالنسبة للمرضى المدروسين بالمقارنة مع المجموعة الضابطة لكل العناصر المقيمة في يوم التحقيق وهذا في الأبعاد المقاسة من طرف مقياس جودة الحياة SF. 36 (التوظيف الجسدي، الحدود الجسدية، الطاق، الـ جسدية، النشاط الاجتماعي، الألم، الصحة العامة).

كما خلص البحث بأن الرأي العام يفضي إلى أن المصاب بداء السكري من نوع 2 "مرض ذا بطيء وبلدة طويلة يكون بدون أعراض وغير مؤلم" لا يهدد نوعية حياة المريض، وهذا ما يجعله يتصرف غير مريض، مع تقدير متدنٍ لخطورة إصابته ويميل طبيعى لتجاهل القواعد الطبية والعقلية والأه العلاجية المقترحة له.

كما أظهرت العديد من الدراسات فيما يخص فعالية العلاج الطبي، أن آراء الأطباء والمرضى تعارضاً فالتطبيق يعطي أهمية أولوية للعلاجات الاكلينيكية والجرعات الخاصة بالسكري وHbA1c بينما ما يهتم قبل كل شيء بما تبقى من قدرته لإرضاء حاجاته وأهداف (Schneiderman, 1997).

أيضاً أضج اليوم وفي ميدان كل متمرس الدراسات حول جودة الحياة تبقى بالأحرى مجال لفهم العلاج أو التقييم الطبقي الاقتصادي (Carrère, 1997).

كما أن الهدف هو تركيز الانتباه عن تكوين استراتيجيات العلاج، وذلك بتبادل المعلومة والتفاوض الأهداف، بأخذ بعين الاعتبار الواقع الثقافية- الاجتماعية (Clouet et al, 2001).

لقد نشر الباحثون النتائج التي أظهرت أن جودة الحياة عند النساء هي أقل منه عند الرجال في « من نوع 2 حيث أن درجات جودة الحياة الجسدية والعقلية كانت أدنى عند النساء منه لدى الرجال. كـ النتائج الجسدية تلازم خطورتها مع التقدم في السن بالطبع، ولكن حسب مجموعة الباحثين فإن الحياة لدى الأشخاص المصابين بالسكري من النوع "2" ترتبط كثيراً بنتائج السكري، لكن التي ترتبط

- القيام بملصاصة حول جودة الحياة للأشخاص المصابين بالسكري، حيث يمكن تحسينها من خلال:
- الوفاة بأفضل ما يمكن من مضاعفات السكري التي تؤدي إلى عاهات.
- لا بد من مواجهة الصعوبات الاجتماعية-الاقتصادية للمرض.
- البحث عن "الموائمة" بشكل كبير بين الأهداف العلاجية والحاجات الفردية للمرض (عناية الخاصة) (Hélène, 2011).

بناء على ما سبق التعرض إليه في الأشكالية يمكن طرح مجموعة التساؤلات التالية:

- 1- ماهي مجموعة الخصائص العامة للصدق والثبات لمقياس جودة الحياة.
 - 2- ماهي مجموعة الخصائص العامة للصدق والثبات لمقياس استراتيجيات التعامل.
 - 3- ماهي مكونات البرنامج السلوكي المعرفي لتسيير الضغط اليومي للمصابين بالسكري.
- أهداف الدراسة:
- إعادة حساب صدق وثبات مقياس جودة الحياة في بيئة الدراسة وعلى عينة من مجتمعها.
 - إعادة تكيف مقياس استراتيجيات التعامل وحساب معاملات الصدق والثبات في البيئة الحالية للدراسة.
 - اقتراح وتقديم محتوى البرنامج السلوكي المعرفي لتسيير الضغط للمصابين بالسكري لتطبيقه مستقبلاً.
 - مفاهيم الدراسة:

1- المصابين بالسكري التابع للأنسولين: مرض السكري هو مرض استقلابي (أيضي) مزمن Metabolic Disease يتميز بزيادة مستوى السكر في الدم Hyperglycemia نتيجة لنقص نسبي أو كامل في الأنسولين Insulin في الدم أو لخلل في تأثير الأنسولين على الأنسجة، مما ينتج عنه مضاعفات مزمنة في أعضاء مختلفة من الجسم.

2- الأنسولين: هو هرمون يُفرز من خلايا بيتا في جزر لانجرهانس Islets of Langerhans Beta Cells في البنكرياس Pancreas ويتكون من سلسلتان من الأحماض الأمينية مرتبطتان بروابط كيميائية بعد أن تنفصل منه سلسلة سي C Peptide حتى يصبح فعال ويمر في الكبد حيث يُدمر 50% من الأنسولين المفروز. والأنسولين ضروري للجسم كي يتمكن من الاستفادة واستخدام السكر والطاقة في الطعام.

3- جودة الحياة: على الرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة، إلا أنه عادة ما يشار في أدبيات المجال إلى تعريف منظمة الصحة العالمية (1995) بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم، إذ ينظر فيه إلى جودة الحياة بوصفها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلالته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته" (WHOQOL Group, 1995).

في حين تُعرف إجرائياً بأنها مجموعة الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة إعداد منظمة الصحة العالمية المطبق في الدراسة الحالية.

راجع إلى تعدد النظريات والنظريات حولها حيث اقتراح آثار من الأثرين تعريف لهذا المفهوم، حيث يعرف علم النفس الكبير "السرورة النشطة التي يقوم بها الفرد وذلك بواسطة التقييم الذاتي لنشاطاته ودوافعه لمواجهة وضعية ضاغطة والنجاح في التحكم بتلك الوضعية (Bloch et al, 1991).

ويعرفها لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984): "هي كل المجهودات المعرفية والشخص، المتغيرة والغير ثابتة، من أجل هبة (انقاص، خفض، مراقبة، السيطرة أو التسامح) للمتطلبات الداخلية أو الخارجية (والصراع بينهما) والتي تكون بالتفاعل بين فرد-محيط. والتقييم يكو لمصادره الخاصة". فالعامل هو استجابة للضغوط الخارجية والداخلية وتقليل أثره على الفرد النفسي والجسدي والاجتماعي، وتتكون في البحث الحالي من نوعين من الاستراتيجيات هما: أ- إستراتيجية التعامل المتمركزة حول المشكل: تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة والتفاعل فرد-بيئة، يعني التركيز على المشكل "وحسب Shafer (1992) فهي تشير لتلك الجهود الفرد وهو يحاول التعامل الفعال مع الضغط النفسي، أو مع الموقف الضاغطة مباشرة وتلك استراتيجيات حل المشكل: تشير إلى مجهودات مدروسة ترتكز على المشكل بهدف تغيير الوضعية تناول تحليلي لحل المشكل

- البحث عن السند الاجتماعي: المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق. ويتزود الفرد الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل الحياة.

ب- استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال: تشير إلى الأفكار والأفعال التي تهدف إلى تقليل الانفعالي للضغط (Graziani et al, 1996) تتكون من:

- استراتيجيات التجنب: تشير هذه الإستراتيجية للتفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من أو تجنبها.

- استراتيجيات إعادة التقويم الإيجابي: تشير للمجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة وإعادة تقييم الوضعية والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى إيجابي.

- استراتيجيات اتهام الذات: تتضمن استراتيجيات الوعي بالمسؤولية الشخصية في المشكل، والاستدراك، اعتراف الفرد بدوره في المشكلة وما يصاحب من محاولات من طرفه لجعل الأشياء في حين تعرف إجرائياً بأنها مجموعة الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في استبيان استراتيجيات الدراسة الحالية.

5- العلاج السلوكي المعرفي: عرفه بيك (Beck, 2003): مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك المبادئ هي العمليات المعرفية وتعديل هذه العمليات يكون وسيطاً هاماً لتغيير السلوك المختل وال تفكير سلبي (باضة، 2003، ص 269).

كما يرتبط العلاج السلوكي المعرفي بطرق تعديل الأفكار والانفعالات من خلال مواجهة للمواقف كما أن غالبية البرامج تحتوي على الاسترخاء (Cottraux, 2001, p181).

1- الاسترخاء التدريجي: مستوحاة من التنويم المغناطيسي، فهي التدريب الذاتي المطور من طرف الطبيب العقلي الألماني Johannes Heinrich Shultz (1884-1970) في حوالي سنة 1930. إذ استوحاها من أعمال Oscar Vogt حول التنويم المغناطيسي و Emie Coué حول التسيير الذاتي الواعي وأعمال S.Freud. فهي تعتمد علي إحساس الضغط والحرارة للوصول إلي الاسترخاء (Servant,2009,p 12).

2- الاستراتيجيات المعرفية: من خلالها يتم مناقشة عدم فعالية بعض الانفعالات (كالاكتئاب، الغضب...) في مواجهة الضغوط الحياتية.

3- قدرات التواصل: وذلك من خلال تقنية اللعب الدور خاصة في الوسط العائلي. الهدف منها هو خلق أفضل طريقة للتواصل، تشجيع التعبير الفعال للمشاعر الايجابية أكثر منها السلبية.

4- حل المشكل: إذ نواجه كل يوم مشاكل حياتية وذلك بخفض مستوى معين من الفعالية لكن عند عدم الحل المرضي للأثار السلبية، الأثار يمكن أن تتفاقم وتضخم من الضغط النفسي المعاش.

5- التوافق مع الضغط أي استعمال استراتيجيات التعامل: التعامل باستراتيجيات فعالة يجعل من أثر الضغط أقل وطأة ومعاناة نفسية من أي حدث حياتي (Cottraux,2001, p 234-240).

كما تعرف إجرائيا بأنها مجموعة من الإجراءات المعرفية السلوكية المستخدمة لتحسين جودة الحياة وتغيير نوع استراتيجيات التعامل لدي المصابين بالسكري بشكل فردي. أيضا حسب الحالات الظروف الفيزيائية ومهارة المعالج.

- المنهج المستخدم في الدراسة:

استخدم في هذه الدراسة المنهج التجريبي الذي يهدف إلى إقامة العلاقة التي تربط السبب بالنتيجة بين الظواهر والمتغيرات. وبإقامة العلاقة بين السبب والنتيجة فإننا نقوم بإجراء التجربة التي يتم من خلالها معالجة متغير أو أكثر بتغير محتواه عدة مرات، ويسمى هذا المتغير المستقل وهو الخطة العلاجية السلوكية المعرفية المتبعة في هذا البحث. إن هذه العملية تسمح بدراسة أثر المتغير المستقل في المتغير الذي يتلقى تأثيره، والمسعى بالمتغير التابع والذي هو في بحثنا كل من نوعي استراتيجيات التعامل وجودة الحياة، حيث سيعتمد على التصميم القبلي والبعدي التنبئي لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة.

- أدوات الدراسة:

1- البرنامج العلاجي: هذا البرنامج وضع ليحاكي هذا البرنامج وضع ليحاكي البرنامج الموضوع لتسيير الضغط في كتاب العلاجات السلوكية والمعرفية ل Cottraux J. إذ اعتمد فيه علي الخلاصة الشخصية عن مختلف برامج إدارة الضغط المتوفرة في السوق. بالخصوص برنامج مطور من طرف Avard لجامعة مونتريال، وهو ل Meichenbaum (1977) والذي قاموا بتعقيده انطلاقا من المعطيات الحديثة التي اندرجت من العلاجات

المعرفية (Ladouceur et coll, 1992, Cottraux,19992). برنامج تسيير الضغط هذا يحوي عموما خمس مكونات: عملية الاسترخاء، الاستراتيجيات المعرفية، مهارات الاتصال، استراتيجيات حل المشكل وتطوير القدرات التكيف مع الوضعيات الضاغطة (Cottraux,2001, p239) هذه المكونات يمكن أن تطبق علي مجموعة البحث في مدة 12 أسبوع في حوالي ساعتين في الأسبوع يتم إعادة ترتيب وتكثيف هذه المكونات حسب طبيعة

الموضوع وأهداف البرنامج، حيث تقدم تفاصيله المختصرة في كل جلسة وكذا الوسائل الاجراءات كما هي مرفقة في الملحق 01.

2- مقياس جودة الحياة: وضع هذا المقياس منظمة الصحة العالمية (1996) لتقديم بروفيلا مستوى الجودة السائد في حياة الفرد، وهو يتكون من 26 بند، يتضمن بندين (2) لجودة الحياة والصحة العامة، وبند واحد فقط من ال 24 بعد الذي تتكون منها الصورة الأصلية لمقياس والذي أعدته أيضاً منظمة الصحة العالمية (1995، والمكون من 100 عبارة) ، لتصبح الصورة شاملة و متكاملة. ولقد تم تعريب المقياس من بشري اسماعيل أحمد (2008)، وتكونت الصور للمقياس من 26 عبارة ، منها عبارتين عن جودة الحياة عامة والصحة العامة، و 24 بند موزعة أبعاد فرعية للمقياس، كما يلي

- الصحة الجسمية Physical Health : يتكون من 7 أجزاء (الانشطة الحياتية اليومية، الإيقاظ والمساعدة الطبية، القوة والاجتهاد، قابلية الحركة والتنقل، الألم والعناء، النوم والراح علي العمل) وبذلك يتكون هذا البعد من 7 بنود لمقياس جودة الصحة الجسمية هي البنود التي 4، 10، 15، 16، 17، 18.

- الصحة النفسية Psychological Health : تتكون من 6 مجالات هي (صورة الجسم والمظهر العام السلبية، المشاعر الايجابية، تقدير الذات، معتقدات الفرد الدينية والروحية، والتفكير/التذكر/التركيز) وبذلك يتكون هذا البعد من 6 بنود هي التي أرقامها: 5، 6، 7، 11، 19، 26.

- العلاقات الاجتماعية Social Relationship : ويتضمن هذا البعد ثلاثة مجالات هي (العلاقات المساندة الاجتماعية، والنشاط الجنسي) وبذلك يتكون هذا البعد من 3 بنود أرقام 20، 21، 22.

- البيئة Environment : يتكون من 8 مجالات هي (الموارد المادية، الحرية، الأمن والأمان المادي الصحية والاجتماعية: التوافر والجودة، البيئة الأسرية، الفرص المتاحة لاكتساب المعارف وتعلم الاشتراك في وإتاحة الفرصة للأبداع/ النشاطات الترفيهية، البيئة الطبيعية (التلوث، الضوضاء، المرو ووسائل النقل. وبذلك يتكون هذا البعد من 8 بنود هي التي أرقامها: 8، 9، 12، 13، 14، 23، 24، 25.

- تصحيح المقياس والدرجة الكلية: يتم الاجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس مدرج تتراوح الدرجات بين خمس درجات إلي درجة واحدة وذلك في حالة الاجابة الايجابية حيث تشير الدرجة المرتفعة إلي جودة الحياة، وتعكس هذه الدرجات في حالة الاجابات السلبية. ويتم حساب درجة كل بعد من الأربعة، بمتوسط مجموع درجات الفرد علي البنود المكونة لكل بعد ثم بعد ذلك تجمع متوسط درج علي الأبعاد الأربعة للحصول علي الدرجة الكلية ولكن بعد تحويل هذه الدرجة الكلية ، كما في المعادل: الدرجة المحولة = (الدرجة - 4) × (16/100)

- الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

1- ثبات المقياس Reliability: تم تقدير ثبات المقياس في الدراسة الحالية من خلال إجرائه على عي من 30 فردا (نساء، رجال). اختيرت بطريقة عشوائية بسيطة من مجتمع الدراسة، ولقد استخدم معامل الثبات للمقياس طريقتين هما:

جدول (01) يمثل نتائج تحليل معامل الارتباط بيرسون لعبارات مقياس جودة الحياة.

النتائج	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العبارات الفردية	30	43.53	6.59	0.76	0.01
العبارات الزوجية	30	45.36	6.63		

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن هناك ارتباطاً قوياً بين جزئي المقياس. حيث كان معامل الارتباط يساوي 0.76 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01، وهي قيمة ثبات نصف المقياس. وبعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان و براون Spearman-Brown Coefficient: حيث أصبح معامل الثبات يساوي 0.86 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01، مما يعني هذا أن مقياس جودة الحياة المطبق في الدراسة الحالية يتمتع بمعامل ثبات عال، يعكس هذا بدوره مدى صلاحيته للتطبيق.

ب- معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient: تم حساب معامل ألفا كرونباخ فوجد أنه يساوي 0.81 وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية تطمئن إلى استخدامه في الدراسة الحالية.

2- صدق المقياس Validity: للتأكد من صدق مقياس جودة الحياة المطبق في الدراسة تم الاعتماد على طرق حساب الصدق التالية:

أ- صدق المحتوى أو المضمون Content Validity: تم استخدام طريقة صدق المحتوى، وذلك عن طريق استطلاع آراء مجموعة من المحكمين من مدرسين وخبراء المنهج من أقسام علم النفس، حيث تم اتفاقهم على أن العبارات التي يشملها المقياس تقيس ما وضعت لأجله وهي ملائمة للبيئة الجزائرية من حيث اتفاقها في المعنى مع الواقع المعاش للفرد، والثقافة البيئية المحيطة. وقد تراوحت معاملات الاتفاق بين آراء المحكمين ما بين 90-100% عن عبارات المقياس وبأنها تقيس فعلاً ما وضعت لأجله.

ب- صدق التميز بطريقة المقارنة الطرفية Discriminate validity: أجريت المقارنة الطرفية بأسلوب المجموعتين المتطرفتين Contrasted Group Control، من خلال إيجاد دلالة الفروق بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى والإرباعي الأدنى من إجابات الأفراد في مقياس الوحدة النفسية. وذلك بحساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى 27% ودرجات أدنى 27% وقد بلغت 8 أفراد (نساء). والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول (02): يمثل نتائج صدق التمييز لدرجات مقياس جودة الحياة بطريقة المقارنة الطرفية.

النتائج	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الإرباعي الأعلى	08	75.25	2.31	14	9.10-	0.01
الإرباعي الأدنى	08	105.00	8.94			

ما قيمته - 9.10 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01، مما يدل على أن المقياس يميز تموزاً واضحاً مرتفعي ومنخفضي الدرجة على المقياس، وهذا يوضح ويعكس بأنه يتصف بالكفاية في التمييز بين مستوى جودة الحياة لدى المستجيبات.

3- مقياس استراتيجيات التعامل ل (Paulhan et al, 1994).

وصف مقياس استراتيجيات التعامل: أعلنت الكثير من الدراسات بمعرفة استراتيجيات التعامل باستعملها الأفراد في تعاملهم مع البيئة المحيطة بهم، وموضوعات الحياة، وأول عمل كان في هذا المدة للارزوس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984)، وأيضاً Ray et al وآخرون (1982). وانطلاقاً من الاستراتيجيات تم بناء سلم للارزوس وفولكمان Lazarus et Folkman المعروف بـ: e ways of coping (check-list).

بعد ذلك تم تكيف مقياس التعامل حسب البيئة الفرنسية، وكان الهدف من هذا العمل هو البقاء عن فعالية التعامل في دورها المعدل للعلاقة بين ضغط-توتر، كذلك توضيح أنواع الاستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية الملحق رقم (02): مقياس استراتيجيات التعامل.

الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات التعامل: تم ترجمة المقياس إثر خطوات تكيفه على اللغة الفرنسية، من طرف مخبر اللغات بجامعة "Bordeaux"، ثم تطبيقه على عينة مكونة من (501) راشد بين طاقم وعاملين من كلا الجنسين (172 رجل، و329 امرأة) تتراوح أعمارهم ما بين 20-35 سنة بإتباع نفس النظم وباستعمال التحليل العاملي مع (Rotation varimax) تم التوصل إلى نتيجتين:

- بنود الاختبار تأخذ بعين الاعتبار محور عام للتعامل الذي يضم استراتيجيات التعامل مركزة حول المشاعر وأخرى مركزة حول الانفعال.

- وجود أبعاد خاصة للمواجهة تتمثل في خمس مستويات مكونة للصورة النهائية للسلم وهي: حل المشاعر، التجنب، البحث عن السند الاجتماعي، إعادة التقييم الإيجابي، واتهام الذات.

وفي الدراسة الحالية ولمعرفة صدق المقياس تم استجواب 100 فرداً، منهم (52 امرأة، 48 رجل) تتراوح أعمارهم بين 40-65 سنة وذلك كل شهر، ولمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة نوع الاستراتيجيات التي استعملوها لمواجهة تلك الوضعية (Paulhan, 1994, p. 113).

- كيفية تطبيق مقياس استراتيجيات التعامل: يطبق مقياس بولان وآخرون Paulhan et al. بصفة فردية جماعية، وتتبع في ذلك التعليمات التالية:

أ- صف موقف مؤثراً عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف قد تمسك بالأخص أو أزعجك له علاقة بصمم أو مثلاً).

ب- حدد شدة الانزعاج والتوتر الذي يسببه لك هذا الموقف (منخفض، متوسط، مرتفع) وذلك بوضع العلامات (x) أمام المستوى المناسب.

ج- أشر بالعلامة (x) إلى الاستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها، أم لم تستعملها في مواجهة الموقف.

علما بأن الاستراتيجيات موضوعة في جدول مرفق من البند (1) إلى البند (29)، ويجب الفرد حسب سلم مدرج مؤلف من أربعة احتمالات، وهي: (نعم/تقريبا نعم/لا/تقريبا لا).

يضم هذا المقياس خمسة مستويات، يحتوي كل مستوى على عدد معين من البنود، وهي كالآتي:

- استراتيجية حل المشكل، وتضم (08) بنود وهي (01، 04، 06، 13، 16، 18، 24، 27).
- استراتيجية التجنب، وتضم (07) بنود وهي: (07، 08، 11، 17، 19، 22، 25).
- استراتيجية البحث عن السند الاجتماعي، وتضم (05) بنود وهي: (03، 10، 15، 21، 23).
- استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، وتضم (05) بنود وهي: (02، 05، 09، 12، 28).
- استراتيجية اتهام الذات، وتضم (04) بنود وهي: (14، 20، 26، 29) أنظر الملحق رقم (3).

على العموم لا يتم وضع وقت معين ومحدد للإجابة على أسئلة المقياس مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه، وقد وجد أن مدة تطبيق المقياس تتراوح بين (5) و (7) دقائق.

- كيفية تصحيح مقياس استراتيجيات التعامل: يتم تنقيط وفق سلم مدرج من (1) إلى (4)، إذ تمنح النقاط وفق الجدول التالي:

جدول (03): يمثل كيفية تنقيط بنود مقياس استراتيجيات التعامل.

الإجابة	العلامة
لا	نقطة واحدة
تقريبا لا	نقطتين
تقريبا نعم	ثلاث نقاط
نعم	أربع نقاط

وهو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند (15) الذي يكون تنقيطه بعكس البنود الأخرى أي من (4) إلى (1). (Paulhan et al., 1994, pp. 298-299). ويتم تدوين النتائج حسب الجدول التالي:

جدول (04): يمثل طريقة تدوين نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة.

الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل		الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال	
حل المشكل	البحث عن السند الاجتماعي	التجنب	إعادة التقييم الإيجابي
			اتهام الذات

- خاتمة:

كنخلص لما سبق ففي هذا النوع من الدراسات يهدف وبسهل الطرق أمام الأخصائي النفسي أو الباحث أو العامل بقطاع الصحة العمل بإتباع البرنامج ومن خلاله فحص مدى فعاليته، خاصة وأن مجموعة الدراسة راعت الجانب الاقتصادي والاستراتيجي لتطبيق مثل هذه الخطط، فقد ادرجنا ضمن خطة العلاج هذه الاستعانة بالفريق الطبي أو الأخصائي التغذية المتواجدين بنفس المستشفى أو العيادة وبالتالي يقدم كحلقة وصل بين الفريق الطبي العامل بها والكل يصب في صالح مريض السكري الذي هو بحاجة للعمل على نوعيته واعطائه استراتيجيات فعالة للتعامل مع مرضه بتكثيف متطلبات وشروط الحياة التي يعيشها.

- قائمة المراجع بالعربية:

1- باضة، أمال عبد السميع، (2003). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: دار عسكر للطباعة.

2- بوعطة شريفة، خرطاش أسماء، (2016): تأثير العلاج السلوكي المعرف على الضغط واستراتيجيات الأ لذي أباء الأطفال الصم، دراسة ميدانية بمدرسة صغار الصم بولاية المسيلة، مجلة العلوم الأ والاجتماعية، العدد 10 ج 2، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.

3- زناد دليمة، (2008): سلوك الملازمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم الهيموداياليز (دراسة ميدانية من خلال نموذج علم الأ الصحة، رسالة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم النفس العيادي جامعة الجزائر، كلية العلوم الأ والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا.

4- قراءة في تقرير "جودة الحياة" لعام 2010 مجلة أخبار الخليج، العدد 11694- الثلاثاء 30 مارس متاح على شبكة المعلومات العالمية، الرابط الإلكتروني التالي <http://www.aaknews.com>

- قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

MO. la qualité de vie liée à la santé. Journ Econ Med, 1997, 1, 5-8.

aux, Jeans (2001): Thérapie comportementale cognitive, 3eme édition, Masson, Paris, France.

uet, G.Excler-Cavailher, B.Christophe, F.Masson, D.Fasquel, Évaluation de la qualité de vie de iques de type 2 par l'échelle internationale SF 36, Service Médical de l'Assurance Maladie, e Général de Lyon, France.© Masson, Paris, 2001.

ani. P., Rusinek. S., Servant. D., Haute Keete-Sence. D., et Haute Keete M., (1996). Validation ise du questionnaire de coping et analyse des événements stressants du quotidien. . Journal rapie comportementale et cognitive. vol 8, N°3, pp. 101.

ne Fagherazzi-Pagel (2011) Qualité de vie des diabétiques de type 2: analyses "multivariées" ude Entred 2007 (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) le 10.02.2011 | Mise-à-jour le 21.06.2013.

an, I., Nuissier, J., Quintard, B., Coussongelie, F., et Bourgois, M., (1994). la mesure de coping tion et validateur français de l'échelle de Italiano. Annales médico-psychologiques. vol 12, p. 292-299.

aiderman IJ. Medical futility and quality of life. Journ Econ med, 1997, 1, 65-72.

nt, D., et Parquet, Ph., J., (1995). Stress anxiété et pathologies médicales. Paris, France: n.

r. S.E.; (1995): Health psychology, edition MC Graw : Hill INC. New Yourk.

OL Group (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment

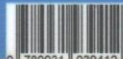
- 294 .29 الية تفسير جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي، أ. بوزيد محمد
فارج _ أ.جاب الله سليم/جامعة المسيلة
- 300 .30 القلق من المستقبل وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى المراهق
المصاب بداء السكري.
أ.ونوغي حبيبة _أ.حمريط نوال/جامعة المسيلة
- 320 .31 الضغوط النفسية لمرضى السكري وعلاقتها بجودة الحياة - دراسة ميدانية
بمستشفى بوضياف - ورقلة
-أ.بن طراد زينة_أ.بكوش ليلى/جامعة ورقلة
- 332 .32 نموذج التنظيم الذاتي لسلوك المرض لليفونتال وآخرون Leventhal et
الكأحد النماذج المفسرة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة.د.مرازة
وليدة_د.بن زطة بلدية/جامعة محمد بوضياف المسيلة
- 338 .33 برنامج علاجي سلوكي معرفي لتحسين جودة الحياة ونوع استراتيجية التعامل
لدى المصابين بداء السكري. د. بركات عبد الحق _ أ. خرخاش أسماء-جامعة
المسيلة.
- 350 .34 مقومات الاستمتاع بالحياة السعيدة.أ.عادل حميدي _أ.نوري عشيشي
/جامعة قسنطينة(2)
- 359 .35 الرعاية الصحية للطالب المصاب بالسكري في المدرسة،د/ركزة سميرة-أرقيق
برة علي/ جامعة البليدة(2)
- 366 .36 جودة الحياة من خلال الإرشاد الأسري للمريض بالسكري.د/فريدة
بولسنان.جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
- 372 .37 Impact du niveau d'instruction sur la qualité de l'équilibre du
diabète de type(2)
Dr Bouab Diaedine Endocrinologue Diabétologue, cabinet médical
Dr Bakiri Nadjiba Département de psychologie, université de Jijel
- 382 .38 Le ressenti des malades suite à l'annonce du diagnostic du diabète
Dr. Taibi Hakim , Dr Dehbia Hocine . Université mouloud Mammeri
Tizi-Ouzou
- 388 .39 L'aspect psychologique du diabète et l'importance de prise en
charge psychologique dans l'amélioration de la qualité de vie
Dr.Medjerab Saliha/(Mr .Ben mohammed djamel eddine :
psychologue (EHS OM

المؤلفون

- Dr. Bouab Diaedine/Dr. Bakiri Nadjiba □
Dr. Taibi Hakim , Dr .Dehbia Hocine □
Dr.Medjerab Saliha/Mr .Ben mohammed djamel eddine □
□ د.فارس زين العابدين أ.فلاح احمد.
□ أ.خنفار سامرة أ. عائشة بوضبع.
□ د.شريفة مودود أ.مروان زارد.
□ د.رمضان زعطوط.
□ د.لبني أحمان أ.عبد الصمد صورية.
□ أ.د.يامنة اسماعيلي أ. فيصل نويوة.
□ أ.عيشة علة أ.بوفج وسام.
□ د.نحوي عائشة أ.جربو سليمان
□ أ.جميلة كتفي أ. حليلة بوحملة.
□ أ.بيروق هناء نور الهدى أ.علايقة سميرة.
□ د.قارة سعيد.
□ أ.بوعلام قاصب أ.بوخاري سهام.
□ د.خطوط رمضان أ.جلاب مصباح.
□ د.بن عبدالرحمان سيدعلي أ.عبدالحق مقنين أ.حسن معاش.
□ أ.بن ناصر فرحات أ.حريزي بوجمعة.
□ أ.بن يمينة توفيق أ. عدلي حسين.
□ د.علوطي عاشور أ.عريوة مريم أ.بن منصور حدة.
□ أ. شادي فاطمة أ.د مجاهدي الطاهر
□ د.مام عواطف أ.خضرة حلاب.
□ د.بن عصتمان عبد الله أ.جلاخ مريم.
□ أ.د.برو محمد_برابح نعيمة شرقي حورية.
□ أ.خوجة أسماء.
□ أ.حمزة بركات أ.فنيش حنان أ.حمودة ياسين.
□ أ.عبدالملح نقبيل أ.عمارحسيني.
□ د. سامية ابراهيمي أ. فتيحة بن كتيلة.
□ أ.خيذر سميرة_حمزة خوجة.
□ أ.حدان ابتسام أ.دودو سونيا.
□ أ.بوزيدمحمد فارح أ.جاب الله سليم.
□ أ.ونوغي حبيبة حمريط نوال.
□ أ.بن طراد زينة أ.بكوش ليلي.
□ د.مرازقة وليدة د.بن زطة بلدية.
□ د. بركات عبدالحق أ. خرخاش أسماء.
□ أ.عادل لحميدي أ.نوري عشيشي.
□ د.ركزة سميرة أ.رقيق برة علي
□ أ.د منصور مصطفى
□ د. زوييدة طالبي
□ د.بولسنان فريدة



ISBN: 978-9931-9394-1-2



المنسق: د. روبي محمد

