تحديد العوامل الديموغرافية المرتبطة بنوعية الحياة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة

د:شريفي هناء
قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا
جامعة الجزائر 2- ابو القاسم سعد الله

ملخص

تحاول هذه الدراسة تقييم الفروق في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بالأمراض المزمنة وفقا للمتغيرات الديموغرافية، تكونت عينة الدراسة من253 مصاب بمرض مزمن على التوالي(153 السكري، 40 التهاب نزيفي للقولون والمستقيم، 60 الربو)، ومن أهم النتائج:*وجود مستوى متدنٍ من نوعية الحياة عند الافراد المصابين بالأمراض المزمنة وكانت اسوأ عند المصابين بداء السكرى والتهاب نزيفي للقولون والمستقيم، أما مرضى الربو كانت اقرب الى المتوسط لكن تبقى دائما منخفضة تحت المتوسط. عدم وجود فروق دالة إحصائيا وفقا للجنس والحالة العائلية لدى المصابين بالأمراض الثلاث. ووجود فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة وفقا للسن لدى المصابين بالسكري، وجود فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة وفقا للمستوى التعليمي لدى المصابين بالربو والتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم، وانتهت الدراسة إلى مجموعة من المقترحات .

الكلمات المفتاحية:امراض مزمنة، السكري،التهاب نزيفي للقولون والمستقيم، الربو، نوعيةالحياة، العوامل الديمغرافية.

Abstract

Cette étude tente d'évaluer les différences de qualité de vie liée à la santé chez les personnes souffrant de maladies chroniques, en fonction de variables démographiques, l'échantillon de l'étude était formé de 253 malades chroniques, respectivement (153 diabéte,40 Rectocolite hémorragique ,60 asthme), et les résultats les plus importants: * L'existence d'un faible niveau de la qualité de vie chez les personnes atteintes de maladies chroniques , les bas niveaux étaient les gens atteints de diabète et Rectocolite hémorragique, le niveau de la qualité de vie patients asthmatiques étaient plus proches de la moyenne, mais toujours en dessous

de la moyenne. * Absence de différences significatives dans la qualité de vie selon le sexe et l'état marital chez les patients atteints des trois maladies. * existence de différences significatives dans la qualité de vie selon l'âge chez les patients atteints de diabète, existence de différences significatives dans la qualité de vie statistiquement selon le niveau d'éducation des personnes souffrant d'asthme et de Rectocolite hémorragique.

Mots-clés: maladies chroniques, le diabète, rectocolite hémorragique, l'asthme, la qualité de vie, les facteurs démographiques

1.مقدمة:

تعتبر الأمراض المزمنة مجموعة من الأمراض التي لا تحدث نتيجة ميكروب معين، ولكنها تتأثر بالاستعداد الوراثي للفرد ونمط حياته الذي يؤدي إلى تغيرات في تركيب أو وظائف الجسم المختلفة مما يؤدي لقصور في وظائف أعضاء الجسم وهو قصور مزمن ويستمر طول العمر وينتج عن ذلك ظهور مجموعة من الأعراض المختلفة، كما أن عدم السيطرة على المرض تؤدي لحدوث مضاعفات شديدة تحتاج للعلاج والمتابعة. ولقد تم الاهتمام من طرف الباحثة بثلاث أنواع من الأمراض المزمنة التي قدرت حسب المنظمة العالمية أنها في ارتفاع مقارنة بالأمراض الأخرى نظرا لارتباطها بأسلوب الحياة والمعتقدات الصحية والسلوك الصحي في تفاقم المرض وزيادة نسبة الوفيات ومنها داء السكري ،مرض الربو والتهاب نزيفي للقولون والمستقيم .وقد أوفدت (سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية،2010) أنه بلغ عدد المصابين بالسكري سنة2007، حوالي 246 مليوناً و6 ملايين حالة جديدة و3.5 مليون وفاة، و70% من هؤلاء يعيشون في العالم النامي. وتشير التنبؤات إلى أن هذا العدد سينمو بحلول سنة 2025 إلى 1.5 مليار. يصيب الداء الرئوي المزمن أعداداً ضخمة من الناس، ويقدر عدد المصابين بالربو بنحو 300 مليون، و61 مليون مصاب بانسداد المجاري التنفسية المزمن، ويعيش ثلاثة أرباع هؤلاء في آسيا وأفريقيا. تتنبأ منظمة الصحة العالمية أن الوفيات بالأمراض المزمنة ستزداد بنحو 17% خلال العقد القادم وستكون الزيادة العظمى في الإقليم الأفريقي (27%). وهذا يدعو إلى القلق، ليس فحسب لأنهما يصيبان نسبة كبيرة من

السكان، بل أيضاً لأنهما بدأ يظهران في مرحلة مبكرة من العمر، ولهذا اتجهت الأبحاث والدراسات إلى مجال نوعية الحياة حيث اكتسى أهمية كبيرة في الدراسات الإبيديمولوجية في مجال الصحة العامة (عثمان يخلف،2001،)، وأصبح يحتل نفس الأهمية التي تحتلها العوامل الوراثية وسمات الشخصية في تحديد الإصابة بالمرض المزمن (فيصل خير الزراد،2000).

فقد عرف هذا المفهوم على أنه "ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجيات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة وبمؤشرات ذاتية تقيس قدرة الإشباع" (الجوهري هناء،1994). بحيث يدمج تحت مجال الجوانب الموضوعية :ظروف الحياة الوظيفية والصحية، والجوانب الذاتية: الارتياح، السعادة، الرفاهية، وعليه فإن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تهتم بالصحة البدنية، الحالة النفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئية (Marilo Bruchon Schwertzer,2002).

كما يشير (Cella & Tulsky, 1991) إلى أن نوعية الحياة مرتبطة بتقييم المرضى ورضاهم بمستوى أدائهم الوظيفي الحالي مقارنة بما يتصورونهه الأمثل؛ أما (Erickson & Patrick, 1993) فينظران إلى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على أنها القيمة المعطاة لطول الحياة، متأثرة بالأداء الوظيفي وظهور الإعاقات والصحة المدركة ولفرص الاجتماعية المتاحة التي تتأثر بالمرض أو الجروح أو العلاج وكذا سياسات الرعاية .كما ركز بعض الباحثين على مفهوم الفجوة "gap" بين آمال وتوقعات الفرد وبين خبراته اليومية (نقلا عن زعطوط رمضان،2012)

وبهذا الشكل توسع مفهوم نوعية الحياة ليشمل الأمراض المزمنة، فحسب (Shilberg) Bromet,1981) فقد اعتبرا نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين تتمثل في المرحلة المقبلة لفهم حاجاتهم، أثر الخدمات على حياتهم فهو مفهوم ضروري لتحديد شروط حياة الأشخاص، معرفة تقديراتهم الذاتية التي يقومون بها وتحديد

الخدمات التي بإمكانها تحسين ظروفهم الحياتية، حيث ركزا على أهمية المفهوم في التداول الطبي اليومي، إذ ركزا على آثار المرض، الخدمات، تقديرات الأشخاص وكذا كيفية العمل على توظيف كل ذلك لضمان حياة متوازنة.

ومن هنا يؤكد العلماء على وجود محددات وعوامل متفاعلة في نوعية الحياة والمتمثلة في العوامل الديمغرافية التي يمكن إتباع نهج موحد لأغراض الوقاية من الأمراض المزمنة ومع أن العمر والجنس والتعرض الوراثي للإصابة بالأمراض هي أمور لا يمكن تعديلها، فإن كثرة من المخاطر المرتبطة بالعمر والجنس يمكن تعديلها . ومن بين هذه المخاطر العوامل السلوكية مثل النظام الغذائي،وانعدام النشاط البدني، وتعاطي التبغ،والعوامل الحيوية، اختلال الدهون في الدم، وارتفاع ضغط الدم، والوزن الزائد، وفرط الانسولين في الدم وكذلك العوامل المجتمعية، التي تتضمن مزيجاً معقداً من البرامترات الاجتماعية الاقتصادية والثقافية والبيئية الأخرى حسب المرض. (المنظمة العالمية للصحة، 2003 ،ص 6-7) .

كما يؤكد (عزب، 2004) الى أن مفهوم نوعية الحياة يرتبط بالخصائص الجغرافيا والديموغرافيا للمجتمع، ومعطيات الواقع الحياتي.

ونظرا لأهمية الدور الذي تلعبه العوامل الديمغرافيا في التفاعل مع نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة فأهمية هذه الدراسة تتمثل في توفير معلومات لوضع السياسات والخطط الخاصة من قبل المسؤولين والعاملين في المجال الصحي ؛ من أجل تنمية وتطوير مقومات الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة . كما تهدف إلى التعرف على مستوى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بالأمراض المزمنة وكشف الفروق في نوعية الحياة حسب نوع المرض المزمن باختلاف بعض المتغيرات الديمغرافيا .

و عليه، فموضوع الدراسة يتمحور في التساؤلات التالية :

1- ما مستوى نوعية الحياة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة (السكري، التهاب نزيفي للقولون والمستقيم، الربو)؟

2- هل يوجد اختلاف في نوعية الحياة لدى مرضى السكري، مرضى الربو والالتهاب النزيفي للقولون والمستقيم؟

3- هل يوجد اختلاف في نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (السكري، الربو والالتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم) تعزى للمتغيرات الديموغرافيا التالية: الجنس،السن، الوضعية العائلية، المستوى التعليمي، ؟

انطلاقا من هذه التساؤلات فقد تم وضع الفرضيات التالية :

1- يتميز الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة العينة الكلية والفرعية (داء السكرى، التهاب نزيفي للقولون والمستقيم، داء الربو) بمستوى منخفض لنوعية الحياة.

2- توجد فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة لدى مرضى السكري، مرضى الربو والالتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم.

3-توجد فروق دلالة إحصائيا في نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (السكري، الربو والالتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم) تعزى للمتغيرات الديموغرافيا التالية: الجنس،السن، الوضعية العائلية، المستوى التعليمي،.

3- إجراءات الدراسة:

1.3 منـــهج وتصميم البحث:

للإجابة عن تساؤلات الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الذي يتمثل في وصف الفروق والأحوال الموجودة من قبل مع محاولة تحديد أسباب الوضع الحالي للظواهر موضوع الدراسة .

2.3.عينة البحث:

تكونت عينة الدراسة من 253فرد مصاب بمرض مزمن متضمنا ثلاثة عينات فرعية وفقا لمتغير نوع المرض وهي على التوالي (153 السكري، 40 التهاب نزيفي للقولون والمستقيم،60 الربو) ، تم اختيارهم وفق الطريقة العرضية والقصديةمن عدة مستشفيات المتواجدة بولاية الجزائر العاصمة والبليدة؛

ويرجع سبب اختيار الباحثة عدة أماكن لإجراء الدراسة الأساسية إلى خصوصيات البحث في حدّ ذاته حيث تحاول الباحثة احترام معايير اختيار العينة المتمثلة في: المرضى المصابين بأحد الأمراض التالية: السكري، التهاب نزيفي للقولون والمستقيم، الربو (التشخيص مؤكد من طرف طبيب مختص).الجنس ذكور وإناث، يتراوح ما بين 20 إلى 60 سنة، غير مصاحب لأمراض مزمنة أخرى أو خطيرة، الرغبة والاستعداد للمشاركة في البحث. ويعرض الجدول(1) توزيع العينة وخصائصها:

جدول (1): خصائص العينة حسب نوع المرض والعوامل الديموغرافية :

		الأمراض المزمنة						العينة الكلية	
		السكري		الربو		الالتهاب النزيفي للقولون والمستقيم			
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
الجنس	الذكور	66	% 43,1	11	%18,3	6	%15	83	%32,8
	الاناث	87	% 56,9	49	%81,7	34	%85	170	%67,2
	المجموع	153	% 100	60	%100	40	%100	253	%100
السن	دون 45 سنة	61	%39,9	11	%18,3	18	%45	90	%35,6
	45سنة وما فوق	92	%60,1	49	%81,7	22	55%	163	% 64,4
	المجموع	153	% 100	60	%100	40	%100	253	%100
الحالة الاجتماعية	غير متزوج	58	%37,9	24	%40	9	%22,5	91	%36
	متزوج	95	%62,1	40	%60	31	%77,5	162	%64
	المجموع	153	% 100	60	%100	40	%100	253	%100
المستوى التعليمي	دون مستوى	0	%0	4	%6,7	6	%15	10	%4
	ابتدائي	66	%43,1	7	%11,7	7	%17,5	80	%31,6
	المتوسط	32	%20,9	21	%35	14	%35	67	%26,5
	الثانوي	35	%22,9	15	%25	11	%27,5	61	%24,1
	الجامعي	20	%13,1	13	%21,6	2	%5	35	%13,8
	المجموع	153	% 100	60	%100	40	%100	253	%100

يظهر الجدول (1) التوزيع التكراري والنسب المئوية للعينة الكلية والمجموعات الفرعية وفقا لمتغير نوع المرض وذلك حسب الجنس والسن ،الحالة الاجتماعية، المستوى التّعليمي ،المستوى الاقتصادي .

3.3.أدوات الدراسة :

لتحقيق أهداف البحث تم استخدام الاستبيان الديموغرافي ومقياس نوعية الحياة-SF 36(2004)

1. استبيان الديموغرافي: وقد تم وضع مجموعة من الأسئلة التي مكنت من الحصول على المعلومات الديمغرافيا للعينة المتناولة في الدراسة وهي: الجنس، السن، الوضعية العائلية، المستوى التعليمي.

2. **مقياس نوعية الحياة**(SF-36(2004 :

لقد طور هذا القياس من طرفJohn- Ware في الولايات المتحدة الأمريكية، في إطار دراسته تحت عنوان "Médical outcome study" هو مقياس من بين مقاييس التقييم الذاتي، أسسه بعض الباحثين في مجال الصحة العامة واعتمدته منظمة الصحة العالمية كمقياس عالمي لحساب درجات نوعية الحياة المتعلقة بصحة الأفراد، وهو سلم يتكون من8 أبعاد .وما يميز هذا المقياس أن كل محور له بدائل خاصة به، ولكن في مجمله يقيس متغير واحد ألا وهو نوعية الحياة المتعلقة بالصحة عند الفرد، و تراوحت الموثوقية الاتساق الداخلي Internal consistency reliability من 0,83 إلى 0,93 بالنسبة للمقاييس الثمانية ،أمّا التنقيط فيتم على طريقة ليكرت (Ware J E et Al, 2004, p5).

كما تمّ تكييف المقياس على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة بحساب صدق المحكّمين والصدقالذاتي تم الاعتماد على طريقة الصدق الذاتي والذي يمثل العلاقة بين الصدق والثبات وهو الجذر ألتربيعي لمعامل الثبات، حيث وجد معامل الصدق الذاتي يساوي 0,93 وهي عالية، وبالتالي فالمقياس يتميز بالصدق.أما في ما يتعلّقُ بالثبات فالباحثة طبقت المقياس على عينة من الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة عددهم 30فرداً ،وبعد التطبيق، تم حساب الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ

حيث وجد أن قيمته تساوي0,93 ،وهذا يدل على أنّ معامل الثبات لدى المقياس مرتفع ودال إحصائيا ،كما تمّ حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وباستخدام معادلة سيبرمان – براون المعدلة أصبح معامل الثبات0,96 ،وبهذا فانّ المقياس يتمتع بدرجة ثبات عال.

4.3.إجراءات تطبيق البحث :

بعد التأكد من سلامة وصلاحية أدوات البحث من حيث الصدق والثبات ،تم إجراء الدراسة في:

*وحدة مراقبة الأمراض التنفسية والسل بالحراش (الجزائر العاصمة)،

*مستشفى فارس يحيى بالقليعة الواقع (بولاية تيبازة) مصلحة الطب الداخلي

*مستشفى"محمد لمين دباغين" بباب الوادي (الجزائر العاصمة)، مصلحة طب الأمعاء والمعدة،

حيث كان تطبيق أدوات البحث على شكل مقابلة نصف موجهة مع كل مريض مزمن. وذلك بمساعدة مطبقين بالميدان .بعدما تم ترتيب كلّ إجراءات التطبيق، تم الحرص على إتباع مجموعة من التوجيهات والتعليمات أثناء التطبيق من أجل التحكم في سير العملية وضمان الموضوعية . استغرقت مدة التطبيق مع كل فرد من 30 إلى45 دقيقة، وتمت معالجة إحصائيا بالاعتماد على الحزمة الإحصائية spss 17.

5.3.عرض ومناقشة نتائج الدراسة :

1.5.3. عرض ومناقشة نتائج الفرض الأول

ينص الفرض الأول على: " يتميز الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة العينة الكلية والفرعية (داء السكرى، التهاب نزيفي للقولون والمستقيم، داء الربو) بمستوى منخفض لنوعية الحياة"، للتعرف على مستوى نوعية الحياة لدى أفراد العينة فقد تم حساب درجاتهم على مقياس نوعية الحياة تم حساب الانحراف المعياري للدرجات الكلية، حيث بلغ متوسط أفراد العينة عن مقياس نوعية

الحياة(33,04) ،وعلى التوالي(28,39)،(47,21)،(29,63) السكرى، الربو، التهاب نزيفي للقولون والمستقيم، وهذه المتوسطات أقل من المتوسط النظري البالغ (50).

وبغية التحقق من معنوية هذا الوسط الحسابي ومدى معنوية الفرق عن الوسط النظري ,فقد لجأت الباحثة إلى استعمال اختبار One Sample T Test لعينة واحدة وأظهرت النتائج أن الفرق له دلالة إحصائية بين كلا الوسطين المحسوب والفرضي لدى العينة الكلية الأمراض المزمنة والعينتين الفرعيتين داء السكري والتهاب نزيفي للقولون والمستقيم، عند مستوى دلالة(0.0001)، أما لدى الأفراد الذين يعانون من داء الربو وأظهرت النتائج أن الفرق ليس له دلالة إحصائية بين كلا الوسطين المحسوب والفرضي، ولقد أتت النتائج كما موضح في الجدول (2).

جدول(2):نتائج اختبار T لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لنوعية الحياة

	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	ف	القيمة التائية المحسوبة	مستوى دلالة
داء السكري	153	28,397	4,091	50	152	-65,361	0,000
داء الربو	60	47,216	16,31	50	59	-1,322	0,191
داء الالتهاب النزيفي للقولون والمستقيم	40	29,634	3,097	50	39	-41,586	0,000
العينة الكلية	253	33,045	11,693	50	252	-23,063	0,000

وبالتالي فالفرضية الأولى محققة ،هذا يعني وجود مستوى متدنٍ من نوعية الحياة عند الافراد المصابين بالأمراض المزمنة وكانت منخفضة جدا عند المصابين بداء السكرى والتهاب نزيفي للقولون والمستقيم ،اما مرضى الربو كانت اقرب الى المتوسط لكن تبقى دائما منخفضة تحت المتوسط، وهو مؤشر يدعو إلى الحذر والقلق، وهو تقدير ضعيف يحمل توقعات وانتظارات سلبية تمس الجانب الصحي . وتتفق هذه النتيجة مع دراسات كثيرة أشارت إلى انخفاض نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، ومنها الدراسة العرضية التي قام بها (Aoudi & al, 2014) التي هدفت إلى تقييم اختلال نوعية الحياة لدى عينة متكونة من100 مصاب بداء

الربو، وذلك باستعمال استبيان Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) لقياس نوعية الحياة، واستبيان التّحكم في الربو، بيّنت هذه الدراسة أن الاختلال في نوعية الحياة كان ضعيفا بالنسبة ل 40بالمئة من المرضى، ومتوسطا بالنسبة ل 35بالمئة ومرتفعا بالنسبة ل25 بالمئة من أفراد العينة.

أما بالنسبة لمرضى التهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم تتفق نتائج المتوصل إليها مع دراسة (Bernklev &al ;2005) حيث سجل المرضى ضعفا في درجات ستة أبعاد من ثمانية أبعاد التي تقيس نوعية الحياة من خلال استبيانSF-36 ، وذلك مقارنة بأفراد عينة الضبط . كما أكدت دراسة (Mittermaier et al, 2004) تميّز المرضى المصابين بالتهاب ألنزيفي القولون والمستقيم والذين عاشوا نوبة نشطة للمرض بسمة القلق وانخفاض في إدراك نوعية الحياة. (نقلا عن Lourel M,2007,P11)

أما فيما يخص مرضى السكري تتفق النتائج مع دراسة Kiadaliri et al ,2013) (حيث قاموا بمراجعة 46 دراسة اهتمت بالمرضى الإيرانيين المصابين بداء السكري وقد خلصت إلى انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري مقارنة بالأفراد الأصحاء، وإلى أن مضاعفات داء السكري تؤثر بشكل كبير وسلبي على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة .

واعتمادا على هذا فنوعية الحياة المرتبطة بالصحة منخفضة لدي الافراد الذين يعانون من الامراض المزمنة. بالتالي فالفرضية محقّقة.

2.3.5. نتائج ومناقشة الفرض الثاني:

تنص الفرضية على انه: " توجد فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة لدى مرضى السكري، مرضى الربو والالتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم ". ولاختبار صحة هذا الفرض تم دراسة تجانس تباين نوعية الحياة لدى العينات الفرعية الثلاث عن طريق اختبار ليفين Levene Test، ثم اللجوء إلى التحليل التباين الأحادي ANOVA، وفي الأخير تحديد أي العينات ذات الفروق الدالة إحصائيا، وقوة تلك الفروق ذلك باستعمال اختبار شيفيه Scheffé. ولقد جاءت النتائج كما يلي :

جدول (3):نتائج تحليل التباين الأحادي لنوعية الحياة حسب نوع المرض

Mean ± SD	n	نوع المرض ونوعية الحياة	
4,09 ± 28,38	153	السكري\	
16,31 ± 47,22	60	الربو	
3,10 ± 29,64	40	التهاب النزفي للقولون والمستقيم	
$F_{(2,150)}$= 106,42 > 3 = F_{cr}		F	ANOVA test
0,000		P	
0,46		Eta Square	

يتضح من جدول (3) نتائج اختبار التباين الأحادي قيمة $F_{(2,150)}$ = 106,42 المحسوبة (هي حاصل قسمة التباين بين المجموعات على التباين داخل المجموعات) جاءت أكبر من F_{cr} =3 (القيمة F الحرجة والمجدولة عند المستوى الدلالة α=0,05 وفقا لقانون Fisher–Snedecor) وذلك عند مستوى الدلالة P < 0.05 مما يدل أن هناك فروق دالة إحصائيا بين متوسطات نوعية الحياة بين عينتين فرعيتين على الأقل. كما يتأكد ذلك من خلال حجم تأثير المتمثل في قيمة مربع إيتا Eta Square المساوية 0,46 المبيّنة في هذا الجدول، والتي تعني أن هناك تباين هام في نوعية الحياة تصل نسبته إلى 46 بالمئة سببه نوع المرض. وعليه هناك فروق دالة إحصائيا بين متغير نوعية الحياة بين عينتين فرعيتين على الأقل.

الجدول (4) : اختبار شيفيه لدلالة الفروق بين المتوسطات لنوعية الحياة

نوع المرض (أ)	نوع المرض (ب)	الفرق بين المتوسطات (أ-ب)	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة
السكري	الربو	-18,837 *	1,314	000
	الالتهاب النزيفي للقولون والمستقيم	-1,256	1,532	.715
الربو	السكري	18,837 *	1,314	000
	الالتهاب النزيفي للقولون والمستقيم	17,581 *	1,761	.000
الالتهاب النزيفي للقولون والمستقيم	السكري	1,256	1,532	715.
	الربو	-17,581 *	1,761	.000

* الفرق في المتوسطات دال عند مستوي 0,05

وقد تحددت هذه الفروق بواسطة اختبار شيفيه Scheffe، حيث يبيّن الجدول (4) وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات نوعية الحياة لعينة داء السكري وعينة داء الربو ؛ وكذلك بين متوسطات عينة داء الربو وعينة داء الالتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم، وهذ الفرق لصالح مرضى الربو، ولقد قدر الفرق على التوالي ب 18,837 و17,581 عند مستوى الدلالة (α = 0,01). وهذا يدل على أن نوعية الحياة لدى مرضى الربو أفضل من مرضى السكري والالتهاب النزيفي للقولون والمستقيم .

ويمكن تفسير ذلك حسب خصوصيات المرض المزمن فمرض الربو قابل للسيطرة عليه بسهولة في معظم الحالات، وإن عدد الحالات التي يصعب السيطرة عليها قليل وهذه الحالات تحتاج إلى عناية خاصة ومتابعة دقيقة من الأطباء المتخصصين في هذا المجال، ويؤكد (Demoly P. et al, 2005).

أن الاضطرابات النفسية شائعة نسبيا لدى المصابين بالربو البالغين أو الأطفال منهم؛ ومع ذلك فإنه لاتوجد زيادة في تواترها مقارنة بغيره من الأمراض المزمنة، وهناك توافق عام في آراء يؤكد بأن العوامل النفسية لا تمثل عاملاً حاسما في حدوث الربو، لكنها من ناحية أخرى غالباً ما تعدل مسار الربو وهذا مايجعل نوعية الحياة متوسطة على العموم مقارنة مع السكري والالتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم. أما مرضى السكري يمكن تفسير ذلك حسب ; (Fisher EB et al,1996 Glascow RE et al, 1992) بأنه غالبا ما يشعر المصاب بداء السكري بأنه في تحدى مع مرضه وتسيير متطلباته يوما بيوم، وهذه متطلبات كبيرة، فيتوجب عليه التعامل يوميا مع مرضه، كما أن اتباع علاج من السكري مثل تناول الأنسولين، قد يؤثر بشكل ملحوظ على نوعية تخفيض الأعراض المرضية لارتفاع نسبة السكر، أو لانخفاض نسبة السكر في الدم ؛ وقد تكون حصيلة النفسية الاجتماعية للتعايش مع داء السكري ثقيلة، وفي كثير من الأحيان يمكن لهذه الحصيلة أن تؤثر بدورها في سلوك الرعاية الذاتية، قد تؤثر على مراقبة نسبة السكر، وعلى خطر الإصابة بمضاعفات على المدى الطويل، وعلى انخفاض نوعية الحياة ؛

فغالبا ما تحدد العوامل النفسية الاجتماعية سلوك التسيير الذاتي (نقلا عن Rubin, R. & Peyort, M ,2005,P205)، واعتمادا على هذه الأعراض وسلوكات المرضى لديهم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة منخفضة مقارنة بمرضى الربو.

أما مرض التهاب القولون التقرحي وهو عبارة عن مرض التهابي للأمعاء الغليظة والمستقيم إلى غاية المخرج، هذا المرض المزمن يظهر على شكل تأزمات مفاجئة تترجم بحالات من الالتهاب الشديد والنزيف والتشققات في القولون والمخرج، اللذان يكون فيهما نزيف شديد، والتهاب يصيب الجدار الداخلي للقولون. وهذا ما يؤدى الى معانات شديدة من طرف المرضى وهذا ماتؤكده نتائج دراسة (Koztowska K A et Al ,2014) أن المعاناة الجسدية تؤثر بشكل كبير على نوعية الحياة (وهذا ما يتضح بشكل جلي من خلال SF-36) عند مرضى التهاب النزيفي للقولون والمستقيم، ولهذا نجد المصاب دائما يعاني من الآلام وعدم القدرة على السيطرة على مجرى المرض، والتهاب القولون التقرحي لديهم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة منخفضة . ومنه فمرضى التهاب القولون التقرحي لديهم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة منخفضة مقارنة بمرضى الربو وبالتالي فالفرضية الثانية محقّقة.

3.3.5. نتائج ومناقشة الفرض الثالث:

تنص الفرضية على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة تعزى للمتغيرات الديموغرافية التالية: الجنس،السن، الوضعية العائلية، المستوى التعليمي" لاختبار صحة هذا الفرض قمنا بحساب :اختبار سنديكور Snedecor's test، اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، اختبار تحليل التباين الأحادي ،اختبار مربع إيتا Eta Squared، معامل ارتباط بيرسون وسوف يتم عرض نتائج المتغيرات الدالة إحصائيا بالجداول ومناقشتها، أما المتغيرات غير دالة إحصائيا سوف يتم مناقشتها حسب الإطار النظري، وجاءت النتائج كما يلي:

الجنس ونوعية الحياة:عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات الحسابية لنوعية الحياة وفقا لمتغير الجنس بداخل العينات المرضية الثلاثة .

الحالة العائلية ونوعية الحياة عدم وجود فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة تبعا لمتغير الحالة العائلية للعينات الثلاث.

أما فيما يخص متغير السّن ونوعية الحياة : اعتمادا على التحليلات الإحصائية جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول(5): **الجدول (5):نتائج اختبار الفروق في نوعية الحياة تبعا لمتغير السّن**

يظهر من الجدول (5) وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات الحسابية لنوعية الحياة وفقا لمتغير السن لدى المصابين بداء السكري حيث جاءت القيمة "T" المحسوبة مساوية ل 2,24 وهي أكبر من قيمة"T_{cr} " الجدولية عند مستوى

الأمراض المزمنة						السن ونوعية الحياة	
التهاب القزحي للقوائن والمستقيم		الربو		السكري			
SD ± Mean	n	SD ± Mean	n	SD ± Mean	n		
2,71 ± 30,64	6	16,71 ± 48,35	36	4,17 ± 29,28	61	من 20 إلى 45 سنة	
3,09 ± 28,81	34	15,88 ± 45,51	24	3,94 ± 27,78	92	45 سنة وما فوق	
F=0,54 < 2,34= F_{cr}		F= 0,06 < 1,73 = F_{cr}		F= 0,07 < 1,28 = F_{cr}		F	Snedecor's F-test
0,467		0.81		0,79		P	
T= 1,93 < 2,02 = T_{cr}		T= 0,66 < 2 = T_{cr}		T= 2,24 > 1.96 = T_{cr}		T	Student's T-test
0.06		0,51		0,03		P	
0.089		0,007		0.032		Eta Square	
R=- 0,298		R=- 0,086		R= - 0,179		Pearson's Correlation	
P= 0,062 > 0,05= α		P= 0,513 > 0,05= α		P= 0,027 < 0,05= α			

دلالة أقل من 0,05. ويؤكد هذا الاختلاف بين المتوسطات لنوعية الحياة لهذه العينة العلاقة العكسية الدالة إحصائيا بين متغير السّن ونوعية الحياة ،حيث جاءت قيمة ارتباط بيرسون "R" مساوية ل (-0,179) عند مستوى الدلالة أصغر من

0,05؛ أي أن درجة نوعية الحياة تقل كلما تحّولنا الى 45سنة واكثر، والعكس صحيح .

أما بالنسبة لحجم تأثير متغير السّن في درجة التباين نوعية الحياة لمرضى السكرى فهو الـــتأثير ضعيف، حيث يتبن من خلال الجدول (5) أن قيمة إيتا مربع تساوي 0,03 أي أن مغير السّن يسهم في 3 بالمئة من التباين الكلي في درجة، وقلة هذا الإسهام قد يعود إلى تأثير متغيرات أخرى داخل هذه العينة.

كما يظهُر من خلال هذا الجدول عدم وجود فروق بين متوسطات الحسابية نوعية الحياة موفقا لمتغير السّن لدى المصابين بداء الربو والمصابين بالتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم، حيث جاءت قيمتا "T" المحسوبة مساوية على التوالي ل 0,66 بالنسبة لربو و1,93 بالنسبة لتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم، وهاتان القيمتان أصغر من قيمتا " T_{cr} " الجدولية الخاصة بهما.

كما يؤكد ضعف حجم تأثير السّن في نوعية الحياة لدى المصابين بالربو والتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم عدم دلالة فروق في نوعية الحياة موفقا لمتغير السّن . كما يتأكد ذلك من خلال عدم وجود علاقات ارتباطية دالة احصائيا بين متغير السّن ونوعية الحياة لدى هاتين العينتين.

كما اسفرت النتائج فيما يخص متغير المستوي التعليمي ونوعية الحياة : اعتمادا على التحليلات الإحصائية كما هي موضحة في الجدول(6)

الجدول (6):نتائج تحليل تباين في نوعية الحياة تبعا لمتغير المستوى التّعليمي

يظهر من نتائج الجدول(6) أن قيم " F" المحسوبة جاءت مساوية ل 0,543 بالنسبة لعينة داء السكري، 2,15 بالنسبة للربو و1,87 بالنسبة للالتهاب القولون والمستقيم ؛ وكلها أصغر من قيم F_{cr}(قيم F الحرجة والمجدولة عند المستوى الدلالة $\alpha = 0,05$ وفقا لقانون Fisher–Snedecor)، وذلك عند مستويات دلالة أكبر من 0.05، مما يدل أن ليس هناك دلالة احصائية لفروق في نوعية الحياة تبعا لمتغير مستوى التّعليمي لدى العينات الثلاث.

الأمراض المزمنة						المستوى التعليمي ونوعية الحياة	
التهاب التّوني للقولون والمستقيم		الربو		السكري			
SD ± Mean	n	SD ± Mean	n	SD ± Mean	n		
2,50 ± 27,71	6	15,06 ± 37,40	4	-	-	دون مستوى	
2,97 ± 28,76	7	11,83 ± 44,99	24	4,28 ± 28,10	66	المستوى الابتدائي	
3,29 ± 31,43	14	17,71 ± 43,49	36	4,31 ± 28,58	32	المستوى المتوسط	
1,97 ± 30,55	11	16,40 ± 47,04	24	3,80 ± 28,17	35	المستوى الثانوي	
3,10 ± 29,64	6	13,44 ± 57,63	36	4,09 ± 29,37	20	المستوى الجامعي	
F= 1,87 < 2,61 = F_{cr}		F= 2,15 < 2,53 = F_{cr}		F= 0,543 < 2,60 = F_{cr}		F	ANOVA test
0,14		0,09		0,65		P	
0.176		0.135		0,011		Eta Square	
R= 0,386		R= 0,326		R=0,075		Pearson's Correlation	
P= 0,281 < 0,05= α		P= 0,011 < 0,05= α		P= 0,356 > 0,05= α			

ويتأكد ذلك لدى عينة مرضي السكري، حيث يتبن من خلال هذا الجدول ضعف حجم تأثير مستوى التّعليمي في نوعية الحياة والمتمثل في قيمة مربع إيتا المساوية ل 0,011 أي أن المستوى التّعليمي لدى المصابين بالسكري يسهم في 1,1 من التباين الكلي المفسر لدرجة نوعية الحياة.

وخلافا لنتائج التحليل التباين الأحادي الخاصة بداء الربو والتهاب القولون والمستقيم والتي تقضي بعدم الدلالة الإحصائية للفروق في نوعية الحياة وفقا للمستوى التّعليمي، فإنه من خلال كبر حجم التأثير مستوي التّعليمي في التباين في درجة نوعية الحياة، حيث جاءت قيمتا مربع إيتا مساوية ل 0,135 بالنسبة للعينة الربو و0,176 بالنسبة لعينة داء التهاب قولون والمستقيم، أي أن مستوى التّعليمي

يسهم في 13,5 بالمئة في التباين الكلي المفسر لدرجة نوعية لدى المرضى الربو و17,6 بالمئة لدى المصابين بالتهاب القولون والمستقيم.

وبالنظر إلى العلاقة الطردية المتوسطة القوة الكائنة بين المستوى التّعليمي ونوعية الحياة (R= 0,326 بالنسبة لمرضى السكري و0,386 =R بالنسبة للمصابين بداء التهاب القولون والمستقيم عند مستوى دلالة أصغر من 0,05)، فإنه يمكن القول بوجود فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة تبعا للمستوى التعليمي لدى هاتين العينتين.

ويمكن تفسير النتائج من خلال ما ورد في الإطار النظري بحيث تتفق نتائج الدراسة مع بعض الأبحاث وتختلف مع الأخرى.

فيما يخص نوعية الحياة والمتغيرات الديمغرافيا ومرض الربو أظهرت دراسة (Wang KYet al , 2004) وجود قوة تنبوئية على النوعية الحياة المرتبطة بالسن، الوضعية العائلية، المستوى التّعليمي وشدة الربو .كما جاءت نتائج البحث موافقة لدراسة (Zendah I,. et al, 2011) التى هدفت إلى التّعرف على العوامل المؤثرة في نوعية الحياة لدى 85 مصاب تونسي بداء الربو، ولقد توصلت النتائج إلى اعتدال اختلال نوعية الحياة لدى هؤلاء المرضى، انعدام الفروق في نوعية الحياة بين الجنسين، وعدم ارتباط نوعية الحياة بالسن، ولقد كانت الاختلالات في نوعية الحياة أكبر عند المصابين بربو حاد مقارنة بالمصابين بربو متوسط الحدة، وعدم وجود علاقات ارتباط بين أقدمية الربو ونوعية الحياة، ولقد كانت نوعية الحياة أقل اختلالا لدى الطلبة مقارنة بالمرضى من غير الطلبة.

كما هدفت دراسة (Martinez-Moragan et al, 2013) إلى التّعرف على تأثير العوامل الديموغرافية والعيادية في نوعية الحياة لدى المصابين بداء الربو في اسبانيا. وتوصلت الى أن نوعية الحياة المصرح بها أفضل لدى الطلاب والعاملين مقارنة بالنساء الماكثات في البيوت والعاطلين، وكذا لدى الذين وردت لديهم معلومات عن الربو، ولدى المرضى ذوي مستويات تعليمية عالية.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة (Jang, Y. & Yoo, H. 2013) بانخفاض الكبير لمستوى نتائج المؤشر الأوروبي لنوعية الحياة (EQ-5D) لدى النساء مقارنة بالرجال .

كما اختلفت نتائج البحث مع دراسة (Szynkiewicz E , et al , 2013) التى اسفرت الى ان العمر والتعليم والنشاط المهني، والوضع العائلي والوضع المالي يؤثر على تقييم نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الربو.

فيما يخص نوعية الحياة والمتغيرات **الديمغرافية ومرض التهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم**، فقد توصلت نتائج دراسة (Vidal A et al ,2008 P59) بأن السن ،الدخل، التعليم، العرق... لا تلعب دورا مهما بالنسبة لنوعية الحياة المرتبطة بهذا المرض، على الرغم من أنها ذات أهمية بالنسبة لأمراض أخرى وتوافقت النتائج مع دراسة (، Mnif L ,et al ; 2010) الى عدم تأثر نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بالتهاب الامعاء بمدة المرض والوضعية العائلية .

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة (Hoivik M.L ;et al ; 2012) أن التدخين ومركز العمل هما الوحيدان من بين المتغيرات الديموغرافية اللذان يؤثران في درجة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المصابين بالتهاب القولون والمستقيم ألنزيفي بعد 10 سنوات من الإصابة .

وتأكد دراسة (Kalafateli ,M. et al ;2013) عدم وجود علاقة بين الجنس، السن، التدخين، فقر الدم Anemia، مدة المرض، وبين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

فيما يخص نوعية الحياة والمتغيرات الديمغرافيا ومرض السكري بيّنت دراسة (Jackobson AM,et al ,1994) تأثر نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بالوضعية العائلية لدى المصابين بداء السكري، حيث سجلت المستويات الأدنى لنوعية الحياة لدى المنفصلين والمطلقين.وأظهرت دراسة (Erpelding M L ،P369 et al, 2009) والتي شملت عينة الدراسة 10000 مصاب بداء السكري وجود فروق في نوعية الحياة لدى الجنسين، مع انخفاض نوعية الحياة لدى النساء مقارنة

بالرجال.أما دراسة (Bani-Issa W , 2011) أظهرت تأثر نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري بالوضعية العائلية. ولكن توصل كل من (Bosić-Zivanović D et al ,2012) عدم وجود فروق دالة احصائيا في نوعية الحياة المرتبطة بالجنس أو السّن لدى المرضى المصابين بداء السكري، وكذا انخفاض نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري وبالأمراض المصاحبة.

أظهرت دراسات كل من (Darvishpoor kakhki A, et al ,2013) و(Hjortswang H ;et al , 2011) و(Nyanzi R et al ;2014)أن هناك اختلافات كبيرة في الأبعاد المختلفة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وفقا للسن والجنس والمستوى التعليمي، ونوع السكري ونوع العلاج، فيما لم تظهر أي اختلافات وفقا للوضعية العائلية.

كما اختلفت مع نتائج دراسة (Spasic A et al , 2014) حيث لم تكن هناك فروق دالة إحصائيا في نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من مرض السكري وفقا للمستوى التعليمي.

6.الخاتمة :

خلصت الدراسة الحالية إلى انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة للعينة الكلية المتمثلة في مرض السكري،مرض الربو،ومرض التهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم ،وكذلك انخفاض نوعية الحياة لكل عينة على انفراد، وجود فروق دالة إحصائية في العينات الثلاثة لصالح مرضى الربو، ووجود اختلاف في نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (السكري، الربو والالتهاب ألنزيفي للقولون والمستقيم) تعزى: للسن والمستوى التعليمي، ولا يوجد اختلاف في الجنس والوضعية العائلية. ومنه أمكن التعرف على بعض الحقائق على الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائرى .وبالتالي فأهداف الدراسة قد تحققت، وتأسيساً على ما سبق، يمكن التركيز على بعض العوامل الديموغرافية لتحديد دور العوامل الوقائية وتفعيلها والتكفل بالفرد

المصاب بالمرض المزمن من خلال برامج التربية العلاجية والنفسية، التي تساهم في فهم أحسن للمرض ليتحمل مسؤولية الحفاظ على استقرار صحته والرعاية الذاتية، بالإضافة إلى تحسين نوعية الحياة لديه.

المراجع :

1- المراجع باللغة العربية:

1. **الجوهري هناء(1994)** : المتغيرات الاجتماعية والثقافية المؤثرة في نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينيات لمدينة القاهرة.مصر،كلية الأداب، جامعة القاهرة
2. **زعطوط رمضان) 2012(** : نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات ،رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة قاصدي مرباح ورقلة
3. **عزب، حسام الدين محمود (2003)**: برنامج ارشادي لخفض الاكتئابية وتحسين جودة
4. **فيصل محمد خير الدين الزراد(2009)**: الأمراض النفسية-الجسمية (أمراض العصر)، دار النفائس،لبنان،الطبعة الثانية
5. **منظمة الصحة العالمية (2003)** : النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الأمراض المزمنة منظمة الصحة ص1-68
6. **يخلف عثمان(2001)**: علم النفس الصحة الأسس الصحية والسلوكية للصحة، دار الثقافة، الدوحة، الطبعة الأول

2- المراجع بالأجنبية:

7. **Aouadi S , Bayoudh A , Guermani M, Gharsalli H, Ellouze F, Maâlej S, Douik El Gharbi L** ;(2015), Qualité de vie dans l'asthme : degré d'altération et facteurs associés ; Revue des Maladies Respiratoires, Volume 32, Supplement, January 2015, Pages A67–A6.
8. **Bani-Issa W** (2011) , Evaluation of the health-related quality of life of Emirati people with diabetes: integration of sociodemographic and disease-related variables. Eastern Mediterranean Health Journal Vol. 17 No. 11 • 2011 .
9. **Bosić-Zivanović D1, Medić-Stojanoska M, Kovacev-Zavisić B.**(2012) : The quality of life in patients with diabetes mellitus type 2; Vojnosanit Pregl. 2012 Oct;69(10):858-63
10. **Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi Z** (2013): Health-Related Quality of Life of Diabetic Patients in Tehran; International Journal of Endocrinology and Metabolism. 11(4)

11. **Demoly P, Godard P, Bousquet J** ,(2005), Une synthèse sur l'épidémiologie de l'asthme ; Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 45 (2005) 464–475

12. **Erpelding M , Boini S, Fagot-Campagna A, Mesbah M, Chwalow J, Penfornis A, Coliche V, Mollet E, Meadows, Serge Briançon S pour le comité scientifique d'Entred 2001,** (2003) : Valeurs de référence de qualité de vie (DHP) chez les personnes diabétiques vivant en France - Entred 2001-2003 ; BEH 34 / 15 septembre 2009 ; PP 368-371

13. **Fondations Canadienne des Maladies Inflammatoires de l'Intestin** (2008) :Rapport final et recommandations : Le fardeau des maladies inflammatoires de l'intestin au Canada 13 septembre 2008

14. **Hoivik M, Moum B, Solberg I C , Cvancarova M, MSc, Hoie O, Vatn MH, and Tomm Bernklev, , for the IBSEN Study Group** (2012): Health-related Quality of Life in Patients with Ulcerative Colitis After a 10-year Disease Course: Results from the IBSEN Study ;Inflamm Bowel Dis - Volume 18, Number 8, August 2012 PP 1540-1549

15. **Jacobson AM, de Groot M, Samson JA,**(2011) : Evaluation of the health-related quality of life of Emirati people with diabetes: integration of sociodemographic and disease-related variables Diabetes Care. 1994 Apr;17(4):267-74.

16. **Jang Y, Yoo H** (2013) : Gender differences of health behaviors and quality of life of Koreans with asthma, Open Journal of Nursing, 2013, 3, 420-425

17. **Kalafateli M, Triantos C, Theocharis G, Giannakopoulou, Efstratios Koutroumpakis E, Chronis A, Sapountzis A, Margaritis V, Thomopoulos K, Nikolopoulou** ,(2013) : Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a single-center experience; Ann Gastroenterol 2013; 26 (3): 243 – 248

18. **Kiadaliri A A, Baharak Najafi and Mirmalek-Sani M** (2013), Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran, Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2013, 12:54

19. **Kozłowska KA, Bączyk G, Krokowi P (2014)**; Quality of life in patients with ulcerative colitis treated surgically ; Przegląd Gastroenterologiczny 2014; 9 (4) : 220 –226

20. **Lourel M.** (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, Recherche en soins infirmiers, 88(1), 4-17

21. **Marilou Bruchon Schwertzer** (2002) psychologie de la santé concepts et methodes édition1 dunod paris.

22. **Martínez-Moragón E, Palop M, de Diego A, Serra J, Pellicer C, Casán P , Caloto M T, Nocea G, for the ASMACOST Study Group**

(2013): Factors affecting quality of life of asthma patients in Spain:The importance of patient education

23. **Mnif L, Mzid A, Amouri A, Chtourou L, Tahri N ,**(2010): Health – related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Tunisian study ;La tunisie Medicale - 2010 ; Vol 88 (n°012) : 933 – 936

24. **Nyanzi R, Wamala R, and Atuhaire LK** (2014): Diabetes and Quality of Life: A Ugandan Perspective, Volume 2014 (2014), Article ID 402012

25. **Rubin R R , Peyrot M ;**(1999), Quality of Life and Diabetes; Diabetes Metab Res Rev 1999; 15: 205±218.

26. **Schulberg, H. C, Bromet, E.,** 1981, Strategies for evaluating the outcome of community services for the chronically mentally ill, American Journal of Psychiatry, 138,1, 930-935.

27. **Spasić A , Radmila Veličković Radovanović, Aleksandra Catić Đorđević1 , Nikola Stefanović1 , Tatjana Cvetković** (2014) : Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients, Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš 2014;31(3):193-200

28. **Szynkiewicz E , Filanowicz M, Graczyk M, Cegła B, Jabłońska R** (2013): Analysis of the impact of selected socio-demographic factors on quality of life of asthma patients; Postepy Dermatol Alergol. Aug 2013; 30(4): 218–225

29. **Wang KY1, Wu CP, Tang YY, Yang ML.**(2004) : Health-related quality of life in Taiwanese patients with bronchial asthma ; J Formos Med Assoc. 2004 Mar;103(3):205-1

30. **Ware john E, Gandek B, Samuel J. Sinclair, M.Ed., Kosinski, M.A.,**(2004); Psychometric Evaluation of the SF-36 Health Survey in Medicare Managed Care, HEALTH CARE FINANCING REVIEW/Summer 2004/Volume 25, Number 4