

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

شعبة علم النفس



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس عمل والتنظيم

من إعداد الطالبة:

هاجر سحبان

جودة الحياة لدى الممرضين

(دراسة استكشافية بالمؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف - ورقلة - وسليمان عميرات تقرت)

تاريخ المناقشة 2015/05/25

لجنة المناقشة مكونة من الأساتذة:

مناقشا	جامعة قاصدي- مرباح	د/ شهرزاد نوار
مشرفا ومقررا	جامعة قاصدي- مرباح	د/ طاوس وازي
مناقشا	جامعة قاصدي- مرباح	د/ سليمة حمودة

السنة الجامعية: 2014/2015

شكر وتقدير

جاء في التنزيل الحكيم "لئن شكرتم لأزيدنكم"

ومنه بداية بحمد الله حمدا كثيرا مباركا ونشكر جزيل الشكر على نعمه وتوفيقه لنا في

انجاز هذا العمل فله الحمد والشكر .

نتقدم بجزيل الشكر وفائق التقدير والاحترام وأسمى عبارات العرفان الأستاذة الفاضل

وازي الطاوس

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى جميع الأساتذة الذين مدوا لنا العون أدامهم منبعا ومنهلا

للعلم إن شاء الله .

نتشكر كذلك زملاءنا وأصدقائنا طلبة قسم علم النفس عمل وتنظيم كما نتوجه بالشكر

الجزيل إلى كل من ساهم في انجاز هذا سواء كان من قريب أو من بعيد .

فجزيل الشكر إلى كل هؤلاء

"إلى كل من يحب الحياة ويريد أن يحياها حياة طيبة"

هناجر



تهدف دراستنا الحالية إلى البحث في موضوع جودة الحياة لدى المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة وسليمان عميرات تقرت، حيث تمثلت التساؤل العام للدراسة في:

ما مستوى جودة الحياة لدى المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة و سليمان عميرات تقرت ؟
والتي تندرج ضمنها التساؤلات التالية:

1- هل يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الجنس بالمؤسسات الاستشفائية(محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)؟

2- هل يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الحالة الاجتماعية بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)؟

3- هل يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الأقدمية بالمؤسسات الاستشفائية(محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)؟

وللإجابة عنها قمنا بصياغة الفرضيات التالية :

-نتوقع ان يكون مستوى جودة الحياة لدى المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة و سليمان عميرات تقرت مرتفع.

1- يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الجنس بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)

2- يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الحالة الاجتماعية بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)

3- يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الأقدمية بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة - سليمان عميرات تقرت)

وقد كانت دراستنا الاستطلاعية على عينة عددها (30) ممرض وممرضة وذلك للاحتكاك بميدان الدراسة وكذا قياس الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة ، ومن خلالها تأكدنا من صدق و ثبات الأداة ،وقد اتبعنا في دراستنا المنهج الوصفي الاستكشافي نظرا لملاءمته لمثل هذه الدراسات التي تعتمد على جمع البيانات وتحليلها.

ولقد بلغت الدراسة الحالية 138 ممرض و ممرضة من مستشفى محمد بوضياف ورقلة و سليمان عميرات تقرت أين تم اختيارهم بالطريقة العارضة .

أما بالنسبة لتحليل النتائج استخدمنا النسبة المئوية و اختبار 'ت' للفروق و التحليل التباين.

وكانت النتائج المتحصل عليها كما يلي:

1/ ان مستوى جودة الحياة لدى المرضى مرتفع

2/ لا يوجد اختلاف في مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الجنس بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة - سليمان عميرات تقرت)؟

3/ لا يوجد اختلاف في مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الحالة الاجتماعية بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة - سليمان عميرات تقرت)؟

4/ تختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الأقدمية بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة - سليمان عميرات تقرت)؟

Résumé :

Cette étude tente de mettre l'accent sur le niveau de la qualité de vie, chez les infirmiers qui exercent leurs métiers au niveau de l'hôpital de Mohamed Boudiaf a Ouargla et Slimane Amirate a Touggourt, selon de divers variables tels que : le sexe – la situation matrimoniale – l'ancienneté.

Pour atteindre l'objectif de cette étude, on a fait appelle au test de la qualité de vie qui a été élaborer a travers de multiples model, et qui a été appliquer sur un échantillon de 138 sujets(50 masculins et 88 féminins)

Les résultats ont démontrés que :

-le niveau de la qualité de vie chez les infirmiers de l'hôpital Mohamed Boudiaf est élevé.

-Il n'existe pas des différences significatives en ce qui concerne la qualité de vie selon le sexe.

-Il n'existe pas des différences significatives en ce qui concerne la qualité de vie selon la situation matrimoniale.

-Il existe des différences significatives en ce qui concerne la qualité de vie selon l'ancienneté.

فهرس المحتوى

الصفحة	العنوان
أ	كلمة شكر وتقدير.....
ب	ملخص الدراسة.....
د-ز	الفهرس.....
ح	قائمة الجداول.....
ط	قائمة الأشكال.....
1	مقدمة.....
الجانب النظري	
الفصل الأول: الخلفية النظرية للإشكالية	
6	1- إشكالية الدراسة.....
8	2- تساؤلات الدراسة.....
8	3- فرضيات الدراسة.....
9	4- أهداف الدراسة.....
9	5- أهمية الدراسة.....
10	6- التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة.....
الفصل الثاني: علم النفس الايجابي وجودة الحياة	
12	تمهيد.....
13	1- مفهوم علم النفس الايجابي.....

14	2- مفهوم جودة الحياة.....
17	3- أبعاد جودة الحياة
17	4- مؤشرات جودة الحياة.....
18	5- الاتجاهات النظرية المستخدمة في وصف وتفسير جودة الحياة.....
20	6- مقومات جودة الحياة.....
22	7- مجالات جودة الحياة
23	8- معوقات تحقيق جودة الحياة.....
24	خلاصة.....
الجانب الميداني	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	
27	تمهيد.....
27	1- منهج الدراسة
28	2-الدراسة الاستطلاعية.....
32	3- الخصائص السكومترية لمقياس جودة الحياة
32	3-1-صدق المقياس.....
33	3-1-1- صدق المحكمين
35	3-1-2- صدق المقارنة الطرفية.....
36	3-1-3- صدق الذاتي

37	2-3- الثبات.....
37	1-2-3 التجزئة النصفية.....
38	2-2-3 معامل ألفا كرونباخ
38	4-مجتمع وعينة الدراسة وكيفية اختيارها.....
42	5- الإطار المكاني والزمني للدراسة.....
42	6- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....
44	خلاصة.....
الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج	
46	تمهيد.....
46	1- عرض وتحليل النتائج
48	1-1 عرض وتحليل الفرضية العامة.....
49	2-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.....
50	3-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
50	4-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
51	2- تفسير ومناقشة فرضيات الدراسة.....
52	1-2 تفسير ومناقشة الفرضية العامة.....
53	2-2 تفسير ومناقشة الفرضية الأولى.....
55	3-2 تفسير ومناقشة الفرضية الثانية.....

56	4-2 تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة.....
58	الاستنتاج العام للدراسة.....
58	مقترحات الدراسة.....
	قائمة المراجع.....
	قائمة الملاحق.....

فهرس الجداول

صفحة	عنوان الجدول	الرقم
18	تفاضيل ومكونات الفرعية لمجالات جودة الحياة	01
20	معوقات جودة الحياة	02
28	توزيع العينة الاستطلاعية	03
30	عدد فقرات في كل بعد	04
31	الأوزان المعطاة لبدائل الأجوبة في حالة بند موجب	05
31	الأوزان المعطاة لبدائل الأجوبة في حالة بند السالب	06
33	نتائج التحكيم بالنسبة للتعليمية مقدمة لإفراد العينة	07
33	نتائج التحكيم لبدائل الأجوبة	08
34	نتائج التحكيم لمدى ملائمة عدد الفقرات	09
35	نتائج التحكيم لمدى ملائمة الصياغة اللغوية للفقرات	10
36	نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين متطرفتين (صدق المقارنة الطرفية)	11
39	توزيع أفراد العينة الأساسية حسب العينة	12
40	توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية	13
41	توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الأقدمية	14
48	نتائج نسبة الممرضين في مقياس جودة الحياة (مرتفع - منخفضة)	15
49	نتائج دلالة الإحصائية للفرضية الأولى	16
50	نتائج دلالة الإحصائية للفرضية الثانية	17
50	نتائج دلالة الإحصائية للفرضية الثالثة	18

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
40	توزيع العينة حسب متغير الجنس	01
41	توزيع العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	02
42	توزيع العينة حسب متغير الاقدمية	03
51	توزيع مستوى الممرضين في جودة الحياة حسب مستوى جودة الحياة (مرتفع-منخفض)	04

مقدمة

مقدمة:

يعتبر عقد التسعينات من القرن العشرين ، عقد الجودة الشاملة لشتى مجالات الحياة، بينما كان عقدي السبعينات والثمانيات هما عقدي الكفالة والفعالية ، أما العقد الأول من القرن الحادي والعشرين فيعتبر عصر جودة الحياة لأنه من المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماما كبيرا في مختلف العلوم، إذ تعرف على أنها " شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارة الوقت والاستفادة منه " (منسى كاظم، 2006، ص65)

وبناء على هذا التعريف نجد ان كل من الرضا والسعادة من أبرز المكونات الأساسية لجودة الحياة ولكن إذا أسقطنا هذا المفهوم الخاص بجودة الحياة على الحالة النفسية للمرضين فإنها تختلف من ممرض لأخر ، وبما ان مهنة التمريض مهنة ذات طابع إنساني تتعرض إلى مجموعة من المعوقات تحول دون القيام الممرض بدوره المطلوب بشكل فعال ، الأمر الذي يشعره بالعجز وعدم القدرة على أداء عمله بشكل جيد ، حيث تسعى جودة الحياة جاهدة إلى الوصول بالفرد إلى حالة من الرضا والسعادة والانسجام النفسي والاجتماعي والروحاني .

تنقسم الدراسة الحالية إلى شقين: نظري وتطبيقي يتضمنان أربعة فصول:

حيث يشمل الفصل الأول على الإشكالية والخلفية النظرية للإشكالية أين تطرقنا فيها إلى فرضياتها بالإضافة إلى الأهمية و الأهداف ثم المفاهيم الإجرائية للدراسة.

ويشمل الفصل الثاني على المتغير جودة الحياة حيث تعرضنا إلى تعريف جودة الحياة بإعتبارها شق هاما من علم النفس الايجابي و أبعادها و مؤشراتهما وكذلك الاتجاهات المفسرة للجودة الحياة بالإضافة إلى مجالات ومقومات جودة الحياة كما تطرقنا إلى معوقات تحقيق جودة الحياة.

أما الجانب الميداني للدراسة فيحتوي على:

الفصل الثالث: والذي تطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية منها المنهج المتبع في الدراسة ووصف عينة الدراسة الاستطلاعية وكذا الخصائص السيكومترية لأدوات القياس ووصف عينة الدراسة مع ذكر أدوات جمع البيانات و الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة وكذلك الإطار الزمني والمكاني.

وشمل الفصل الرابع: عرض النتائج و مناقشتها وتفسير الفرضيات الخاصة بالدراسة وكذا تحليلها وفي الأخير تطرقنا إلى الاستنتاج العام للدراسة مع ذكر بعض المقترحات حول موضوع الدراسة وفي الأخير قائمة المراجع بالإضافة إلى الملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول: الخلفية النظرية للإشكالية

1. إشكالية الدراسة.
2. تساؤلات الدراسة.
3. فرضيات الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. أهداف الدراسة.
6. التعاريف الإجرائية بمتغيرات الدراسة.

1 إشكالية:

إهتم علماء النفس بدراسة ظروف بيئة العمل باعتباره نشاطا إنسانيا مرتبط بالكثير من المتغيرات سواء النفسية أو الاجتماعية التنظيمية، وكذلك بطبيعة الحياة وجودتها للفرد وهذا التوجه ينسجم مع دعوة سيلجمان SELIGMAN (1997) الرئيس الأسبق للرابطة النفسية الأمريكية إلى أن يعمل علم النفس على دراسة ما يجعل الحياة حديرة بالعيش من خلال شعور الإنسان بوجودها أو معناها لاستثمار وجوده الأصيل في بناء وابتكار ما يفيد الأجيال الحاضرة"، إذ تعتبر مهنة التمريض واحد من المهن التي تتطلب من العاملين فيها مهام كثيرة، حيث تعد مهمة أساسية في المستشفيات الخاصة منها والعمومية، وإن نجاحها أو فشلها يعتمد عليه بشكل أساسي، ولهذا فلا بد من تقدير الدور الذي يلعبه في تطويرها، فالمرضى في حياتهم يحتاج إلى إشباع حاجاتهم النفسية شأنه في ذلك مثل جميع الناس، وتتأثر شخصيته بصورة مباشرة بكل ما يصيب جميع حاجاته أو بعضها من إهمال أو تغييب أو حرمان ولذلك فإن مهنة التمريض تستدعي توفير المكونات التي تسهل عليه أداء مهامه كما ينبغي والتي يستطيع المريض بموجبها أداء وظيفته إضافة إلى الاستقرار النفسي الذي يجعله قادرا على الإحساس بكيانه وإشباع حاجاته واتجاهاته وميوله وقادرا على أداء دوره المهني في أجواء من الرضا والمعنوية العالية وعليه فإن أيا من المستشفيات لن تستطيع أن تسير بخطوات نحو الأمام، إلا إذا كان الممرضون والمرضات يعيشون أجواء الاستقرار النفسي والإشباع لحاجاتهم ففي دراسة "زندى هلال سرور عويس (2002)" حول المشكلات التكيفية لدى الممرضين والمرضات القانونيات في مستشفيات وزارة الصحة ومستشفيات القطاع الخاص في الأردن" فقد أسفرت نتائجها على: وجود درجة مرتفعة، للشعور بالمشكلات التكيفية لدى الممرضين في كل من مستشفيات وزارة الصحة ومستشفيات القطاع الخاص، إضافة إلى وجود فروق في تقديرات أفراد العينة لمجالات المشكلات التكيفية تعزى لمتغير المؤهل العلمي وفي جميع المجالات، إلى جانب وجود فروق في تقديرات أفراد العينة تعزى إلى متغير الخبرة في جميع المجالات (حيث كانت الفروق في المجال المهني لصالح أفراد العينة الذين

تتراوح مدة خدمتهم ما بين 4-7 سنوات). إضافة إلى دراسة "ابتسام أحمد أبو العمرين" (2008) حول "مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم" حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والمرضات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة، كما هدفت إلى التعرف على الاختلافات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمستشفيات محافظات غزة تبعاً لمتغير (الجنس، المؤهل العلمي، القسم الذي يعمل به، عدد سنوات الخبرة) حيث تكونت عينة الدراسة من (201) ممرض وممطرة منهم (109) ذكور و(92) إناث، حيث أسفرت النتائج إلى وجود تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والمرضات، حيث كان مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين أعلى منه لدى الممرضات، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى لعدد سنوات الخبرة في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية إذ كانت هذه الفروق لصالح ذوي سنوات الخبرة الطويلة (15 سنة فأكثر).

"ومن خلال تفحص الأدبيات والأبحاث النفسية يتضح أن أقصى ما يمكن لعلم النفس بصورته التقليدية عن الفكرة الأساسية و الصورة الرئيسية لفكرة الحياة الجيدة هي الخلو من الأمراض العقلية والإضطرابات النفسية، في المقابل يطرح الباحثون في علم النفس الإيجابي صورة أخرى يمكن تعريفها ودراستها للحياة الجيدة وليس فقط ما لا يمثل حياة سعيدة مليئة بالرضا والفعالية النفسية " (مجدي أحمد عبد الله، 2013، ص131)

إن الرضا عن الحياة هو العامل الأساسي في إدراك الفرد بجودة حياته وبالتالي أصبحت جودة الحياة هدفاً باعتبارها حاجة وطموح كل البشر وتمثل الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل للحياة، حيث تعتبر جودة الحياة مؤشراً من مؤشرات تحسن الصحة للفرد الجسدية والنفسية ونظافة البيئة المحيطة به ونقائها والرضا عن الخدمات التي تقدم له، مثل التعليم والخدمات الصحية والاتصالات والممارسات الديمقراطية والعدالة الاجتماعية وتنوع روح المحبة والتفاهل بين الناس، فضلاً عن الإيجابية وارتفاع الروح المعنوية والانتماء ولهذا يحتاج الفرد إلى الحصول على خدمات صحية

ونفسية تمكنه من التمتع بصحة جيدة تحقق له الإحساس بالرضا الذاتي عن حالته الصحية وفعالية في الأداء أدواره الاجتماعية في الساقين المادي والاجتماعي المعاشي ، فالفرد الذي يعاني من أحد الأمراض النفسية يمكن أن يعبر عن درجة حياته بطرق مختلفة حيث أشارت دراسة "شيخى مريم (2014)" "طبيعة العمل و علاقتها بجودة الحياة" من اجل الكشف عن مستويات جودة المدركة عند الأستاذ الجامعي ،حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق في مصادر طبيعة العمل وجودة الحياة بين أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس،الحالة الاجتماعية،سنوات الاقدامية ، واختلاف الكلية المنتسب لها الأستاذ، وأسفرت نتائج الدراسة لاتوجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة بمجالاتها الستة تعزى لمتغير الجنس كذلك لم تثبت فروق في جودة الحياة بمجالاتها تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

وبالتالي أصبحت جودة الحياة هدفا للدراسة باعتبارها حاجة وطموح كل البشر وهي الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل للحياة، ولهذا فموضوع الدراسة الحالية هو: مستوى جودة الحياة لدى المرضى -وعلى ضوء ذلك يكمن طرح التساؤل الأساسي التالي:

- مامستوى جودة الحياة لدى المرضى بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة - سليمان عميرات تقرت)؟

و اندرجت تحت هذا التساؤل العام التساؤلات الفرعية التالية:

1/ هل تختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الجنس بالمؤسسات الاستشفائية(محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)؟

2/ هل تختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الحالة الاجتماعية بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)؟

3/ هل تختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الأقدمية بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة-سليمان عميرات تقرت)؟

2- فرضيات الدراسة: وتشتمل فرضيات الدراسة في:

نتوقع ان يكون مستوى جودة الحياة لدى المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة وسليمان عميرات تقرت مرتفع.

الفرضيات الجزئية:

1/ يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الجنس بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)

2/ يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الحالة الاجتماعية بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة-سليمان عميرات تقرت)

3/ يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الأقدمية بالمؤسسات الاستشفائية(محمد بوضياف ورقلة- سليمان عميرات تقرت)

3- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

تستهدف هذه الدراسة شريحة مهنية(المرضى) هامة ، يقع على عاتقها عبء كبير في تقديم العناية الصحية لطبقات المجتمع ، ومن جهة أخرى انتماء هذه الدارسة إلى مجال علم النفس الايجابي ؛ الذي يهدف إلى تنمية جوانب شخصية الإنسان والوصول بها إلى أسمى معاني الحياة ،وكذلك حداثة مفهوم جودة الحياة .

- قد تفيد هذه الدراسة في إثراء المكتبات.

- قد تكون نتائج هذه الدراسة نقطة انطلاق لدراسات أخرى.

4-أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة على معرفة مستوى العام لجودة الحياة لدى المرضى والمرضى العاملين بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة - سليمان عميرات تقرت) ، كما تهدف إلى التعرف على الاختلاف والتباين في مستوى جودة الحياة لدى ممرضين والمرضى تبعاً لمتغير(الجنس - الحالة الاجتماعية -الأقدمية).

5- تحديد مفاهيم الدراسة:

1-5 تعريف الإجرائي لجودة الحياة:

هي شعور المرضى بمستشفى محمد بوضياف بورقلة ، ومستشفى سليمان عميرات بتقرت بالرضا والسعادة وقدرتهم على إشباع حاجاتهم ؛ من خلال ما يتوفر لديهم من قدرات وإمكانيات وما تقدم لهم المؤسسة من خدمات في المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية والوجدانية ، والمعبر عنها من الدرجة التي يحصل عليها المرضى من خلال استجاباتهم لبنود مقياس جودة الحياة المصمم من طرف الطالبة.

2-5 تعريف الممرض:

هو ذلك الشخص الحامل لشهادة ممرض في الصحة أو مساعد تريض و متخرج الذي يزاول مهنة التمريض بمستشفى محمد بوضياف ورقلة وسليمان عميرات تقرت وفي المصالح المختلفة التي تشمل عليها المستشفيات.

الفصل الثاني: جودة الحياة

تمهيد:

- 1- علو النفس الايجابي
- 2- تعرفه جودة الحياة
- 3- أبعاد جودة الحياة
- 4- مؤشرات جودة الحياة
- 5- الاتجاهات النظرية المستخدمة في واصف
- وتفسير جودة الحياة
- 6- مقومات جودة الحياة
- 7- مجالات جودة الحياة
- 8- معوقات تحقيق جودة الحياة

خلاصة الفصل

تمهيد:

تختلف وجهات النظر حول مفهوم جودة الحياة وفقا لذات الشخص، أي ما يدركه الشخص وفقا للمتغيرات البيئية التي تحيط بنا والإمكانيات المادية و المعنوية ولذلك يمكن أن نعتبره مفهوم نسبي يختلف من فرد إلى فرد آخر ،حيث زاد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة مند بداية القرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي ،استجابة إلى أهمية النظرة الايجابية إلى حياة الفرد.

وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى علم النفس الايجابي ووجهات النظر المختلفة حول جودة الحياة، بالإضافة إلى أبعاد ومؤشرات جودة الحياة مرور بالاتجاهات النظرية المستخدمة في وصف جودة الحياة، وأخيرا تطرقنا الى بعض المعوقات التي تحول دون تحقيق جودة الحياة.

1- مفهوم علم النفس الايجابي

ان لعلم النفس الايجابي عمر طويل وقديم ، ربما يكون قديما قدم البشر ، ولكن تاريخ شديد القصر ، إذ دخل إلى حقل الأكاديمي لعلم النفس سنة (1998) عندما ترأس (مارتن سيلجمان) Martin Seligman الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وتناوله في خطابه للدورة الافتتاحية للجمعية ، واعتبر مؤسسا له مع مجموعة من زملائه ، فقد دعوا علماء النفس للبحث عن القوة الايجابية لدى البشرية كبديل للبحث في تلك الجوانب السلبية او المضطربة في الشخصية الإنسانية والدراسات الوقائية والعوامل المجتمعية والشخصية التي تجعل الحياة جديرة بأن تعاش (بوعيشة امال؛2006،ص67)

كما يشير علم النفس الايجابي إلى دراسة جميع الظروف والسيرورات التي تساهم في تحقيق جميع أشكال الاتزان الاطراف و الجماعات والمؤسسات (GABLES.S.L HAIDT.T2005 P05)

وكما يشير إليه هذا المفهوم فإن قضية تحقيق الاتزان لا تقتصر فقط على الصعيد الشخصي وإنما تتعلق أيضا بالعلاقات بينو- شخصية (بين الاطراف) إل جانب البعد الاجتماعي وحتى السياسي كما يهتم علم النفس

الايجابي أيضا بقضية إتزان الطلبة من داخل المؤسسات التربوية وحتى بجودة العلاقات داخل جماعات العمل إلى جانب طبيعة الاتصال السائد (Jacques.leconte.2009.p05)

2-1تعريف علم النفس الايجابي:

يصنف العاملون في مجال علم النفس الايجابي ، بأنه " دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر ، ودراسة كل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوف في براثن الاضطرابات النفسية والسلوكية ، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية ، والمجتمعية "

وتعرفه كريستال بارك (2003): "علم يهتم بدراسة وتحليل الخبرات الشخصية الذاتية المقدره ، أو ذات القيمة مثلا الرفاهية الشخصية أو جودة الوجود الذاتي الشخصي ، القناعة ، و الرضا (في الماضي) الأمل ، والتفاؤل (في المستقبل) ، التدفق و السعادة (في الحاضر) " (ابو حلاوة ، 2006)

أ- على مستوى الفردي :

يتعلق بدراسة وتحليل السمات الايجابية للفرد ، القدرة على الحب والعمل ، البسالة والجرأة مهارات العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين ، الإحساس والتذوق الجمالي ، المثابرة ، التسامح ، الأصالة ، الانفتاح العقلي و التطلع للمستقبل ، الشغف الروحي ، الموهبة العالية، و الحكمة .

ب- على مستوى الجماعي :

يدور علم النفس الايجابي حول الفضائل والمؤسسات التي تحرك الأفراد اتجاه حب الوطن ، تحمل المسؤولية ، التواد مع الآخرين والاهتمام بهم ، الإيثار ، الأدب و الأخلاق ، الاعتدال ، التحمل وخلق العمل . والملاحظ من خلال هذه التعريفات هو ان علم النفس الايجابي يركز على البحث على نقاط القوة ليس عند الفرد فحسب ، ولكن كذلك في مختلف العوامل المساعدة على تنمية القوة عند الفرد ، سواء كانت في الفرد نفسه أو توفرها مؤسسات معينة ، او مجتمع معين.

3- مفهوم جودة الحياة

بدأ الاهتمام بموضوع "جودة الحياة" مباشرة بعد تقرير المنظمة العالمية للصحة ، الذي جاء فيه 58 مليون حالة وفاة في العالم ، من بينهم 35 مليون وفاة نتيجة الأمراض المزمنة وذلك سنة 2006.

ووفقا لهذه الأرقام المخيفة فقد وضعت O.M.S إستراتيجية عمل من أجل الوقاية ومحاربة هذه الأمراض ، وتنص هذه الإستراتيجية على هدفين أساسيين هما تقليص نسبة الوفيات وتحسين جودة الحياة لدى الشعوب الأكثر عرضة لهذه الأمراض (Thierry Sould et Anne predart.2012.p19)

حيث يعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع الاستعمال، فهو يستخدم في العديد من التخصصات مثل: الجغرافيا، الأدب، الفلسفة، الطب، علم الاجتماع، علم النفس... الخ.

أولاً: لغويا:

فالجودة أصلها من الفعل لأبن منظور نقيض الرديء وجاء بالشيء جوده ، وجودة ،أي صار جيدا وبهذا يرتبط مفهوم الجودة بالتميز والإنسان والاتساق. (ابن منظور ، 2013 ، ص55)

ثانياً: من الناحية الاصطلاحية :

أ- ترى منظمة الصحة العالمية OMS (1994) أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بكل من

الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته

مع العوامل الفعالة في بيئته. (Thierry Sould et Anne predart.2012. p19)

نرى أن هذا التعريف يعتبر من التعاريف الهامة الخاصة بجودة الحياة ، وهذا لإمامه بعدة جوانب وعدم إهمال أي منها.

ب- ويرى فقد عرفه عبد المعطي حسن مصطفى(2005) ان جودة الحياة تشير إلى:

" مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم للأفراد المجتمع و النزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوافر ذلك المجتمع أستطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه. (عبد المعطي حسن مصطفى، 2005، ص17)

حيث يتضح من خلال هذا التعريف أنه ركز على الجانب المادي والاجتماعي المتاح للفرد لتجاوز العقبات في مختلف مواقف الحياة .

ج- أما العادلي، كاظم كريدة (2006) فعرف جودة الحياة على أنها :

حالة شعورية تجعل الفرد يري نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به . (العادلي، كاظم كريدة، 2006، ص39)

د- و يعرفها المنسي كاظم (2006) أيضا : جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية و النفسية مع حسن إدارة للوقت والاستفادة منه . (منسي كاظم 2006، ص65)

يتضح من خلال هذين التعريفين إن جودة الحياة هي عبارة عن حالة نفسية شعورية تؤدي بالفرد إلى تحقيق متطلباته بشكل جيد في ظل التطورات البيئية .

ه- في حين يعرف الحبيب عبد الكريم(2006) جودة الحياة على أنها:

درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصية في النواحي النفسية و المعرفية و الإبداعي و الثقافية و الشخصية و الجسمانية و التنسيق بينهما مع تهيئة المناخ المزاجي و الانفعالي ، المناسب للعمل و الانجاز و التعليم

المتصل للعادات و المهارات و الاتجاهات و كذلك تعلم حل المشكلات و أساليب التوافق و التكيف و تبني منظور الشخصي المستمر للأداء كأسلوب حياة و تلبية الفرد لاحتياجاته و رغبته بالقدرة المتوازنة و استمرارية توليد الأفكار و الاهتمام بالإبداع و الابتكار و التعلم التعاوني بما ينمي مهارات النفسية و الاجتماعية . (حبيب عبد الكريم، 2006، ص84)

و- ويوضح العارف بالله محمد الغندور (1999م) : جودة الحياة ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة ، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة ، و بمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق . (العارف بالله محمد الغندور ، 1999، ص66)

يتبين من التعريفات السابقة أن جودة الحياة هي ذلك الكل المتكامل في شخصية الإنسان و مرتبطة بجوانب الحياة المختلفة التي تلي كافة احتياجاته و رغبته، و تطوير مهاراته النفسية و الاجتماعية لتحقيق كل متطلبات الحياة.

ز- يعرف حسن و المحرزي (2007) جودة الحياة :

"هي إدراك الفرد الذاتي للوضع الحالي لصحته العامة و القدرة على قيامه بأدواره الحياتية المرتبطة بالجوانب

الصحية و النفسية و المعرفية و الاجتماعية ". (حسن عبد الحميد سعيد و المحرزي ، 2007 ، ص 117)

يلاحظ من خلال التعريفات السابقة أنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول تعريف محدد لمفهوم جودة الحياة لأنه مفهوم واسع ، وبالتالي يمكن القول بأن جودة الحياة هي : مستوى إحساس الفرد بالتحسن في جوانب حياته (الاجتماعية - النفسية - الشخصية) و القدرة على التحكم في انفعالاته ، كما أنه حالة ترتبط بشكل مباشر بالفرد.

3- أبعاد جودة الحياة

تتضح أبعاد جودة الحياة من خلال مقومات والتعريفات الخاصة بجودة الحياة لذلك يمين التمييز بين ثلاثة أبعاد لجودة الحياة نذكرها:

1-3 جودة الحياة الموضوعية : وتشمل الجوانب الاجتماعية لحياة الأفراد والتي يوفرها المجتمع من مستلزمات مادية.

2-3 جودة الحياة الذاتية : ويقصد بها مدى رضا الشخص بحياته وشعوره بجودة الحياة.

3-3 جودة الحياة الوجودية: وتشمل الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد واستطاعته العيش متوافقا مع ذاته ومع

مجتمعه. (عبد المعطي ، 2005 ، ص25)

4- مؤشرات جودة الحياة:

وتتمثل مؤشرات جودة الحياة في العناصر التالية:

1-4 المؤشرات النفسية : وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب ، أو التوافق مع المرض ، أو الشعور بالسعادة

والرضا.

2-4 المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة

الاجتماعية والترفيهية.

3-4 المؤشرات المهنية: وتشتمل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها ، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته ، وقدرته

على التوافق مع واجبات عمله.

4-4 المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام، والنوم والشهية في تناول الغذاء. (منسي على، كاظم، 2006، ص 23)

5 - الاتجاهات النظرية المستخدمة في وصف وتفسير جودة الحياة

يوجد أربع اتجاهات رئيسية في تفسير جودة الحياة وهي:

1-5 الاتجاه النفسي: إن الحياة بالنسبة هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثل انعكاس مباشر لإدراك الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم الإدراكي الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية.

ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، وذلك لمبدأ إشباع

الحاجات في نظرية أبراهام ماسلو. (صلاح الدين محمد توفيق، 2009، ص 158)

2-5 الاتجاه الاجتماعي: ويشير إلى عدد من الجوانب ومن منظور يركز على الأسرة والمجتمع، وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية لأخرى.

أهم المجالات في الاتجاه الاجتماعي

أ- السكان: إن علماء الاجتماع عند اهتمامهم بدراسة جودة الحياة يركزون على المؤشرات الخارجية

مثل: معادلة المواليد والوفيات وضحايا الأمراض المختلفة، نوعية المساكن، ومستويات تعليمية

للأفراد، والمجتمع ومستوى الاستيعاب والقبول من مراحل التعليم المختلفة إضافة إلى مستوى الدخل.

ب- العمل : يرتبط مفهوم جودة الحياة بما يقوم به الفرد من عمل أو ما يشغله من وظيفة وثمة محددات هامة يمكن اعتبارها في هذا الصدد أن يكون لها تأثير على تحقيق هذا المفهوم إجرائياً مثل: أوضاع العمل ونوعية الإشراف وعلاقة الزمالة تعد من العوامل الفعالة في تحقيق هذا المفهوم ، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. (الغدير، 1999، ص27)

3-5 الاتجاه الطبي: ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة نفيسة أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية و العلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة. (رغد نعيمة، ص154، ب د)

يتضح من خلال عرض اتجاهات الثلاثة نلاحظ أن لكل اتجاه تفسيره الخاص ونظريته المختلفة نحو جودة الحياة إلا أنها كلها وفي مجملها تؤكد على ضرورة تحقيق الرضا والسعادة في مختلف نواحي حياة الفرد.

6- مقومات جودة الحياة

توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة:

- 1- القدرة على التفكير و أخذ القرارات
- 2- القدرة على التحكم.
- 3- الصحة الجسمانية والعقلية.
- 4- الأحوال المعيشة والعلاقات الاجتماعية .
- 5- المعتقدات الدينية والقيم الثقافية والحضارية.

6- الأوضاع المالية والاقتصادية

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة ونعني هنا الناحية الصحية نجد أنها تتمثل في أربع نواحي أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض:

أ- الناحية الجسمانية

ب- الناحية الشعورية

ت- الناحية العقلية

ث- الناحية النفسية

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية .

وهذه الاحتياجات تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءاً مكملًا لها والإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع

ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إدارة الإنسان تؤدي على مقومات حياته والتي تتصل

بالناحية الصحية وتتمثل في : العجز - التقدم في العمر - الخوف - ضغط العمل - الحروب - الموت - الإحباط -

الأمل - اللياقة الجسمانية بل والراحة أيضا ، ولكن لا بد أن نفرق بين ماهو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع

أسلوب حياة خاطئ أو مرض . (سلاف مشري ، 2014، ص 215)

7- مجالات جودة الحياة

تتضح مجالات جودة الحياة من خلال تحليل كافة التعريفات السابقة حيث تتمثل في 03 مجالات وهي:

أ - الكينونة

ب- الانتماء

ج- الصيرورة

والجدول (01) يوضح تفاصيل مكونات الفرعية لهذه المجالات:

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونة (الوجود)	الوجود البدني	(أ) القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية. (ب) أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة.
	الوجود النفسي	(أ) التحرر من القلق والضغط. (ب) الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح /عدم ارتياح).
	الوجود الروحي	(أ) وجود أمل في المستقبل (الاستبشار). (ب) أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
الانتماء	لانتماء المكاني (البدني)	(أ) المنزل أو الشقة التي أعمش فيها. (ب) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد.

<p>(أ) القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش معها. (ب) وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية).</p>	<p>الانتماء الاجتماعي</p>	
<p>(أ) توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية،... الخ). (ب) الأمان المالي.</p>	<p>الانتماء المجتمعي</p>	
<p>(أ) القيام بأشياء حول منزلي. (ب) العمل في وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة.</p>	<p>الصيرورة العملية</p>	<p>الصيرورة</p>
<p>(أ) الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه، التريض). (ب) الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه)</p>	<p>الصيرورة الترفيهية</p>	
<p>(أ) تحسين الكفاءة البدنية والنفسية. (ب) القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة.</p>	<p>الصيرورة التطورية (الارتقائية)</p>	

المصدر : (محمد سعيد اوب حلاوة، 2010)

من خلال الجدول (01) يمكن القول ان مجالات جودة الحياة تسعى بالفرد الى تحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية

والنفسية والاجتماعية ،لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها

8- معوقات تحقيق جودة الحياة

يتضمن البناء النفسي لكل من مكامن قوة ومواطن ضعف، وإذا أردنا أن نحسن جودة الحياة للإنسان علينا أن نركز فقط على المشكلات بل يتعين التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة، واستخدام وتوظيف قدرات وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسين، ويجب عند وصف هذه الأخيرة أن نميز بين الظروف الداخلية والظروف الخارجية ويقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثير الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص.

جدول رقم (02) يوضح معوقات تحقيق جودة الحياة

المعوقات	الظروف	القدرات
المرض	الظروف	المهارات
<ul style="list-style-type: none"> - الإعاقات - الخبرات الحياتية السلبية 	داخلية	<ul style="list-style-type: none"> - الخبرات الحياتية الايجابية - الحالة المزاجية الذهنية - الايجابية والسرور
<ul style="list-style-type: none"> - نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية - ظروف الحياة أو المعيشة السيئة - سوء الاختيار 	الخارجية	<ul style="list-style-type: none"> - توافر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية - الانفعالية وتعدد السائحين لها - توافر نماذج رعاية جيدة أو طبيبه - وجود برامج توجيه وإرشاد

(شبيخي مريم، 2014، ص94)

خلاصة:

على الرغم من وجود وجهات نظر مختلفة بين الباحثين على مفهوم جودة الحياة تمثلت في التعريف والأبعاد والمؤشرات وكذلك المعوقات، لكن يمكن القول بأنه هناك شبه إ اتفاق بين بعض الباحثين على ان هناك مبادئ يمكن القول أن تكون مشتركة بين الأفراد ، حيث يكمن القول ان جودة الحياة مفهوم عام وليس مقتصرًا على فئة محددة .

الجانب الميداني

الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

- 1- منهج الدراسة
- 2- الدراسة الاستطلاعية
- 3- الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة
 - 1-3 صدق المقياس
 - 1-1-3 صدق المحكمين
 - 2-1-3 صدق المقارنة الطرفية
 - 3-1-3 صدق الذاتي
 - 2-3 الثبات
 - 1-2-3 التجزئية النصفية
 - 2-2-3 معامل ألفا كرونباخ
- 4- مجتمع وعينة الدراسة وكيفية اختيارها
- 5- الإطار المكاني والزمني للدراسة
- 6- الأساليب الإحصائية

خلاصة الفصل

تمهيد:

ان الأساليب والإجراءات التي يستخدمها الباحث في مجال دراسته يتطلب منه توضيح كيفية إتباعها وطريقة استخدامها تدعيماً للنتائج المتحصل عليها ، وعليه سوف نتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات الميدانية للدراسة الحالية ، من منهج والعينة ومواصفاتها ، وكذا إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية و الأساليب الإحصائية المستخدمة.

1- المنهج المتبع

إن طبيعة البحث ومتغيرات الدراسة هي التي تحدد المنهج المتبع، وبما أن موضوع الدراسة هو مستوى جودة الحياة لدى المرضى فإن المنهج الملائم هو المنهج الوصفي الذي يعرفه سكتين" هو المنهج الذي يهتم بجمع وتلخيص الحقائق الحاضرة المرتبطة بمجموعة من الظروف التي يمكن ان يرغب الشخص في دراستها "وبما أن الدراسة تهدف إلى استكشاف مستوى جودة الحياة لدى المرضى فإن المنهج الوصفي المناسب هو المنهج الاستكشافي والذي يعرف أن الباحث يدخل إلى الميدان وهو لا يعرف الأبعاد الحقيقية للظاهرة التي يدرسها، الأمر الذي يجعله يحرص اهتمامه في استكشاف كل الجوانب هذه الظاهرة أو المشكلة . (موريس أنجس، 2008، ص106)

4- الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة في سلسلة الجانب التطبيقي وهي العمود الفقري لكل دراسة علمية ، يهدف من خلالها الباحث إلى الوصول إلى حقائق علمية ونتائج دقيقة وصحيحة ، إذ تسمح الدراسة الاستطلاعية باحتكاك لأول مرة بميدان دراسة كما تمكنه أيضا بالتعرف على عينة الدراسة عينه الدراسة بحتة ولا يتأني له ذلك إلا من خلال تحديد طبيعة وأبعاد المشكلة المدروسة ، إلى جانب التأكد من مدى ملائمة وسلامة أدوات البحث المطبقة لطبيعة موضوع الدراسة.

وتم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها (30) ممرض وممرضة منها طبقت 18 من المؤسسة

الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة ، و12 إستمارة طبقت في المؤسسة الإستشفائية سليمان عميرات

تقرت وقد اختيرت هذه العينة بطريقة العارضة من المجتمع الدراسة.

الجدول رقم(03) يوضح توزيع العينة الاستطلاعية

الأقدمية		الحالة الاجتماعية		الجنس		المستشفى
06	اقل من 05 سنوات	10	أعزب	08	ذكر	محمد بوضياف ورقلة
03	من 05 سنوات إلى 10	8	متزوج	10	أنثى	
09	أكثر من 10 سنوات					
01	اقل من 5 سنوات	05	أعزب	05	ذكر	سليمان عميرات
02	من 05 إلى 10 سنوات	07	متزوج	07	أنثى	
09	أكثر من 10 سنوات					
30		30		30		المجموع

نلاحظ من خلال الجدول(03) أن عدد المعلمين كان مختلفا في كل مستشفى

كما أن كل باحث في دراسته يسعى لتطبيق أدوات ومقاييس تساعده في الحصول على بيانات ومعلومات عن موضوع الدراسة، والأداة المستخدمة في هذه الدراسة تمثلت في "استبيان يهدف إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى المرضى"

وقد تم تصميم هذه الأداة من طرف الطلبة، بناء على الإطلاع على الإطار النظري، وقد تم معالجة بيانات الدراسة الاستطلاعية إحصائياً بنظام (SPSS).

ج-خطوات إعداد المقياس جودة الحياة

تمت مراجعة الأطر النظرية التي تناولت جودة الحياة والدراسات السابقة العربية والأجنبية التي صممت لقياس جودة الحياة ومن بينها:

- مقياس جودة الحياة إعداد شاهر خالد في جامعة تبوك العربية
- مقياس جودة الحياة من إعداد محمود عبد الحلیم وعلی مهدي كاظم 2006
- مقياس جودة الحياة من إعداد السيد كامل منصور 2007 وهو معد لقياس جودة الحياة لدى الطلبة الجامعة لدى الطلبة الجامعة في البيئة العربية.
- مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية 1998 تعريب "احمد حسانين احمد محمد"
- حيث إنبتق عنهم أربعة أبعاد رئيسية.

جدول (04) يوضح عدد الفقرات في كل بعد

الأبعاد	عدد الفقرات
جودة الصحة العامة	12
جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	10
جودة العواطف الحياة الوجدانية	14
جودة الصحة النفسية	12

تم صياغة بنود المقياس والذي بلغت (34) بندا، وصياغة البيانات الشخصية وتعليمات المقياس، وبدائل الأجوبة وفقا لنمط لكزت الخماسي (مواقف بشدة، موافق، لا أدري، غير موافق، غير موافق بشدة).

هـ - التعليمات المرفقة بالأداة:

وقد خصصت الصفحة الأولى من الأداة للتعليمات واشتملت على مايلي:

و - بيانات شخصية أولية:

- الجنس: (ذكر - أنثى)

- الحالة الاجتماعية: (أعزب - متزوج - مطلق)

- الاقدامية : (اقل من 05 سنوات ، من 05 سنوات إلى 10 سنوات ، أكثر من 10 سنوات)

ز- التعليم:

حيث طلب من الممرضين قراءة كل عبارة بدقة والإجابة عليها، وذلك بوضع علامة (X) أمام الإجابة التي تناسبهم في الخانة المناسبة من البدائل، وهي (موافق بشدة، موافق، غير موافق، لا أدري، غير موافق بشدة).

طريقة التصحيح:

تمت طريقة التصحيح بإعطاء درجات لاستجابات أفراد العينة على الاستبيان حسب البدائل المقدمة وقدرت الأوزان المعطاة لبدائل الأجوبة كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يوضح الأوزان المعطاه لبدائل الاجوبة في حالة بند الموجب

موافق بشدة	موافق	غير موافق	لا أدري	غير موافق بشدة
05	04	03	02	01

جدول يوضح أوزان بدائل الأجوبة للفقرات الموجبة وتعكس في حالة الفقرات السلبية

جدول رقم (06) يوضح الأوزان المعطاه لبدائل الاجوبة في حالة بند السالب

موافق بشدة	موافق	غير موافق	لا ادري	غير موافق بشدة
01	02	03	04	05

الجدول يوضح أوزان بدائل الأجوبة للفقرات السلبية.

3- الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة :

تمثلت الخصائص السيكومترية للأداة في صدق والثبات؛ لأن لها أهمية خاصة في الدراسة النفسية والتربوية ، لأن القياس في هذين الميدانيين يعتبر غير مباشر ، لذلك يجب التأكد من ان تقيسه أدوات البحث يمكن الثقة فيه والاعتماد عليه وجمع البيانات.

3-1- الصدق:

"يعتبر الاختبار صادقاً، إذا كان يقيس ما وضع لقياسه" (بشير معمري، 2007، ص130)

3-1-1 صدق المحكمين:(الصدق الظاهري)

ويشمل المظهر العام للإختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوح هذه المفردات ، ويتناول كذلك تعليمات الاختبار ومدى دقتها وموضوعيتها ، وكذلك مدى مطابقتها اسم الاختبار على الموضوع الذي يقيسه . (مقدم عبد الحفيظ، ص2003، 150)

بعد تصميم الأداة في صورتها الأولية ، تم عرضها على الأستاذة المشرفة أولاً تم توزيعها على (07)أساتذة محكمين من أساتذة على النفس بجامعة ورقلة، الملحق رقم (03):

حيث طلب من الأساتذة المذكور أسماءهم أعلاه التحكيم فيما يخص الجوانب التالية:

- مدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد العينة
- مدى ملائمة بدائل الأجوبة لل فقرات
- مدى ملائمة عدد الفقرات في كل بعد
- مدى وضوح الصياغة اللغوية لل فقرات ومناسبة محتواها للبعد وكانت نتائج التحكيم كما يلي:

- مدى وضوح التعليمات المقدمة لأفراد العينة

جدول رقم (07) يوضح نتائج التحكيم بالنسبة للتعليمات مقدمة لأفراد العينة

إجابة المحكمين		التعليمات
غير مناسبة	مناسبة	
00	07	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) أن كل الأساتذة المحكمين قد أقروا بوضوح التعليمات المرفقة بالأداة، مما يسمح باعتبارها على درجة عالية من الصدق ومن تم الإبقاء عليها كما هي.

- مدى ملائمة بدائل الأجوبة للفقرات :

وكانت نتائج التحكيم كما يوضحها الجدول الآتي:

الجدول رقم (08) يوضح نتائج التحكيم بالنسبة لبدائل الاجوبة

إجابة المحكمين		موافق بشدة، موافق، غير موافق، أدري، غير موافق
غير ملائمة	ملائمة	
01	06	

- مدى ملائمة عدد الفقرات في كل بعد:

جدول رقم (09) يوضح نتائج التحكيم بالنسبة لمدى ملائمة عدد الفقرات

إجابة المحكمين		البعد
كاف	غير كاف	
07	00	جودة الصحة العامة 12
07	00	جودة الحياة الأسرية و الاجتماعية 10
07	00	جودة الحياة العواطف الوجدانية 14
07	00	جودة الصحة النفسية 12

نلاحظ من خلال الجدول أن كل الأساتذة المحكمين قد أروا بكفاية وملائمة عدد الفقرات في كل بعد،

مما يسمح باعتبارها على درجة عالية من الصدق ومن تم الإبقاء عليها.

- مدى ملائمة الصياغة اللغوية للفقرات ومناسبة محتواها لكل فقرة:

وكانت نتائج التحكيم كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول رقم (10) يوضح نتائج التحكيم بالنسبة لمدى ملائمة الصياغة اللغوية للفقرات

رقم البند	البعد	قبل التعديل	بعد التعديل
09	جودة العواطف والحياة الوجدانية	أنت راض عن نفسك	أنا راض عن نفسي
01	جودة الحياة الأسرية والاجتماعية	أشعر بالفجر لانتمائي لأسرتي	أسرتي مصدر فخري

06	جودة الصحة العامة	روحي المعنوية متدهورة	معنوياتي متدهورة
07	جودة الصحة العامة	أنا مضطرب	أنا قلق
12	جودة الصحة العامة	حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل بها	حياتي مليئة بالحزن

3-1-2- صدق المقارنة الطرفية:

وهي مقارنة متوسط تحصيل المجموعة القوية ذات التحصيل العالي على درجات ضعيفة فإذا تبنت من

المقارنة الطرفية أن الأقوياء في الميزان والاختبار معا قيل درجة صدق الاختبار كبيرة.

(رمزية الغريب ، 1996، ص689)

بعد اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية المتكونة من 30 فرد

اعتمدنا على طريقة المقارنة الطرفية حيث قمنا بترتيب درجات أفراد العينة ترتيبا تنازليا وأخذ نسبة

33.33 % من الدرجات العليا ونسبة 33.33% من الدرجات الدنيا ثم قمنا بحساب المتوسط الحسابي لكل فئة

والانحراف المعياري ومنه " ت " المحسوبة ثم مقارنتها " ت " الجدولة وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (11) يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين متطرفتين (صدق المقارنة الطرفية)

دلالة الإحصائية	ت محسوبة	درجة الحرية	مجموعة الدنيا ن=10		مجموعة العليا ن=10	
			الانحراف المعياري 2	متوسط الحسابي 2	الانحراف المعياري 1	متوسط الحسابي 1
0.05	10.66	18	6.46	80.40	8.52	116.50

من خلال النتائج الموضحة في الجدول: بالنسبة للفئة العليا كان المتوسط الحسابي $x=116.50$

بالانحراف $s=8.52$ في حين بلغ متوسط الحسابي للفئة الدنيا $x=80.40$ وينحرف عن المتوسط $s=6.46$ وبلغت

قيمة ت المحسوبة لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعة ت المحسوبة =10.66 وعند مقارنتها بالجدولة عند درجة

الحرية 18 وعند مستوى الدلالة 0.01 نجد ذات دلالة إحصائية ومنه نقول ان المقياس صادق، إذن الاستبيان

يمكن استخدامه في الدراسة الأساسية.

3-1-3- صدق الذاتي :

"وهو نوع من أنواع الصدق الإحصائي حيث يساوي الجذر التربيعي لمعامل الثبات"

(أحمد محمد الطيب ، 1999 ، ص212)

$$\text{الصدق الذاتي} = \sqrt{\text{معامل الثبات}} = \sqrt{0.84} = 0.92$$

وهي قيمة عالية تؤكد صدق الأداة .

3-2 الثبات:

يعتبر الثبات من المفاهيم الجوهرية في القياس النفسي حيث يعد من أهم الأسس التي تقوم عليها إجراءات إعداد الاختبارات للاستخدام ويمكن تعريفه " بأنه ضمان الحصول على نفس النتائج تقريبا، إذا أعيد تطبيق الاختبار على نفس الفرد أو نفس المجموعة من الأفراد. (بشير معمرية، 2007، ص167)

وقد اعتمدت في حساب هذه الأداة على نوعان من الثبات هما:

3-2-1 التجزئة النصفية

لحساب ثبات الاستبيان طبقت طريقة التجزئة النصفية ، بحيث قسم الاستبيان إلى قسمين (قسم الأسئلة الفردية وقسم الأسئلة الزوجية) تم حساب مجموع الدرجات كل فرد على الأسئلة الفردية ، بعد تطبيق معامل الارتباط بيرسون. (عبد الكريم بوحفص، 2005، ص222)

بعد تطبيق الأداة على العينة الاستطلاعية للمرضين بمستشفى محمد بوضياف ورقلة ، وسليمان عميرات تقرت والذي كان عددهم 30 ممرضو ممرضة حيث تم تقسيم الاختبار إلى نصفين وطبق معامل الارتباط بين النصفين وبعد حساب معامل الارتباط بين الجزئين بمعادلة برسون والذي قدرت قيمته ب(0.81) وقد تم تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون ، حيث وجد أن معامل الأداة ككل يساوي (0.90) عند مستوى الدلالة (0.05).

3-2-2 معامل ألفا كرونباخ:

يعتبر معامل ألفا كرونباخ والذي يرمز له عادة بالحرف اللاتيني α وهو من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة.

ومعامل ألفا يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده، فازدياد نسبة تباينات البنود بالنسبة إلى التباين الكلي يؤدي إلى انخفاض معامل الثبات

وبعد حساب هذا المعامل تحصلنا على نتيجة (0.86) وهو معامل قوي يدل على اتساق عالي بين البنود وبالتالي تجانس الأداة.

4- مجتمع وعينة الدراسة**4-1 عينة الدراسة ومواصفاتها:**

بعد التأكد من صلاحية الاستمارة وإعداد الصورة النهائية لها، تم توزيع 200 استمارة بطريقة العشوائية بسيطة، على ممرضين وممرضات بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة وسليمان عميرات تقرت، إلا انه تم استرجاع 138 استمارة فقط، وكان التطبيق خلال الفترة الممتدة من 10 مارس إلى 20 افريل 2015، وقد تضمنت الدراسة متغيرات وسيطية مختلفة شملت في، الجنس، الحالة الاجتماعية، الأقدمية وفيما يلي وصف لخصائص العينة حسب متغيرات الدراسة السابق ذكرها في الجداول التالية:

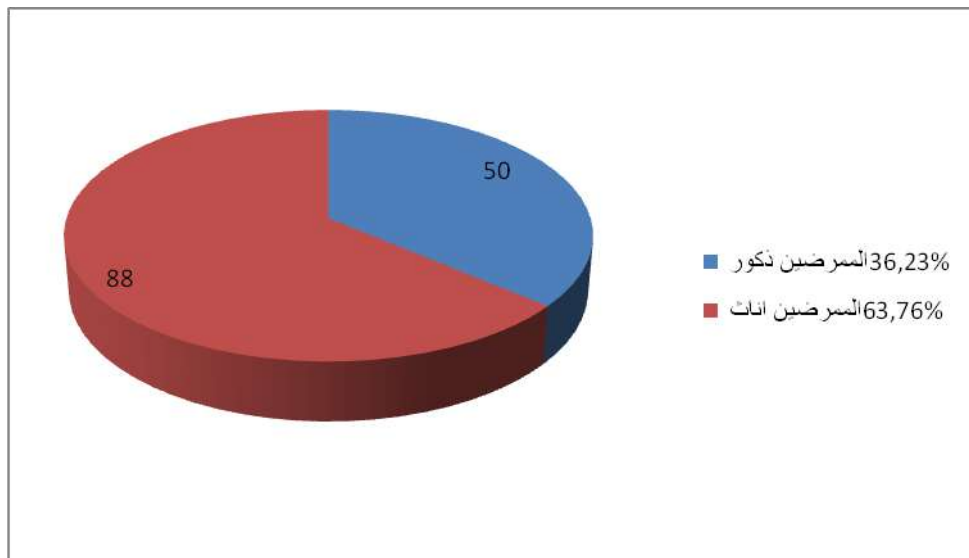
توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

جدول رقم (12) يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الجنس

الجنس	ذكر	أنثى	المجموع
توزيع العينة	50	88	138
نسبة المئوية%	36.23%	63.76%	100%

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن أفراد العينة موزعين حسب متغير الجنس حيث بلغ عدد المرضين ذكور (50) بنسبة مئوية قدرت بـ (36.23%) والمرضات بلغن 88 بنسبة قدرت بـ (63.76%)، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال الشكل ادناه.

الشكل رقم (01) يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس



توزيع أفراد العين حسب متغير الحالة الاجتماعية

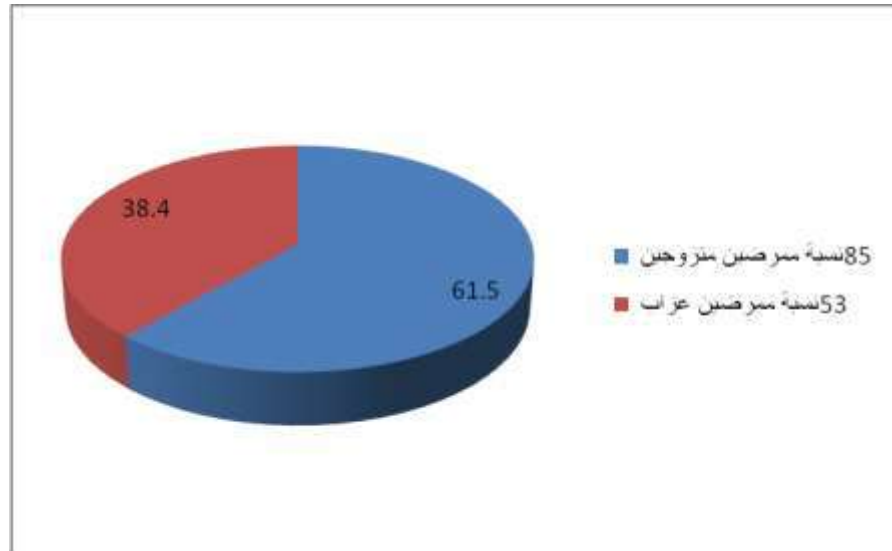
جدول (13) توزيع أفراد العينة الأساسية حسب حالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	أعزب	متزوج	مجموع
توزيع العينة	53	85	138
النسبة المئوية%	38.40%	61.50%	100%

يتضح من خلال الجدول رقم (13) أن أفراد العينة موزعين حسب متغير الحالة الاجتماعية (أعزب - متزوج) حيث

بلغ عدد ممرضين عزاب (53) بنسبة مئوية قدرت ب(38.40%) في حين بلغ عدد الممرضين متزوجين (85) ب

نسبة مئوية قدرت ب(61.50%) ، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال شكل الموضح ادناه:



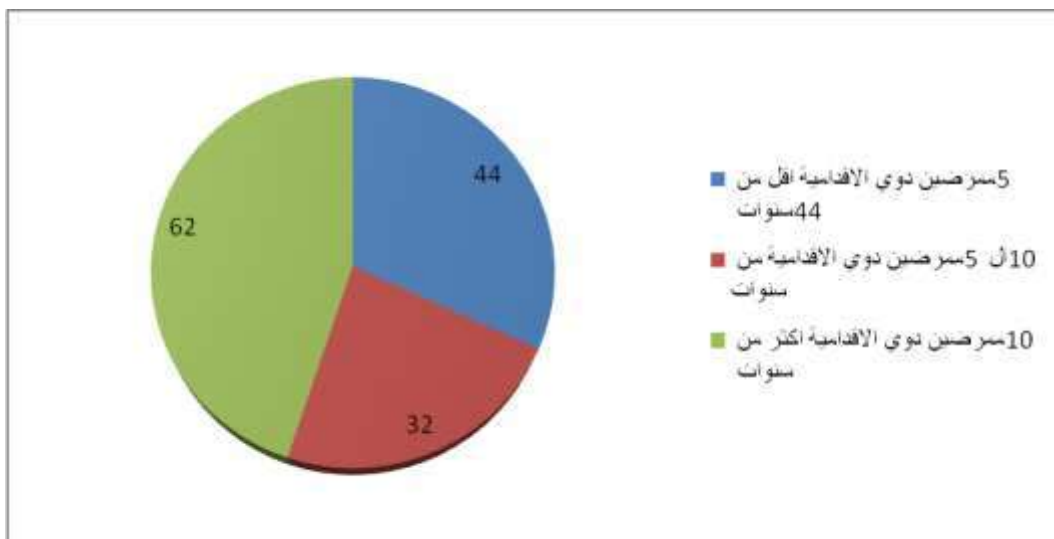
شكل رقم (02) يوضح توزيع افراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

توزيع أفراد العينة حسب متغير الإقدامية

جدول (14) توزيع أفراد العينة الأساسية حسب الأقدمية

الأقدمية	اقل من 05 سنوات	من 5 سنوات إلى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	مجموع
توزيع العينة	44	32	62	138
نسبة المئوية	31.90%	23.20%	44.90%	100%

يتضح من خلال الجدول رقم (14) ان أفراد العينة حسب موزعين حسب متغير الأقدمية ، حيث بلغ عدد المرضين الذين بلغن في الأقدمية أقل من 05 سنوات (44) بنسبة مئوية قدرت ب(31.90%) ، فيما تتراوح أقدمية المرضين من 05 سنوات إلى 10 سنوات (32) بنسبة مئوية قدرت ب(23.20%) ، كما بلغ عدد المرضين أكثر من 10 سنوات (62) بنسبة مئوية قدرت ب(44.90%). ويمكن ملاحظة ذلك من خلال الشكل الموضح ادناه.



شكل رقم (03) يوضح توزيع العينة حسب متغير الإقدامية

5- الإطار المكاني والزمني للدراسة

1- الحدود المكانية : أجريت هذه الدراسة في المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة ،وسليمان عميرات تقرت.

2- الحدود البشرية : شملت الدراسة 138 ممرض وممرضة من المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة وسليمان عميرات تقرت.

3- الحدود الزمانية : تمت هذه الدراسة في الموسم الجامعي 2015/2014.

6- الأساليب الإحصائية المتبعة:

إن الأساليب الإحصائية هي : «إحدى الدعائم الرئيسية التي تقوم عليها الطريقة العلمية في بحثها في العلوم

الإنسانية والعلوم المتصلة بأي لون من ألوان الحياة». (فؤاد الباهي السيد، 1978، ص 18)

وقد تم الاعتماد في معالجة نتائج الدراسة الأساسية على الأساليب الإحصائية التالية:

6-1- النسب المئوية: لقد تم استخدام النسب المئوية المستخلصة من تكرارات أفراد العينة وذلك للتأكد من

صحة الفرضية العامة.

6-2- اختبار (ت) لدلالة الفروق: وذلك للتأكد من صحة الفرضيات الجزئية الأولى والثانية ويستعمل لقياس دلالة

الفروق بين متوسطي عينتين، وفي الدراسة الحالية تم تطبيق "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين.

(السيد محمد خيري، 1975، ص 22)

3-6 تحليل التباين:

اختبار تحليل التباين: لغرض معالجة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

يستخدم هذا التحليل لقياس الاختلافات ، والتباينات الحاصلة بين أوساط الحسابية لأكثر من عينتين في

وقت واحد) . (معن خليل عمر، 2004، ص131)

وتم ذلك باستخدام النظام الإحصائي SPSS النسخة 20.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية المتمثلة في المنهج المتبع وهو المنهج (الوصفي الاستكشافي) الملائم للدراسات والتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية ، بالإضافة إلى وصف عينة الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية التي تلائم فرضيات الدراسة من أجل تحليلها ومناقشتها وعرضها في الفصل الموالي.

الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج

تمهيد.

1- عرض وتحليل النتائج

1--1 عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة

1-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

1-3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

1-4 عرض نتائج الفرضية الثالثة

2- تحليل ومناقشة فرضيات الدراسة

2-1 تفسير ومناقشة الفرضية العامة

2-2 تفسير ومناقشة الفرضية الأولى

2-3 تفسير ومناقشة الفرضية الثانية

2-4 تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة

الاستنتاج العام

المقترحات

قائمة المراجع

الملاحق

تمهيد:

بعد الحصول على نتائج الدراسة ومعالجتها إحصائيا ، سيتم في هذا الفصل عرض نتائج فرضيات هذه الدراسة وتفسيرها في ضوء الرصيد النظري لهذه الدراسة وبعض الدراسات السابقة وفيما يلي غرض وتفسير نتائج كل فرضية على حدي.

1- عرض وتحليل النتائج :

1 - 1 عرض وتحليل الفرضية العامة :

جاءت صياغة الفرضية العامة كما يلي ؛ "نتوقع ان يكون مستوى جودة الحياة لدى المرضى بالمؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة وسليمان عميرات تقرر مرتفع " .

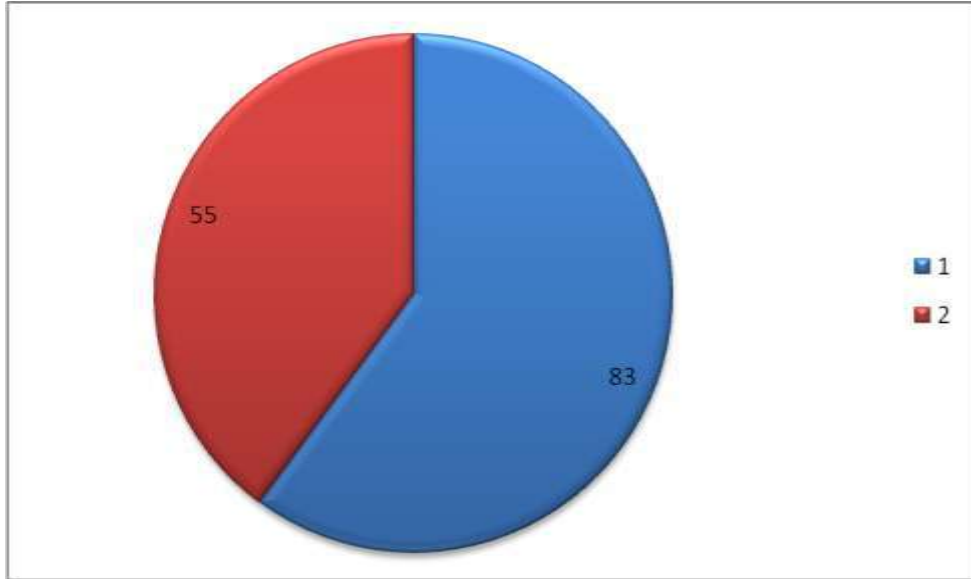
وللتحقق من صحة الفرضية قمنا بتحديد مستوى جودة الحياة لدى المرضى ذوي المستوى المرتفع باستخدام المتوسط الحسابي (140) أي ان الحاصلين على درجة (140) فما فوق هم الأفراد الأكثر جودة للحياة والحاصلين على اقل من (140) درجة هم اقل جودة للحياة.

كما قمنا بتوزيع أفراد العينة تبعا لدرجات في جودة الحياة (الدرجة الكلية) إلى مستويين كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (15) يوضح نتائج نسبة الممرضين في مقياس جودة الحياة (مرتفع- منخفض)

النسبة المئوية	العدد ن	المؤشرات الاحصائية المتغيرات
60.20%	83	ممرضين ذوي مستوى مرتفع في جودة الحياة
39.80%	55	ممرضين ذوي مستوى منخفض في جودة الحياة
100%	138	مجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (15) ان عدد الممرضين الذي تقع درجاتهم ضمن المستوى المرتفع للجودة الحياة بلغ عددهم (83) ممرض وممرضة وهم يشكلون نسبة (60.20%)، في حين بلغ عدد الممرضين الذين تقع درجاتهم ضمن المستوى المنخفض للجودة الحياة (55) ممرض وممرضة وهم يشكلون نسبة (39.80%)، ويمكن ملاحظة هذين المستويين من خلال الشكل الموضح أدناه:



المريضين ذوي الدرجة المرتفعة في مقياس جودة الحياة قدرت ب 60.20 %

المريضين ذوي الدرجة المنخفضة في مقياس جودة الحياة ب 39.80 %

وبناء على النتائج في الجدول السابق والشكل رقم (05) يتبين لنا بأن نسبة المريضين ذوي مستوى جودة الحياة المرتفع أكبر من المستوى المنخفض وبالتالي تحقيق الفرضية الأولى للدراسة.

1-2 عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

والتي تنص على: "يختلف مستوى جودة الحياة لدى المريضين باختلاف الجنس بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة - سليمان عميرات تقرت).

وللتحقيق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ت (T-Test) لحساب الفروق بين متوسطات الدرجات لمتغير جودة الحياة حسب متغير الجنس عند مستوى الدلالة 0.05 كما هو مبين في الجدول.

جدول (16) نتائج دلالة الاحصائية الفرضية الأولى:

مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت محسوبة	الانحراف المعياري	متوسط الحسابي	المؤشرات الإحصائية الجنس
0.65	136	-0.45	10.62	140.40	ذكور
			10.61	140.88	إناث

من خلال قراءة الجدول (16) ، بلغ متوسط درجات ذكور (104.40) بانحراف معياري (10.62) بينما متوسط إناث (140.88) بانحراف معيار (10.61) كما يبين الجدول أن مستوى الدلالة الناتج (-0.45) أكبر من مستوى دلالة 0.05 مما يدل على عدم وجود اختلاف في مستوى جودة الحياة لدى المرضين بالاختلاف الجنس وبالتالي الفرضية لم تتحقق ومنه نقبل الفرضية البديلة، التي تنص "لا تختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضين باختلاف الجنس".

3-1 عرض و تفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية

والتي تنص على: "تختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضين باختلاف الحالة الاجتماعية (أعرب-متزوج)" وللتحقيق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) T-Test لحساب الفروق بين متوسطات الدرجات لمتغير جودة الحياة حسب متغير الحالة الاجتماعية عند مستوى الدلالة 0.05 كما هو مبين في الجدول.

جدول (17) نتائج دلالة لاحصائية الفرضية الثانية

مستوى الدلالة	ت محسوبة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	متوسط الحسابي	المؤشرات الإحصائية الحالة الاجتماعية
0.05	-0.49	136	10.53	139	أعزب
			10.65	141	متزوج

من خلال قراءة للجدول (17) ، بلغ متوسط درجات العزاب (139) وانحراف معياري (10.53) ومتوسط درجات المتزوجين (141) وانحراف معياري (10.65) ويبين الجدول رقم ان مستوى الدلالة الناتج (-0.49) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 و (ت) محسوبة (-0.49) مما يدل على عدم وجود اختلاف في مستوى جودة الحياة لدى المرضين باختلاف الحالة الاجتماعية وبالتالي الفرضية غير صحيحة ، ومنه نرفض الفرضية البحثية ونقبل الفرضية البديلة التي تعبر عن عدم وجود اختلاف في مستوى جودة الحياة لدى المرضين بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة ، و سليمان عميرات تقرت ، باختلاف الحالة الاجتماعية .

1-4 عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

والتي تنص على " يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضين باختلاف الجنس بالمؤسسات الاستشفائية (محمد بوضياف ورقلة و سليمان عميرات تقرت)"

ولتحقيق من صحة هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين (ANOVA) لحساب الفروق بين متوسطات الدرجات لمتغير جودة الحياة، باختلاف الأقدمية عند مستوى الدلالة 0.05 كما هو مبين في الجدول.

الجدول رقم (18) نتائج دلالة الإحصائية الفرضية الثالثة:

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	(ف) المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	271.60	2	135.80	1.21	0.05
داخل المجموعات	15080.01	136	111.70		
مجموع	15351.62	138	247.5		

من خلال قراءة الجدول (18) يتضح التباين بين المجموعات قدر ب: (271.01) و التباين داخل المجموعات ب(15080.01) وبالنسبة للقيمة الفائية قدرت ب (1.21) كما يتبين ان مستوى الدلالة الناتج (0.03) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) مما يدل على وجود اختلاف في مستوى جودة الحياة لدى المرضى بالنسبة للمتغير الأقدمية ومنه الفرضية صحيحة.

2- تفسير ومناقشة فرضيات الدراسة:

1-2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

والتي تنص على : "نتوقع ان يكون مستوى جودة الحياة لدى المرضى مرتفعة "

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم(15) والشكل رقم (01) حيث تبين معالجة الإحصائية للبيانات ، ان النسب المئوية الخاصة بتوزيع درجات جودة الحياة لدى عينة الدراسة الكلية كانت كالتالي:

فقد قدرت نسبة المرضى ذوي الدرجة المرتفعة في جودة الحياة ب(60.20%) في حين قدرت نسبة المرضى ذوي الدرجة المنخفضة في جودة الحياة ب(39.80%) حيث تدل النتائج في مجملها على وجود نسبة تزيد عن نصف حجم العينة لديهم جودة الحياة مرتفعة ، وهذا ما توصلت إليه تقرير للنقابة الوطنية الفرنسية للمرضى والذي تضمن

نتائج بدارسة حول جودة الحياة لدى المرضى التي أجريت بين شهر أكتوبر ونوفمبر 2011 على عينة قوامها 1801 اين تمت الاجابة على أداة الدراسة عن طريق (البريد الالكتروني) فقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن 97 من مجموع العينة كان لديهم جودة الحياة مرتفعة والتي فسرها الباحثون القائمون على هذه الدراسة بالشعور المرضى بالانتماء الى مؤسساتهم الاستشفائية وشعورهم بأهمية المهنة وكذلك روح المسؤولية ويمكن أيضا القول أن جودة الحياة المرضى تعكس أيضا نوعية الخدمات المقدمة في المستشفيات الى جانب العلاقة الجيدة التي بينها المرضى مع المريض القائمة على الاحترام والتفاهم والتقدير مما يساعد الى حد بعيد الشخص الماكت بالمستشفى على تقبل المريض ومساعدته على التحسن(jean.marc serrat,2011)

كما أسفرت نتائج دراسة VIDAL JULIE ما بين 2009-2012 من أجل نيل دبلوم دولة في التمريض وذلك على عينة من المرضى في قسم الاستعجالات في C-H-U في NICE (فرنسا) على أن جميع المرضى أيضا لديهم مستوى عالي من جودة الحياة ، رغم أن الممرض يمارس مهنته وسط فرق متعدد المهام والتخصصات ، اذ أن روح المسؤولية والتفاهم السائد بين أعضاء هذا الفريق أكسب الممرض جودة حياة عالية إلى جانب العلاقات الجيدة وحسن التعامل مع المرضى رغم أنه في كثير من الأحيان يعيش صعوبات وضغوطات مهنية قاسية كعدم الاعتراف بالمجهودات من قبل المسؤولين الى جانب نقص الإمكانيات والوسائل رفيعة المستوى التي تتطلبها المهنة.(VIDAL.JULI.2009.2012)

نستنتج مما سبق ان كل من التقبل والرضا عن الحياة من أبرز مؤشرات جودة الحياة ، والتي تمكن الممرض بأن يكون قادرا على أداء دوره المهني في أجواء من الرضا والمعنوية العالية والتلاءم والتفاعل مع البيئة المحيطة به ، ولعل من أبرز هذه الحاجات : الحاجة إلى التقدير والاحترام والحاجة إلى التقبل من أفراد المجتمع ، والبيئة المحيطة بالعمل والمكانة الاجتماعية .

بإضافة إلى أن جودة الحياة لا تقتصر على إشباع الحاجات بل تمتد في مجملها إلى العمل والممارسة الميدانية كما ترتبط بعدة عوامل منها المعيشة والموضوعية والذاتية ، وهذا ما أكدته دراسة "صالح ناهد" (1990) إلى أن جودة الحياة

الفرد ترتبط بمستوى المعيشة مثل الدخل والاستهلاك والخدمات الاجتماعية المتاحة ، كما ترتبط بنمط الحياة التي يعيشها الفرد وتبدى جودة في أي مجتمع بالعديد من المؤشرات الموضوعية مثل : النظافة البيئية وسهولة المواصلات وتوافر السلع وزيادة الدخل وتوافر فرص التعليم وتوافر الخدمات الصحية المناسبة وحرية التعبير وحرية التعبير وحرية الاعتقاد وتوافر مجموعة من المؤشرات الذاتية للأفراد المجتمع مثل: السعادة والرضا عن الذات والعلاقات الاجتماعية والأسرية.

حيث يعني هذا أن جودة الحياة هي ذلك الكل من جودة الصحة العامة والتي تشتمل في التمتع بالصحة الجيدة والتوافق مع الأمراض التي قد تصيب الممرض ، وجودة الصحة النفسية من خلال التحلي الممرض بكل مميزات منها الصبر، التحكم في الأعصاب ، والراحة النفسية ، أي التمتع بمزاج متوازن ، كذلك جودة الحياة الاجتماعية والأسرية والتي تمكن في تقديم الدعم للمرضين وإحساسه بثقة والتقبل من طرف الأسرة ، والأصدقاء وأخيرا جودة العواطف من خلال تقديم الدعم العاطفي للممرض ، وعندما تتوفر كل هذه الأمور سوف نصل بتأكيد إلى جودة مرتفعة.

2-2 تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

يتبين من خلال الجدول رقم (16) عدم وجود اختلاف بين الذكور والإناث في جودة الحياة ، وهذا يعني أن الذكور و الإناث متساوين في مستوى جودة الحياة أي ان ليس لمتغير الجنس تأثير على جودة الحياة لدى الممرضين بالمؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة ، وسليمان عميرات تقرت ، وهذه النتائج المتوصل إليها تتفق مع بعض الدراسات ، من بينها دراسة "أبو النور"(2000) والتي كانت تهدف إلى دراسة الهدف من الحياة كبعد من أبعاد جودة الحياة ، وكانت النتيجة المتوصل إليها أن أفراد العينة الدراسة يضعون هدفا للحياة ولا توجد فروق بين الذكور والإناث في جودة الحياة.

كما تتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي تبت عدم وجود فروق في الرضا عن جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس مثل دراسة "إبراهيم" (2011) و دراسة " مجدي" (2009) والتي تشير إلى أنه لا توجد تأثير دال لعامل الجنس في الشعور ، ويفسر أن إدراك جودة الحياة يشعر بها جميع الناس سواء كانوا ذكورا أم إناث ، وتختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة " العادلي" (2006) على وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من حيث مدى إحساس الطلبة بجودة الحياة ، وكانت الفروق لصالح الذكور وكذلك نتائج دراسة "البهادلي وكاظم" (2006) والتي أشارت إلى ان الذكور قد حققوا درجات مرتفعة على مقياس جودة الحياة.

ويمكن إرجاع عدم وجود اختلاف في مستوى جودة الحياة لدى المرضين إلى تشابه ظروف العمل المرضين والمرضات ، وكذلك تشابه المتاعب والمهمات المكل إليهم، وأيضا قلة الذكور الملتحقين بمهنة التمريض مما يسمح بظهور فروق بين الجنسين ، وكذلك عدم وجود حوافز تدفعهم للتنافس مما يؤدي إلى عدم وجود فروق بين الجنسين ، كما قد يعود عدم وجود اختلاف كذلك إلى نظام العمل الموحد - نظام المناوبات - على جميع المرضين والمرضات بغض النظر عن جنسهم ، وبما ان مهنة التمريض تتطلب تقديم خدمات إنسانية لمرضى كثيرين ، وذلك نتيجة الأعباء الزائدة الملقاة على عاتق هؤلاء الأفراد سواء إناث أو ذكور ، وقد تؤثر بيئة العمل على كل من الممرض والمرضة ولا تفرق بينهما .

كما أنا الممرض وفي ظل الأدوار الملقاة على عاتقه يدرك أن هو العنصر الأساسي في عملية التمريض سواء كان ذكر أو أنثى وبذلك فإن مهامه لم تعد تقتصر على تقديم خدمات التمريضية بل تنوعت هذه مهام والأدوار-خدمات الإنسانية- فمهنة التمريض كغيرها من المهن تتطلب على القائم بها ممارستها وإتقانها بغض النظر على الجنس (ذكر - أنثى) كما ان المؤسسات الاستشفائية توفر نفس ظروف العمل مما يجعل لديهم نفس طبيعة الاتجاه نحو تقديم أفضل.

وهذا يعود كذلك إلى كون كلا من المرضى والممرضات قد استهو في طبيعة المهنة في إطارها الإنساني ، لأننا الذي يؤدي واجبا إنسانيا قبل وبعد كل شيء لا ينظر من جهة جنسه بل من جهة هدفه ، كما ان لنفس المعاملة والامتيازات التي تمنحها المؤسسة الاستشفائية للممرضين والممرضات دون أولوية الجنس.

العلاقات السائدة داخل فرق العمل لا تدخل الجنس في أداء العمل.

3-2 تحليل ومناقشة الفرضية الثانية:

على الرغم من عدم وجود اختلاف في متوسطات المتزوجين و العزاب للعينة موضوع الدراسة ، وهذا عكس ما افترضناه في الفرضية البحثية ، كما يبين من خلال الجدول رقم (17) عدم وجود اختلاف في مستوى جودة الحياة لذي المرضى باختلاف الحالة الاجتماعية (عزب - متزوج) وهذا دليل على انه ليس للحالة الاجتماعية تأثير على وجود الحياة ، يعني أنه ليس هناك فرق بين المرضى المتزوجين و المرضى العزاب في جودة الحياة .

ولقد اختلف نتائج دراستنا الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة ومن بينها دراسة "تشامبل" (1996) التي أجريت على عينة قوامه 199 فرد ، أشارت النتائج إلى ان الزواج يؤدي إلى الرضا عن الحياة ، من جهة أخرى وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في البعد الخاص بالعلاقات الاجتماعية لصالح المتزوجين ويعود ذلك إلى دور الأسرة والدعم الأسري في الرضا الوظيفي والرضا عن الحياة وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة أدمز وآخرون (1996) أجريت على 129 من العمال الذين يعيشون مع أسرهم والهدف إلى دور الدعم الاجتماعي من الأسرة والأصدقاء يؤدي إلى إشباع احتياجات أساسية.

كما قد لاحظنا من خلال معاينتنا لمجتمع الأصلي ان العلاقات بين المرضى في المستشفيات (محمد بوضياف ورقلة وسليمان عميرات تقرت) يسودها نوع من المودة و التفاهم والاحترام والمرح كل هذا من شأنه ان يخفف من عبء العمل ويسر فترة الغياب عن البيت ، وكذلك وجود نظام عمل التناوبي يجعل كل من فتي العزاب والمتزوجين من

أخذ قسط من الراحة واسترجاع إمكانياتهم ، وأيضا إعطاء فرصة للذين ورائهم ارتباطات الوقت الكافي لإتمام مهامهم ، كما ان للعلاقات الاجتماعية الجيدة في العمل بين الزملاء ورؤساء المصالح والمرضى من خلال رضاهم على مستوى الخدمة المقدمة و بالتالي رضاهم عن حياتهم ، كما يعود عدم وجود اختلاف في جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الحالة الاجتماعية إلى طبيعة العمل الذي يتسم بالإنسانية و بالتالي فشعور الممرض أو الممرضات براحة إزاء شفاء المريض على يده فهذا يجعله ممثلا لشعوره مع زميله وخاصة أن المستشفى يغلب العمل فيه على العمل المتكامل و المتعاون فيما بينهم لذلك فالمتزوجون منهم لا يشعرون بالضغط مقابل زملائهم العزاب ، وهذا يجعل اختلاف الحالة الاجتماعية يقل أثرها على جودة الحياة.

4-2 تحليل ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على "يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الاقدمية بالمؤسسات الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة وسليمان عميرات تقرت"

ومن خلال النتائج تبين ان متغير الأقدمية له تأثير على جودة الحياة وذلك يرجع إلى :

فالممرضين القدامى يسعون دوما إلى الاستفادة من كل ماهو حديث ، فهم يبحثون عن التطور والتقدم في المجال الطبي الذي يحقق بصفة مستمرة إنجازات و ابتكارات كثيرة وربط القديم بالجديد ، كما انه كلما زادت سنوات الخبرة في العمل ، زادت فرص الترقية والتطور و كلما أصبح المكان العمل مألوفاً للممرض، كما ان لتقدم أفراد العينة في العمر يؤثر على وضع الممرض الصحي إضافة إلى كبر حجم مسؤولياته اتجاه أسرته ، إضافة إلى متطلبات ومقتضيات العمل بنوعه الكمي والنوعي .

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "إبراهيم" (1996) التي تشير إلى انه كلما زادت عدد سنوات الخدمة كلما زاد مستوى الرضا الوظيفي لدى المرضين وكانت الفروق في المجال الصحي والاجتماعي لصالح أفراد العينة في فئة الخبرة 11 سنة فأكثر.

وتختلف نتيجة الدراسة مع نتائج دراسة "عبد الغفار" (1995) والتي أشارت إلى عدم وجود أي تأثير دال لسنوات العمر الزمني لدى أفراد العينة ، ويعني ذلك أن كل أفراد العينة باختلاف أعمارهم وسنوات العمل لم يوجد بينها أي فروق في إجاباتهم ، على مقياس الرضا عن جودة الحياة بأبعادها وكذلك درجتها الكلية ، وترى الطلبة ان ذلك يعود إلى ان أفراد المجتمع باختلاف سنوات الأقدمية يسعون إلى الوصول إلى تحقيق ما يتمنون من طموحات. ويشير "داموش وآخرون" (1997) إلى ان أحداث الحياة الضاغطة لها وقع كبير على الصحة النفسية والجسدية للفرد ، والتي تنعكس سلبا على مستوى جودة الحياة ، وبهذا يكون السن وسنوات التجارب في الحياة لها دلالة على جودة الحياة .

الاستنتاج العام:

وفي الختام وبعد عرضنا للفصول النظرية و التطبيقية يمكننا القول أن جودة الحياة تشير إلى مثل أعلى يصبو إليه كل فرد على أمل ان يحقق بشكل أو بآخر ولا ينجح في استكمال مكوناته احد فالكل يحقق درجة منه ، ويبدو ان هذا المفهوم لا يرتبط في عموميته بعامل واحد خارجي فيمثل الشعور الداخلي بالأمن والاطمئنان والرضي عن الحياة والذات عوامل مهنية إلى جانب ذلك تعتبر مهنة التمريض ذو تأثير على الإحساس بجودة الحياة.

وعند دراستنا لهذا الموضوع جودة الحياة لدى المرضين و بالمنهج الوصفي الاستكشافي توصلنا إلى النتائج التالية:

- مستوى جودة الحياة لدى المرضين مرتفعة.

- لا يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضين باختلاف الجنس.

- لا يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الحالة الاجتماعية .

- يختلف مستوى جودة الحياة لدى المرضى باختلاف الأقدمية .

انطلاقا من هذه النتائج نقتراح:

1- ضرورة الاهتمام والتعرف على مشكلات المرضى .

2- تنمية شعور المرضى بشكل عام بجودة الحياة من خلال بناء تصور واضح ومحدد لمعنى الحياة

3- إجراء دراسة مقارنة في جودة الحياة بين المرضى قطاع العام وقطاع الخاص

4- إعداد وتقنين مقياس لجودة الحياة يصلح للبيئة الجزائرية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

الكتب:

- 1- ابن منظور، (2013) تحقيق : عامر أحمد حيدر ، لسان العرب ، دار الكتب العلمية ، بيروت ، ط1 ، .
- 2- أحمد محمد الطيب، (1999)، الإحصاء في التربية وعلم النفس ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية.
- 3- بشير معمريّة ، (2007)، القياس النفسي وتصميم أدواته، منشورات الحبر ، ط2، الجزائر.
- 4- رمزية الغريب (1996) التقييم والقياس النفسي والتربوي، مكتب الجامعة الحديثة، ط1، الإسكندرية.
- 5- صلاح الدين محمد توفيق (2009) ،تحسين نوعية الحياة للطفولة العربية لدوي الحاجات الخاصة في إطار جوهر فلسفة حقوق الطفل ، دار النشر سلسلة أبحاث علمية العدد(27) القاهرة .
- 6- عبد الرحمن العيسوي(1989)، الإحصاء السيكولوجي التطبيقي، دار النهضة العربية، دط .
- 7- عبد الكريم بوحفص (2005) ، الإحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية والإنسانية ، ديوان المطبوعات الجامعية للطبع ، الجزائر، دط.

- 8- عمار بوحوش (2009)، محمد محمود الزويبات، طرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط6.
- 9- فؤاد الباهي السيد، (1978)، دراسات في البحوث علم النفس، دط، دار الفكر العربي القاهرة.
- 10- معن خليل عمر (2004)، مناهج البحث في علم الاجتماع، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
- 11- مقدم عبد الحفيظ (2003)، الاحصاء والقياس النفسي والتربوي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط2،
- 12- مجدي أحمد عبد الله (2013)، مقدمة في علم النفس الايجابي، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، جامعة الاسكندرية.

المؤتمرات:

- 13- العادلي، كاظم كريدة (2006)، مدى إحساس طلبة كلية التربية بالزقازيق بجودة الحياة وعلاقتها ذلك ببعض المتغيرات وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة ص 99-100 جامعة السلطان قابوس سلطنة عمان 17-19 ديسمبر.
- 14- العارف بالله محمد الغندور (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
- 15- حسن، عبد الحميد سعيد والمحززي، راشد بن سيف وإبراهيم محمود محمد (2007) جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية وإستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، العلوم التربوية .
- 16- رغداء نعيسة (2001) جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، مجلد 28(عدد1).

- 17- عبد المعطي حسن مصطفى (2005) الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر وقائع المؤتمر العلمي الثالث للإيماء النفسي والتربوي العربي في ضوء جودة الحياة جامعة الزقازيق، مصر.
- 18- محمد الغندور، (2007)، أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية، المؤتمر الدولي السادس، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 10-12 نوفمبر، مصر.
- 19- محمد سعيد أوب حلاوة (2007)، جودة الحياة: المفهوم ، ورقة مقدمة، جامعة الإسكندرية.

ملتقيات

- 20- حبيب عبد الكريم (2006)، فاعلية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينة من الطلاب العاديين، واقع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس سلطنة.
- 21- منسي محمود عبد الحليم، وكاظم على مهدي (2006)، مقياس جودة الحياة الطلبة جامعة السلطان، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، 19 ديسمبر - قابوس - سلطنة عمان.

المذكرات والرسائل الجامعية:

- 22- بهلول، سارة (2009)، سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين ، الكحول ، سلوك قياد السيارات وقلة النشاط البدني وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، الجزائر .
- 23- بوعيشة أمال ، جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر - دكتوراه علوم في علم النفس ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، 2013-2014 .
- 24- شيخي مريم، (2014)، طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة ، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان ، الجزائر.

مجلات

25- سلاف مشري (2014)، جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، ص ص (215-237)، العدد 08.

المراجع الاجنبية:

- 26- Gable.s.l.haidt.t.)2005 (what and why is positive psychotogy?
Rivew of genenrae psychology, 9(2) .103.110.
- 27-Jacques leceonte(2009):introduction à la psychologie.edition.
- 28- Thirry soulas et Anne prédart(2012) : Qualité de vie et santé,
psychologie de la sante sous la direction de serge sultan et isabelle
VARESCON, presse universitaires de France, paris, FRANCE.
- 29-Jean.marc serrat (2011) ENQUETE sur la qualite de vie au travail
des infumier anesthesistes , tiri à part du billetim du SNIA N 191
février 2012.FRANCE
- 30-VIDAL JULI (2009-2012) :snfivmiers au urgences :d ouvier du
doin à pofessemissionnels de l humain .mémour de bin d étude .ue
5.6.s6 analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
pofeniannelles dous la divection de frédéuque lafourmère.france.

الملاحق

الملحق رقم (01) الصورة الأولى لمقياس جودة الحياة

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

الشعبة: علم النفس

التخصص: عمل وتنظيم

بعنوان:

مستوى جودة الحياة لدى المرضى

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماجستير أكاديمي

تحت إشراف:

من إعداد الطالبة:

- وازي طاوس

- هاجر سحبان

السنة الدراسية: 2015/2014

1/ جودة الصحة العامة :

تتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية وقدرته على التعايش مع الآلام والنوم والشهية وتناول الغذاء والدواء

الرقم	الفقرات مدى ملائمة	مدى ملائمة الفقرة للبعد الذي تنتمي اليه	مدى ملائمة الفقرة لقياس ماوضعت لقياسه	ملاحظة
		تنتمي	لا تنتمي	
1	نادرا ما أصاب بالأمراض	تنتمي	لا تنتمي	
2	أنا بصحة جيدة	تنتمي	لا تنتمي	
3	أعاني من ضعف في الرؤية	تنتمي	لا تنتمي	
4	أنام جيدا	تنتمي	لا تنتمي	
5	أضطر لقضاء بعض الوقت في السرير لاسترخاء	تنتمي	لا تنتمي	
6	نادرا ما اصاب بالصداع	تنتمي	لا تنتمي	
7	هل انت رضي عن حالتك الصحية	تنتمي	لا تنتمي	

					تنتابني بعض ألام المفاصل	8
					أشعر بالحيوية	9
					هل انت قادر على التمتع بالحياة	10
					أشعر بالإغماء عند مشاهدة الدم	11
					أتناول وجبات الطعام بسرعة كبيرة	12

2/ جودة الحياة الأسرية والاجتماعية :

ويتضح من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية وتوسيعها فصلا عن مدى ممارسة الفرد للأنشطة

الاجتماعية والرفهية.

الملاحظة	مدى ملائمة الفقرة		مدى ملائمة الفقرة للبعد الذي تنتمي اليه		الرقم	
	لا تنتمي	تنتمي	لا تنتمي	تنتمي		
					أشعر بالفخر لإنتمائي لأسرتي	1
					أشعر بالتباعد بيني وبين والدي	2
					أجد صعوبة في التعامل مع أفراد أسرتي	3
					ألقي الدعم الكافي من أسرتي	4
					لدي أصدقاء مخلصون	5

					6	أحصل على الدعم العاطفي من أسرتي
					7	أفراد أسرتي ليسوا موضع ثقتي
					8	علاقتي بأفراد أسرتي رديئة
					9	أخوتي مخلصون لي
					10	أشعر بأن والداي راضيان علي

3/ جودة العواطف والحياة الوجدانية

ويشمل هذا البعد التعبير عن شعور الفرد بعدم بالارتياح تجاه ظروف الحياة، وقدرته على التعامل معها بحماس

وتفاؤل، والاستمتاع بنجاحه في الحياة.

الرقم	الفقرات مدى ملاءمة	مدى ملاءمة الفقرة للبعد الذي تنتمي إليه		مدى ملاءمة الفقرة لقياس ما وضعت لقياسه		الملاحظة
		لا تنتمي	تنتمي	لا تنتمي	تنتمي	
1	أشعر بالوحدة					
2	لا أجد صعوبة في اتخاذ القرارات					
3	يسهل استشارتي انفعاليا					
4	يصعب استشارتي انفعاليا					
5	موافق الحياة لا تتعني					

					حياتي العاطفية تحزنني	6
					أشعر أنني محبوب من الآخرين	7
					انا لست شخصا سعيدا	8
					انت راضي عن نفسك	9
					انا عصبي جدا	10
					أكثر من ذكر الله عند تعاملتي مع المريض	11
					ان قلق إزاء الموت	12
					ليس لدي عزيمة وإرادة في إيجاد معنى في الحياة	13
					أنت راضي عن حياتك الجنسية	14

4/ جودة الصحة النفسية: وهي درجة شعور الفرد بالقلق والاكتئاب والتوافق مع المرض والشعور بالسعادة.

الملاحظة	مدى ملائمة الفقرة لقياس ما وضعت لقياسه		مدى ملائمة الفقرة للبعد الذي تنتمي اليه		الرقم
	لا تنتمي	تنتمي	لا تنتمي	تنتمي	
					1 أنا متزن انفعاليا
					2 أعاني من العصبية الزائدة
					3 أستطيع ضبط انفعالاتي
					4 أشعر بالاكتئاب

					أنا اشعر بالأمن	5
					روحي المعنوية متدهورة	6
					أنا مضطرب	7
					أحس بالاطمئنان نحو الحياة	8
					أجد صعوبة في الاسترخاء	9
					اعاني من بعض المشكلات النفسية	10
					لا أخاف من المستقبل	11
					حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل بها	12

الملحق رقم (02) الصور النهائية لمقياس جودة الحياة

جامعة قاصدي مرياح - ورقلة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

استبيان

أخي الممرض /أختي الممرضة

تحية طيبة وبعد

في إطار إنجاز مذكرة التخرج في علم النفس العمل والتنظيم أضع بين يديك هذه الاستمارة والمتعلقة بمستوى جودة الحياة لدى الممرضين ، يسرنا أن نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الممثل في مجموعة أسئلة حول بعض الأمور التي تخصك لتقدم (ي) لنا خدمة كبير نرجو منك الإجابة عنها بكل شفافية وموضوعية وسيحظى هذا موضوع بكامل السرية والكتمان ولن يستخدم الا لغرض البحث العلمي .

ملاحظة:التعبير عن رأيك ضع العلامة (X) في المكان المناسب

بيانات عامة:

أنثى

الجنس: ذكر

الحالة الاجتماعية: أعزب

متزوج

الأقدمية : أقل من 05 سنوات

من 05 سنوات إلى 10 سنوات

أكثر من 10 سنوات

الرقم	الصفقات	موافق بشدة	موافق	غير موافق	لا ادري	غير موافق بشدة
1	علاقتي بأفراد أسرتي سيئة					
2	أشعر بأنني بصحة جيدة					
3	أعاني من ضعف في الرؤية					
4	حياتي العاطفية تخزني					
5	أضطر لقضاء بعض الوقت في السرير لاسترخاء					
6	أشعر بالاكنتاب					
7	أنا راض عن حالتي الصحية					
8	حياتي مليئة بالحزن					
9	أشعر بالحيوية					
10	أتمتع بالحياة بشكل دائم					

					أنا قلق	11
					أعتقد اني متزن انفعاليا	12
					أعاني من العصبية الزائدة	13
					أعاني من بعض المشكلات النفسية	14
					لدي أصدقاء مخلصون	15
					أحصل على الدعم العاطفي من أسرتي	16
					أفراد أسرتي ليسوا موضع ثقتي	17
					نادرا ما أصاب بالأمراض	18
					إخوتي مخلصون لي	19
					أشعر بالقلق إزاء الموت	20
					أشعر بالوحدة	21
					أحس بالاطمئنان في الحياتي	22
					يصعب استشارتي انفعاليا	23
					موافق الحياة تتعيني	24
					أنام بصحة طبيعية	25
					أشعر أنني محبوب من طرف الآخرين	26
					أنا عصبي جدا	27
					أكثر من ذكر الله عند تعاملتي مع المريض	28
					أشعر بأن والداي راضيان علي	29

					ليس لدي عزيمة و إرادة لإيجاد معنى في الحياة	30
					أشعر بالتباعد بيني وبين والدي	31
					أجد صعوبة في التعامل مع أفراد أسرتي	32
					أستطيع ضبط انفعالاتي	33
					نادرا ما أصاب بالصداع	34
					أنا اشعر بالأمن	35
					معنوياتي متدهورة	36
					أسرتي مصدر فخري	37
					يسهل استشارتي انفعاليا	38
					أجد صعوبة في الاسترخاء	39
					أفراد أسرتي يدعمونني في المواقف	40
					لا أخاف من المستقبل	41
					أعاني من بعض آلام المفاصل	42
					أشعر بالرضا عن حياتي الجنسية	43

الملحق (03) قائمة الأساتذة المحكمين للأداة الدراسة

الجامعة والبلد	التخصص	الأساتذة المحكمين
جامعة ورقلة	دكتوراه علم النفس الاجتماعي	يمينة خلادي
جامعة ورقلة	ماجستير علم النفس المدرسي	الأعور إسماعيل
جامعة ورقلة	دكتوراه علم النفس الاجتماعي	نوبيات قدور
جامعة غرداية	دكتوراه علم النفس عمل وتنظيم	معمر حمزة
جامعة ورقلة	دكتوراه علوم التربية جامعة ورقلة	محمد قوارح
جامعة ورقلة	دكتوراه علم النفس الاجتماعي	سليمة حمودة
جامعة الملك فهد للبترول والمعادن السعودية.	أستاذ علم النفس	بن دنية أحمد محمد العيد

الملحق رقم (04) يوضح نتائج الصدق المقياس بطريقة المقارنة الطرفية

```
T-TEST GROUPS=VAR00002(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=VAR00001
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes	
Output Created	14-avr.-2015 22:23:25
Comments	
Input	DataSet0
Active Dataset	<none>
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data File	20
Missing Value Handling	User defined missing values are treated as missing.
Definition of Missing	
Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax	T-TEST GROUPS=VAR00002(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=VAR00001 /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time 00 00:00:00,016

Notes

Output Created		14-avr.-2015 22:23:25
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	20
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=VAR00002(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=VAR00001 /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00 00:00:00,016
	Elapsed Time	00 00:00:00,244

[DataSet0]

Group Statistics

	VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00001	1,00	10	116,5000	8,52773	2,69671
	2,00	10	80,4000	6,46701	2,04505

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
VAR00001	Equal variances assumed	,213	,650	10,666	18	,000	36,10000	3,38444	28,98955	43,210
	Equal variances not assumed			10,666	16,779	,000	36,10000	3,38444	28,95228	43,247
										72

الملحق (05) يوضح نتائج الثبات المقياس

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	43	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	43	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,700
		N of Items	15 ^a
	Part 2	Value	,750
		N of Items	15 ^b
	Total N of Items		30
Correlation Between Forms			,819
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,901
	Unequal Length		,901
Guttman Split-Half Coefficient			,896

a. The items are: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015.

b. The items are: VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,848	30

الملاحق الخاصة بالنتائج الدراسة الاساسية

```
T-TEST GROUPS=VAR00003(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=VAR00002
/CRITERIA=CI (.95)
```

T-Test

Notes

Output Created	26-avr.-2015 12:05:21	
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	150
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax	T-TEST GROUPS=VAR00003(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=VAR00002 /CRITERIA=CI(.95).	
Resources	Processor Time	00 00:00:00,140
	Elapsed Time	00 00:00:00,406

T-Test

Notes

Output Created		27-avr.-2015 23:57:32
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	138
	File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=VAR00004(3 4) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=VAR00003 /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,101

[DataSet0]

Group Statistics

	VAR00004	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00003	3,00	53	139,7925	10,53448	1,44702
	4,00	85	141,0706	10,65005	1,15516

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VAR00003	Equal variances assumed	,011	,917	-,689	136	,492	-1,27814	1,85628	-4,94905	2,39278
	Equal variances not assumed			-,690	111,391	,491	-1,27814	1,85156	-4,94698	2,39071

الملحق رقم (08) يوضح نتائج الفرضية الثالثة

ONEWAY majme3 BY akdameya
/MISSING ANALYSIS.

Oneway

Notes

Output Created		07-mai-2015 12:10:30
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	138
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on cases with no missing data for any variable in the analysis.
Syntax		ONEWAY majme3 BY akdameya /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,031
	Elapsed Time	00 00:00:00,031

[DataSet0]

ANOVA

majme3

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	271,609	2	135,805	1,216	,300
Within Groups	15080,014	135	111,704		
Total	15351,623	137			