

جامعة قاصدي مرياح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

زينب قوارح

بعنوان:

درجة الأرق وعلاقتها بالقدرة على حل المشكلات لدى ممرضي

المنوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة

- دراسة ميدانية -

نوقشت في 29 / 05 / 2016

اللجنة المناقشة:

د/ خميس عبد العزيز رئيسا

د/ محمدي فوزية مشرفا

د/ رويم فايزة مناقشا ومقررا

الموسم الجامعي: 2015/2016

شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين والصلوة والسلام على سيدنا محمد خاتم
الأنبياء والمرسلين، الحمد لله على نعمة الإسلام وكفى بها نعمة،
والشكر له على ما يسر لنا من سبل العلم والمعرفة. ثم الشكر
والتقدير والثناء والاعتراف بالفضل لأبي الفضل وأصحابه من أهل
العلم والمعرفة، وردنا واعتزنا بجميل صنعهم وإكرامهم لهم.
نتقدم بجزيل الشكر والتقدير والعرفان، إلى الأستاذة الفاضلة
الدكتورة محمدى فوزية التي تفضلت علينا برعايتها وسعة صدرها
لإشرافه على هذا العمل، وعلى ما قدمته لنا من توجيهات ونصائح
وإرشادات نسأل الله تعالى لها المزيد من التفوق والنجاح والتقدم
العلمي لها ولكل أفراد أسرتها الكريمة.

كما نتقدم بالشكر والعرفان لأساتذة الذين أشرفوا على
تكويننا وتعليمنا بقسم علم النفس وعلوم التربية، والذين لم يبخلوا
علينا بعلمهم ونخص بالذكر الأساتذة الذين أشرفوا على تكويننا
طيلة خمس سنوات، والشكر موصول أيضا لكل المصالح الإستشفائية
التي ساعدتنا في إنجاز هذه الدراسة بالإضافة لكل جنود الخفاء
الذين كانوا وراء هذا العمل، راجين من المولى عز وجل التوفيق
والسداد لهم في مشوارهم الحياتي.

إهداء

إلى الذي تمنى أن يراني اليوم
ورحل قبل أن يسعد أيي الغالي.
إلى التي أذارت بدعائها درج حياتي
وما زالت، أمي الحبيبة.
إلى منبع الطاقة والعنان ، إخوتي
الأعزاء.
إلى كل معالج وراح للنفس البشرية.
إلى كل ساهر على صحة وراحة
المرضى.
إلى من أرشدني وزاد من عزيمتي،
أساتذتي الأجلاء.
إلى رفقاء الدرج من أمس إلى
اليوم.
إلى كل براعم الأمل وشموع المستقبل.

ملخص باللغة العربية

- تهدف الدراسة الحالية إلى: الكشف عن درجة الأرق وعلاقتها بالقدرة على حل المشكلات لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة، ومنه تم طرح التساؤلات التالية:
1. هل توجد علاقة دالة إحصائيا بين درجة الأرق والقدرة على حل المشكلات لدى مرضي المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة؟
 2. هل تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن؟
 3. هل تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الجنس؟
 4. هل تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف نوع المصلحة التي يعمل بها الممرض؟
 5. هل تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الأقدمية؟

للإجابة على تساؤلات الدراسة تم صياغة الفرضيات التالية:

1. توجد علاقة دالة إحصائيا بين درجة الأرق والقدرة على حل المشكلات لدى مرضي المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة.
2. تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن.
3. تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الجنس.
4. تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف نوع المصلحة التي يعمل بها الممرض.
5. تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الأقدمية.

تم استخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة، ومقياسين تمثلا في: مقياس الأرق لصاحبيه مجدي محمد الدسوقي، وسميرة محمد شند، سنة 2006 والذي احتوى على 20 فقرة، و مقياس القدرة على حل المشكلات لصاحبيه(بترسين، هيبندر) والمترجم من طرف (نزيه حمدي سنة 1998) والذي احتوى على (40) فقرة.

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأداتي الدراسة، طبقت على عينة الدراسة التي تكونت من: 92 ممرض وممرضة من المناوبين، ببعض المصالح الإستشفائية بمدينة ورقلة، وقد تم

اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة، و بعد جمع البيانات وتفريغها تمت المعالجة الإحصائية، باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية **SPSS** (نسخة 19) كما تم حساب النتائج ب: معامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة بين المتغيرين، و اختبار(ت) لمعرفة الفروق بين العينتين من حيث: السن الجنس الأقدمية، وتحليل التباين الأحادي بالنسبة لمتغير المصلحة التي يعمل بها الممرض. أسفرت نتائج فرضيات الدراسة على ما يلي:

1. توجد علاقة سالبة ضعيفة بين درجة الأرق والقدرة على حل المشكلات، لدى ممرضى المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة.
2. لا تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن.
3. لا تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الجنس.
4. لا تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف نوع المصلحة، التي يعمل بها الممرض.
5. لا تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الأقدمية.

أخيرا خلصنا بخلاصة واقتراحات في ضوء الدراسات السابقة، والتراث النظري للموضوع.

Résumé

La présente étude vise à : détection de l'insomnie et sa relation avec la capacité à résoudre des problèmes avec l'autre, certaines infirmières hôpital intéressées à Ouargla, les questions suivantes ont été soulevées:

1. y a-t-il une relation de fonction statistique entre l'insomnie et la capacité de résoudre des problèmes, remplaçant les infirmières de l'hôpital à Ouargla intéressés ?
2. peut varier le degré d'insomnie j'ai des infirmières, des intérêts de l'hôpital à Ouargla en âge différent ?
3. peut varier le degré d'insomnie j'ai des infirmières, des intérêts de l'hôpital à Ouargla dans sexe différent ?
4. peut varier le degré d'insomnie, j'ai les infirmières, les intérêts de certains hôpitaux dans l'intérêt de l'infirmière de Ouargla type ?
5. ne vous faire varier le degré d'insomnie j'ai des infirmières, des intérêts de l'hôpital à Ouargla dans différentes années d'expérience ?

Pour répondre aux questions de l'étude, les hypothèses suivantes ont été formulées:

1. fonction relation existe entre l'insomnie et la capacité à résoudre des problèmes, hôpital remplaçant intérêts personnel infirmier à Ouargla.
2. différents degrés d'insomnie, j'ai des infirmières, des intérêts de l'hôpital à Ouargla à différents âges.
3. différents degrés d'insomnie, j'ai des infirmières, des intérêts de l'hôpital à Ouargla de sexe différent.
4. différents degrés d'insomnie, j'ai des infirmières, des intérêts de l'hôpital à Ouargla en caractères différents, des intérêts de l'infirmière.
5. varier les degrés de l'insomnie chez les infirmières à l'hôpital intéressés remplaçant Ouargla selon les années d'expérience.

Été en utilisant le descriptif relationnelle et deux notables : une mesure de l'insomnie aux plaignants Magdi Mohamed El dassouki et samira Mouhamed Chande, 2006 qui contient les 20 paragraphes et mesurer la capacité de résoudre les problèmes pour les plaignants (Tarcin, Hübner) et traducteur du part (Nazihe Hamdi 1998) qui était le numéro du paragraphe points (40). Après confirmant les propriétés psychométriques des outils étude, appliquées à l'échantillon de l'étude était composée de : 92 infirmier suppléants, certains hôpitaux des intérêts de la ville, Ouargla et après la collecte de données et libéré

comme traitées à l'aide du programme statistique SPSS (version 19) dans le compte des résultats : coefficient de corrélation de Pearson à trouver une relation entre les variables et de test (t) pour découvrir les différences entre les deux en termes de : âge, sexe, années d'expérience, analyse de variance unilatérale pour un intérêt variable qui fonctionne de l'infirmière.

Les résultats de l'étude des hypothèses:

1. fonction relation existe entre l'insomnie et la capacité à résoudre des problèmes, j'ai autre hôpital intérêts personnel infirmier à Ouargla.

2. aucun différents degrés d'insomnie, j'ai des infirmières, certains intérêts de l'hôpital à Ouargla à différents âges.

3. aucun différents degrés d'insomnie, j'ai des infirmières, certains intérêts de l'hôpital à Ouargla de sexe différent.

4. aucun différents degrés d'insomnie, j'ai des infirmières, certains intérêts de l'hôpital en type de Ouargla, les œuvres de l'infirmière.

5. aucun différents degrés d'insomnie, j'ai des infirmières, des intérêts de l'hôpital à Ouargla selon les années d'expérience.

Suggestions:

À en juger par les résultats de cette étude, les recommandations suivantes peuvent être proposées:

1. étude de l'insomnie avec d'autres variables telles que les troubles obsessionnels compulsifs, anorexie mentale.

2. créer des centres de formation spéciaux pour soulager l'insomnie et le traitement si possible.

3. étudier l'insomnie en profondeur, en examinant le cas de médicalement diagnostiqués pour connaître cette turbulence et donc la possibilité d'un traitement dans les meilleurs moyens.

4. traitant des patients de l'insomnie d'intelligence émotionnelle en raison de la sensibilité excessive.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	شكر و عرفان
ب-ج	ملخص الدراسة بالعربية
د-ه	ملخص الدراسة بالفرنسية
و	فهرس المحتويات
ح	قائمة الجداول
ط	قائمة الملاحق
1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: مدخل الدراسة	
4	1- تحديد مشكلة الدراسة
8	2- تساؤلات الدراسة
8	3- فرضيات الدراسة
9	4- أهمية الدراسة
9	5- أهداف الدراسة
9	6- التعاريف الإجرائية
10	7- حدود الدراسة
الفصل الثاني: الأرق	
12	تمهيد.
12	1- تعريف اضطرابات النوم
13	2- تعريف الأرق
14	3- نسبة انتشار الأرق

14	4- أسباب الأرق
15	5- أنواع الأرق
16	6- تشخيص الأرق
16	7- علاج الأرق
17	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: القدرة على حل المشكلات	
19	تمهيد
19	1- مفهوم حل المشكلات
20	2- النظريات السيكلوجية المفسرة لأسلوب حل المشكلات
21	3- أهمية دراسة وتدريب حل المشكلات
22	4- خطوات حل المشكلات
23	5- حل المشكلات بين المبتدئ والخبير
23	6- مصادر الخطأ في حل المشكلات
24	خلاصة الفصل
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
26	تمهيد
26	1- المنهج المتبع في الدراسة
26	2- الدراسة الاستطلاعية
27	3- وصف أدوات الدراسة
29	4- بعض الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
34	5- الدراسة الأساسية
36	7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
37	خلاصة الفصل
الفصل الخامس : عرض وتحليل نتائج الدراسة	
39	تمهيد

39	1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
39	2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
40	3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة
41	4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
42	5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة
الفصل السادس: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة	
45	تمهيد
45	1- تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الأولى
47	2- تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثانية
49	3- تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
50	4- تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
50	5- تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
52	خلاصة و اقتراحات الدراسة
54	قائمة المراجع
/	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأرق	29
02	نتائج الصدق التقاربي لمقياس الأرق	30
03	نتائج صدق المقارنة الطرفية، لمقياس القدرة على حل المشكلات	31
04	نتائج معامل ثبات مقياس الأرق بألفا كرومباخ	32
05	نتائج ثبات مقياس الأرق بطريقة التجزئة النصفية	32
06	نتائج معامل ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات بألفا كرومباخ	33
07	نتائج ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات بطريقة التجزئة النصفية	33
08	توزيع أفراد العينة حسب متوسط الجنس	34

34	توزيع أفراد العينة حسب متوسط السن	09
34	توزيع أفراد العينة حسب مصلحة العمل	10
35	توزيع أفراد العينة حسب متوسط الأقدمية	11
38	العلاقة بين الأرق و القدرة على حل المشكلات	12
39	الفروق في درجة الأرق لدى أفراد العينة حسب السن	13
40	الفروق في درجة الأرق لدى أفراد العينة حسب الجنس	14
41	التباين الأحادي في درجات الأرق وفق نوع المصلحة التي يعمل بها الممرض	15
41	الفروق في درجة الأرق لدى أفراد العينة حسب الأقدمية	16

عنوان الملحق		الرقم
	مقياس الأرق	01
	مقياس القدرة على حل المشكلات	02
	ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات بألفا كرومباخ	03
	ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات بطريقة التجزئة النصفية	04
	صدق المقارنة الطرفية لمقياس القدرة على حل المشكلات	05
	نتائج ثبات مقياس الأرق بألفا كرومباخ	06
	نتائج ثبات مقياس الأرق بطريقة التجزئة النصفية	07
	نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأرق	08
	نتائج الفرضية الأولى	09
	نتائج الفرضية الثانية	10
	نتائج الفرضية الثالثة	11
	نتائج الفرضية الرابعة	12
	نتائج الفرضية الخامسة	13

مقدمة

إن حياة الإنسان قد تكون مرهونة بالظروف التي يلقاها في بيئته، فقد تكون ظروف هادئة مريحة وصحية تجعل منه فردا قويا ذو كيان منسجم نفسيا وجسديا، ما يدفعه للإنجاز والعمل و التقدم، لكن قد يجد نفسه وسط ظروف قاسية، مشحونة بالمتاعب والصراعات، سواء تعلق ذلك بالجانب المادي أو الصحي أو النفسي، مما قد يولد لديه أمراض جسدية كأمراض القلب، المفاصل، وأخرى نفسية مثل القلق والخوف واضطرابات النوم التي قد تكون لديه على شكل كوابيس، أو تجوالا ليليا، أو أرقا هذا الأخير الذي قد يعيق الفرد عن تخطي العقبات (المشكلات)، التي تعترض حياته.

انطلاقا مما سبق ذكره سنتناول مفهوم الأرق، القدرة على حل المشكلات في دراسة أجريناها على المرضى المناوبين ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة، والتي تهدف إلى معرفة العلاقة بين الأرق والقدرة على حل المشكلات لدى عينة الدراسة.

تكونت هذه الدراسة من ستة فصول تنقسم إلى جانبين ، نظري وتطبيقي حيث يحتوي الجانب النظري على (3) فصول مرتبة كما يلي:

الفصل الأول: و هو مدخل الدراسة، تضمن العناصر التالية: مشكلة الدراسة، تساؤلات الدراسة أيضا فرضياتها، كما تطرقنا فيه إلى أهمية وأهداف الدراسة، وأخيرا التعاريف الإجرائية لمتغيري الدراسة وحدودها (البشرية، الزمانية، والمكانية).

الفصل الثاني: وهو فصل خاص بمتغير الأرق واحتوى على: تعريف اضطرابات النوم ثم تعريفات الأرق المختلفة، نسبة انتشاره ، أيضا الأسباب المؤدية إليه ، وأنواعه، كما تطرقنا أيضا إلى تشخيصه، وبعض الطرق العلاجية للوقاية منه.

الفصل الثالث: خاص بالقدرة على حل المشكلات وتضمن: مفهوم حل المشكلات، ثم النظريات السيكولوجية المفسرة لأسلوب حل المشكلات، أيضا أهمية دراسة وتدريب حل المشكلات، كما تناول أيضا خطوات حل المشكلات، ثم حل المشكلات بين المبتدئ والخبير، وأخيرا مصادر الخطأ في حل المشكلات.

أما الجانب التطبيقي احتوى على (3) فصول جاءت كالتالي:

الفصل الرابع: خاص بالإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية ، تضمن العناصر التالية: المنهج، الدراسة الإستطلاعية(عينتها، أهدافها)، وصف أدوات الدراسة، ثم بعض الخصائص السيكمترية لأداتي الدراسة بالإضافة إلى الدراسة الأساسية، وصف عينة الدراسة الأساسية، أداتي جمع البيانات المستخدمة، أخيرا تطرقنا إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الخامس: خاص بعرض وتحليل نتائج الدراسة، تضمن العناصر التالية: عرض نتائج الفرضية الأولى ثم عرض نتائج الفرضية الثانية، بعدها عرض نتائج الفرضية الرابعة، ثم عرض نتائج الفرضية الخامسة.

الفصل السادس: وهو فصل خاص بتفسير و مناقشة نتائج الدراسة الأساسية، حيث تم التفسير وفق الإطار النظري والدراسات السابقة، وكانت عناصره مرتبة وفق الآتي: تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى، ثم تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية، لننتقل إلى تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة بالإضافة إلى تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة، ثم تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل الدراسة

1- تحديد مشكلة الدراسة

2- تساؤلات الدراسة

3- فرضيات الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- أهداف الدراسة

6- التعاريف الإجرائية

7 - حدود الدراسة

1- تحديد مشكلة الدراسة:

"يعد النوم نعمة أنعمها الله سبحانه وتعالى على عباده، فهو يعطي الجسم الراحة التي يحتاجها بعد جهد كبير، كي يستعيد نشاطه وهدوءه لليوم الموالي، كما يساهم في تنظيم الذاكرة والعمليات الذهنية والعقلية الأخرى، كما له الأثر في تنظيم الجهاز المناعي وأعماله المختلفة، وله دور لا يستغنى عنه في الإفرازات الهرمونية، وهو عملية ضرورة لكل المخلوقات لإعادة وحفظ التوازن الحياتي، أما عن مدة نوم الإنسان الطبيعي فهي حوالي ثلث حياته، وخلال مسيرة هذه الحياة تحدث له العديد من التغيرات والوظائف العضوية الهامة للجسم". (عبد الحميد عبدوني، وآخرون، دت، ص109)

حقيقة إن النوم وظيفة بناءة تمكن الإنسان من مسايرة الحياة بكل تحدياتها، حيث يتعلم يفكر ينجز ويعمل ومن بين الأعمال التي قد يمتنها وتتطلب منه الدقة والتركيز، مهنة التمريض التي تعرف بأنها "القدرة على العناية بالفرد السليم، ووقايته من المرض والاهتمام به عندما يمرض وذلك بتحمل احتياجاته الشخصية إذا كان قادرا على ذلك، أو التعاون معه لتوفير أسباب الراحة والطمأنينة إذا عجز عن ذلك، ويتم كل هذا بتقديم قواعد التمريض الفني على أسس علمية كما يشمل دراسة الفرد ومكانته كعضو في أسرته ومجتمعه". (حسن حميد الثقفي، 2006 ص31)

كما سبق القول إن مجال التمريض يحتاج إلى ممرضين، يمكنهم العناية بالفرد قبل و بعد المرض مما يعني أن هؤلاء الأفراد يجب أن يكونوا مؤهلين (معرفيا، جسديا ونفسيا). لهذا عرفهم حسن حميد الثقفي، بأنهم: "الأشخاص الذين استوعبوا البرامج أو المتطلبات الأساسية، الأخلاقية، العلمية والعملية لعلم التمريض فأصبحوا قادرين على القيام بممارسة عملهم، بعد معرفة كافية لتقديم أفضل الخدمات الصحية للأفراد وقاية لهم من المرض والسهر على راحتهم أثناء المرض" (حسن حميد الثقفي، 2006، ص31) إن هؤلاء أي الممرضين يسهرون ليلا ونهارا من أجل راحة وطمأننة الأفراد، حتى قد يتعدى ذلك في أغلب الأحيان، إلى إلحاق الضرر بحياتهم. مما قد يسبب لهم اضطرابات نفسية متباينة خاصة بالنسبة للذين يعملون كمناوبين، فقد يصابون باضطرابات النوم المختلفة، التي تعرف لدى البعض من أمثال: سالم نوري صادق وآخرون بأنها "اضطراب في نمط النوم الطبيعي للفرد وتتضمن عدة أنواع من الاضطرابات في النوم منها مشاكل البدء في النوم، الكوابيس، المشي أثناء النوم، انقطاع النوم، المشاكل التي لها صلة بالتنفس والمسببة للشخير". (سالم نوري صادق، مروة سالم نوري، 2013، ص135)

كما أن هناك من يرى أن الأرق هو صعوبة الدخول في النوم ، مما يسبب معاناة للفرد كتعريف مرفت عبد الناصر التي ترى بأن: "الأرق هو صعوبة الدخول في النوم وإرغام الفرد على السهر كما يتجلى في الاستيقاظ المفاجئ في ساعة مبكرة لم يتعود الفرد الاستيقاظ فيها وعدم مقدرة الإنسان العودة للنوم مرة أخرى". (مرفت عبد الناصر، ص31)

لهذا أجرى الباحثين دراسات عدة، حول اضطرابات النوم سواء ما تعلق بالأرق أو عن اضطرابات النوم بشكل عام، قصد معرفة آثارها على كيان الإنسان الجسمي، النفسي، والمعرفي ومن بين الدراسات التي كانت في هذا الصدد.

دراسة أمريكية، حول الحرمان من النوم، وكان ذلك سنة 1959 على شاب تطوع لخوض هذه التجربة وهي: البقاء مستيقظا لمدة 8 أيام متواصلة، من اليقظة الكاملة أي(192) ساعة حيث أجريت له قبل التجربة فحوصات شملت الصحة: الجسمية، النفسية، العصبية والعقلية، وبقصد إبقائه يقظا انشغل بعمل إذاعي وبعد انتهاء المدة المقررة كانت النتائج المسجلة هي كالتالي:

- ❖ اليوم الأول: لم تحدث أعراض.
- ❖ اليوم الثاني: في نهايته بدأ يتوهم رؤية ما يشبه نسيج العنكبوت أمام عينه، وتحولت البقع والنقوش على المائدة وكأنها حشرات مختلفة، وتوهم رؤية أرنب في مقصورة البث الإذاعي.
- ❖ بعد قضاء 100 ساعة من اليقظة بدا عليه العجز عن مواصلة الاختبارات، التي تهدف إلى قياس الانتباه والتركيز والقدرة على حل المشكلات (المسائل).
- ❖ بعد مرور 110 ساعة بدأ يعاني من الهذيان، وأصبح عالمه المرئي مملوء بخيالات وهمية غريبة
- ❖ بعد مرور 120 ساعة توهم أنه يرى حريقا وأصبح خائفا ويطلب النجدة.
- ❖ بدأ يشك بهويته ومن يكون هل هو الممثل الذي ظهرت صورته على الحائط أمامه؟ كما فقد قدرته على إدراك الزمان والمكان.
- ❖ ولكن حتى بعد مرور هذه المدة الطويلة من الحرمان ظهر متماسك الشخصية ومتزن السلوك ولم يصدر عنه أي تجاوز أو أخطاء أو خروج عن المألوف.
- ❖ في اليوم الأخير من التجربة بدا الاختلال واضحا بين عالمه الواقعي والخيالي، وبدا يظهر أعراض الهلوسة بشكل واضح ، وتصور أن الطبيب الذي يفحصه هو مجهز للموتى وجاء لدفنه حيا مما دفعه للهرب من الطبيب.

❖ بعد الانتهاء من التجربة وقع نائماً لمدة 13 ساعة، واستيقظ بعدها راجعاً إلى حالته الطبيعية قبل التجربة باستثناء أنه ظل يعاني من درجة طفيفة من الاكتئاب ولمدة ثلاثة شهور. (علي محمود كاظم، 2014، ص285-286)

مما يعني أن اضطرابات النوم بما فيها الأرق، قد تحدث للفرد آثار نفسية خطيرة وهذا بشكل متباين أي حسب مدة الحرمان من النوم، بمعنى آخر أنها من المحتمل أن تسبب للفرد أو الممرض المناوب أخطار قد تؤدي إلى وفاته، ومن الدراسات التي تناولت أخطار قلة أو زيادته.

دراسة أجرتها **جمعية السرطان الأمريكية في سنتي 1959 و1960** لأكثر من مليون شخص من الراشدين، تجاوزت أعمارهم 30 سنة حيث تضمنت أسئلة عن طول فترة النوم وعن استخدام أقراص النوم، وعن اضطرابات النوم المحتملة وبعد مرور ست سنوات من إجراء المسح، أجريت دراسة ثانية عن عدد الوفيات ممن شملهم المسح وأسباب موتهم وكانت النتائج كما يلي:
 -أدنى معدل للوفيات ينتشر بين الناس الذين تتراوح فترة نومهم من 7 إلى 8 ساعات، وأكبر معدل للوفيات ينتشر بين الذين تتراوح فترة نومهم أقل من 7-8 ساعات وأكثر من 8 ساعات.

ركزت هذه الدراسة على عدد ساعات النوم والنتائج التي قد تؤدي إليها سواء بالزيادة أو النقصان. إلا أن هناك دراسات ركزت على أن المناوبة الليلية، بصفة عامة سواء في مجال التمريض أو المجالات الأخرى، تؤدي إلى اضطرابات جسدية ونفسية .

دراسة: (كولكهاون، koulkhaone) وزملاؤه في سنة 1968: التي خلصت بأن نظام العمل بالمناوبة يؤدي إلى اضطرابات بيولوجية وفسولوجية متمركزة حول كل من صعوبة النوم الاضطرابات الهضمية وخلل على مستوى وظائف المخ.

ليست فقط هذه الدراسة هي التي توصلت إلى أن المناوبة لها، آثار على صحة الفرد وإنما دراسة) فولكارد، Folkard) في سنة 1985 هي الأخرى توصلت إلى نتائج مشابهة والتي أثمرت نتائجها عما يلي: عمال المناوبة يشكون من سرعة التعب، الإرهاق، ضعف الطاقة اللازمة لأداء العمل، آلام الظهر و بعض مؤشرات اضطراب النوم وخاصة صعوبة الاستيقاظ من النوم. (ألكسندر بوريلي، أحمد عبد العزيز سلامة، 1992، ص 61)

نستنتج مما سبق أن المناوبة قد تسبب عراقيل للفرد منها: صعوبة التواصل مع أفراد المجتمع ضعف التركيز والانتباه، توتر، خوف مما قد ينجر عن كل ذلك، عدم قدرة الممرض على حل المشكلات التي تعترض سبيل حياته، التي عرفتها دينا خالد أحمد الفلمباتي: "بأنها عملية تفكير يستخدم فيها الفرد ما لديه

من معارف سابقة ومهارات من أجل القيام بمهمة غير مألوفة أو معالجة موقف جديد أو تحقيق هدف لا يوجد حل جاهز لتحقيقه". (دينا خالد أحمد الفلمباني، 2011، ص41)

في تعريف آخر من نفس المرجع تضيف أن هذا الأسلوب (حل المشكلات) ما هو إلا: نوع من التعلم الذي يشبه في طبيعته الأنواع الأخرى، التي تتضمن علاقات معقدة، ويخضع لنفس القوانين التي تخضع لها فالفرد الذي يعمل على حل مشكلة لديه دافع لمواجهة المشكلة، بحيث يحقق أهدافه ويتعلم الحل بما يتفق مع قانون الأثر أو التعزيز. (دينا خالد أحمد الفلمباني، 2011، ص42)

من أجل معرفة كيفية سير هذه العملية (حل المشكلات)، أجرى الباحثين دراسات عديدة من بينها دراسة: (ونكن Wenkon) وزملائه في سنة 1970 التي انتهت بأن الطلاب المستقلين عن المجال يأخذون وقتاً أسرع في حلهم للمشكلات التي يواجهونها بينما يستغرق المعتمدون على المجال وقتاً أطول في حلهم للمشكلات وخصوصاً الغامضة منها. لقد ركزت هذه الدراسة على مدى الاستقلال عن المجال والاعتماد عليه بالنسبة للطلاب بينما يوجد دراسات درست حل المشكلات ضمن مجموعة من المتغيرات مثل دراسة:

(نيزو، Nizou) سنة 1988 والتي هدفت إلى فحص أثر أسلوب حل المشكلات الجمعي على توتر أعراض الاكتئاب المرتبطة بالتوتر النفسي وخلصت بما يلي: الأفراد الذين يملكون أسلوباً فعالاً في حل المشكلات هم أفراد أقل عرضة للتوتر النفسي والعكس صحيح.

خلصت هذه الدراسة بأن أسلوب حل المشكلات يجعل الفرد يتميز بصحة نفسية كونه يخفف من التوتر أما عن تأثير حل المشكلات على مستوى التحصيل، ومركز الضبط ومستوى قلق الامتحان فقد أجرى يونغ سنة 1988، Yong دراسة على عينة تكونت من (54) طالبا تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: وهي المجموعة التجريبية حيث تلقت التدريب على أسلوب حل المشكلات.

المجموعة الثانية: لم تتلق أي نوع من المعالجة حيث أخذت كمجموعة ضابطة.

حاولت الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

1. هل يؤثر حل المشكلات على مستوى التحصيل؟
2. هل يؤثر حل المشكلات على مركز الضبط الداخلي؟
3. التدريب على حل المشكلات يؤدي إلى خفض قلق الامتحان؟

بعد استخدام مقياس الضبط ومقياس قلق الامتحان ومقياس مستوى التحصيل، أشارت نتائج تحليلات التباين المصاحب إلى وجود تأثيرات دالة للمعالجة على مستوى التحصيل في الرياضيات ومركز الضبط، في حين لم يكن للمعالجة أي تأثير دال، على خفض مستوى قلق الامتحان. (دينا خالد أحمد الفلمباني، 2011، ص50-51)

ليست هذه هي الدراسة الوحيدة التي تناولت هذا الأسلوب (حل المشكلات)، ولكن هناك دراسات أخرى ساهمت في ذلك، لكونه يمكن الفرد من التركيز والدقة والانتباه، لكن قد تعيقه بعض العوامل التي سبق ذكرها ألا وهي: الأرق.

لذلك ونظرا لأهمية كل من النوم والقدرة على حل المشكلات في حياة الأفراد بشكل عام والمرضين بشكل خاص، ارتأينا أن نجري دراسة وصفية علائقية، بهدف التعرف على علاقة درجة الأرق بالقدرة على حل المشكلات، وأي العوامل تؤثر فيها هل هي السن، الجنس، أو نوع المصلحة التي يعمل فيها الممرض، أم الأقدمية.

2- تساؤلات الدراسة:

انطلاقاً من كل ما تم التطرق إليه في ما سبق يمكننا صياغة التساؤلات الآتية:

1. ما علاقة درجة الأرق بالقدرة على حل المشكلات لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة؟

2. هل تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن؟

3. هل تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الجنس؟

4. هل تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف نوع المصلحة التي يعمل بها الممرض؟

5. هل تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الأقدمية؟

3- فرضيات الدراسة:

1. توجد علاقة دالة إحصائياً بين الأرق والقدرة على حل المشكلات، لدى ممرضى المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة.

- 2 . تختلف درجة الأرق لدى ممرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن.
3. تختلف درجة الأرق لدى ممرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الجنس.
- 4 . تختلف درجة الأرق لدى ممرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف المصلحة العاملين بها.
5. تختلف درجة الأرق لدى ممرضين المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الأقدمية.

4- أهمية الدراسة:

تتضح أهمية هذه الدراسة في العناصر التالية:

1. دراسة موضوع اضطرابات النوم خاصة الأرق، والذي يعد من الاضطرابات النفسية التي تؤرق الفرد .
2. أهمية مهنة التمريض وحاجة الممرض إلى الرعاية والاهتمام النفسي، كونه يتعامل مع شرائح مختلفة من المجتمع ويتطلب منه ذلك الدقة والتركيز.
3. أهمية أسلوب حل المشكلات في حياة الأفراد، بصفة عامة والممرض بصفة خاصة كونه أسلوب يساعد على تخطي المشكلات الحياتية، (الشخصية، المهنية، والصحية).
4. قلة الدراسات التي تناولت العلاقة بين هذين المتغيرين، في العالم العربي (على حد علم الطالبة).

5- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. التعرف على العلاقة بين الأرق والقدرة على حل المشكلات لدى الممرضين المناوبين، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة.
2. الوقوف على حجم المعاناة التي قد تطال هذه الفئة الهامة، في المجتمع أثناء تأديتهم لعملهم
3. التحقق من فرضيات الدراسة.

6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

1- تعريف الأرق:

هو صعوبة الدخول في النوم، أو الاستيقاظ من النوم عدة مرات في الليلة الواحدة، أو صعوبة الدخول في النوم بعد الاستيقاظ، حتى لو كان ذلك بعد بضع سويعات من النوم لدى مرضيين المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة مابين مارس- أفريل 2016. كما يتحدد بالدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة، على مقياس الأرق لمجدي محمد الدسوقي، وسميرة محمد شند والذي يتكون من 5 أبعاد هي: أرق مواصلة النوم أرق بداية النوم ، أرق نهاية النوم، أعراض الأرق، كمون بداية النوم.

2- تعريف القدرة على حل المشكلات:

هي قدرة معرفية للممرض المناوب على استخدام المعارف ، والمهارات التي سبق له تعلمها، من أجل إيجاد حل أو مجموعة حلول، لموقف جديد ، لا يوجد حل جاهز لتحقيقه، كما تتحدد بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الممرضين المناوبين، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة مابين مارس- أفريل 2016 على مقياس القدرة على حل المشكلات لصاحبيه (بترسين، هيينر) والمترجم من طرف (نزيه حمدي،1998) والذي يتكون من 40 فقرة و 5 أبعاد هي: 1- التوجه العام، 2- تعريف المشكلة، 3- توليد البدائل، 4- إتخاذ القرار 5- التقييم.

7- حدود الدراسة:

تمثلت حدود الدراسة الحالية فيما يلي:

7-1 الحدود البشرية:

أجريت الدراسة على عينة قوامها 92 ممرض وممرضة من ممرضين بعض المصالح الإستشفائية بمدينة ورقلة .

7-2 الحدود المكانية:

أجريت الدراسة مكانيا بكل من حاسي مسعود، تقرت وورقلة.

7-3 الحدود الزمانية:

كما تحددت الدراسة زمانيا من تاريخ (10مارس 2016) إلى غاية (10أفريل 2016).

الجانب النظري

الفصل الثاني: الأرق

تمهيد

1- تعريفه اضطرابات النوم

2- تعريفه الأرق

3- نسبة الانتشار

4- أسباب الأرق

5- أنواع الأرق

6- تشخيص الأرق

7- علاج الأرق

الخلاصة

تمهيد

النوم عامل حيوي لقيام الفرد بنشاطه الجسمي، والنفسي خير قيام لكن قد تضطرب هذه الوظيفة الهامة لديه، فيصاب باضطرابات النوم (الكوابيس، التجوال الليلي، التكلم أثناء النوم، فرط النوم) والأرق الذي يعد أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً، ويشكو منه العديد من الأفراد سواء كانوا مرضى أو أسوياء أطباء أو ممرضين، لهذا سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف وتفصيل لهذا العرض ألا وهو الأرق وذلك كما يلي: تعريف اضطرابات النوم، تعريف الأرق، نسبة انتشاره، ثم أسبابه، وأنواعه، كما سنتطرق إلى تشخيص وعلاج الأرق وأخيراً خلاصة الفصل.

1- تعريف اضطرابات النوم:

هي اضطراب في نمط النوم الطبيعي للفرد وتتضمن عدة أنواع من الاضطرابات في النوم والتي تكون بشكل واسع منها مشاكل البدء في النوم، الكوابيس، المشي أثناء النوم، انقطاع النوم، المشاكل التي لها صلة بالتنفس والمسببة للشخير. (سالم نوري صادق، مروة سالم نوري ، 2013، ص135)

أما محمود كاظم فيرى أن اضطرابات النوم هي حالة من عدم الانتظام التي تصاحب النوم من حيث مدته ووقته، نوعه، أو ما يحدث خلاله من سلوك أو نشاط يتعارض مع حالة النوم، والتي تدل على عدم تحقق النوم بالشكل المطلوب. (محمود كاظم، 2014، ص276)

في تعريف ثالث يرى أصحابه أن اضطرابات النوم هي مجموع الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد نتيجة حرمانه من النوم، وقد يكون هذا الحرمان كلي أو جزئي، وقد يكون في بداية النوم، أو خلاله، أو في آخره، وقد يكون خلال الليل أو قيلولة النهار وقد يكون محدد الزمن، أو مكرر وطويل الأمد. (عبد الحميد عبدوني وآخرون، ب-ت، ص 113)

مما سبق ذكره نستخلص أن اضطرابات النوم هي: خلل يصيب النوم إما في نوعيته من حيث الكم أو الكيف، وقد يكون ليلياً أو نهارياً، عارضاً أو مستمراً، بحيث لا يشعر الفرد بالراحة التامة بعد النوم بالشكل المطلوب. مما قد يسبب له أرقاً قد يستمر طيلة حياته إن لم يجد التكفل والعلاج اللازمين، لهذا سنتطرق في ما سيأتي إلى مفهوم الأرق وفق الترتيب التالي:

2- تعريف الأرق:

هو صعوبة الدخول في النوم، بحيث يكون الشخص مرغماً على السهر، رغم حاجته للنوم وتعبه، كما يتجلى في الاستيقاظ المفاجئ، في ساعة مبكرة لم يتعود الفرد الاستيقاظ فيها، وعدم مقدرة الإنسان العودة للنوم مرة أخرى. (مرفت عبد الناصر، د- ت، ص 31)

عرفنا الآن من تعريف مرفت عبد الناصر، أن الأرق هو صعوبة الدخول في النوم، والسهر دون رغبة الشخص فيما ترى ما هو تعريفه عند لطفي الشربيني؟

"أما تعريف الأرق في مراجع الطب النفسي فهو: صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه".
(لطفي الشربيني، 2005، ص 73)

تضمن هذا التعريف بعدين من أبعاد الأرق وهما: صعوبة الدخول في النوم، الاستمرار في النوم وهناك من يضيف بأنه "عدم القدرة على الدخول في النوم أو عدم القدرة على النوم مدة كافية أو حدوث تقطع متكرر في النوم أثناء الليل". (فوقية حسن رضوان، 2003، ص 31)

في حين يرى إيزاك ماركس أن الأرق يكون نتيجة التوتر وذلك كما يلي:

هو "الرقاد مستيقظاً في الليل قلقاً، بشأن النوم الجميل الذي يفقده الفرد بسبب زيادة التوتر". (إيزاك ماركس، د ت، ص 342)

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية والنفسية (DSM-IV) يعرف الأرق بأنه: الشكوى من صعوبة بدء النوم، أو الاستمرار فيه، أو النوم غير المريح، واستمرار ذلك مدة شهر على الأقل. (عيسى بن محمد بن المنوري، 2013، ص 16)

نستخلص من التعاريف الأربعة السابقة أن الأرق هو: معاناة الفرد من الاستمتاع بالنوم و الحرمان منه سواء في بداية النوم أو في وسطه، أو في آخره، كما يعتبر الأرق ناتجاً عن التوتر في أغلب الأحيان، لهذا كانت معدلات انتشاره واسعة جداً، كما سنلاحظه فيما يلي:

3- نسبة انتشار الأرق:

تتراوح نسبة انتشار الأرق عند مجموع السكان في العالم، بين 10 و20 في المئة في المدن الكبرى، أما في دراسة أجريت في العالم العربي وبالتحديد في مدينة الدار البيضاء بالمغرب، وكانت عينتها ما بين سن 18 و45 سنة كان من نتائجها، أن أكثر من 11 في المئة منهم يعانون من أرق محدد بمعايير تشخيصية دقيقة. (نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1992، ص196)

ذلك طبعا يعود لعدة أسباب سيلي ذكرها فيما يلي:

4- أسباب الأرق:

أسباب الأرق كثيرة ومتنوعة، تتراوح بين الانشغال والتفكير في هموم وتوقعات معينة وبين حالات مرضية حقيقية وتنقسم هذه الأسباب إلى:

أ- أسباب بسيطة: ونلخصها في ما يلي:

1. إنشغال التفكير ببعض الهموم والترقب لأحداث معينة حتى السارة منها.
2. الظروف البيئية غير الملائمة مثل: الضوضاء المرورية.
3. الظروف المناخية كارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها والرطوبة.
4. تغيير المكان المألوف للنوم، حتى لو كان المكان الجديد ملائما بسبب عدم شعور الفرد بالأمان.
5. الطريقة التي يقضي بها الشخص الساعات التي تسبق النوم في المساء قد تؤدي إلى الأرق.
6. قد يحدث الأرق دون وجود أسباب واضحة، خصوصا في كبار السن حين يصحب ذلك تغيير في نمط النوم، فيصبح أكثر تقطعا وأقل في المدة وقد يعود لأسباب طبية.

ب- أسباب طبية:

يكون السبب في الأرق الإصابة ببعض المشكلات الصحية، ومن هذه الأسباب نذكر ما يلي:

1. الألم الناجم عن أي سبب وفي أي منطقة من الجسم.
2. أمراض الجهاز العصبي.
3. توقف التنفس واضطرابه أثناء النوم .
4. الاضطرابات التي تحدث أثناء النوم مثل حركة الأرجل والانتفاضات العصبية.
5. أسباب تتعلق بالتغذية والهضم والجوع.

6. تناول بعض المواد المؤثرة على الجهاز العصبي مثل: الكحوليات وبعض المواد المخدرة والمنبهة.
7. بعض أمراض الغدد الصماء، والحمى والأورام الخبيثة، وقد يكون الأرق ناتجا عن أسباب نفسية محضة ومن بينها نذكر:

ج- أسباب نفسية للأرق:

هناك قائمة من الحالات النفسية التي يكون الأرق ضمن أعراضها الرئيسية ونذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

1. القلق وأنواعه المختلفة خصوصا نوبات الهلع التي تحدث أثناء الليل.
2. تغييرات دورة النوم واليقظة مثل: حالة تخلف النفاثة مع السفر والعمل في ورديات متتابعة.
3. الاكتئاب النفسي خصوصا النوع الذهاني الداخلي الذي يكون مصحوبا في العادة بالأرق المتأخر والاستيقاظ في ساعات مبكرة من النوم.
4. اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهي حالة تعقب بعض الاضطرابات العقلية الشديدة كالفصام العقلي، البارانويا، حالات الهوس والذهانات العضوية. (لطفى الشربيني 2005 ص76)
5. كما يكون الأرق مصاحبا لاضطراب فرط الحركة وقلّة الانتباه، وهذا ما أكدته دراسة على أطفال يعانون من فرط الحركة وقلّة الانتباه، حيث كان من بين نتائجها أن نسبة 50 في المئة، من الأطفال ذوي الاضطراب يعانون من الأرق.

(Thomase Brown and William j McMullen,jr p 271)

6. يمكننا القول أن للأرق أسباب متعددة، لذلك كانت له أنواع كثيرة تباينت في عددها بين الباحثين، من 3 إلى أكثر من ذلك إلا أن عيسى بن محمد بن سالم المنوري، يرى بأنها تنحصر في نوعين وهما:

7- أنواع الأرق:

أ/أرق مؤقت أو عارض: Transient Insomnia

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر ليالي قليلة أو أسابيع فقط، ويرتبط عادة بمسبب للتوتر أو الضغوط مثل التقدم للامتحان، أو فقدان شخص عزيز، أو عدم الراحة الجسمية، أو العاطفية، أو اضطراب مواعيد النوم واليقظة، وهذا بسبب الإرهاق الناتج عن رحلة طيران طويلة أو الآثار التي تحدثها بعض الأدوية، وهناك من يطلق على هذا النوع من الأرق اسم الأرق الأولي: Primary insomnia، وقد يستمر هذا النوع من الأرق طويلا فيصبح مزمنا.

ب/الأرق المزمن (طويل الأمد): Chronic insomnia

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر لأسابيع أو شهور عديدة أو عدة سنوات ويحدث عادة عندما يعاني الشخص من الأرق لمدة تصل إلى ثلاث ليال على الأقل في الأسبوع ولمدة شهر أو أكثر، والأسباب الشائعة لحدوثه هي:الاكتئاب، الضغوط المزمنة،وغالبا ما يكون مرتبط بمشاكل صحية مثل التهاب المفاصل،قصور القلب،الربو، أمراض الكلى، مرض باركنسون، فرط نشاط الغدة الدرقية ، توقف التنفس أثناء النوم(عيسى بن محمد بن سالم المنوري، 2013، ص19-20).

لذلك لا نستطيع أن نحكم على الشخص أنه يعاني أرقا إلا عن طريق محكات تشخيص كما حددت في الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية حيث حددها في ما يلي:

6 - تشخيص الأرق

1. الشكوى المستمرة والواضحة في صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه أو النوم غير المريح مدة شهر على الأقل.
2. يسبب الأرق كرها إكلينيكيًا جوهريًا أو خللا في الأداء الاجتماعي والمهني أو مجالات أخرى من الأداء.
3. لا تحدث اضطرابات النوم الشديدة أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة واضطراب النوم المرتبط بالتنفس واضطراب جدول النوم - اليقظة أو اضطرابات ثانوية.
4. لا تحدث صعوبات النوم بشدة أثناء مسار اضطراب نفسي آخر(عبد الحليم عبدوني، وآخرون، ب ت ، ص117).

8- علاج الأرق

يختلف علاج الأرق باختلاف الأسباب المؤدية إليه، لذلك يكون علاجه بطرق بسيطة لدى بعض الحالات،(إرشادات ونصائح) ولدى أخرى يكون طبيا عن طريق الأدوية، ومن بين الطرق للتخلص من الأرق نذكر ما يلي:

1. لا داعي للقلق والاهتمام المبالغ فيه إذا كان الأرق هو مجرد فترة مؤقتة أو قصيرة من النوم السيئ ففي هذه الحالة لا يحمل الأرق مخاطر تهدد الصحة كما يعتقد البعض.

2. إذا كان الأرق متكررا فيمكن أن يبحث الشخص عن بعض الأسباب المحتملة كالانشغال والتفكير في أمور معينة، أو بعض التغيرات في حياته الشخصية والمهنية أو الإفراط في تناول المشروبات المنبهة والتدخين في المساء وكلها أمور قابلة للحل ويمكن أن ينام الشخص بعد ذلك.
3. النوم جزء من إيقاع بيولوجي يشمل ساعات اليوم، ويجب الانتظام في موعد النوم على مدار 24 ساعة حتى لا يختل الإيقاع.
4. تخصيص ساعات الأنشطة الترويحية والاسترخاء، في المساء بدلا من الإجهاد الذهني والبدني وتجنب الوجبات الثقيلة ليلا.
5. تجنب المواد التي تؤثر على الجهاز العصبي أو الاعتدال في تناولها، وخاصة في الفترة المسائية.
6. تهيئة مكان مريح للنوم - (تهوية مناسبة، درجة حرارة معتدلة) - يساعد على نوم جيد.
7. تجنب عادة النوم نهارا يمكن أن يحسن من النوم في الليل، وهو الأهم للراحة وحاجة الجسم.
8. ترك الفراش في حالة عدم الدخول في النوم، و الانشغال بأي نشاط آخر بدلا من انتظار النوم في قلق.

كل هذه الأساليب البسيطة تفيد في علاج بعض حالات الأرق، وتبقى بعد ذلك الحالات الشديدة التي لا تستجيب لذلك، أو التي تكون عرضا لبعض الأمراض سواء العضوية أو النفسية، فإن الأمر هنا يتطلب تحديد التشخيص الدقيق للحالة، واستخدام أساليب علاجية ملائمة مثل العلاج النفسي أو العلاج السلوكي، أو العلاج الطبي. (لطفى الشربيني، 2005، ص 80)

خلاصة الفصل

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى موضوع اضطرابات النوم وهي خلل في طبيعة النوم، قد يكون قصيرا أو طويلا، سواء في كمية أو كيفية النوم، بالإضافة إلى تعريف الأرق، حيث استخلصنا منه أن الأرق له آثار على صحة الفرد الجسمية، والنفسية، لهذا سعى الباحثين إلى دراسته من مختلف الجوانب، كما تناولنا نسبة انتشاره وتوصلنا إلى أنه واسع الانتشار، ثم تطرقنا أيضا إلى أسباب الأرق وهي ثلاثة أنواع: أسباب بسيطة، أسباب طبية، وأخرى نفسية، أيضا أنواعه وهي نوعان: عارض ومزمن بعدها تشخيص الأرق حسب الدليل الإحصائي الرابع للأمراض النفسية، لننتقل إلى علاج الأرق.

الجانب النظري

الفصل الثالث

القدرة على حل المشكلات

تمهيد

- 1- مفهوم حل المشكلات
- 2- النظريات السيكولوجية المفسرة لأسلوب حل المشكلات
- 3- أهمية دراسة وتدريس حل المشكلات
- 4- خطوات حل المشكلات
- 5- حل المشكلات بين المبتدئ والخبير
- 6- مصادر الخطأ في حل المشكلات

خلاصة الفصل

تمهيد

يبحث الإنسان عن الهدوء والاطمئنان والاستقرار النفسي، الذي يمكنه من العيش في هذا الوجود بكل راحة ويسر، وصحة خالية من المشاكل والاضطرابات أيا كان نوعها، ومنه تطرقنا في هذا الفصل إلى موضوع القدرة على حل المشكلات وذلك كما سيأتي: مفهوم حل المشكلات والنظريات السيكلوجية المفسرة لأسلوب حل المشكلات، كما تطرقنا أيضا إلى أهمية دراسة وتدريب حل المشكلات، بالإضافة إلى خطوات حل المشكلات ثم حل المشكلات بين المبتدئ والخبير، وأخيرا مصادر الخطأ في حل المشكلات.

1- مفهوم حل المشكلات

لقد تعددت التعاريف التي حظي بها مفهوم حل المشكلات، لذلك اخترنا بعض التعريفات من بين الكم الهائل الذي حاز عليه هذا المفهوم، وهي كما يلي:

يرى **محمد نبهان** أن حل المشكلات هو مجموعة العمليات التي يقوم بها الفرد مستخدما المعلومات والمعارف التي سبق له تعلمها والمهارات التي اكتسبها في التغلب على موقف بشكل جديد وغير مألوف له في السيطرة عليه والوصول إلى حل له. (**يحيى محمد نبهان، 2008، ص199**)

أما **جابر عبد الحميد** فيرى أن حل المشكلات ما هو إلا نوع من التعلم، الذي يشبه في طبيعته الأنواع الأخرى التي تتضمن علاقات معقدة، ويخضع لنفس القوانين التي تخضع لها فالفرد الذي يعمل على حل مشكلة، لديه دافع لمواجهة المشكلة بحيث يحقق أهدافه ويتعلم الحل بما ينفق مع قانون الأثر أو التعزيز. (**دينا خالد أحمد الفلمباني، 2011، ص42**)

يشير **حسين أبو رياش** وآخرون بأن حل المشكلات هو نشاط ذهني، معرفي، يتم فيه تنظيم التمثيل المعرفي للخبرات السابقة ومكونات موقف المشكلة معا، وذلك من أجل تحقيق الهدف ويتم هذا النشاط وفق إستراتيجية الاستبصار التي يتم فيها محاولة صياغة مبدأ واكتشاف نظام علاقات يؤدي إلى حل المشكلة. (**حسين أبو رياش، غسان يوسف قطيط، 2008، ص 43**)

من خلال التعاريف السابقة نجد أن بعضها انفق على أن حل المشكلات هو عملية أو نشاط ذهني باستخدام المعارف والخبرات السابقة، كتعريف يحيى محمد نبهان، والبعض يرى أنها ماهي إلا نوع من التعليم كغيره من الأنواع الأخرى، وهذا حسب **دينا خالد أحمد الفلمباني**، لكن تبقى النظريات كفيلة بتفسير هذا الأسلوب سواء سلوكيا، أو حسب الاتجاه الجشطالتي، أو معرفيا.

2- النظريات السيكلوجية المفسرة لأسلوب حل المشكلات:

لمعرفة كيفية الوصول إلى مواطن الصواب وتجنب مواطن الخطأ، كان لزاماً علينا أن نعرف التفسير السيكلوجي لحل المشكلات، من وجهة نظر كل من: الاتجاه السلوكي، الجشطالتي والمعرفي.

أ- التفسير السلوكي:

تقوم النظريات السلوكية على أساليب كثيرة من أهمها: المحاولة والخطأ والذي يعني أن التلميذ عند مواجهته لموقف مشكل، فإنه يحاول إيجاد الحل عن طريق المحاولة والخطأ اعتماداً على خلفيته التعليمية، وعليه فالمشكلة على هذا الأساس تمثل المثير لدى التلميذ ومحاولة حلها يكون بمثابة استجابة، وعليه عندما يواجه التلميذ مشكلة فإنه يحاول حلها عن طريق الاستجابة لها، من خلال ما لديه من معلومات ومفاهيم سبق له تعلمها أي: أن تعلم حل المشكلات ليس إلا امتداداً لتعلم الارتباطات، التي سبق تدريب الفرد عليها تدريباً جيداً، أما إذا كانت المشكلات جديدة فيصعب حلها طبقاً لمبدأ المحاولة والخطأ.

أما الجشطالتيون من جهتهم يرون تفسيراً آخر لحل المشكلات وهو:

ب- التفسير الجشطالتي لحل المشكلات

يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على أهمية البنية التركيبية للموقف المشكل، وتكوين بنية جديدة من الأفكار القديمة، فالمشكلات من وجهة نظرهم ماهي إلا مشكلات إدراكية تظهر إلى الوجود عندما يحدث توتر أو إجهاد، نتيجة للتفاعل بين الإدراك وعوامل التركيز، وعند التفكير بهدف حل مشكلة ما يبرز إلى السطح الحل الصحيح، في لحظة فجائية وذلك وفقاً لمبدأ الاستبصار.

إلا أن ما يميز قد ميز بين حل المشكلات بالاستخدام المباشر للتعلم السابق، وحل المشكلات القائم على إنتاج الحل، كما أشار إلى أن تكوين بنية يقوم على الاسترشاد بالتوجيهات المنبثقة من الموقف نفسه، أي بمعنى الإقتصار على تحليل الخبرات السابقة ليس كافياً لفهم نشاط حل المشكلات. (دينا خالد أحمد الفلمباني، 2011، ص54)

هذا عن وجهة نظر الجشطالتيون، فماذا عن رأي المعرفيين في تفسيرهم لأسلوب حل المشكلات ؟

ج- الاتجاه المعرفي:

كلتا الرؤيتين السابقتين لحل المشكلات ليس لديهما الأدلة التجريبية الكافية لحل المشكلات من خلال الخصائص المختلفة لكل من النظريتين، وقد أدى ذلك إلى ظهور الاتجاه المعرفي الذي اهتم علماءه بحل المشكلات باعتباره نشاطاً يمثل عدة عمليات معرفية منها: التذكر، الانتباه والتفكير، كما يعتقد المعرفيون

أن موقف حل المشكلة هو موقف يواجهه الفرد، ويتفاعل معه ويستحضر ما لديه من خبرات بهدف الارتقاء في معالجته الذهنية للموقف الذي تدور حوله المشكلة، وحتى يتمكن من الوصول إلى خبرة تمثل الحل المرغوب.

من خلال كل ما سبق وتفسير كل نظرية نجد أن نشاط حل المشكلات هو: نشاط يقوم على مبدأ المثير والاستجابة لكنه يختلف بين قدم المشكلات وجدتها، (حسب الاتجاه السلوكي) بينما يرى الجشطالتيون أن حل المشكلات، لا يقتصر على تحليل الخبرات السابقة وإنما هو أعمق من ذلك. أما عن الاتجاه المعرفي فيرى أن حل المشكلة هو موقف يواجهه الفرد، ويتفاعل معه مستحضرا خبراته قصد الارتقاء في معالجته الذهنية. (دينا خالد أحمد الفلمباني، ص 55)

نستنتج من التفسيرات الثلاثة التي سبق ذكرها، أن أسلوب حل المشكلات له أهمية كبيرة في مجالات الحياة المختلفة، لاسيما مجال الدراسة والتدريس.

3- أهمية دراسة وتدريس حل المشكلات

يذكر فريديك- بل: (1994) "أن حل المشكلات نشاط ممتع لمعظم التلاميذ، وقد يمكن أن يساعد في تحسين قدراتهم التحليلية، وتعلم المهارات، والحقائق، والمفاهيم الرياضية كما يساعد على تحسين دافعية التلاميذ، مما يجعل المادة أكثر إثارة ومتعة لهم. ورغم ذلك فإن حل المشكلات يمكن أن ينقص الدافعية، إذا ما تحول الهدف إلى مجرد تحقيق السرعة والاهتمام بالشكل، والصياغة، وإيجاد الحل الصحيح ومن ثمة قد يسبب حل المشكلات أيضا الإحباط للبعض منهم".

ويؤيد سكر أهمية تدريس الطفل أكثر من مجرد المادة التعليمية، وأن علينا أن نتحداه وأن نعلمه التفكير، كما يجب أن نفرض عليه الموضوعات التي تثير الجدل والاختلاف، كما يجب تشجيعه وزيادة نسبة التعزيز لديه، ويؤكد أنه على المعلمين تشجيع التلاميذ على حل المشكلات على نحو مستقل.

كما يرى أن حل المشكلات يزيد من قدرة الطلاب على التحليل، والنقد، والتقييم والمرونة، في التفكير ومحاولة الوصول إلى الحل بأقصر الطرق، كما يساعد على تذكر العملية المتصلة بالمشكلات (دينا خالد أحمد الفلمباني، 2011، ص 44)

نستخلص مما سبق ذكره، أن أسلوب حل المشكلات أسلوب ذو أهمية بالغة، كونه يساعد الطفل في التعلم ويزيد من دافعيته وخبراته التعليمية، هذا طبعاً إن كان على أساس تعليم التفكير للتلميذ وإثارة الجدل لديه. لكن إذا كان هدف حل المشكلات هو مجرد تحول الهدف، إلى تحقيق السرعة والاهتمام بالشكل، والصياغة، فقد يسبب حل المشكلات أيضا الإحباط للبعض منهم.

إلا أن أهمية حل المشكلات مرتبطة بالخطوات التي وضها الباحثين وفق الآتي:

4-خطوات حل المشكلات

لقد اختلف عدد هذه الخطوات من باحث لآخر، فنجد أن ديو حددها في 5 خطوات وهي:

1. لإدراك بوجود المشكلة: بمعنى إدراك الصعوبة أو الإحساس بالإحباط، والفشل، أو التعجب أو الشك.
2. تعيين المشكلة أي: التوضيح والتعريف، ويتضمن بيان الهدف الذي ننشده، في ضوء تعريفه وفق الحالة التي تمخضت عنها المشكلة.
3. توظيف الخبرات السابقة مثل: معلومات وثيقة الصلة بالمشكلة، أو حلول سابقة، أو أفكار تفيد في إنشاء فرضيات، وقضايا تتعلق بحل المشكلة.
4. فحص الفرضيات والحلول المحتملة على التوالي، وإعادة صياغة المشكلة إذا اقتضى الأمر.
5. تقويم الحلول واتخاذ قرار يستند إلى القرائن، ويتضمن ذلك دمج الحلول الناجحة في ضوء الفهم الحالي، وتطبيقه في مراحل أخرى من المشكلة ذاتها.(حسين أبو رياش، غسان يوسف قطيط، 2008، ص62)

أما يحيى محمد نبهان فقد حددها في 7 عناصر وهي:

1. الشعور بالمشكلة وهذه الخطوة تتمثل في: إدراك معوق، أو عقبة تحول دون الوصول إلى هدف محدد.
2. تحليل المشكلة وتتمثل هذه الخطوة في: تعرف الفرد على العناصر الأساسية في المشكلة واستبعاد العناصر الثانوية.
3. تحديد المشكلة وهو ما يعني وصفها بدقة، مما ينتج لنا رسم حدودها وما يميزها عن سواها.
4. جمع البيانات المرتبطة بالمشكلة وتتمثل في: مدى تحديد الفرد لأفضل المصادر المتاحة لجمع المعلومات، والبيانات في الميدان المتعلق بالمشكلة.
5. اقتراح الحلول وتتمثل في: قدرة الفرد على التمييز والتحديد لعدد من الفروض المقترحة لحل المشكلة.
6. دراسة الحلول المقترحة دراسة نافذة، وهنا يكون الحل واضحا ومألوفاً، فيتم اعتماده وقد يكون هناك احتمال لعدة بدائل ممكنة، فيتم المفاضلة بينها.

7. الحلول الإبداعية لأنه قد لا تتوافر الحلول المألوفة، أو ربما تكون غير ملائمة لحل المشكلة، لذا يتعين التفكير في حل جديد يخرج عن المألوف. (يحيى محمد نبهان، 2008، ص 201)

تبقى هناك عدة خطوات حسب تعدد الباحثين واختلاف آرائهم، ورغم سهولة هذه الخطوات، إلا أنها تبدو في غاية التعقيد لدى البعض، مما قد يعيقه عن إيجاد الحل الأنسب لمشكلته، ويعود ذلك لعدة عوامل منها: الخبرة، والجدة في حل المشكلات، لهذا كان هناك فرق بين الخبير والمبتدئ في حل المشكلات، وهذا كما يلي:

5- حل المشكلات بين المبتدئ والخبير

أ- المبتدئ:

- ❖ يركز في نظريته للمشكلة على ما يفهمه منها.
 - ❖ يدرك بعدا واحدا من أبعاد المشكلة وينسى الأبعاد الأخرى.
 - ❖ يتعامل مع أبعاد المشكلة كما لو كانت واضحة بالنسبة له.
 - ❖ تدني قدرته على صياغة المشكلة بمفرداته الخاصة.
 - ❖ يركز على الجوانب الفرعية، ويتعامل مع عدد محدود من البدائل.
 - ❖ تدني قدرته على ربط الواقع بالمستقبل، في النظر للحل وتحكمه بالظروف المحيطة.
- إذا الجديد، أو المبتدئ، أو عديم الخبرة، في حل المشكلات قد يقع في كل هذه الأخطاء أو البعض منها. فهل الخبير في منأى عن كل ذلك؟

ب- الخبير:

- ❖ قادر على الإلمام بالمشكلة والتقصي في الجوانب التي لم يفهما.
- ❖ يدرك أبعاد المشكلة المختلفة الإيجابية والسلبية.
- ❖ يتعامل مع متغيرات المشكلة المتعددة والمختلفة وينظر إليها بطريقة كلية ووفق علاقات.
- ❖ يصوغ المشكلة بصور مختلفة وبلغته ويميز أهمية كل بديل.
- ❖ قادر على الربط بين المعطيات المتاحة والتحرر منها في نفس الوقت.
- ❖ الخبرة في معالجة المشكلة ودائم البحث عن مهارات جديدة لتطوير مهارته. (حسين أبو رياش، غسان يوسف قطيط، 2008، ص 65)

إلا أن هذه المميزات التي يتصف بها كل من الخبير والمبتدئ في حل المشكلات ترتبط بمصادر الخطأ التي قد يقع فيها كل منهما.

6- مصادر الخطأ في حل المشكلات

يشير سعيد عبد العزيز (2007) إلى مصادر الخطأ التالية:

1. عدم الدقة في وصف المشكلة وتعريفها إجرائيا.
2. عدم الإلمام بجميع عناصر المشكلة.
3. تجاوز جانب أو أكثر في المشكلة.
4. عدم تخصيص الوقت الكافي للتعاطي مع المشكلة.
5. عدم الدقة في التفكير واللجوء إلى التخمين.
6. عدم فحص الاستنتاجات بدقة.
7. التسرع في الأداء.
8. إهمال تنفيذ بعض العمليات اللازمة.
9. عدم الانتقال من السهل إلى الصعب في حل المشكلات.
10. عدم تمثيل الأفكار برسوم تساعد على الفهم والحل.
11. عدم تقويم الحلول.
12. عدم المثابرة في الوصول للحل.
13. عدم بذل جهد كافي لحل المشكلة.
14. حل المشكلة بشكل ميكانيكي وغير متأن.
15. التفكير السريع في الحلول والقفز للإيجابيات. (حسين محمد أبو رياش، غسان يوسف قطيط، 2008،

ص64)

تعددت مصادر الخطأ في حل المشكلات، وذلك راجع إلى الفروقات الفردية التي تميز الأفراد لهذا تمثلت هذه المصادر أحيانا في: عدم الدقة في وصف المشكلة وتعريفها إجرائيا، كذلك عدم الإلمام بجميع عناصر المشكلة، أيضا تجاوز جانب أو أكثر في المشكلة، و أحيانا في عدم تخصيص الوقت الكافي للتعاطي مع المشكلة، كما أنه قد يقع الفرد في عدم فحص الاستنتاجات بدقة.

خلاصة الفصل

نستخلص من كل ما سبق ذكره، أن موضوع القدرة على حل المشكلات هو: قدرة الفرد على الاستفادة من الخبرات التي سبق له تعلمها، لكن تفسير هذا الأسلوب قد اختلف من نظرية لأخرى، وهذا لأهميته القصوى في حياة الفرد بشكل عام، حيث ترتبط هذه الأهمية بخطوات حل المشكلات، التي تتباين

بين المبتدئ والخبير في تعاملهما مع معطيات الموقف المشكل، ويبقى هذا التعامل هو الآخر يرتبط بمصادر الخطأ التي حددها الباحثين، والتي تباينت في عددها من 5 لدى البعض إلى 7 لدى آخرين.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تصميم

- 1- المنهج المتبع في الدراسة
- 2- الدراسة الاستطلاعية، أهدافها وعينتها
- 3- وصف أدوات الدراسة
- 4- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
- 5- الدراسة الأساسية.
- 6- الأساليب الإحصائية المستخدمة .

خلاصة الفصل

تمهيد

تطرقنا في الفصول السابقة إلى الجانب النظري، ويتم في هذا الفصل عرض الجانب الميداني للدراسة، حيث يحتوي هذا الفصل على الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والمكون من: منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، أهدافها وعينتها، ثم وصف أدوات الدراسة، بعد ذلك بعض الخصائص السيكومترية لأداتي الدراسة، بالإضافة إلى الدراسة الأساسية، لننتقل إلى وصف عينة الدراسة الأساسية وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

1- المنهج

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف عن العلاقة بين الأرق والقدرة على حل المشكلات لدى المرضى والمرضات المناوبين، ببعض المصالح الإستشفائية بمدينة ورقلة، وذلك بجمع البيانات وتفسيرها ما يمكن من فهم العلاقة، والمنهج الملائم لهذا النوع من الدراسات هو المنهج الوصفي الذي "يقوم بالبحث عن أوصاف دقيقة للظاهرة المراد دراستها، من خلال جمع البيانات بطريقة كمية أو كيفية عن الظاهرة المحددة مع محاولة تفسير هذه الحقائق تفسيراً كافياً" (فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة، 2002، ص 87)

2- الدراسة الإستطلاعية:

وهي تعتبر خطوة تمهيدية قبل الإنخراط في البحث الأساسي، ومنه لإجراء أي بحث لا بد على الباحث من إجراء الدراسة الإستطلاعية حتى يطمئن على صلاحية خطته، وأدواته وملائمة الظروف للبحث الأساسي الذي ينوي القيام به.

أ- أهداف الدراسة الإستطلاعية: يمكن تلخيص أهم أهدافها في ما يلي:

- ❖ تحديد أهم الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.
- ❖ التعرف على الصعوبات التي قد تواجه الباحث، قصد تجنبها حتى يتسنى له القيام بالدراسة الأساسية.

ب- عينة الدراسة الإستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من 30 ممرض وممرضة منهم 6 ذكور و 24 إناث واختيرت العينة بطريقة عشوائية بسيطة

3- وصف أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية تم استخدام الأداة التاليتين: مقياس الأرق، مقياس القدرة على حل المشكلات.

أ- وصف مقياس الأرق:

تم استخدام مقياس الأرق في هذه الدراسة بهدف الكشف عن درجة الأرق لدى الممرضين المناوبين، في بعض المصالح الإستشفائية العمومية، بمدينة ورقلة والذي أعد من طرف (مجدي محمد الدسوقي، وسميرة محمد شند، 2006) بالأردن

لقد أشار معدا المقياس أن بنود هذا المقياس، قد اشتقت من التراث السيكلوجي وخاصة من الكتابات والآراء النظرية التي تناولت الأرق وهي: "(إيسبي، 1991، بوتزن وبيرلنز، 1992 ميندلسون 1995، كوفير ورينولدز، 1997، بوتزن وريدر، 1997، إيدي ووالبروهيل، 1999، هارفي، 2002 هارفي وبابن، 2002، هارفي وآخرون، 2002 سميث وآخرون، 2002)" (مجدي محمد الدسوقي سميرة محمد شند، 2006، ص35)

حيث كانت في البداية عبارة عن 22 بندا أو عبارة صياغة بالعربية الفصحى، وبعد عرضه على المحكمين المتخصصين، في علم النفس والصحة النفسية للحكم على ما مدى صلاحيته وصدق عباراته في قياس الأرق، أدى هذا الإجراء إلى استبعاد عبارتين وبذلك أصبح المقياس يتكون من 20 عبارة، وبعد ذلك تم تطبيق الصورة النهائية له على عينة مبدئية من الطلاب، عددها 60 طالبا وطالبة وقد اتضح بعد التطبيق، أن المقياس على درجة عالية من البساطة والوضوح وأنه مناسب للتطبيق.

احتوى 5 أبعاد وهي: 1-أرق مواصلة النوم، 2-أرق بداية النوم، 3-أرق نهاية النوم، 4-أعراض النوم، 5-كمون بداية النوم.

يتم تطبيق الاختبار جماعي، أما عن عدد الفقرات السالبة فهي: (7/6/3/2/1) والباقي كلها إيجابية (15 فقرة).

❖ طريقة تصحيح المقياس:

لقد وضع المقياس تعليمات بسيطة، تتضمن أن يجب المفحوص على كل بند من بنود المقياس تبعا لبدائل ثلاثة وهي: غالبا، أحيانا، نادرا، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزانا متدرجة غالبا(3)، أحيانا(2)، نادرا(1)، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على

المقياس مع ملاحظة أن العبارات التي تحمل أرقام 1،2،3،6،7، هي عبارات سالبة تصحح في الاتجاه العكسي غالباً(1)، أحياناً(2)، نادراً(3)، والدرجة المرتفعة من المقياس تشير إلى أن الفرد يعاني من الأرق والعكس صحيح. وهذا حسب ما أشار إليه مؤلفا الاختبار(مجدي محمد الدسوقي، وسميرة محمد شند، 2006، ص37)

ب- وصف مقياس القدرة على حل المشكلات:

هذا المقياس أعده كل من: هبner وبترسين سنة 1982، قام بترجمته (نزيه حمدي سنة 1998) يتضمن هذا المقياس عبارات تصف الطريقة التي يستخدمها الناس عادة في التعامل مع مشكلات الحياة اليومية، وقد تم استخدامه في هذه الدراسة بهدف تحديد درجة حل المشكلات، لدى الممرضين المناوبين في بعض المصالح الإستشفائية بمدينة ورقلة.

تضمن المقياس خمسة أبعاد هي: 1-التوجه العام، 2- تعريف المشكلة، 3- توليد البدائل، 4- إتخاذ القرار. أما عن عدد فقراته فهي (40) فقرة تتراوح بين الموجبة والسالبة. بدائل الأجوبة هي : 1- لا تنطبق أبداً (1)، 2- تنطبق بدرجة بسيطة(2)، 3-تنطبق بدرجة متوسطة (3)، 4-تنطبق بدرجة كبيرة (4).

طريقة التصحيح:

❖ الأوزان في حالة الفقرات ذات الاتجاه الموجب تصحح بالشكل التالي:

❖ لا تنطبق أبداً (1)، 2- تنطبق بدرجة بسيطة (2)، 3- تنطبق بدرجة متوسطة (3)، 4 - تنطبق بدرجة كبيرة (4)

❖ في حالة الفقرات ذات الاتجاه السالب يتم عكس الأوزان

❖ الفقرات السالبة على المقياس هي:

(/40/38/37/36/35/32/31/30/27/26/24/21/18/16/14/13/10/9/8/5)

❖ تحسب الدرجات الفرعية على المقياس على النحو التالي:

❖ للتوجه العام: تقيسه الفقرات (36/31/26/21/16/11/6/1)

❖ تعريف المشكلة: تقيسه الفقرات (37/32/27/22/17/12/7/2)

❖ توليد البدائل: تقيسه الفقرات (38/33/28/23/18/13/8/3)

❖ اتخاذ القرار: تقيسه الفقرات (39/34/29/24/19/14/9/4)

❖ التقييم: تقيسه الفقرات (40/35/30/25/20/15/10/5)

تتراوح كل درجة فرعية بين (8-32)

تفسير العلامات على المقياس كالتالي:

(40-80) مؤشر نقص في مهارة حل المشكلات

(80- فما فوق) كفاءة في حل المشكلات

(ندى البشارة، 2010)

4- بعض الخصائص السيكومترية لأداتي الدراسة

أولاً: حساب الصدق

أ- صدق مقياس الأرق:

يقصد بالصدق أن يقيس الاختبار فعلا القدرة، أو السمة، أو الاتجاه، أو الاستعداد أي السلوك الذي وضع لقياسه.

"يمكننا القول بأن الاختبار صادق عندما يقيس ما وضع لقياسه" (بشير معمرية، 2002، ص180)

1- صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأرق:

يعتمد جوهر هذه الطريقة على أحد مفاهيم الصدق، وهو قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها، حيث يطبق المقياس على مجموعة من المفوضين، ثم ترتب الدرجات التي تحصلوا عليها ترتيباً تنازلياً، ثم يقارن بين متوسطات درجات الأقوياء بمتوسطات درجات الضعفاء، ثم حساب دلالة الفروق بين هذه المتوسطات.(السيد محمد أبو هاشم حسن، 2002، ص26) والجدول التالي يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية للمقياس في الدراسة الحالية.

الجدول رقم (01) يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأرق

الدالة الإحصائية	قيمة sig	قيمة ت	درجة الحرية	العينة الدنيا		العينة العليا	
				المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
دالة	0.00	10.24	16	2.77	47.77	3.57	32.33

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي، للمجموعة العليا قدر ب (32.33)، والانحراف المعياري لها قدر ب (3.57)، بينما المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا قدر ب (47.77)، والانحراف

المعياري لها هو (2.77)، أما بالنسبة لدرجة الحرية، فهي (16) في حين قيمة (ت) تساوي 10.24 أما قيمة sig قد بلغت 0.00 وهي أقل من 0.05 ومنه نستنتج أنها دالة.

وعليه فإن المقياس على قدر من الصدق يمكن استخدامه في الدراسة الأساسية.

2- الصدق الذاتي لمقياس الأرق: هو يمثل الجذر التربيعي للثبات، حيث بلغت قيمته في مقياس الأرق (0.88) وهي عالية موجبة، ومنه نستخلص أن الاختبار صادق ويمكن تطبيقه في الدراسة الحالية.

❖ صدق مقياس الأرق حسب مؤلفا المقياس مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند:

للتحقق من صدق المقياس قام معدا المقياس بأربعة أنواع من الصدق و أدرجنا طريقتين وهما:

1- الصدق التقاربي: حيث توصل المصممان إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم(02) يوضح نتائج الصدق التقاربي لمقياس الأرق

العينة	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
طلاب الجامعة	مقياس القلق	0.70	0.01
العينة=100	مقياس الاكتئاب	0.63	0.01
الراشدون	مقياس القلق	0.69	0.01
العينة=100	مقياس الاكتئاب	0.56	0.01
كبار السن	مقياس القلق	0.57	0.01
العينة=50	مقياس الاكتئاب	0.61	0.01

حيث اتضح من الجدول وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، بين الأرق وكل من القلق والاكتئاب لدى جميع أفراد عينة التقنين، حيث تبرهن هذه النتائج على الصدق التقاربي للمقياس.

(مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند، 2006، ص39)

في حين تم حساب الصدق التمييزي للمقياس من طرف مصمما المقياس كما يلي:

2- الصدق التمييزي:

طبق المقياس على أفراد عينة التقنين، وتم حساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى (27) ودرجات أدنى (27)، لأفراد كل مجموعة عمرية على حدة، فجاءت قيمة النسبة الحرجة لطلاب وطالبات الجامعة (16.63)، في حين نسبة الراشدين والراشدات هي (20.06) أما عند كبار السن فقد بلغت (9.75) وهذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد الذين

يعانون من الأرق، والأفراد الذين لا يعانون من الأرق. (مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند 2006، ص37)

ب- صدق مقياس القدرة على حل المشكلات

1- صدق المقارنة الطرفية لمقياس القدرة على حل المشكلات.

تم حساب صدق مقياس القدرة على حل المشكلات في الدراسة الحالية بالطرق التالية:

الجدول رقم (03) يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس القدرة على حل المشكلات

الدلالة الإحصائية	قيمة sig	قيمة ت	درجة الحرية	العينة الدنيا		العينة العليا	
				المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
دالة	0.00	8.58	16	128.77	7.75	96.22	8.31

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي، للمجموعة العليا قدر ب (96.22)، والانحراف المعياري لها قدر ب (8.31)، بينما المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا قدر ب (128.77)، والانحراف المعياري لها هو (7.75)، أما بالنسبة لدرجة الحرية، فهي (16) في حين قيمة (ت) تساوي 8.58، أما قيمة sig قد بلغت 0.00 وهي أقل من 0.05 وبالتالي هي دالة.

2- الصدق الذاتي لمقياس القدرة على حل المشكلات: يمثل الجذر التربيعي للثبات، حيث بلغت قيمته في مقياس القدرة على حل المشكلات (0.91) وهي عالية موجبة، ومنه نستخلص أن الاختبار صادق ويمكن تطبيقه في الدراسة الحالية.

أما صاحب المقياس (نزيه حمدي) فقد استخدم نموذج هبner وبترسين Heppner et Petersen وطوره على عينة من طلاب الجامعة الأردنية وجامعة البحرين، حيث بلغت العينة الإجمالية (434) حيث تمت الإشارة إلى أن معاملات الصدق كانت عالية (نوال بريقل، 2015، ص144).

ثانياً: حساب الثبات

أ- ثبات مقياس الأرق

يعتبر ثبات الاختبار الخاصية الأخرى التي يجب التحقق منها، للتأكد من صلاحية الاختبار قبل تطبيقه، ويقصد بالثبات ضمان الحصول على نفس النتائج تقريبا إذا أعيد تطبيق الاختبار على نفس

المجموعة من الأفراد، وهذا يعني قلة تأثير عوامل الصدفة أو العشوائية على نتائج الإختبار. (محمد أبو هاشم حسن، 2002، ص3)

1- ثبات مقياس الأرق وفق طريقة معامل ألفا كرومباخ

للتأكد من ثبات مقياس الأرق في الدراسة الحالية، تم الاستعانة بمعامل ألفا كرومباخ ، ويعتبر هذا الأخير من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، والنتائج التي تحصلنا عليها موضحة في الجدول أدناه.

الجدول رقم(04) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس الأرق بألفا كرومباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا
مقياس الأرق	20	0.78

تم في الدراسة الحالية حساب ثبات ألفا كرومباخ ، حيث يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة ألفا كرومباخ قدرت ب (0.78)، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى عال من الثبات، وبناء على هذا يمكننا الاعتماد على مقياس الأرق في هذه الدراسة.

2- ثبات مقياس الأرق وفق طريقة التجزئة النصفية

تم حساب ثبات المقياس بعد تطبيقه على عينة استطلاعية شملت 30 ممرض وممرضة وذلك بتقسيم الإختبار الواحد إلى نصفين الأول يحوي البنود الفردية، والثاني يحوي البنود الزوجية ثم حساب معامل الارتباط (بيرسون) ثم تعديلها بمعادلة (سييرمان براون) وذلك للتصحيح من أثر التجزئة. والنتائج المتحصل عليها يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم(05) يوضح نتائج ثبات مقياس الأرق بطريقة التجزئة النصفية

الأداة	"ر" قبل التعديل	"ر" بعد التعديل
الأرق	0.45	0.62

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ر" قبل التعديل قدرت ب (0.45) وبتعديلها بمعادلة سييرمان براون التصحيحية تحصلنا على مستوى عال من الثبات قدر ب(0.62)، وهذا ما يؤكد ثبات المقياس.

❖ ثبات مقياس الأرق حسب مصمما المقياس:

بالنسبة لثبات المقياس قد قاما مصمما المقياس كذلك بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقتين لحساب الثبات، تمثلت الأولى في:

أولاً: طريقة إعادة الإجراء: فتحصلا على معاملات ثبات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بقدر عالي من الثبات.

ثانياً: طريقة التجزئة النصفية: فتحصلا على معاملات ثبات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على أن المقياس يتمتع بقدر عالي من الثبات. (مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند 2006، ص44-45)

ب- ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات:

1- طريقة معامل ألفا كرومباخ :

للتأكد من ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات في الدراسة الحالية، تم الاستعانة بمعامل ألفا كرومباخ للتجانس، الذي يعتبر من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، حيث كانت النتائج التي تحصلنا عليها كما يلي:.

الجدول رقم(06) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات بألفا كرومباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا كرومباخ
مقياس القدرة على حل المشكلات	40	0.84

تم في الدراسة الحالية حساب ثبات ألفا كرومباخ، حيث يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة ألفا كرومباخ قدرت ب (0.84)، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى عال من الثبات، وبناء على هذا يمكننا الاعتماد على مقياس القدرة على حل المشكلات في هذه الدراسة.

2- طريقة التجزئة النصفية:

للتأكد من ثبات المقياس قمنا بحسابه عن طريق التجزئة النصفية، والتي كانت نتائجها كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم(07) يوضح نتائج ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات بطريقة التجزئة النصفية

الأداة	"ر" قبل التعديل	"ر" بعد التعديل
مقياس القدرة على حل المشكلات	0.71	0.80

نلاحظ من الجدول الموضح في الأعلى أن قيمة ر قبل التعديل بلغت 0.71، وبعد التعديل هي: 0.80 وهي قيمة عالية موجبة مما يدل على صدق المقياس.

❖ ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات حسب مترجمه (نزيه حمدي) وطوره على عينة من طلاب الجامعة الأردنية وجامعة البحرين، حيث بلغت العينة الإجمالية (434) وكانت معاملات الثبات عالية (نوال بريقل، 2015، ص144).

5- عينة الدراسة الأساسية

أ- وصف عينة الدراسة الأساسية

تم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة قوامها 92 ممرض وممرضة خلال الفترة الزمنية 10 مارس إلى 10 أبريل، باستخدام أداتي الدراسة المتمثلة في مقياس الأرق ومقياس القدرة على حل المشكلات ببعض المصالح الإستشفائية بتفرت، حاسي مسعود، وورقلة

ب- نوع وحجم عينة الدراسة الأساسية

تم اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها 92 ممرض وممرضة مناوبين، من بعض المصالح الإستشفائية لولاية ورقلة تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (22-53 سنة).

ج - خصائص العينة الأساسية للدراسة

1- توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يمكن تلخيص خصائص العينة الأساسية للدراسة من حيث الجنس في الجدول التالي :

الجدول رقم(08) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

المؤشرات	ذكور	إناث	المجموع
عدد الممرضين	42	50	92
النسبة المئوية	%45.65	%54.34	%100

يتضح من الجدول السابق أن عدد الممرضين الذكور بلغ (42) بنسبة قدرت ب (45.65%)، بينما عدد الإناث الممرضات بلغ (50 ممرضة) بنسبة قدرت ب (54.34%).

2- توزيع أفراد العينة حسب السن

يتوزع أفراد العينة حسب السن كما هو موضح فيما يلي:

الجدول رقم (09) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متوسط السن

المؤشرات	أقل من 35 سنة	أكبر من 35 سنة	المجموع
عدد الممرضين	50	42	92

النسبة المئوية	54.34 %	45.65 %	100 %
----------------	---------	---------	-------

يتضح من الجدول السابق أن عدد أفراد الفئة العمرية (الأقل من 35 سنة) بلغ 50 ممرض بنسبة قدرت ب (54.34%) بينما عدد أفراد الفئة العمرية (الأكثر من 35 سنة) بلغ 42 ممرض بنسبة قدرت ب (45.65%).

3- توزيع أفراد العينة حسب مصلحة العمل

يتوزع أفراد العينة حسب مصلحة العمل كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح توزيع أفراد العينة حسب مصلحة العمل

اسم المصلحة	تكرار العينة	النسبة المئوية (%)
م جراحة العظام	14	15,21
م أمراض النساء	19	20,65
م الأنشطة الصحية	1	1,08
م الإنعاش	2	2,17
م الأشعة	6	6,52
م الاستجالات	8	8,69
المخبر	1	1,08
م طب الأطفال	9	9,78
م السرطان	5	5,43
م تصفية الدم	4	4,34
م العمليات الجراحية	15	16,3
م الاستقبال والتوجيه	8	8,69
المجموع	92	100

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أن عدد المصالح قد بلغ 12 مصلحة، حيث كانت أكبر نسبة للتكرار هي مصلحة أمراض النساء بنسبة مئوية قدرت ب 20.65%.

4- توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية:

يتوزع أفراد العينة حسب الأقدمية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الأقدمية

المؤشر	أقل من 10 سنوات أقدمية	أكبر من 10 سنوات أقدمية	المجموع
عدد الممرضين	49	43	92

النسبة المئوية	%53.26	%46.73	100%
----------------	--------	--------	------

يتضح من الجدول أن عدد الممرضين الذين لديهم (أقل من 10 سنوات أقدمية)، بلغ (49) ممرض بنسبة قدرت ب(53.26 %)، أما عدد الممرضين الذين لديهم (أكبر من 10 سنوات أقدمية)، قد بلغ(43) ممرض بنسبة قدرت ب(46.73%).

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لقد تمت معالجة بيانات الدراسة الحالية باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- ❖ اختبار(ت) لحساب صدق المقارنة الطرفية لعينتين و معالجة الفرضية الثانية والثالثة والخامسة.
- ❖ معامل ارتباط بيرسون لحساب الثبات ومعالجة الفرضية الأولى.
- ❖ تحليل التباين الأحادي لمعالجة الفرضية الرابعة.
- ❖ تم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS (نسخة 19) في معالجة البيانات.

خلاصة الفصل

تطرقنا في هذا الفصل إلى منهج الدراسة وهو المنهج الوصفي، ثم الدراسة الاستطلاعية (أهدافها وعينتها) والتي كان عددها 30 ممرض وممرضة، كما تناولنا وصف أدوات الدراسة بالإضافة إلى بعض الخصائص السيكمترية لأداتي الدراسة (منها الصدق والثبات) كما تناولنا الدراسة الأساسية وخصائصها من حيث السن الجنس، عدد المصالح التي يعمل بها الممرضون، وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الجانب الميداني

الفصل الخامس : عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة

عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة الميدانية على التوالي: الفرضية الأولى ، الفرضية الثانية ، الفرضية الثالثة ، الفرضية الرابعة ، الفرضية الخامسة.

1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

نص هذه الفرضية هو: توجد علاقة سالبة ضعيفة ، بين درجة الأرق والقدرة على حل المشكلات، لدى مرضي المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة. للتحقق من صحة هذه الفرضية تم الاعتماد على المعالجة الإحصائية، باستخدام معامل ارتباط بيرسون، والنتائج التي تحصلنا عليها موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم(12) يوضح العلاقة بين درجة الأرق و القدرة على حل المشكلات

المتغيرين	العينة	قيمة بيرسون	قيمة sig	القرار الإحصائي
الأرق و القدرة على حل المشكلات	92	-0.25	0.01	دالة

يتضح من خلال النتائج الموضحة في الجدول، أن العدد الإجمالي لعينة الدراسة الأساسية بلغ 92 ممرض وممرضة ، حيث قدرت قيمة بيرسون (ر) ب -0.25، في حين قيمة sig تساوي 0.01 وبما أن قيمة sig أقل من 0.05 فهي دالة وعليه نقبل فرضية البحث وتبقى الفرضية على الصياغة التالية " توجد علاقة سالبة ضعيفة بين درجة الأرق والقدرة على حل المشكلات لدى مرضي، المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة."

2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه تختلف درجة الأرق، لدى ممرضين المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن.

للتحقق من صحة هذه الفرضية، قمنا بحساب متوسطات الدرجات، وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للجنسين، حيث تم إجراء اختبار T-test لدراسة الفروق بين المتوسطين كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم (13) يوضح الفروق في درجة الأرق لدى أفراد العينة حسب السن

متغير	المرضى	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة Sig	الدلالة الإحصائية
الأرق	الأقل من 35 سنة	50 ممرض	40.40	7.14	90	0.97	0.33	غير دالة
	الأكثر من 35 سنة	42 ممرض	39.04	5.90				

من خلال ملاحظتنا للنتائج المسجلة في الجدول أعلاه، والخاصة بالفروق في درجة الأرق لدى المرضى، أن عدد المرضى الأقل من سن 35 سنة هو 50 ممرض، بمتوسط حسابي بلغ 40.40 وانحراف معياري، قدر بـ 7.14، في حين عدد المرضى الأكبر من سن 35 سنة، هو 42 ممرض بمتوسط حسابي بلغ 39.04 و انحراف معياري، قدر بـ 5.90، في حين درجة الحرية هي 90، بينما قيمة ت المحسوبة قدرت بـ 0.97، أما قيمة **Sig** قدرت بـ 0.33، وعليه فإن قيمة ت غير دالة. أي نرفض فرضية البحث ونقبل الفرضية الصفرية وهي: لا تختلف درجة الأرق لدى، ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

نص هذه الفرضية هو: تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الجنس.

تم التحقق من صحة هذه الفرضية عن طريق اختبار T-test والنتائج التي أسفرت عليها المعالجة الإحصائية للبيانات يوضحها الجدول الآتي:

الجدول رقم (14) يوضح الفروق في درجة الأرق لدى أفراد العينة حسب الجنس

درجات	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة sig	الدلالة الإحصائية
الأرق	أنثى	50	40.40	7.14	90	0.97	0,33	غير دالة
	ذكر	42	39.04	5.90				

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الإناث فيما يخص درجات الأرق، هو 50 ممرضة بمتوسط حسابي قدر ب 40.40، وانحراف معياري بلغ 7.14 بينما عدد الذكور هو 42 ممرض بمتوسط حسابي قدر ب 39.04، وانحراف معياري بلغ 5.90، عند درجة حرية هي 90، في حين قيمة ت تساوي 0.97 أما قيمة **Sig** فهي 0.33، وبالتالي هي غير دالة أي نرفض فرضية البحث ونقبل الفرضية الصفرية وهي: لا تختلف درجة الأرق لدى ممرضين المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الجنس.

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

نص هذه الفرضية هو: تختلف درجة الأرق لدى ممرضين المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة، باختلاف نوع المصلحة التي يعمل بها الممرض.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بحسابها إحصائيا بتحليل التباين الأحادي، وقد تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (15) يوضح التباين الأحادي في درجات الأرق وفق نوع المصلحة التي يعمل بها الممرض

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (ف)	قيمة Sig	الدلالة الإحصائية
الأرق	بين المجموعات	504.01	50.40	1.17	0.31
	داخل المجموعات	3465.63	42.78		

يتضح من الجدول السابق أن مجموع المربعات بين المجموعات هو: 504.01 بمتوسط قدر ب 50.40، في حين كان مجموع المربعات داخل المجموعات يساوي 3465.63 بمتوسط قدر ب 42.78 أما عن قيمة (ف) فهي 1.17، و قدرت قيمة **Sig** ب 0.31 ومنه نلاحظ أن قيمة **Sig** أكبر من قيمة

0.05 وعليه نقول أنها غير دالة. وبالتالي : نرفض فرضية البحث ونقبل الفرضية الصفرية وهي: لا تختلف درجة الأرق لدى ممرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف المصلحة التي يعمل بها الممرض.

5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

جاءت هذه الفرضية كما يلي: تختلف درجة الأرق لدى، ممرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة، باختلاف الأقدمية.

للتحقق من صدق هذه الفرضية من عدمها قمنا بحسابها باختبار(ت) والنتائج جاءت كما هي في الجدول الآتي:

جدول رقم (16) يوضح الفروق في درجة الأرق لدى أفراد العينة حسب الأقدمية:

درجات	الممرضين	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	قيمة sig	الدلالة الإحصائية
الأرق	الأقل من 10 سنوات أقدمية	49	40.51	7.36	90	1.13	0.26	غير دالة
	الأكبر من 10 سنوات أقدمية	43	38.95	5.58				

نستخلص من الجدول الموضح أعلاه، أن عدد الممرضين الأقل من 10 سنوات خبرة بلغ 49 ممرض بمتوسط حسابي قدر ب 40.51 بانحراف معياري هو 7.36 في حين بلغ عدد الممرضين الأكبر من 10 سنوات خبرة 43 ممرض بمتوسط حسابي بلغ 38.95 وانحراف معياري قدر ب 5.58 أما قيمة (ت) المحسوبة فكانت 1.13، في حين قيمة **Sig** قدرت ب 0.26 ومنه فهي أكبر من 0.05 أي غير دالة وبالتالي نرفض فرضية البحث ونقبل الفرضية الصفرية وهي: لا تختلف درجة الأرق لدى ممرضي المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الأقدمية

خلاصة الفصل:

لقد عرضنا في هذا الفصل نتائج فرضيات الدراسة وذلك كما يلي: عرض نتائج الفرضية الأولى والتي تحققت، ثم عرض نتائج الفرضيات على التوالي الثانية ، الثالثة ، الرابعة ، الخامسة والتي لم تتحقق وقد تم تبني الفرضيات الصفرية.

الجانب الميداني

الفصل السادس : تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

- 1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
- 2 - تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
- 3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
- 4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
- 5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

خلاصة الفصل

تمهيد

بعدها تناولنا في الفصل السابق (الفصل الخامس) عرض وتحليل نتائج الدراسة، نقوم في هذا الفصل بتفسير ومناقشة النتائج المتحصل عليها .

1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى :

من خلال عرض نتائج الفرضية الأولى توصلنا إلى أنه توجد علاقة سالبة ضعيفة بين درجة الأرق و القدرة على حل المشكلات لدى ممرضى المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة. نفسر ذلك بأن: وظيفة النوم هامة جدا في حياة الفرد، ولاسيما الممرض كون النوم يعطي الطاقة، الحيوية، والبناء للجسم حيث يمكن الفرد من الراحة بعد يوم أو دوام مليء بالمتاعب، لهذا أغلب الأفراد الذين ينامون بالقدر الكافي يتميزون بالحيوية، النشاط، ونضارة الوجه، وقلة الأمراض. في حين نجد الأفراد الذين يشكون من قلة النوم أو انعدامه (الأرق) كثيرا ما يعانون من: شحوب الوجه، ونلاحظ بطء الإستجابة عندما نكون في حوار معهم، كذلك الشكوى من أمراض عدة منها: الصداع، الدوار اضطرابات الأكل، آلام المفاصل، وفوق كل ذلك لا يستطيعون التركيز بالإضافة إلى زيادة الحساسية لديهم، التوتر، والقلق.

هذا بصفة عامة ما يتصف به الفرد الذي يعاني من اضطرابات النوم، بغض النظر عن جنسه عمره، وعمله، أما في ما يخص العامل فكيف يكون الحال بعد ليلة بات فيها يستمع إلى كل خلية في جسمه، ويتحسس نبض قلبه، ويتمنى في كل دقيقة أن ينام ولو برهة تعطيه طاقة اليوم الموالي، أكيد يكون في حالة من الصراع بين حاجته للعمل من جهة ومطالب جسمه من جهة أخرى خاصة إذا كان يشغل وظيفة حساسة في المجتمع وتتطلب منه الدقة والتركيز والتواصل السريع مع حضور سيكولوجي وفسولوجي، بمعنى آخر إذا كان ممرضا هذا يعني أن إرهاقه الناتج عن المعاناة من الأرق ينعكس حتما على أفكاره، وكيفية تعامله مع المرضى لهذا طريقة تعامله مع مشكلات حياته الأسرية، النفسية، والمهنية تكون مضطربة أي لا يقوم بحل هذه العقبات وفق خطوات أو مراحل مبسطة تجعله يتخطاها بكل يسر و دون عواقب، وهذا ما لاحظناه عند عينة الدراسة سواء عند مقابلتنا لهم في مقر عملهم أو عن طريق معايشتنا لهم في المحيط القريب. ونلاحظ أن انعكاسات اضطرابات النوم (الأرق) تزيد حدتها خاصة إذا كان الممرض مناوبا لأن المناوبة بصفة عامة لها آثار على صحة الفرد الجسمية والنفسية والمعرفية مما يعيق الفرد عن حل المشكلات الحياتية التي تصادفه.

هذا ما تؤكدته دراسة (رايان، Rayan) سنة 1980:

حيث ركزت هذه الدراسة على قياس التعب الناتج عن العمل المتواصل، ومقارنة مفعول بعض الوظائف العصبية في أيام الراحة، بنتائج قياس التعب بعد القيام بالعمل بصفة عامة، من النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة ما يلي:

تم تسجيل بعض الاضطرابات كالتأخر في استجابة انقباض أصبع الإبهام، وارتفاع في حركة الاهتزاز في حالة الوقوف، قلة تأزر العينين واليدين، سوء التكيف البصري، ونقص في سرعة الحسابات الذهنية إضافة إلى ذلك تم الكشف عن: نقص في القدرة على التفريق بين بعض الإحساسات السمعية وفقدان فعالية العمليات المشتركة، بسبب العمل المتواصل لفترة طويلة من الزمن (8 ساعات) (لعريط بشير، 2007، ص119).

كما تؤيد نتيجة الفرضية الأولى دراسة أخرى حول " آثار الحرمان من النوم كلما زادت المدة " التي أجريت في سنة 1959 في أمريكا على شاب تطوع لخوض تجربة الحرمان من النوم لمدة 8 أيام متواصلة من اليقظة الكاملة أي (192) ساعة، حيث أجريت له قبل التجربة فحوصات شملت الصحة:الجسمية، النفسية العصبية والعقلية ويقصد إيقائه يقضا انشغل بعمل إذاعي وبعد انتهاء المدة المقررة كانت النتائج المسجلة هي كالتالي:

- ❖ اليوم الأول: لم تحدث أعراض
- ❖ اليوم الثاني: في نهايته بدأ يتوهم رؤية ما يشبه نسيج العنكبوت أمام عينه وتحولت البقع والنقوش على المائدة وكأنها حشرات مختلفة، وتوهم رؤية أرنب في مقصورة البث الإذاعي.
- ❖ بعد قضاء 100 ساعة من اليقظة بدا عليه العجز عن مواصلة الاختبارات التي تهدف إلى قياس الانتباه والتركيز والقدرة على حل المشكلات (المسائل).
- ❖ بعد مرور 110 ساعة بدأ يعاني من الهذيان وأصبح عالمه المرئي مملوء بخيالات وهمية غريبة
- ❖ بعد مرور 120 ساعة توهم أنه يرى حريقا وأصبح خائفا ويطلب النجدة.
- ❖ بدأ يشك بهويته ومن يكون هل هو الممثل الذي ظهرت صورته على الحائط أمامه؟ كما فقد قدرته على إدراك الزمان والمكان.
- ❖ ولكن حتى بعد مرور هذه المدة الطويلة من الحرمان ظهر متماسك الشخصية ومتمرن السلوك ولم يصدر عنه أي تجاوز أو أخطاء أو خروج عن المألوف.

❖ في اليوم الأخير من التجربة بدا الاختلال واضحا بين عالمه الواقعي والخيالي، وبدا يظهر أعراض الهلوسة بشكل واضح وتصور أن الطبيب الذي يفحصه مجهز للموتى وجاء لدفنه حيا مما دفعه للهرب من الطبيب.

❖ بعد الانتهاء من التجربة وقع نائما لمدة 13 ساعة واستيقظ بعدها راجعا إلى حالته الطبيعية قبل التجربة باستثناء أنه ظل يعاني من درجة طفيفة من الاكتئاب ولمدة ثلاثة شهور(علي محمود كاظم 2014، ص285-286)

كاستنتاج عام لما تم التطرق إليه سواء من ناحية التفسير أو الدراسات السابقة، نخرج بنتيجة مفادها أن للأرق آثار جسمية ونفسية تؤدي بالفرد إلى فقدان القدرة على حل المشكلات التي تصادفه في أغلب الأحيان.

2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

من خلال معالجة نتائج الفرضية الثانية تبين أنه، لا تختلف درجة الأرق لدى مرضي المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن.

إذ يمكن تفسير ذلك بأن الأرق لا يرتبط بعامل السن لدى أفراد العينة، وإنما يعود ذلك إلى عدة عوامل من بينها: اختلال فيزيونومية النوم حيث يعمل أفراد العينة ليلا وينامون نهارا، فهم بذلك يعملون في الوقت الذي يحتاج فيه الجسم للنوم، وينامون في الوقت الذي يستيقظ فيه بالإضافة إلى تعقد مطالب الحياة وتشابكها، كذلك فإن أفراد العينة (مرضي المناوبة) أغلبهم في سن تعددت فيه المسؤوليات وزادت فيه الاهتمامات مما يزيد من كثرة الإجهاد الذهني في أغلب الأحيان، وهذا ما ينطبق على المجتمع الذي توجد فيه عينة الدراسة، مما يسبب خلافا في توازن الحياة لديهم، وبالتالي المعاناة من بعض الأمراض الجسمية والنفسية مثل: القلق، اضطرابات نوم(أرق) الذي لاحظنا أن أسبابه كثيرة ومتنوعة من بينها: الطريقة التي يقضي بها الشخص السويقات التي تسبق النوم، إنشغال فكر الفرد بالهموم وترقب الأحداث حتى لو كانت سارة، فهل التفكير مقتصر على سن معينة؟ وهل السببين اللذان ذكرناهما يقتصران على فئة عمرية محددة؟

إن المتمعن في سيرورة الحياة يجد أن الرضيع يصاب بالأرق عندما تكون علاقته بأمه متوترة كذلك المراهق يعاني من الأرق أثناء فترة التغيرات الهرمونية التي يشهدها، خاصة إذا لم يجد التفهم والتقدير من الآباء والمحيط. أيضا الراشد يشكو من الأرق كلما زادت عليه الضغوطات النفسية والمتاعب الجسمية

بسبب تعدد المسؤوليات وتفرع الاهتمامات، أما المسن هو الآخر معرض للأرق بسبب عدم قدرته على النوم في الليل بالقدر الكافي، ونتيجة لذلك ينام بالنهار وعليه يصاب بالأرق.

ما يدعم تفسيرنا حول نتائج الفرضية الثانية في كون عدم وجود اختلاف في درجة الأرق باختلاف السن هو ما يراه مصمما مقياس الأرق أن الأرق يكون حتى لدى الأطفال لذا فإن : " ثلث الأطفال في عمر خمس سنوات، 15% في سن ست سنوات، 18% في عمر عشر سنوات، يستيقظون بشكل متكرر أثناء الليل، وهذا يعني أن اضطراب الأرق يبدأ مع أي سن. (مجدي محمد الدسوقي سميرة محمد شند ، 2006 ص13)

كما أن الأرق يكون لدى الشباب أيضا وهذا ما يضيفه مصمما المقياس "على الرغم من أن المشكلات المتعلقة بالنوم أكثر شيوعا بين الإناث ولاسيما في سن اليأس، وبين المرضى، وكبار السن والمدخنين ومدمني المشروبات الكحولية، إلا أن المثير للدهشة انتشار اضطرابات النوم بين الشباب حيث تصل نسبة انتشار الأرق بين الإناث إلى 80% في مقابل 30% لدى الذكور. (مرجع سبق ذكره، ص12)

(مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند ، 2006 ، ص13).

لاحظنا من خلال ما تم التطرق إليه أن الأرق يمكن أن يكون لدى الأطفال، أي في مرحلة الطفولة ويمكن أيضا أن يكون لدى الشباب، فهل من هم في أواسط العمر نقول عنهم أنهم في منأى عن الإصابة بالأرق؟ وللإجابة على هذا السؤال نجد أن لطفي الشربيني يرى "أنه يعاني من مشكلة الأرق أعداد كبيرة من الأفراد، وبمراجعة الدراسات المسحية لانتشار الأرق وجد أن مايقرب من 50% من الأفراد في منتصف العمر يعانون من مشكلة الأرق لبعض الوقت". (لطفي الشربيني، 2000، ص53)

في حين الأرق لدى كبار السن فإنه يكون حتمي في بعض الأحيان حتى ساد القول بأن كبار السن يحتاجون إلى نوم أقل أو غير قادرين على الحصول على قدر كاف من النوم (مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند ، 2006 ، ص13)

أخيرا يمكن أن نستخلص مما سبق طرحه أن الأرق يصاحب الإنسان من الميلاد إلى غاية الوفاة كما أنه لا يقتصر على سن دون سواه.

3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

من خلال حساب نتائج الفرضية الثالثة: اتضح لنا أنه لا تختلف درجة الأرق لدى، ممرضي المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية، بولاية ورقلة باختلاف الجنس.

نعلل ذلك بأن كلا الجنسين يعاني من الأرق، وذلك يعود إلى كون عينة الدراسة تعمل في نظام المناوبة وهذا الأخير، له انعكاسات على صحة الفرد بغض النظر عن جنسه سواء كان ذكرا أم أنثى أما إذا حاولنا الشرح أكثر فإننا لا نجد أن هناك أسباب للأرق، خاصة بالذكور وأخرى خاصة بالإناث إنما نجد أن السبب الرئيس يتعلق بمشكلات خاصة بالساعة البيولوجية، للفرد أيا كان ذكرا أم أنثى عاملا أو غير ذلك.

يشير لذلك مجدي محمد الدسوقي ، وسميرة محمد شند في قولهما " يكون الأرق مرتبط بمن يكون لديهم إيقاع متأخر في درجة الحرارة.

إلا أن نتيجة هذه الفرضية تختلف مع ما أشار إليه

" مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند " تصل نسبة انتشار الأرق بين الإناث إلى 80% في مقابل 30% لدى الذكور" (مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند ، 2006 ، ص12).

بما أن نسبة انتشار الأرق بين الإناث تصل إلى ضعف انتشاره، بين الذكور هل يعني ذلك أن الذكور ينامون بدرجة أفضل من الإناث؟ "إن ذلك ليس بالضرورة، فالمشكلة المتعلقة بالنوم تعتبر اضطرابا فقط إذا شعر الفرد بعدم الراحة تجاهها، فالإناث ربما يتم تشخيصهن غالبا على أنهن يعانين من الأرق، أو لديهن أرق لأنهن غالبا ما يتذكرن المشكلة، وليس بالضرورة أن يضطرب نومهن بدرجة أكبر، وربما يكن أكثر وعيا أو دراية بأنماط نومهن بدرجة أكبر من الذكور أو ربما يسعين إلى طلب المساعدة ويعترفن بوجود الاضطراب بدرجة أكبر" (مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند، 2006، ص13).

انطلاقا مما سبق يمكننا القول أن الأرق يرتبط بعوامل داخلية للفرد وليس بشكله، أو عمره، أو مهنته، حيث نواته الرئيسية هي وجود خلل في الساعة البيولوجية، التي تضبط نومنا وعليه هناك دراسة تؤكد أن

"الأرق يرتبط بخلل خاص بالساعة البيولوجية وتحكمها في درجة حرارة الجسم، حيث الأفراد الذين يعانون من الأرق نجد أن لديهم إيقاع متأخر في درجة الحرارة، لأن درجة حرارة أجسامهم لا تنخفض

ولا يشعرون بالنعاس أو الخمول إلا في وقت متأخر من الليل" (مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند، 2006، ص 13)

أي أن الأرق يكون نتاج تفاعلات أجسامنا من الداخل، ولهذا لا يمكن القول أنه يكون لدى الإناث أكثر أو العكس، بل يكون لدى من يشهدون لا توازن في ساعتهم البيولوجية أكثر.

4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

من خلال عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة: استخلصنا أنه لا تختلف درجة الأرق، لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف، نوع المصلحة التي يعمل بها الممرض. وعليه نبرر ذلك بما يلي:

حقيقة إن الواقع يفسر ذلك أيما تفسير، بمعنى أن الأرق لدى الممرضين لا يرتبط بنوع المصلحة التي يعملون بها وإنما يعود ذلك إلى: عدم رغبة الممرض في عمله، أو عدم رضاه عن أدائه، أو ضغط الأسرة عليه ومطالبته أكثر من طاقته أي أن الظروف التي تسبب الأرق لدى الممرض المناوب، تختلف من عوامل داخلية (خاصة بأفكاره، تصوراته لمهنته، أدائه، وأهدافه) إلى عوامل خارجية (خاصة بالمحيط).

لهذا فلممرض الذي يتصف بالإيجابية في ما يخص النقاط التي ذكرناها سابقا، (عوامل داخلية-عوامل خارجية)، فإنه في الأغلب تكون حياته تشهد نوع من الاستقرار النفسي والجسمي، وهذا ما رأيناه فعلا عندما كنا نجري دراستنا هاته على أفراد العينة، حيث خلصنا بأن المناوبة لها آثار خطيرة منها الأرق الذي يؤدي إلى ظهور أعراض جسمية ونفسية على الفرد والمجتمع وتزيد حدة هذه الأعراض كلما زادت مدة المناوبة وليس نوعية العمل.

5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

بعد معالجة البيانات الخاصة بالفرضية الخامسة: توصلنا إلى أنه لا تختلف درجة الأرق لدى ممرضى المناوبة، ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الأقدمية.

نفسر ما توصلنا إليه بما يلي: عدم وجود اختلاف في درجة الأرق لدى أفراد العينة (الممرضين) حسب عدد سنوات الخبرة، يرجع إلى التجانس بين أفراد العينة تقريبا حيث لاحظنا أن هذا التجانس موجود لدى ذوي الخبرة الأكبر أو الأقل من 10 سنوات، سواء من يملك خبرة عالية لمدة 33 سنة أو أقل من 01 سنة خبرة في مهنة التمريض، وهذا يتجلى في كون أفراد العينة يعانون من الأرق بسبب

اشتركهم تقريبا في نفس الخصائص والمميزات، مثل: العمل في مكان واحد وهو المستشفى، العمل نفس المدة تقريبا وهي 8 ساعات، خريجي معهد التعليم والتكوين شبه طبي، حيث حديثي الخبرة يعانون من اللاتوازن بين ما هو نظري و ما هو تطبيقي لديهم، وهذا ما تم التصريح به شفويا عند تطبيق استبيان الدراسة أما أصحاب الخبرة الطويلة يعانون من روتين العمل ، وضغط الحياة وتفرع مسؤولياتهم.

خلاصة الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين درجة الأرق والقدرة على حل المشكلات لدى ممرضي المناوبة ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة ، وأثر بعض المتغيرات كالسن، الجنس، المصلحة التي يعمل بها الممرض، الأقدمية.
قد توصلنا إلى النتائج التالية:

- ❖ توجد علاقة سالبة ضعيفة بين درجة الأرق والقدرة على حل المشكلات لدى عينة الدراسة.
- ❖ لا تختلف درجة الأرق لدى الممرضين المناوبين ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف السن.
- ❖ لا تختلف درجة الأرق لدى الممرضين المناوبين ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الجنس.
- ❖ لا تختلف درجة الأرق لدى الممرضين المناوبين ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف المصلحة التي يعمل بها الممرض.
- ❖ لا تختلف درجة الأرق لدى الممرضين المناوبين ببعض المصالح الإستشفائية بولاية ورقلة باختلاف الأقدمية.

اقتراحات الدراسة :

- انطلاقا من النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة، يمكن اقتراح ما يلي :
- ❖ دراسة الأرق مع متغيرات أخرى مثل: الوسواس القهري، فقدان الشهية العصبي.
- ❖ إنشاء مراكز خاصة للتدريب على التخفيف من حدة الأرق أو علاجه إن أمكن.
- ❖ دراسة الأرق بشكل معمق، وذلك بدراسة حالات مشخصة طبيا لمعرفة هذا الاضطراب، وبالتالي إمكانية علاجه بأحسن الطرق.
- ❖ التعامل بذكاء عاطفي مع مرضى الأرق بسبب حساسيتهم المفرطة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1-الكتب:

- 1- ألكسندر بوربلي، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، 1992، أسرار النوم، عالم المعرفة للثقافة والنشر بيروت، لبنان.
 - 2- السيد محمد أبو هاشم حسن، 2007، منهجية البحث العلمي ، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع ط2، القاهرة.
 - 3- إيزاك م ماركس، ترجمة محمد عثمان نجاتي، التعايش مع الخوف، فهم القلق ومكافحته، دار الشروق. مرفت عبد الناصر، هموم المرأة، مكتبة مدبولي ، مطابع ستاربرس، القاهرة، مصر.
 - 4- بشير معمريّة، 2009، البحث النفسي في الجامعة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1999، المرشد في الطب النفسي منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، أكاديميا.
 - 5- حسين أبو رياش ، غسان يوسف قطيط، 2008، حل المشكلات، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، عمان الأردن.
 - 6- لطفي الشربيني، 2005، النوم، المشكلات والعلاج، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ط1 بيروت، لبنان.
 - 7- مجدي محمد الدسوقي، سميرة محمد شند، 2006، مقياس الأرق، مكتبة الأنجلو المصرية ب ط القاهرة، مصر.
 - 8- ندى البشارة، 2010، مقياس القدرة على حل المشكلات ، تم التحميل بتاريخ 2014/02/25، على الساعة 11.30 من الموقع التالي:
- <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?3139>
- 9 - فوقية حسن رضوان، 2003، دراسات في الاضطرابات النفسية، تشخيص، علاج دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، القاهرة، الكويت، الجزائر.

10- سنتيفن دبليو، وراسل جي، ترجمة نهى بهمن، 2015، النوم، مقدمة قصيرة جدا، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، ط1، مصر العربية.

11 - يحيى محمد نبهان، 2008، العصف الذهني وحل المشكلات، دار اليازوري للنشر والتوزيع عمان، الأردن.

2- المجالات:

12- أنور حموده البناء، 2008، المواقف الحياتية الضاغطة وعلاقتها باضطرابات النوم واليقظة لدى طلبة جامعة الأقصى في محافظة غزة، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنشائية)، العدد الثاني ص585-630، المجلد السادس عشر، جامعة الأقصى

13- حسن حميد الثقفي، 2006، تغيير الاتجاهات نحو مهنة التمريض، لدى عينة من الشباب السعودي من خلال برنامج إرشادي. السعودية.

14- لعريط بشير، 2007، الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة، أطروحة دكتوراه الجزائر.

15- عبد الحميد عبدوني وآخرون، العمل الليلي، ودوره في ظهور بعض اضطرابات النوم، (الأرق فرط النوم، اضطراب، جدول النوم واليقظة، لدى عمال الورديات الليلية. الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، عدد خاص.

16- علي محمود كاظم، 2014، قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة الإعدادية بجامعة بابل، كلية التربية الأساسية، العدد 35

17- عيسى بن محمد بن سالم بن المنوري، 2013، فعالية استراتيجية التنويم الإيحائي، لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الأرق في سلطنة عمان، الأردن.

18- سالم نوري صادق، مروة سالم نوري، 2013، أثر الإرشاد بأسلوب قطع الأفكار في خفض اضطراب النوم لدى طالبات جامعة بابل، مجلة آداب الفراهيدي، كلية التربية، للعلوم الإنسانية، المجلد 17 جامعة بابل، العراق.

19- نوال بريقل، 2015، دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية بولاية المسيلة، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.

3- المراجع باللغة الأجنبية

20- Thomase E Brown.and William j Mcmulen JR/Attenstion Deficit Disorders and Sleep/Arousal Disturbance/Yale university school of Medicine

الملاحق

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص علم النفس العيادي

إستبيان

إناث

الجنس: ذكور

السن:

عدد سنوات الخبرة:

إسم المصلحة التي تعمل فيها:

أخي الممرض أختي الممرضة :

يهدف هذا الإستبيان إلى التعرف على آرائك ووجهة نظرك حول مختلف المواقف التي تواجهك في حياتك اليومية والمطلوب منك فقط وضع علامة (X) في الخانة المناسبة مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك بصدق والتي تتبادر إلى ذهنك مباشرة وتأكدوا أن هذه المعلومات هي بغرض البحث العلمي فقط.

نشكركم على تعاونكم معنا

الرقم	العبارة	تنطبق بدرجة كبيرة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة بسيطة	لا تنطبق أبدا
1	أنظر إلى المشكلات كشيء طبيعي في حياة الإنسان		X		

الرقم	العبارة	تنطبق بدرجة كبيرة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة بسيطة
1	أنظر إلى المشكلات كشيء طبيعي في حياة الإنسان			
2	أعمل على جمع المعلومات حول المشكلة التي تواجهني			
3	أفكر بالجوانب الإيجابية والسلبية لكافة الحلول المقترحة			
4	أفكر بكافة البدائل التي قد تصلح لحل المشكلة			
5	أركز إنتباهي على النتائج الفورية للحل وليس على النتائج البعيدة			
6	أعتقد أنه لدي القدرة على التعامل مع مشكلات الحياة اليومية			
7	أحاول تحديد المشكلة بشكل واضح			
8	أجد من الصعب التفكير في حلول متعددة للمشكلة			
9	أحصر تفكيري بالجوانب الإيجابية للحل الذي أميل إليه			
10	أختار الحل الأسهل بغض النظر عما يترتب على ذلك			
11	أستخدم أسلوباً منظماً في مواجهة المشكلات			
12	عندما أحس بوجود مشكلة فإن أول شيء أفعله هو التعرف على ماهي المشكلة بالضبط			
13	أجد تفكيري منحصراً في حل واحد للمشكلة			
14	أحصر تفكيري بالجوانب السلبية للحل الذي أميل عليه			
15	أحرص على تقييم الحلول بعد تجربتها في الواقع			
16	أجد صعوبة في تنظيم أفكاري عندما تواجهني مشكلة			
17	أحرص على استخدام عبارات محددة لوصف المشكلة			
18	أجد نفسي منفعلاً حيال المشكلة إلى درجة تعيق قدرتي على التفكير			
19	أحاول التنبؤ بما ستكون عليه النتائج قبل أن أتبنى حلاً معيناً			
20	أعيد النظر في الحلول بعد تطبيقها بناء على مدى تطبيقها			
21	عندما تواجهني مشكلة فإنني أتصرف دون ما تفكير			

			أفحص العناصر المختلفة للموقف المشكل	22
			أسأل الآخرين عن رأيهم لكي أتعرف على احتمالات مختلفة للحل	23
			أختار الحل الذي يرضي الآخرين بغض النظر عن فاعليته	24
			عندما يكون حلي للمشكلة غير ناجح فإنني أحاول معرفة سبب ذلك	25
			أحرص على تأجيل التفكير في أي مشكلة تواجهني	26
			عندما تواجهني مشكلة لا أعرف بالضبط كيف أحدها	27
			لدي القدرة على التفكير بحلول جديدة لأي مشكلة	28
			أفكر بما يمكن أن يترتب على الحل في المدى القريب والبعيد	29
			أصر على تنفيذ الحل الذي توصلت إليه حتى عندما يظهر لي فشله في حل المشكلة	30
			أتجنب التحدث في الموضوع الذي تواجهني فيه المشكلة	31
			لأعرف كيف أصف المشكلة التي أواجهها	32
			عندما تواجهني مشكلة أفكر بكافة الحلول الممكنة قبل أن أتبنى واحدا منها	33
			أضع خطة لتنفيذ الحلول المناسبة	34
			ينتابني شعور بالغضب والعصبية عندما أجد أن الحل الذي توصلت إليه كان فاشلا	35
			ينتابني شعور باليأس إذا واجهتني أية مشكلة	36
			عندما تواجهني مشكلة لأعرف من أين أبدأ بحلها	37
			عندما تواجهني مشكلة فإنني أستخدم في حلها أول فكرة تخطر على بالي	38
			عندما تواجهني مشكلة فإنني أختار الحل الأكثر احتمالا للنجاح	39
			عندما تواجهني مشكلة فإنني لأشغل نفسي بتقييم الحلول التي أتوصل إليها	40

الرقم	العبرة	غالبًا	أحيانًا	نادرًا
1	أشعر بأنني لأعاني أي صعوبات في النوم			
2	أنام عددًا مناسبًا من الساعات			
3	أنام باستغراق (نومي عميق)			
4	أستيقظ من نومي مبكرًا دون الشعور بالراحة			
5	أعاني منذ فترة من صعوبة الدخول في النوم			
6	أستغرق وقتًا يقل عن نصف ساعة للدخول في النوم			
7	أنام بمجرد دخولي في الفراش			
8	يستغرق دخولي في النوم ما يزيد عن نصف الساعة			
9	يستغرق دخولي في النوم ما يزيد عن الساعة			
10	أظل مستيقظًا في الفراش لمدة ساعتين أو أكثر قبل أن يغلبني النعاس			
11	تنتابني غفوات النوم أثناء النهار رغما عني			
12	أستيقظ ليلاً وأجد صعوبة في مواصلة النوم مرة أخرى			
13	نومي متقطع			
14	نومي غير مستقر			
15	لأأخذ كفايتي من النوم			
16	أشعر بالخمول والتعب عند الإستيقاظ صباحًا من النوم			
17	تتكرر صعوبة دخولي في النوم عدة مرات في الأسبوع			
18	أستيقظ من النوم عدة مرات في الليلة الواحدة			
19	أشعر أنني لأستغرق في النوم			
20	أستيقظ مبكرًا في الصباح رغما عن إرادتي ولا أستطيع العودة إلى النوم مرة أخرى			

ملحق رقم (03) يوضح نتائج معامل ثبات القدرة على حل المشكلات بألفا كرومباخ

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,845	,840	40

ملحق رقم (04) يوضح نتائج ثبات مقياس القدرة على حل المشكلات بطريقة التجزئة النصفية

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,633
		N of Items	20 ^a
	Part 2	Value	,795
		N of Items	20 ^b
		Total N of Items	40
		Correlation Between Forms	,719
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	,836
		Unequal Length	,836
		Guttman Split-Half Coefficient	,808

ملحق رقم (05) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس القدرة على حل المشكلات

Group Statistics					
VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
VAR00001	1,00	9	96,2222	8,31832	2,77277
	2,00	9	128,7778	7,75851	2,58617

	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
VAR000	Equal	,357	,558	-8,586	16	,000	-32,55556	3,79164	-40,59348	-24,51764
01	variances assumed									
	Equal			-8,586	15,9	,000	-32,55556	3,79164	-40,59664	-24,51447
	variances not assumed				23					

ملحق رقم (06) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس الأرق بألفا كرومباخ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,787	,793	20

ملحق رقم (07) يوضح نتائج ثبات مقياس الأرق بطريقة التجزئة النصفية

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,670
		N of Items	10 ^a
Spearman-Brown Coefficient	Part 2	Value	,730
		N of Items	10 ^b
	Total N of Items		20
	Correlation Between Forms		,458
	Equal Length		,628
	Unequal Length		,628
	Guttman Split-Half Coefficient		,625

ملحق رقم (08) يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الأرق

	VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00001	1,00	9	32,3333	3,57071	1,19024
	2,00	9	47,7778	2,77389	,92463

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	1,421	,251	-10,247	16	,000	-15,44444	1,50718	-18,63953	-12,24936
	Equal variances not assumed			-10,247	15,078	,000	-15,44444	1,50718	-18,65549	-12,23340

ملحق رقم (9) يوضح نتائج الفرضية الأولى

الأرق	Pearson Correlation	1	-.258 [*]
	Sig. (2-tailed)		.013
	N	92	92
حلمشكلات	Pearson Correlation	-.258 [*]	1
	Sig. (2-tailed)	.013	
	N	92	92

ملحق رقم (10) يوضح نتائج الفرضية الثانية

Group Statistics

	السن	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الأرق	1.00	50	40.4000	7.14000	1.00975
	2.00	42	39.0476	5.90557	.91125

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
الارق	1.124	.292	.978	90	.331	1.35238	1.38275	-1.39469-	4.09945
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			.994	89.984	.323	1.35238	1.36013	-1.34977-	4.05453

ملحق رقم (11) يوضح نتائج الفرضية الثالثة

الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الارق 1.00	50	40.4000	7.14000	1.00975
الارق 2.00	42	39.0476	5.90557	.91125

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
الارق	1.124	.292	.978	90	.331	1.35238	1.38275	-1.39469-	4.09945
Equal variances assumed									
Equal variances not assumed			.994	89.984	.323	1.35238	1.36013	-1.34977-	4.05453

ملحق رقم (12) يوضح نتائج الفرضية الرابعة

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	504,015	10	50,401	1,178	,318
Within Groups	3465,637	81	42,786		
Total	3969,652	91			

ملحق رقم (13) يوضح نتائج الفرضية الخامسة

Group Statistics

الخبرة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الأرق 1.00	49	40.5102	7.36298	1.05185
2.00	43	38.9535	5.58891	.85230

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	
الأرق Equal variances assumed	2.890	.093	1.130	90	.262	1.55672	1.37803	-1.18098-	4.29442	