وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

شعبة: علم النفس

رقم التسجيل: .....

الرقم التسلسلي: .....

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس المدرسي

جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الطلبة الجامعيين المصابين بالأمراض المزمنة

"دراسة ميدانية بجامعة قالمة، عنابة، سكيكدة، قسنطينة

تاريخ المناقشة: 2021/07/13

إعداد:

- بن جخنون بلال
- زوايمية إيمان

جدول أعضاء لجنة المناقشة:

اللقب والاسم	الدرجة العلمية	الصفة
بن صغير كريمة	أستاذ محاضر "أ"	رئيسًا
العافري مليكة	أستاذ محاضر "أ"	مشرفاً مقررًا
هامل أميرة	أستاذ محاضر "أ"	مناقشاً

السنة الجامعية: 2020-2021

إهـــــداء

إلى من ساندتني في صلاتها ودعائها...

إلى من شاركتني أفراحي وأحزاني...

إلى أجمل ابتسامة في حياتي...

إلى نبع العطف والحنان...

إلى أروع وأقوى امرأة في الوجود...

أمي الغالية...

إلى أعز وأحن رجل في الكون...

أبي العزيز...

إلى أختاي العزيزتان وقرتا عيني...

قطر الندى ومنار...

إلى صديقاتي العزيزات...

بسمة، نرجس وفيروز...

إلى كل من لم يدخر جهدا في مساعدتي..

إلى كل من ساهم في تلقيني ولو حرف في حياتي الدراسية..

إلى كل من الأصدقاء و من كانوا برفقتي ومصاحبتي أثناء دراستي في الجامعة..

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع

سلطان

إيمان

إهـــــداء

إلى روح المرحومة أمي الحبيبة الغالية...

رحلت يا قطعة من قلبي رحمة الله عليك إلى الفردوس الأعلى إن شاء الله

وها أنا اليوم أحقق حلمك، لكن غيابك يا حبيبة قلبي مزج أحزاني ودموعي مع فرحتي،

تغمدك الله برحمته يا من ساندتني بدعائك وصلاتك،

رحمك الله يا من كنتي أقوى امرأة في الوجود

إلى صاحب السيرة العطرة والفكر المستنير،

الذي كان له الفضل الكبير في بلوغي التعليم العالي (والدي الحبيب) أطال الله في عمره.

إلى أخواتي وأخي سندي في دنيتي، في قوتي وضعفي، أدامكم الله في حياتي

إلى زوج أختي الذي مكانته لا تختلف عن مكانة إخوتي

إلى جميع أساتذتي الكرام الذين لم يتوانوا في مد يد العون لي

إلى أصدقائي الذين كانوا بمثابة السند والعضد لي في أفراحي وأحزاني

أهدي لكم هذا العمل المتواضع

سلطان

بـلال

كلمة شكر

الحمد للّه الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة ووفقنا لإنجاز هذا العمل.

نتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد على إنجاز هذا العمل، وتذليل ما واجهنا من صعاب، و نخص بالذكر الأستاذة المشرفة العافري مليكة التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها ونصائحها القيمة التي كانت عونا لنا في إتمام هذا البحث.

كما لا يفوتنا في هذا المقام أن نشكر الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم قبول مناقشة هذه المذكرة.

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى جميع أساتذة قسم علم النفس الأفاضل بجامعة قالمة، الذين قدموا لنا المساعدة من خلال توجيهاتهم ونصائحهم.

كذلك نشكر كل الزملاء الطلبة المرضى الذين ساعدونا في التطبيق مع تمنياتنا لهم بالشفاء.

وبعدها فالشكر موصول لجميع أساتذتنا الذين تتلمذنا على أيديهم في كل مراحل دراستنا حتى نتشرف بالوقوف أمام حضراتكم اليوم.

قائمة المحتويات

فهرس المحتويات:

العنوان	رقم الصفحة
قائمة المحتويات	
فهرس المحتويات	أ-ج
فهرس الجداول	د
فهرس الأشكال	هـ
فهرس الكلمات المختصرة	و
مقدمة	3-2
الفصل الأول: مدخل الدراسة	
1. الإشكالية	5
2. فرضيات الدراسة	7
3. أهداف الدراسة	7
4. أهمية الدراسة	7
5. مصطلحات الدراسة	8
6. الدراسات السابقة	13
الجانب النظري	
الفصل الثاني: جودة الحياة	
تمهيد	16
1. نبذة تاريخية عن جودة الحياة	17
2. تعريف جودة الحياة	17
3. التوجهات النظرية المفسرة لجودة الحياة	20
4. مظاهر جودة الحياة	22
5. مؤشرات جودة الحياة	24
6. أبعاد جودة الحياة	25
7. العوامل الأساسية في تشكيل جودة الحياة	27
8. مقومات جودة الحياة	27

9. قياس جودة الحياة	28
خلاصة الفصل	29
الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية	
تمهيد	31
1. تعريف المساندة الاجتماعية	32
2. النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية	33
3. نماذج المساندة الاجتماعية	34
4. أهمية المساندة الاجتماعية	38
5. أشكال المساندة الاجتماعية	39
6. مصادر المساندة الاجتماعية	40
7. وظائف المساندة الاجتماعية	41
8. أبعاد المساندة الاجتماعية	42
9. قياس المساندة الاجتماعية	43
خلاصة الفصل	44
الجانب التطبيقي:	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	46
1. الدراسة الاستطلاعية	47
2. الدراسة الأساسية	47
1.2. منهج الدراسة	47
2.2. حدود الدراسة	48
3. مجتمع الدراسة	48
4. عينة الدراسة وخصائصها	48
1.4. عينة الدراسة	48
2.4. خصائص عينة الدراسة	48
3.4. أدوات الدراسة	56

4.4. الأساليب الإحصائية	61
خاتمة الفصل	62
الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج	
تمهيد:	64
1. عرض نتائج فرضيات الدراسة	65
1.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية العامة	65
2.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضيات الفرعية	65
2. مناقشة وتفسير النتائج	68
1.2. مناقشة وتفسير الفرضية العامة	68
2.2. مناقشة وتفسير الفرضيات الفرعية	69
3. استنتاج عام	71
خاتمة	73
مقترحات وتوصيات	74
قائمة المراجع	76
قائمة الملاحق	

فهرس الجداول:

الرقم	العنوان	رقم الصفحة
01	توزيع الأفراد حسب الجنس	50
02	توزيع الأفراد حسب الفئات العمرية	51
03	توزيع الأفراد حسب الطور	52
04	توزيع الأفراد حسب الفرع	53
05	توزيع الأفراد حسب الجامعة	54
06	توزيع الأفراد حسب نوع المرض	55
07	مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية	57
08	أبعاد مقياس جودة الحياة	57
09	مستويات جودة الحياة حسب المتوسط الحسابي	59
10	مستويات جودة الحياة حسب الدرجات	59
11	مستويات المساندة الاجتماعية حسب المتوسط الحسابي	60
12	مستويات المساندة الاجتماعية حسب الدرجات	61
13	قيمة معامل بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجات المساندة الاجتماعية	65
14	مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة	66
15	مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة	66
16	الفروق في مستوى جودة الحياة بين الطلبة ذوي الأمراض المزمنة	67
17	الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين الطلبة ذوي الأمراض المزمنة	68

فهرس الأشكال:

الرقم	العنوان	رقم الصفحة
01	نموذج الأثر الواقي للمساندة الاجتماعية	35
02	نموذج الأثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية	36
03	خصائص عينة الدراسة	49
04	توزيع الأفراد حسب الجنس	50
05	توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية	51
06	توزيع أفراد العينة حسب الطور	52
07	توزيع عينة الدراسة حسب الفرع	54
08	توزيع عينة الدراسة حسب الجامعات	55
09	توزيع عينة الدراسة حسب نوع المرض	56

فهرس الكلمات المختصرة:

الكلمة المختصرة	معناها
WHO	منظمة الصحة العالمية
WHOQOL BREF	مقياس جودة الحياة المختصر
WHOQOL 100	مقياس جودة الحياة المئوي الصادر عن منظمة الصحة العالمية
WHOQOL groupe	مراكز المنظمة العالمية للصحة

مقدمة

مقدمة:

قال الله تعالى: "وفي ذلكم بلاء من ربكم عظيم" (سورة البقرة، الآية 49)

يعتبر الطالب مصدر الثراء في المجتمع وعنصر أساسي وفعال داخله، حيث يسعى إلى تحقيق النجاح والتفوق والوصول إلى كل ما يطمح إليه طيلة مشواره الدراسي.

إلا أنه في بعض الأحيان يواجه في حياته اليومية عدة عقبات ومشاكل وأحداث ضاغطة تؤثر على سير حياته اليومية، ;هذه الأحداث الضاغطة قد تلعب دورا في تغيير نظرته لحياته وحتى في نشأة بعض الاضطرابات والأمراض العابرة منها والمزمنة، خاصة وأنه كما هو متعارف عليه فإن الضغوطات ماهي إلا متغيرات نفسية واجتماعية تسهم وبشكل كبير في اختراق وإحداث خلل في حياة الطالب وفي صحته النفسية والجسمية، فكلنا بلا استثناء نتعرض يوميا لمصادر متنوعة من الضغوطات بما فيها ضغوط الدراسة.

ولا شك أن هذه الضغوطات تؤدي إلى الوقوع في العديد من المشاكل والأمراض كالوحدة، العزلة، أو الإصابة بمرض مزمن مثل السكري، الربو، ضغط الدم...، التي ماهي إلا دلالات ومؤشرات نفسية تترجم لنا في صور أخرى على شكل إحباط، قلق، عصبية زائدة، وهذا ما يهدد قدرة الطالب على إيجاد التوازن بين ضغوط الحياة الدراسية والقدرات اللازمة لمواجهة هذه المتطلبات خاصة عندما يكون يعاني من مرض مزمن، والذي قد يؤدي به إلى فقدان ثقته بنفسه وضعف دافعيته للتعلم، لتكون في النهاية لديه صورة سلبية لحياته ويقل رضاه عن ما يملكه ويشعر بوجود فجوة نفسية بينه وبين المحيطين به لدرجة يشعر فيها بافتقاد التقبل من طرف الاخرين، لذلك تشدد مختلف الأبحاث والدراسات في ذات المجال على ضرورة المساندة للطلاب الجامعيين خاصة الذين يعانون من أمراض مزمنة من طرف الأسرة، الأصدقاء وكل المحيطين به، خاصة وأنهم يمثلون شريحة هامة تحتاج إلى مساندة على كافة الجوانب والمستويات، وتكمن هذه المساندة في توعيتهم ورعايتهم، وتقديم يد العون لهم لتحسين نظرتهم للحياة وزيادة رضاهم على أنفسهم وعلى ما يملكونه، وعلى إيجاد حلول مناسبة لمختلف مشكلاتهم التي يمرون بها.

وعلى هذا الأساس جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على موضوع مهم وهو دراسة "جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة"، ولمعاينة هذه العلاقة على أرض الواقع اخترنا عينة بحثية من طلبة الجامعة الذين يعانون من أمراض مزمنة، حيث تم تقسيم هذه الدراسة إلى خمسة فصول مقسمة كالتالي:

ا-

-الفصل الأول: والذي يتناول الإطار العام لإشكالية الدراسة وفرضياتها، أهدافها، أهميتها، تحديد المصطلحات الأساسية الخاصة بها، وأخيرا الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة.

والجانب النظري الذي يحتوي على فصلين:

-الفصل الثاني: يتناول جودة الحياة حيث بدأنا بنبذة تاريخية عن جودة الحياة، تعريف جودة الحياة، التوجهات النظرية التي فسرت جودة الحياة، مظاهرها، مؤشراتها، أبعادها، العوامل الأساسية في تشكيلها، مقوماتها وأخيرا قياس جودة الحياة.

-الفصل الثالث: يتناول المساندة الاجتماعية تم خلاله تحديد مفهوم المساندة الاجتماعية، النظريات والنماذج التي فسرت المساندة الاجتماعية، أهميتها، أشكالها، مصادرها، وظائفها، أبعادها، وأخيرا فياس المساندة الاجتماعية.

اما الجانب الميداني فقد اشتمل بدوره على فصلين:

-الفصل الرابع: تضمن هذا الفصل وصف مفصل للإجراءات المنهجية للدراسة، مواصفات عينة الدراسة وخصائصها، الأدوات المستعملة لجمع البيانات، وفي الأخير تحديد أساليب المعالجة الإحصائية لنتائج الدراسة.

-الفصل الخامس: والذي يحتوي على عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة ومن ثم ختم الدراسة باستنتاج عام وبعض الاقتراحات والتوصيات.

الفصل الأول:

مدخل الدراسة

1. الإشكالية:

مما لا شك فيه أن كل إنسان معرض للابتلاء في كل ما لديه من نعم، ومن بين هذه النعم الصحة، التي تعتبر نعمة من أجمل النعم التي أنعم الله بها علينا، فالجميع دون استثناء سواء كبيرا كان أو صغيرا، رجلا أو امرأة، متعلما أو جاهلا، يتمنى لو أنه يبقى يتمتع بصحة جيدة طيلة حياته، إلا أنه في بعض الأحيان قد يبتلى فيها صاحبها بنقصان في صحته وإصابته ببعض الاضطرابات والأمراض العابرة منها والمزمنة، هذا الابتلاء يسبب للفرد عراقيل ومعوقات تمنعه من ممارسة حياته بطريقة طبيعية، وقد يحتاج التعايش مع المرض إلى التعايش مع الألم وأخذ الأدوية وتغيير النظام الغذائي وأسلوب حياته ككل، وقد يصل به الحال حتى إلى فقدان رضاه عن ذاته واستمتاعه بالحياة، خاصة وإن أصيب بمرض مزمن والذي يبقى يتساير معه طيلة حياته، وفي هذه الدراسة سلطنا الضوء على شريحة مهمة من شرائح المجتمع ألا وهي الطلبة الجامعيين، فالطالب الجامعي قد يكون مصابا ببعض الأمراض المزمنة، التي تفرض عليه مجموعة من المتطلبات قد تؤثر سلبا على حياته وتجعله غير راض على صحته، فتصبح لديه صعوبة في التوافق مع المرض وتعسر تعايشه معه، كما أنها قد تؤثر على مساره ونتائجه الأكاديمية وتقلل من دافعيته للتعلم، نتيجة لنقص في الجهد وشعوره بالفشل والخمول التي تسببها هذه الأمراض المزمنة.

والطلبة الجامعيين كغيرهم من الشباب هي الفئة المقبلة على الحياة، فهي التي ترغب في حياة وغد أفضل، ولهم رغبة في تحسين ظروفهم وتحقيق جودة حياة افضل، وجودة الحياة هي ادراك الفرد لواقعه والتي تعطيه الاحساس بالسعادة او الحزن والرضا عن وضعه النفسي والصحي والاجتماعي والاقتصادي، ويتضمن المفهوم جوانب مختلفة منها ما يتعلق بالصحة النفسية والجسدية والعلاقات الاجتماعية بما فيها العلاقات الاسرية وعلاقات الدراسة و العمل، ، هذا الادراك والمشاعر التي تولدها تؤثر على قدرة الفرد في مواجهة التحديات عموما وعلى قدرة الطالب في التعايش مع المرض على وجه خاص، وقد تعمل كحاجز يحول بين الطالب و جودة الحياة التي يطمح لها، وقد أشار مصطفى الشرقاوي في تعريفه لجودة الحياة بأنها" كل ما يفيد الفرد بتنمية طاقاته النفسية والعقلية ذاتيا والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة والمبادرة بمساعدة الآخرين والتضحية من أجل رفاهية المجتمع وهذه الحالة تتسم بالشعور وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية ، ويؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة". (حسن، 2004، ص15)

والإنسان في ظروف حياته الطبيعية يحتاج إلى مساندة اجتماعية بأنواعها، فما بالك إذا كان يعيش حياة خاصة بسبب المرض، ولذلك فالطالب الجامعي المصاب بمرض مزمن كغيره يحتاج إلى المساندة الاجتماعية من طرف المحيطين به من أسرة وأصدقاء وزملاء داخل الجامعة وخارجها، باعتبار البيئة الاجتماعية مجالا هاما لتوفير المساندة والمؤازرة للأفراد، وفي هذا الشأن أشار (LEPORE 1994) في تعريفه للمساندة الاجتماعية نقلا عن (فايد2000): "بأنها الإمكانيات الفعلية المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل من الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي ينتظم بشكل أو باخر، وغالبا ما تضم هذه الشبكة الأسرة، الأصدقاء، وزملاء الدراسة."

(حمودة حكيمة،2011، ص1)

وهكذا فإن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الطالب الجامعي المصاب بالمرض المزمن تعد عاملا هاما في الدعم النفسي الاجتماعي الذي يحتاجه، حيث يؤثر حجم المساندة ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لأحداث الحياة وأساليب التعامل معها وانعكاساتها على صحته النفس جسمية.

وعليه يمكن طرح التساؤل الرئيسي التالي:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة؟

والتساؤلات الجزئية التالية:

- ما هو مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة؟
- ما هو مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة؟
- هل توجد فروق في مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لمتغير الجنس؟

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- ✓ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة.

الفرضيات الفرعية:

- ✓ مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة مرتفع.
- ✓ مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة مرتفع.
- ✓ توجد فروق على مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.
- ✓ توجد فروق على مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.

3. أهداف الدراسة:

الهدف العام من الدراسة:

- ✓ تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة.

الأهداف الفرعية: والتي تتلخص فيما يلي:

- ✓ التعرف على مستوى متغير جودة الحياة لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة.
- ✓ التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة.
- ✓ الكشف عن وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين الطلبة ذوو الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.
- ✓ الكشف عن وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين الطلبة ذوو الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.

4. أهمية الدراسة:

تتمثل فيما يلي:

- ✓ إثراء المعرفة السيكولوجية والاجتماعية بالأطر النظرية لبعض المتغيرات النفسية المتمثلة في جودة الحياة والمساندة الاجتماعية.
- ✓ تكمن أهمية الدراسة في إبراز دور المساندة الاجتماعية في رفع مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة.
- ✓ معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية.
- ✓ كما قد تسهم هذه الدراسة في وضع بعض المقترحات التي يمكن الاستفادة منها في بناء برامج إرشادية فردية أو جماعية خاصة بهدف ليتحسين جودة الحياة لديهم.
- ✓ أهمية دور المساندة الاجتماعية للطلبة ذوو الأمراض المزمنة ومساهمتها في النجاح وفي الحياة وفي تحسين جودة الحياة لديهم.

5. مصطلحات الدراسة:

1.5. تعريف جودة الحياة:

وفقا لمنظمة الصحة العالمية (1993):

"هي إدراك الأشخاص إلى مكانهم في الواقع ووضعهم في الحياة، وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة والقيم والنظام ولها علاقة بأهدافهم وتطلعاتهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الرضا عن الحياة، الأنشطة المهنية، وأنشطة الحياة اليومية." (شيخي،2014، ص16)

التعريف الإجرائي لجودة الحياة:

هي الدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، وتتمثل في شعوره بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ما لديه من قدرات وإمكانات في ضوء الظروف المحيطة به.

2.5.تعريف المساندة الاجتماعية:

"هي درجة من شعور الفرد بمدى توفر المساعدة والمشاركة والتشجيع والنصح والإرشاد من طرف الاخرين، كالأسرة والأقران والأصدقاء والزملاء والمعلمين، وتكوين معهم علاقات اجتماعية عميقة، وإشباع حاجاته الأساسية من خلال التفاعل معهم." (الهملان،2008، ص45)

التعريف الإجرائي للمساندة الاجتماعية:

هي ما يتلقاه الطالب من ذوي الأمراض المزمنة من دعم إيجابي من طرف الأفراد المحيطين به (الأسرة، الأصدقاء، الزملاء...)، وما توفره البيئة من أساليب وإمكانيات تساعده على مواجهة الصعوبات والضغوطات التي يتعرض لها، ومدى إدراكه وتقبله لهذا الدعم، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية.

3.5.التعريف الإجرائي للأمراض المزمنة:

هي تلك الأمراض التي ترافق الإنسان طيلة حياته ولا يشفى منها، وقد تتسبب ببعض المضاعفات التي تترتب عنها حدوث اضطرابات وخيمة منها التسبب بإعاقة بعض الوظائف.

4.5.التعريف الإجرائي للطالب الجامعي:

هو ذلك الشخص الذي ينتمي إلى الجامعة من أجل الحصول على العلم وامتلاك شهادة معترف بها (ليسانس أو ماستر) يستطيع ممارسة حياته العملية فيما بعد تبعا لتلك الشهادة.

6. الدراسات السابقة:

دراسة عمامرة سميرة، مأمون عبد الكريم 2008:

هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المسنين من مستويات اجتماعية واقتصادية وثقافية مختلفة، اشتملت العينة على(60) مسن ومسنة، بواقع (35) مسن و(25) مسنة، وتم تطبيق أدوات البحث وهي قائمة المساندة الاجتماعية لسيد إبراهيم السمادوني تقنين بشير معمرية، ومقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" إعداد منظمة الصحة العالمية تعريب د. بشرى إسماعيل أحمد 2008، وقد أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية ودالة إحصائيا بين درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة تبعا لاختلاف الجنس (ذكور وإناث)، تختلف درجات المساندة

ودرجات جودة الحياة تبعا لاختلاف كل من المستوى الاجتماعي الاقتصادي (مرتفع-متوسط-منخفض).
(عمامرة ومأمون، 2014، ص193)

دراسة حنان مجدي صالح سليمان 2009:

هدفت الدراسة إلى التعرف على أنواع المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهق المريض بالسكري، حيث استخدمت الباحثة المنهج السيكومتري والكلينيكي، وطبقت مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة، واستمارة بيانات أولية عن الأسرة وكذا استمارة دراسة حالة، على مجموعتين من مرضى السكري المراهقين من الذكور والإناث في بعض محافظات مصر.

كما خلصت إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين جمع أنواع المساندة الاجتماعية المقدمة للمراهق المريض بالسكري وجودة الحياة.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين جميع مصادر المساندة الاجتماعية وبين الدرجة الكلية لجودة الحياة.
- لا يوجد تأثير دال إحصائيا لعامل الجنس (ذكور-إناث) في إدراك المساندة الاجتماعية بشكل عام.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من مرضى السكري في إدراك المساندة الاجتماعية لصالح الإناث. (حنان مجدي، 2009، ص25)

دراسة الهنداوي 2011:

هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة المساندة الاجتماعية بمصادرها المختلفة المتمثلة في الأسرة والأقارب والأصدقاء، ومؤسسات المجتمع بمستوى الرضا عن جودة الحياة بأبعادها المتمثلة في جودة الحياة الأسرية، وجودة الصحة العامة والجودة النفسية وجودة العلاقات، وجودة شغل الوقت والدور الاجتماعي والجودة المهنية وجودة الحياة الزوجية لدى المعاقين حركيا، وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وقد تكونت عينة الدراسة من (201) من المعاقين حركيا بإعاقات متعددة من كلا الجنسين منهم (119) من الذكور و(82) من الإناث، وقد قالم الباحث بتطبيق أدوات الدراسة (مقياس الدعم الاجتماعي، مقياس مستوى الرضا عن جودة الحياة).

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها توجد علاقة ذات إحصائية بين المساندة الاجتماعية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا من أفراد العينة، كما توجد علاقة ذات دلالة

إحصائية بين المساندة الاجتماعية بأبعاده ودرجته الكلية، والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا، كما لا توجد فروق دالة إحصائيا في أبعاد المساندة الاجتماعية ودرجته الكلية وجميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة ودرجته الكلية تبعا لاختلاف مدة الإعاقة، كما لم تجد النتائج فروق في بعد الجودة المهنية، وبعد جودة الحياة الزوجية تبعا لاختلاف مدة الإعاقة للمعاقين العاملين والمعاقين المتزوجين من الأفراد.

(الهنداوي، 2017، ص221)

دراسة زعطوط رمضان 2014:

هدفت الدراسة إلى اكتشاف نوعية الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية لدى المرضى المزمنين، ولتحيق أهداف الدراسة طبق الباحث مجموعة من الأدوات تمثلت في مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ومقياس الكرب النفسي ومقياس الدعم الاجتماعي ومقياس الكفاءة الذاتية ومقياس الوظائف التنفيذية ومقياس التدين من إعداد الباحث ن وتوصل للنتائج التالية:

- ارتفاع نسبة نوعية الحياة المتوسطة والجيدة لدى المرضى (88%) مقارنة بالإحصاء، كما لا توجد فروق بين العينتين أي الأصحاء والمرضى في الوظائف التنفيذية .وكذلك الكفاءة المدركة لدى المرضى كانت منخفضة مقارنة بالأصحاء، كما كان مستوى الدعم الاجتماعي منخفض في العينتين، وارتبط الكرب النفسي سلبا بنوعية الحياة لدى المرضى ولدى الأصحاء. (قجال وعيسرو،2018، ص205)

دراسة طنطاوي 2016:

هدفت الدراسة إلى التعرف على القدرة التنبؤية للمساندة الاجتماعية بجودة الحياة التي تتوفر لأمهات الأطفال المرضى بأنيميا البحر المتوسط، وفق بعض المتغيرات الديمغرافية (سن الأم، المستوى التعليمي، عدد الأطفال التي ترعاهم الأم أسوياء، عدد الأطفال التي ترعاهم الأم المرضى، منطقة السكن).

وطبقت الدراسة على عينة متكونة من (90) سيدة من الأمهات المترددات على العيادات الخارجية بقسم أمراض الدم لمستشفى متخصصة للأطفال، وذلك وفق مجموعة من المتغيرات الديمغرافية، وقد أعدت الباحثة مقياسين للتحقق من فروض الدراسة، وهي مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة، وتوصلت الدراسة إلى أنه يمكن التنبؤ بالدرجة الكلية لجودة الحياة من خلال المساندة الاجتماعية.

(فاطمة حمزة، 2019، ص18)

دراسة صلاح ونجدة 2017:

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الأطفال الفلسطينيين في مناطق المواجهة استخدام الباحثان المنهج الوصفي، وتكون مجتمع الدراسة من 83 طفل وطفلة، واستخدم الباحثان مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الأطفال الفلسطينيين في مناطق المواجهة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير النوع (ذكور، اناث) على مقياس المساندة الاجتماعية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس جودة الحياة تعزي لمتغير النوع (ذكور،إناث) في جودة الحياة المدرسية. (صلاح حمدان، 2017، ص م)

الدراسات الأجنبية:

دراسة ROCIO FERNANDEZ BAL 2002:

هدفت الدراسة إلى دراسة المساندة الاجتماعية غي سن الشيخوخة في اسبانيا وعلاقتها بالمؤشرات الصحية وجودة الحياة، حيث قام الباحث بمراجعة العديد من الدراسات الوصفية التي تتناول الاندماج الاجتماعي وتواتر التفاعلات الاجتماعية، وارضا ء عن العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي وأوضحت الدراسة الدور الذي ينسبه كبار السن إلى العلاقات الاجتماعية باعتبارها عامل مهم في تحسين جودة الحياة. (فاطمة حمزة، 2019، ص16)

دراسة BARUTEU AND MERT 2013:

هدفت هذه الدراسة إلى وصف مستوى المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مرضى قصور القلب والكشف عن العلاقة بينهما لدى أفراد العينة، حيث أجريت الدراسة المستعرضة في وحدات أمراض القلب الخارجية في مستشفيين جامعيين في أزمير، تركيا عام 2010، باستخدام أسلوب المعاينة، شملت الدراسة 150 مريضا وتوصلت النتائج إلى أن جودة الحياة تتحسن بوجود مساندة اجتماعية مرتفعة خاصة المقدمة من الأسرة. (حمزة، ص16)

دراسة TAKAMORA،KOICHI. AKIYAMA MIYAMOTO Y AND 2014 :

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد كيفية تأثير المساندة الاجتماعية على جودة الحياة المتعلقة بالصحة، حيث قام الباحثون بمسح مستعرض على عينة متكونة من (246) من مستخدمي مراكز الصحة

العقلية باليابان، حيث وزع استبيان جودة الحياة المتعلقة بالصحة واستبيان خاص بالمساندة الاجتماعية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة. (حمزة، ص18)

دراسة Portugal AND ALL 2016:

كان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على العلاقة بين الضغط النفسي وشبكات المساندة الاجتماعية مع جودة الحياة لدى مرضى الرعاية الأولية، كانت هذه دراسة مستعرضة شملت 1466 مريضا في مدينتي سان باولو وريو دي جانيرو، البرازيل في 2010/2009، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية بين المجال النفسي والعزلة، في حين ارتبطت مجالات العلاقات الاجتماعية والبيئة ارتباطا إيجابيا بالاندماج، كما أثبتت الدراسة أن كلا من الاندماج والعزلة عوامل مهمة لأولئك الذين يعانون من ضغوط نفسية لأنها تقلل أو تزيد من الأثار السلبية على جودة الحياة . (حمزة، ص16)

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة الدراسات السابقة، وجدنا أنه هناك بعض الدراسات التي تناولت متغير المساندة الاجتماعية وعلاقته بجودة الحياة مثل دراسة عمامرة ومأمون (2008)، دراسة صلاح ونجدة (2017) أيضا دراسة عمامرة ومأمون (2015).

اتضح أيضا أنه توجد دراسات تشابهت مع الدراسة الحالية من حيث المنهج المستخدم، فدراسة الهنداوي (2011) ودراسة صلاح ونجدة (2017)،اعتمدت على المنهج الوصفي، اشتركت أيضا الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة من حيث استخدامها لنفس الأدوات مثل : دراسة حنان مجدي صالح سليمان (2009) ودراسة عمامرة ومأمون (2015) والتي استفادت منها دراستنا الحالية باستخدامها لمقياس جودة الحياة،استفادت أيضا ببعض الدراسات الخاصة بالمساندة الاجتماعية في تصميم المقياس الخاص بالمساندة الاجتماعية مثل دراسة طنطاوي (2016) ودراسة صلاح ونجدة (2017).

أوجه الاختلاف:

- اختلفت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة من حيث الموضوع أو العينة أو المنهج، فاختلفت مع دراسة BARUTEU AND MERT 2013 والتي هدفت إلى وصف مستوى المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مرضى قصور القلب والكشف عن بينهما، اختلفت مع دراسة ROCIO FERNANDEZ-BAL2000 والتي هدفت إلى دراسة المساندة الاجتماعية في سن الشيخوخة في اسبانيا وعلاقتها بالمؤشرات الصحية وجودة الحياة من جهة أخرى، اختلفت مع بعض الدراسات من حيث

المنهج المستخدم للدراسة، مثل دراسة حنان مجدي، صالح سليمان (2009) فقد استخدمت المنهج السيكومتري .

- وبالرغم من قلة الدراسات إلا أننا استفدنا منها في صياغة أهداف الدراسة وأسئلتها وفروضها، وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة في تلك الدراسات، كما استفدنا منها في استخدام أدوات البحث.

الجانب النظري

الفصل الثاني:

جودة الحياة

تمهيد:

يعد مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي لاقت اهتماما كبيرا في مجال علم النفس، والذي يمثل بؤرة اهتماما ما يعرف بعلم النفس الإيجابي، والذي يولي أهمية كبيرة للنظرة الإيجابية لحياة الأفراد بدل الجوانب السلبية كالاضطرابات والمشكلات النفسية وغيرها، وتعتبر جودة الحياة هدف أساسي في حياة الفرد فهي تؤدي إلى تحقيق الذات والشعور بالرضا.

ومن خلال هذا الفصل سنحاول التطرق إلى مجموعة من التعريفات لجودة الحياة، إضافة إلى أهم النظريات التي فسرت هذا المفهوم، والعوامل الأساسية في تشكيلها، إضافة إلى أهم مظاهرها وقياسها...

1. نبذة تاريخية عن جودة الحياة:

استخدام مصطلح جودة الحياة كان مقتصرا في البداية على الأبحاث العملية المبنية على حياة المرضى، واستمر توظيف هذا المصطلح في هذا المجال لفترة طويلة من الزمان من الناحية التاريخية، أول استخدام لمصطلح جودة الحياة ظهر في الفلسفة الإغريقية، وافترض أرسطو أن السعادة مشتقة من فعالية ونشاط الروح وبالتالي تحقق حياة سعيدة، في الأوقات المعاصرة، أعضاء من منظمة الصحة العالمية اقترحوا مفهوما ضمنيا لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة "حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض أو المرض" وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978، حيث وسعت المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعا بالإضافة إلى الرعاية الفسيولوجية.

في العام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة وأصبح جزءا من المصطلحات الطبية المستخدمة، وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينيات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لبعض الأمراض ذو تكلفة دفع عالية وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر لهؤلاء المرضى، جودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرضى وتستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض. (صالح الهمس،2010، ص47)

2. مفهوم جودة الحياة:

لا يرتبط مفهوم جودة الحياة بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفرع من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين العلماء والباحثين بمختلف تخصصاتهم. (بوعيشة،2014، ص70)

حيث يرى ليتوين: "أن جودة الحياة لا تقتصر على تذليل الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط، بل تتعدى إلى تنمية النواحي الإيجابية ". (منسي وكاظم،2010، ص44)

بينما أشار فرانك: "إلى أن جودة الحياة هي حسن إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والإبداعية وثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية وتكون المحصلة هي جودة الحياة وجودة المجتمع ويتم هذا من خلال الأسرة المدرسية، والجامعة وبيئة العمل ومن خلال التركيز على ثلاث محاور هامة هي التعليم، والتثقيف، والتدريب، وكذلك يعرفها فرانك بأنها إدراك الفرد للعديد من الخبرات وبالمفهوم

الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل: الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز." (الغندور،1999، ص،18)

ويرى مصطفى الشرقاوي جودة الحياة: "على أنها كل ما يفيد الفرد بتنمية طاقاته النفسية والعقلية ذاتيا والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة والمبادرة بمساعدة الآخرين والتضحية من أجل رفاهية المجتمع وهذه الحالة تتسم بالشعور وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ويؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة".

(حسن، 2004 ، ص15)

وعرفها روبن بأنها: "الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية والمكونات العاطفية والذي يشمل الرضا." (إبراهيم،2005، ص10)

ويشير العادلي إلى أن جودة الحياة " قد تتمثل لدى البعض بامتلاك الثروة التي تحقق لهم السعادة في حين يرى البعض الآخر أن الحياة الجيدة هي التي يتوافر فيها فرص العمل والدراسة ويراها آخرون التي يتمكن فيها الفرد من الحصول على مبتغاه دون عناء أو جهد ". (العادلي،2006، ص38)

ويشير كلا من تايلر ويجدون في تعريفهما لجودة الحياة بأنها: "عبارة عن دراسة إحصائية لقياس مدى الشعور بالراحة التي تتوافر عند الإنسان، من خلال خبرته الحياتية في هذا العالم ". (شيخي،2014، ص 75)

ويرى رينيه وآخرون أن جودة الحياة هي: "إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدة الوجدان والشعور وأن الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد." (المرجع السابق، ص76)

ويرى روف Ruff: "أن جودة الحياة هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له واستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته وإقامة لعلاقات اجتماعية إيجابية مع الأخرين كما ترتبط جودة الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية. (إبراهيم،2005، ص25)

ويعرف دينير جودة الحياة: "على أنها الإدراكات الحسية للفرد اتجاه مكانته في الحياة من الناحية الثقافية، ومن منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد وكذلك علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعتقداته وتشمل أوجه الحالة النفسية ومستوى الاستقلال الشخصي." (أبو حلاوة،2016، ص20)

كما عرفت بوعيشة جودة الحياة على أنها: " الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن حياته، وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، وإحساسه بالسعادة وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه." (بوعيشة،2014، ص72)

أشار أيضا الباهدلي وكاظم (2005): "أن جودة الحياة تتمثل في رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، والنزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، وهذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه." (المرجع السابق، ص72)

كما عرفتها منظمة الصحة العالمية (WHO):"بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيام التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته، قيمه واهتماماته المتعلقة بصحته النفسية والجسدية ومستوى استقلاليته، واعتقاداته الشخصية وعلاقته ببيئته بصفة عامة." (شيخي،2014، ص30)

من خلال التعريفات السابقة، نلاحظ أنه لا يوجد مفهوم موحد لجودة الحياة، حيث اختلفت التعريفات باختلاف وجهات نظر الباحثين في هذا المجال، لاحظنا أيضا توسع مفهوم جودة الحياة ليشمل كل جوانب الفرد الجسمية والنفسية والاجتماعية والعقلية والمادية.

وبالرغم من تعدد التعريفات واختلافها، نستنتج أن جودة الحياة هي: "إدراك الفرد لوضعه في الحياة، وشعوره بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ما لديه من قدرات وإمكانيات في ضوء الظروف المحيطة به."

3. التوجهات النظرية لجودة الحياة:

1.3. التوجه المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:

- **الأولى:** إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة.

-**الثانية:** وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة.

ووفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة:

-نظرية لا وتن 1997:

طرح لا وتن مفهوم طبيعة البيئة، ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الآتي:

إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفين هما:

- **الظرف المكاني:** أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

- **الظرف الزماني:** إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته.

-نظرية رايف 1999:

تدور نظرية " رائف "حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رائف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط لتحديد معنى السعادة النفسية.

- البعد الأول: الاستقلالية تمثل قدرة الشخص على اتخاذ القرارات، يكون مستقل بذاته.
- البعد الثاني: التمكن البيئي.
- البعد الثالث: النمو الشخصي.

- البعد الرابع: العلاقات الإيجابية مع الاخرين.
- البعد الخامس: تقبل الذات.
- البعد السادس: الهدف من الحياة.

ولقد بين "رايف" أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

2.3. التوجه الإنساني:

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما:

- وجود كائن حي ملائم.
- وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، ولقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات.

3.3. التوجه التكاملي:

- نظرية أندرسون:

شرحا تكامليا المفهوم جودة الحياة متخذا من مفاهيم السعادة ومعنى الحياة ونظام المعلومات البيولوجي والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة، فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات جودة الحياة إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة.

- ✓ ان نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها.
- ✓ أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.
- ✓ أن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضروري إلى رضا الفرد وإلى شعوره بجودة الحياة.

(مريم شيخي،2013، ص، ص،84،85)

4.3. الاتجاه النفسي:

إن الحياة بالنسبة للفرد هي كل ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم، يمثل انعكاس مباشر لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه

المتغيرات بالنسبة له، 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، الإدراك 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 وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية **أبراهام وماسلو**. (الهمص،2010، ص43)

5.3. الاتجاه الاجتماعي:

يرى كل من **الير هانكس 1984** أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة، مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى اخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراءه، والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل على عمله. (بحرة كريمة،2014، ص15)

6.3. الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة أو النفسية أو العقلية، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية، وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة، فقد زاد اهتمام أطباء ومتخصصين في الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية لتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والسيكولوجي لهم. (شيخي،2014، ص82)

4. مظاهر جودة الحياة:

يشير عبد المعطي في اقتراحه لخمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة، تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية، وهي كالتالي:

1.4. العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

- العوامل المادية الموضوعية والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.
- حسن الحال ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحية للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

2.4. إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

- إشباع وتحقيق الحاجات وهو أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فان جودة حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام والمسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية، كالحاجة للأمن والانتماء والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها جودة حياته.
- الرضا عن الحياة باعتباره أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضيا فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضا.

3.4. إدراك الفرد والقوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

- القوى والمتضمنات الحياتية قد يرى البعض أن إدراك القوي والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات الجودة الحياة.
- معنى الحياة يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بإنجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصا أو افتقاد الاخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

4.4. الصحة والبناء البيولوجي واحساس الفرد بالسعادة:

- الصحة والبناء البيولوجي وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، أن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة
- السعادة وتتمثل بالشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات وهي الشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

5.4. جودة الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمته، ومن خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. (فوزية داهم، 2015، ص42)

ومنه فإن مظاهر جودة الحياة تتعدد لتشمل العوامل المادية، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد الايجابي لمعنى الحياة، ومدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية والجسمية، إضافة إلى جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثيرا.

5. مؤشرات جودة الحياة:

تختلف مؤشرات جودة الحياة من فرد إلى اخر، حيث تتحكم في تحديدها عدة عوامل وذلك حسب ما يراه الفرد من معايير لتقييم حياته، وتتمثل هذه المؤشرات حسب بعض الباحثين فيما يلي:

1.5. المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

2.5. المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

3.5. المؤشرات المهنية: وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبه لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

5-4-المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام، والنوم، والشهية في تناول الغذاء، والقدرة الجنسية. (رغداء علي،2012، ص 149)

أما **فيليس وبيري 1995** فقد قدما نموذجا لجودة الحياة تتكامل فيه المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة، وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية والتي تتمثل في الصلاحية الجسمية، الرفاهية المادية، الرفاهية الاجتماعية والصلاحية الانفعالية والنمو والنشاط. (شيخي،2014، ص38)

ومنه نرى أن مؤشرات جودة الحياة تتمثل غالبا في:

- القدرة على التفكير وأخذ القرارات والتحكم، إضافة إلى الصحة الجسمية والعقلية والأوضاع الاقتصادية والعلاقات الاجتماعية.

6. أبعاد جودة الحياة:

يحدد الهنداوي ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي:

1.6. جودة الحياة الموضوعية: وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانيات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

2.6. جودة الحياة الذاتية: والتي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة، ومن ثم الشعور بالسعادة.

3.6. جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة، والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية، والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع. (محمد الهنداوي،2010، ص39)

وتشير منظمة الصحة العالمية (who) إلى أن مفهوم جودة الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل: الحالة النفسية، والحالة الانفعالية، والرضا عن العمل، والرضا عن الحياة، والمعتقدات الدينية، والتفاعل الأسري، والتعليم، والدخل المادي، هذا وتتكون جودة الحياة من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية، وقدرته الوظيفية، ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه. (شيخي،2014 ص26)

إضافة إلى ذلك يوضح العارف بالله الغندور أبعاد جودة الحياة كالتالي:

- البعد الذاتي: ويقصد بها مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة، وشعوره بالسعادة.
- البعد الموضوعي: ويشمل:
  - ✓ الصحة البدنية.
  - ✓ العلاقات الاجتماعية.
  - ✓ الأنشطة المجتمعية.
  - ✓ العمل
  - ✓ فلسفة الحياة.
  - ✓ وقت الفراغ.
  - ✓ مستوى المعيشة.
  - ✓ العلاقات الأسرية.
  - ✓ الصحة النفسية.
  - ✓ التعليم. (الغندور، 1999، ص27)

كما يرى **لا وتون 1991** أن جودة الحياة تتضمن أربعة أبعاد هي:

- الكفاءة السلوكية.
- ضبط البيئة أو السيطرة عليها.
- جودة الحياة المدركة.
- جودة الحياة النفسية. (عبد الوهاب وشند، 2012، ص132)

كما اقترح **عبد الله** مجموعة من الأبعاد، تتفق مع أبعاد **العارف بالله الغندور**، إلا أنه أضاف إليه بعد اخر جد هام كان قد وضعة **الهنداوي** وهو البعد الوجودي الذي يعني مستوى عمق الحياة داخل الفرد، التي من خلالها يمكن له أن يعيش حياة متناغمة، ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية النفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار الروحية والدينية السائدة في المجتمع. (عبد الله، 2008، ص148)

وعليه يمكن القول إن جودة الحياة تتضمن (الأبعاد الذاتية) التي تخص الفرد في حد ذاته، و(الأبعاد الموضوعية) التي تخص الجميع، وكلاهما يهدفان إلى إشباع حاجات الفرد الأساسية.

7. عوامل أساسية في تشكيل جودة الحياة:

ويشير جود (1994) إلى أربعة عوامل لتشكيل جودة الحياة هي:

- حاجات الفرد (الحب والتقبل والجنس والصداقة والصحة والأمن).
- توقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.
- المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة اجتماعيا.
- النسيج البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات. (محسن عبد القادر، 2008، 94)

كما توصل سامي إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:

- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.
- ترتبط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.
- تعكس جودة الحياة لدى الفرد تراثه الثقافي وتراث الآخرين المحيطين به
- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الاجتماعية.
- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة وبرامج التأهيل والعلاج والدعم الاجتماعي.

(هشام إبراهيم،2001، ص94)

8. مقومات جودة الحياة:

تعتبر جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من اعتبارات تقيم حياته، وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة وهي:

- القدرة على التحكم.
- الصحة الجسمانية والعقلية.
- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
- الأوضاع المالية والاقتصادية.

- المعتقدات الدينية والقيم الثقافية. (بوعيشة، 2014، ص53)

9. قياس جودة الحياة:

إن تقييم جودة الحياة أمر معقد وذلك بسبب حقيقة أنه لا يوجد تعريف متفق عليه وواضح لجودة الحياة، في الماضي قام الكثير من الباحثين بقياس الأمر من جانب واحد مثل الوظائف الفيزيولوجية، الاعتبارات الاقتصادية أو الوظائف الجنسية.

وقسم **ويكلاند واخرون2000** أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاثة(03) لأنواع هي:

1.9. القياس العالمي:

وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالا وحيدا يتم طرحه على الفرد لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له، مثل مقياس **فلانجان لجودة الحياة** الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالا من مجالات الحياة.

2.9. القياس العام:

له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية وفي الرعاية الصحية، تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير مرض أو أعراض هذا المرض على حياة المرضى.

ويطبق المقياس العام على مجموعة كبيرة من الأفراد، لكنه لا يعطي عناوين ذات صلة بمرض معين

3.9. القياس الخاص بالمرض:

تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في الحالات الخاصة، هذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى، حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية التغيير وكذلك قلة التصور لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة، يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى كالألم، التعب، وهذه الإجراءات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي. (مأمون،2015، ص90)

خلاصة الفصل:

وعليه يعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع يشمل جميع الجوانب الجسمية والعقلية والنفسية والمادية والاجتماعية للفرد، والتحسين لمواجهة الأزمات والضغوطات والصعوبات التي تواجه الفرد، والتغلب عليها والقدرة على التكيف مع المحيط الخارجي، والاستمتاع بالظروف المحيطة والنظرة الإيجابية لها.

الفصل الثالث:

المساندة الاجتماعية

تمهيد:

تعد المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الفاعل التي يحتاجها الفرد، إذ يساهم حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا عنها في كيفية مواجهة الفرد لأحداث الحياة الضاغطة بجميع أشكالها، كما تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط، فهي تسهم في توفير الراحة النفسية.

وغياب أو انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية خاصة من الأسرة والأصدقاء يؤدي إلى الكثير من المشكلات التي قد تؤدي إلى اضطراب الصحة النفسية.

وتعتمد المساندة في تقديرها على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الطريقة التي تشتمل على الأفراد الذين يثقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم، وفي هذا الفصل سنحاول التطرق لأهم تعريفات المساندة، وكذا أهم النظريات والنماذج المفسرة لها، أبعادها، أشكالها ووظائفها.

1. مفهوم المساندة الاجتماعية:

لقي مصطلح المساندة الاجتماعية اهتمام العديد من الباحثين وكل تناوله من زاويته الخاصة، وهذا ما سوف نلتمسه من خلال بعض التعريفات التي سنتناولها.

كان أول من استعمل هذا المصطلح هم علماء الاجتماع في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية. (الشناوي، عبد الرحمان، 1994، ص3)

يعرفها كمال إبراهيم موسى على أنها "مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان في مواقف يحتاج فيها المساعدة والمؤازرة، سواء كانت مواقف سراء (نجاح وتفوق) أو مواقف ضراء (فشل وتأزم).

(كمال إبراهيم موسى،2000، ص196)

ويعرفها محمد بيومي خليل بأنها هي كل دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وتخفيف ألامه العضوية والنفسية الناجمة من المرض.

(محمد بيومي إبراهيم،1996، ص85)

ويعرفها عماد محيمر بأنها "عملية تقويمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية علاقاته مع الأخرين، كما أن الدعم الاجتماعي يأخذ معناه على حسب المرحلة العمرية التي يكون فيها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تتمثل فيما تقدمه الأسرة من مساندة وخاصة الأم والأب والأشقاء، وفي مرحلة المراهقة يتمثل الدعم فيما تمثله العلاقة الزوجية والعلاقات مع الأبناء وزملاء العمل". (بن طاهر،2005، ص54)

عرفها كوب cob1976:"بأنها تصور الفرد بأنه محبوب وموقع تقدير واحترام، وأنه ينتمي إلى شبكة اجتماعية توفر لأعضائها التزامات متبادلة، هذه المجالات الثلاثة توفر للفرد أنواعا مختلفة من الدعم العاطفي ودعم التقدير والدعم من المجتمع على التوالي." (عفاف شكري حداد،1995، ص930)

بينما يشير ليبور lepore1994 : "إلى أنها الإمكانات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منظم بشكل أو بأخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليست كل الشبكات الاجتماعية مساندة بل المساندة منها تميل إلى دعم، صحة ورفاهية متلقي المساندة. (حسين علي فايد،2000، ص338)

عرفها سارسون وآخرون sarson and al 1986M: "بأنها الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق بهم، وهم الذين يتركون لديه انطباعا على أنهم يحبونه ويقدرونه ويمكن الاعتماد عند الحاجة عليهم." (علي عبد السلام،2005، ص8)

كما يرى تويتس thoits 1982M: " بأنها تلك المجموعة الفرعية من الأشخاص في إطار الشبكة الكلية للعلاقات الاجتماعية والعاطفية والمساعدة الإجرائية أو كليهما. " (الشناوي،1994، ص4)

ويعرفها عزت عبد الحميد 1999:"بأنها درجة شعور الفرد بتوافر المشاركة العاطفية، والمساندة المادية والعملية من جانب الأخرين مثل الأسرة والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل ورؤساء العمل، وكذلك وجود من يزودونه بالنصيحة والإرشاد من هؤلاء الأفراد، ويكون معهم علاقات اجتماعية عميقة."

(مجدي،2009، ص14)

من خلال التعريفات السابقة نستنتج أن المساندة الاجتماعية هي مجموعة من الروابط الاجتماعية التي تحيط بالفرد وتقدم له الدعم والمساندة سواء كانت مادية أو معنوية، كما أنها تشتمل على مكونين رئيسيين هما:

- إدراك الفرد أن لديه عدد كافي من الأفراد في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.
- أن يكون لدى هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة.

2. نظريات المساندة الاجتماعية:

1.2. نظرية المقارنة الاجتماعية:

توضح الأبحاث التي قام بها schtchter على العلاقة بين الخوف والاندماج، حيث اعتبر أن الخوف الناتج عن التعرض لصدمة كهربائية له أثر على الأفراد الخاضعين للتجربة مثل رغبة الشخص في الانتظار مع شخص آخر قد يكون في نفس الموقف، إلا أن بعض الأبحاث أسهمت في تعديل ما توصل إليه الباحث، وأوضحت أن الميل إلى البحث عن صحبة الاخرين يتناقص في ظل حدوث العديد من المواقف المحرجة، إذ توصل zinbardore sarnoff إلى أن القلق مثل (مص زجاجة الرضاعة) مقابل الخوف قد أدى إلى خفض معدل الاندماج، إذ أن الخوف من الرفض الاجتماعي كان هو المسيطر على رغبة الفرد في الانتظار بمفرده عندما يشعر بالحرج، كما أن وجود انفعالات وجدانية قوية يقلل من ميل الفرد إلى التحدث مع الاخرين، وقد ركزت بعض الأبحاث على دور التعزيز الذاتي في مواقف الضغط فعندما يواجه الأفراد تهديدا فإنهم

يشتركون في مقارنات بالأشخاص أقل كفاءة منهم في محاولة الاسترجاع كيف ينظرون إلى أنفسهم، (عندما يواجه الفرد مرضا خطيرا فإنه يميل إلى مقارنة وضعه بالذين يواجهون أمراضا أخطر وظروف أشد سوءا).

(قدور بن عباد، 2014، ص97)

2.2. نظرية التبادل الاجتماعية:

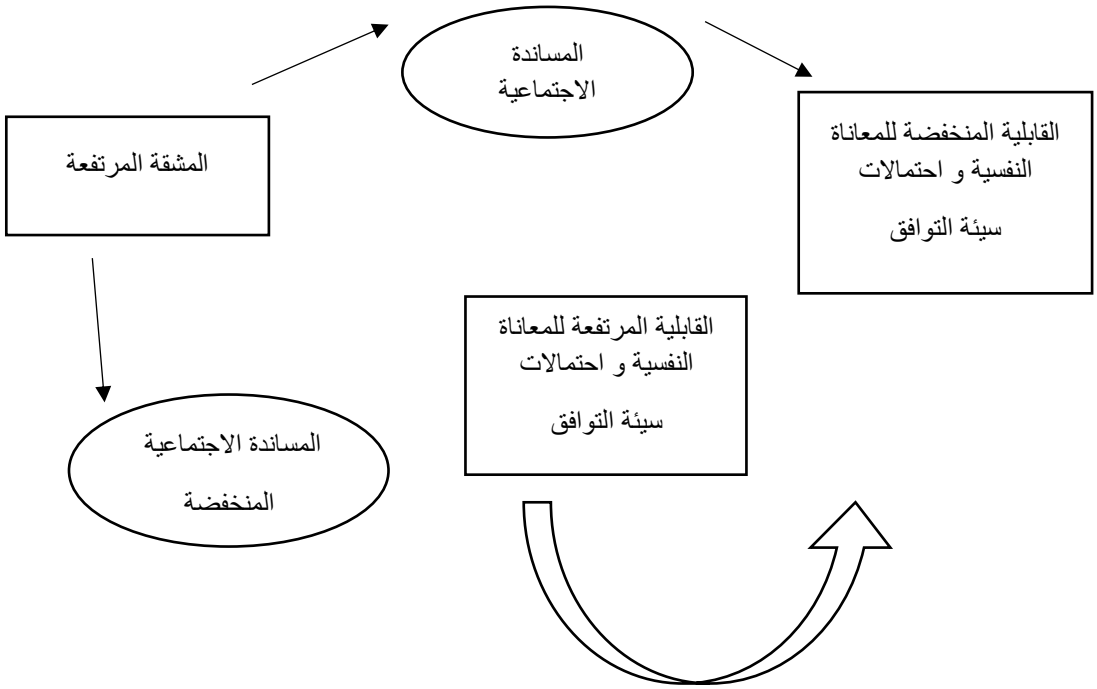
ينظر إلى العلاقات من خلال نظرية التكافؤ التي تعتبر من أهم نظريات التبادل الاجتماعي على أنها تتكون من تبادل المصالح والفوائد، أي أن الأفراد المشتركين في علاقة تبادل يفترضون أن تقديم فائدة أو منفعة يرتبط بتلقي الفرد منفعة أخرى في المقابل، وإن تلقي منفعة يعد دينا ملزما بإعادة تقديم منفعة في المقابل، وأي خلل في هذا التبادل المتوقع يؤدي إلى ردود فعل وجدانية سلبية، ومن بين العوامل الهامة التي تؤثر على أهمية تلك الاعتبارات نوعية العلاقة، إذ أن التكافؤ مهم في علاقات العمل(علاقات ملزمة) وكذلك في العلاقات الودية(علاقات الأصدقاء). (المرجع السابق، ص98)

3. النماذج التي فسرت المساندة الاجتماعية:

1.3. نموذج الأثر الواقي (المخفف من الضغط):

يفترض أن المساندة الاجتماعية تستطيع أن تخفف من الضغط النفسي حتى يستعيد الفرد نواحي النقص التي نشأت لديه بسبب الحزن، وتقديم هذه النظرية مفهوما نظريا جديدا هو نموذج الحماية، ويقصد به أن المساندة الاجتماعية المرتفعة تحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره على حالته الصحية.

فمن خلال المساندة التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه، تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون للإصابة بالمرض. (عودة،2010، ص22)

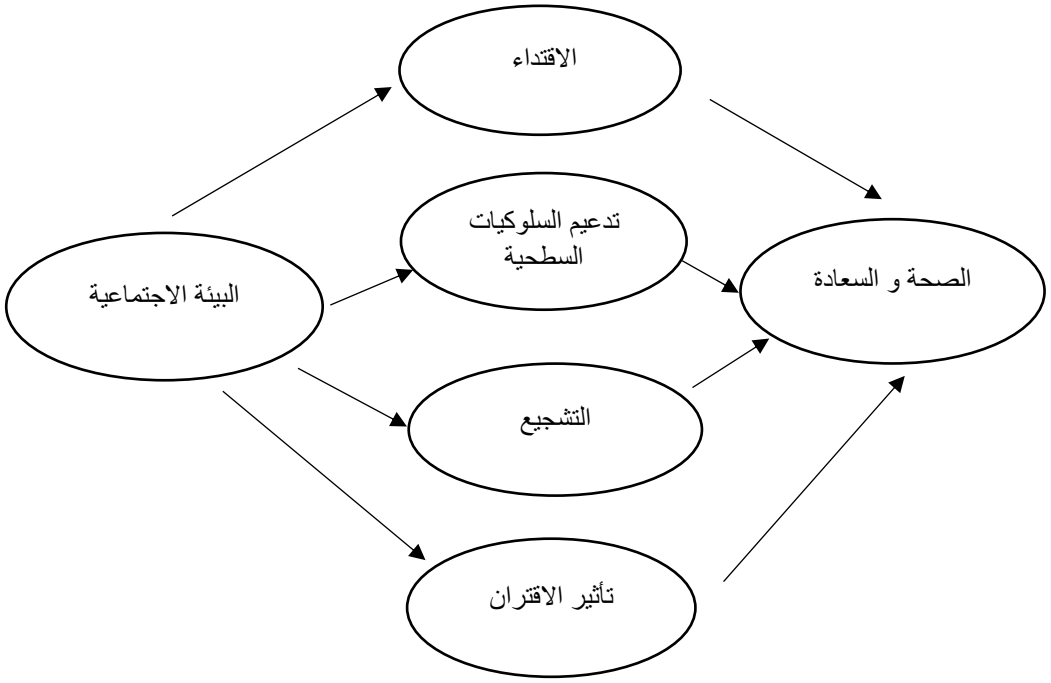


الشكل (01): نموذج الأثر الواقي (دياب، 2006، ص61)

2.3. نموذج الأثر الرئيسي:

يفترض هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية لها تأثير مفيد على حياة الفرد وسعادته بغض النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت ضغط أم لا، وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة حيث أنها توفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساسا بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بالذات، ويمكن أن يرتبط بالصحة البدنية عن طريق أثار الانفعال على الهرمونات العصبية أو وظائف جهاز المناعة أو عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة، وقد يساهم هذا النوع من المساندة في تجنب الخبرات السالبة التي قد تزيد من حدوث اضطراب جسمي عن طريق اثار الانفعال على الهرمونات العصبية أو عن طريق أنماط سلوكية سلبية كالتدخين وتعاطي الكحول. (الصبان،2003، ص43)

كما يفترض نموذج الأثر الرئيسي أنه قد يؤثر سلبا على الجانب الاجتماعي للفرد من خلال الشعور بالعزلة وانخفاض مستوى التفاعل الاجتماعي.



الشكل (02): نموذج الأثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية (جاب الله، هريدي،2001، ص75)

3.3. نموذج الارتباط:

يرى بولبي صاحب نظرية الارتباط أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من طرف الأهل والأصدقاء يمكنها أن تعوض الفرد عن النقص الكبير الذي يكون حدث له بسبب فقدان شخص عزيز لأنه فقد الشخص الذي يمثل الارتباط.

وهناك نوعان من الشعور بالوحدة النفسية يتمثلان في:

- الشعور بالوحدة الوجدانية.
- الشعور بالوحدة الاجتماعية.

حيث أن المساندة الاجتماعية تؤثر في الشعور بالوحدة الاجتماعية، أما الحالة الزوجية فهي تؤثر في الشعور بالوحدة الوجدانية، وذلك لأن غياب الرابط الوجداني مع الشخص الذي يتعلق به الفرد يؤثر على الشعور بالوحدة الاجتماعية.

هناك بعض الدراسات اعتبرت أن الأفراد الذين يقيمون علاقات وروابط تعلق صحيحة مع الاخرين يكونون أكثر أمنا أو اعتمادا على أنفسهم من أولئك الذين يفتقدون مثل هذه الروابط، فعندما تعاق قدرة الفرد على إقامة روابط صحيحة ومتوافقة مع الآخرين، هذا يؤدي به إلى العزلة عن الاخرين.

(علي عبد السلام علي،2005، ص56)

إضافة إلى أن تعبير الفرد عن خبراته الوجدانية سواء بالكتابة أو الحديث يؤدي إلى التحسن في حالته الصحية والبدنية أو النفسية.

(أسماء إبراهيم،2001، ص14)

4.3. النموذج الشامل:

وضع هذا النموذج ليبرمان وبيرلين، وتم إعادة تطويره عام 1989، وهو يرى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط على النحو الاتي:

- يمكن أن تحد المساندة الاجتماعية من احتمال من احتمال وقوع الحدث الضاغط.
- إذا وقع الحدث الضاغط فإن المساندة من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تعدل أو تغير من إدراك الفرد للحدث ومن ثم تلطف أو تخفف من التوتر المحتمل.
- إذا وصل التوتر إلى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور يمكن للمساندة أن تؤثر على العلاقة بين الحدث الضاغط والإجهاد المصاحب.
- يمكن أن تؤثر المساندة الاجتماعية في استراتيجيات المواجهة أو التفاعل مع الحدث الضاغط، وبذلك تقلل من العلاقة بين الحدث وما يسبب من إجهاد.
- بمقدار الدرجة التي ينحدر عندها الحدث الضاغط فإن عوامل شخصية مثل تقدير الذات تجعل في إمكانية المساندة أن تجعل من هذه الاثار.
- قد يكون هناك تأثير مباشر من المساندة على مستوى التوافق وبذلك يرى أنصار هذا النموذج أن دور المساندة كعامل مخفف للتوتر أكثر تعقيدا مما يتخيله البعض. (محمد عبد الرحمان، 1999، ص32)

من خلال عرض هذه النماذج يتضح أن للمساندة الاجتماعية تأثير جيد على حياة الفرد بصفة عامة سواء كان تحت تأثير الضغط أو لا، حيث أنها تحد من احتمالية وقوع الحدث الضاغط عليه، إضافة إلى أنها تعمل على حماية الفرد من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي.

4. **أهمية المساندة الاجتماعية:**

يرى boulby أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الإحباطات وتجعله قادرا على حل مشاكله بطريقة جيدة.

ويشير سارسون sarson إلى أن الفرد الذي ينشأ في وسط أسرة مترابطة تسودها المودة والألفة بين أفرادها ويصبحون أفراد قادرين على تحمل المسؤولية ولديهم صفات قيادية ، لذا نجد أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية ، وأن هذه المساندة يمكن أن تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية، كما تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، وكذلك تنقي الفرد من الأثر الناتج عن الأحداث الضاغطة أو أنها تخفف من حدة هذا الأثر، وعليه فإن هناك عنصرين هامين ينبغي أخذهما بعين الاعتبار هما: إدراك الفرد أن هناك عددا كافيا من الأشخاص في حياته يمكن أن يعتمد عليهم عند الحاجة وإدراك الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة له، واعتقاده في كفاية وكفاءة وقوة المساندة مع ملاحظة أن هذين العنصرين يرتبطان ببعضهما البعض ويعتمدان في المقام الأول على الخصائص الشخصية التي يتسم بها الفرد.

(عبد الرزاق،1998، ص56)

ويمكن تلخيص أهمية المساندة في النقاط التالية:

- تزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الإحباطات وتجعله قادرا على حل مشاكله بطريقة جيدة
- تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية
- تخفف من حدة أثار الصدمات النفسية
- تقوم بحماية تقدير الفرد لذاته
- تشجعه على مقاومة الضغوط التي تفرضها عليه أحداث الحياة المؤلمة.
- تعتبر عاملا واقيا ومخففا من الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية.

5. أشكال المساندة الاجتماعية:

يشير هاوس إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أشكال هي:

- المساندة الانفعالية: التي تنطوي على الأفعال التي تنقل التقدير والرعاية والثقة والقبول والتعاطف.
- المساندة الجسدية(الأدائية): التي تنطوي على المساعدة في العمل والمال.
- المساندة المعلوماتية: التي تنطوي على إعطاء نصائح أو معلومات أو تعليم مهارة تسهل حل مشكلة أو موقف ضاغط.
- المساندة التقويمية: التي تنطوي على التغذية الراجعة المتعلقة بأراء الفرد أو سلوكه.

(عبد الرزاق،1998، ص16)

كما تؤدي المساندة الاجتماعية وظائف هامة تدور حول تلبية احتياجات الفرد وحمايته من التأثير الضار للحزن، وتقديم له خبرات الاخرين في مواقف مشابهة لموقفه ليقارن سلوكه وأفكاره إزاء هذه الخبرة الجديدة. (أسماء إبراهيم،2001، ص13)

ويرى دوك duck أنه يوجد نوعين من المساندة الاجتماعية هما:

- الفئة الأولى: وتتضمن المساندة المادية، ويقصد بها الساعدة على أعباء الحياة اليومية.
- الفئة الثانية: المساندة النفسية، وتشمل التصديق على الآراء الشخصية وتأكيد صحتها ودعم الثقة بالنفس. (أسامة أبو سريع،1993، ص64)

ويصنف باريرا barera المساندة الاجتماعية إلى:

- مساعدة مادية: مساعدة نقدية، إعطاء أو إقراض أو أدوات.
- حميم: التعبير وتبادل المشاعر والأحاسيس.
- يضحي: نصائح وتوجيهات.
- تقديري: معلومات حول شخص الفرد.
- مشاركة اجتماعية: نشاطات وترفيه.
- مساعدة جسدية: تقاسم المهام. (فاطمة حمزة،2019، ص98)

ويقسم michelle et tridet المساندة الاجتماعية إلى:

- المساندة الوجدانية: التي تتضمن كل مشاعر الحب والعاطفة والثقة.
- المساندة الأدواتية: قرض مادي أو أدواتي.
- المساندة المعيارية: وتتضمن تقدير الجهد المبذول وتشجيع الهوية الاجتماعية للفرد وقيمته والإحساس بالانتماء إلى الجماعة.
- المساندة المجتمعية: المشاركة في النشاطات والتعرف على أشخاص اخرين كذلك المرافقة الاجتماعية.
- المساندة بالمعلومات: تتضمن النصائح والتوجيهات. (نفس المرجع،2019، ص98)

ويرى كوب cobأربعة أشكال للمساندة الاجتماعية والتي تتمثل في:

- المساندة المعلوماتية: وتشمل المعارف، النصائح والتوصيات، الاقتراحات لمختلف أوجه التعامل مع الموقف.
- المساندة المادية: وتنطوي على الدعم في موقف رقيق مثل تكريس وقت للأطفال خلال فترة الاستشفاء والمساعدة المالية المعدة للموضوع.
- المساندة الوجدانية: وتشمل مشاعر الوقاية والأمن خلال اللحظات الصعبة وهي تسمح بالتبادل العاطفي مثلا في لحظة تشخيص مريض قريب من الموت.
- المساندة التقديرية: وهي تتيح تهدئة الشخص ليظهر كفاءته وإمكاناته مثلا في مراحل الشك في انخفاض تقدير الذات. (بلواضح،2015، ص25)

6. مصادر المساندة الاجتماعية:

وتأتي المساندة الاجتماعية من مصدرين رئيسيين هما:

1.6. الأسرة: التي تقلل من تأثير عدم القناعة بالعمل وتساعد على التكيف مع طبيعته ويتم عن طريقها تعزيز مصادر الاقتناع الأخرى من خلال الإنجازات التي يسهم بها الفرد خارج موقف العمل، وهذه يمكن أن تعوض المشاعر السلبية التي يشعر بها الفرد في عمله، وتعزز احترام الذات لديه والقبول والشعور بالقيمة.

2.6. العمل: الذي يقلل من تأثير الضغوط النفسية إذ أن التماسك في جماعة العمل وارتفاع درجة التفاعل الإيجابي والمودة بين العاملين وبين القيادة يؤدي إلى انخفاض تأثير الضغوط عليهم وإلى التمتع بالصحة النفسية. (المرجع السابق، ص87)

أما بالنسبة لدراستنا هذه فيمكن أن نحدد مصادر المساندة فيما يلي:

مساندة أفراد الأسرة، مساندة الأصدقاء والزملاء في الجامعة حيث أن ذوي الأمراض المزمنة يحتاجون للمساندة من هؤلاء من أجل تحقيق جودة الحياة.

7. وظائف المساندة الاجتماعية:

1.7. الوظيفة الإنمائية:

تتمثل في أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية متبادلة مع الاخرين، ويدركون أن هذه العلاقات موضع ثقة يسير ارتقائهم في اتجاه السواء، ويكونون أفضل في التمتع بالصحة النفسية من الاخرين الذين يفتقدون هذه العلاقات. (عبد السلام،2005، ص7)

2.7. الوظيفة الوقائية:

تعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الفرد في مواجهة الضغوط حيث يؤثر نمط ما يتلقاه الفرد من دعم سواء كان عاطفيا أو معلوماتيا أو ذاتيا في شد عضده وإثراء خبرته وجعله أكثر إدراكا وتقديرا وواقعيا في تقييمه للحدث، مما يسهم بالتالي في زيادة قدرته ومهاراته في مواجهة الضغوط والتعامل معها، وبذلك نجد أنه بمقدار تلقي المساعدة والدعم الاجتماعي يكون التباين في حدوث الضغوط وخطورة تأثيراتها. (فاطمة حمزة، 2019، ص104)

3.7. الوظيفة العلاجية:

إن المساندة الاجتماعية بما تتيحه من علاقات اجتماعية تتسم بالثقة، وتعمل كحاجز ضد التأثيرات السلبية لضغوط الحياة، ومثل هذه العلاقة إضافة إلى أنها تمثل مصدرا للتخفيف من الاثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة بما تتيحه من إشباع لحاجات الفرد، فإنها تزيد من شعوره بهويته وتقديره لذاته، و تعمل على شحن معنوياته وترفع من مستوى مواجهته للضغوط واعتقاده في فاعليته وكفاءته وتعزز ثقته بالنفس، وهي كلها عوامل تساعد على الوقاية من هذه الضغوط حيث تساهم كذلك في الشفاء مما يترتب عنها من اثار سلبية على الصحة والنفس. (الكردي،2012، ص31)

8. أبعاد المساندة الاجتماعية:

يرى هاوس أن للمساندة الاجتماعية أربعة أبعاد وهي:

- المساندة العاطفية: تتمثل في الود والتعاطف.
- المساندة الأدائية: تتمثل في المساعدة على أداء الأعمال والقيام بها.
- المساندة المعرفية: تتمثل في الإمداد بالمعلومات أو المساعدة في حل مشكلات الفرد.
- المساندة التقويمية: وتظهر في تزويد الفرد بالمعلومات التي تساعده على تقييم أداءه.

(حمزة مريم،2018، ص22)

بينما يرى رودن أن للمساندة الاجتماعية أبعاد عديدة تتضمن:

- التعبير عن المشاعر الإيجابية.
- التسليم بتطابق مشاعر الفرد مع الظروف التي يواجهها الفرد الذي ينتمي إلى شبكة العلاقات الاجتماعية.
- ويرى جوتليب أن هناك أربعة أبعاد رئيسية هي:
- التحرك في المواقف السيئة.
- حل المشكلات.
- المساندة العاطفية.
- التأثير على المباشر.

ويضيف **هيرش** أن أهم تلك الأبعاد هي:

- المساندة العاطفية والإرشاد والتوجيه المعرفي، المساعدات المادية الملموسة، التعزيز الاجتماعي، والاجتماعية المتبادلة.

ويرى فوكس أن المساندة الاجتماعية تتضمن ثلاث أبعاد رئيسية هي:

- موارد شبكة المساندة الاجتماعية.
- السلوك المساند.
- التقديرات الذاتية للمساندة. (يحي محمد،2006، ص، ص،36،37)

9. قياس المساندة الاجتماعية:

اهتم العديد من الباحثين في علم النفس بدراسة المساندة الاجتماعية، هذا أدى إلى ظهور مجموعة من مقاييس المساندة الاجتماعية، أبرزها التي أعدها سارسون وهنري ليفين 1983، وروبرت باشام وباربا سارسون قاموا بإعداد استبانة لتقدير المساندة الاجتماعية أسموها -استبانة المساندة الاجتماعية the social support questonnaire واستعانوا في إعداد هذا المقياس بمجموعة سابقة من المقاييس المنشورة في مقياس لبورسكاي وتود واستير للمهارات الاجتماعية، ومقياس رينيه للصحة النفسية، ومقياس بريم ومقياس باربرا وساندلرو رامزي. (الشناوي عبد الرحمان،1994، ص42)

خلاصة الفصل:

وعليه تعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه في الظروف العادية، فما بالك عندما يشعر أن هناك ما يهدده، ويخس أن طاقته قد استنفذت ولم يعد بوسعه أن يجابه الخطر، أو يحتمل ما يقع عليه من إجهاد وأنه يحتاج إلى مساعدة وعون من البيئة المحيطة به.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد:

ترتكز دقة النتائج التي يتوصل لها الباحث على صحة الإجراءات التي يتبعها والأدوات والأساليب التي يستخدمها أثناء إجراءه لبحثه. فمن خلال هذا الفصل سنحاول التطرق إلى أهم الإجراءات المنهجية المتبعة في هذه الدراسة، وذلك بالتطرق أولا إلى الدراسة الاستطلاعية ثم إلى الدراسة الأساسية المتمثلة في المنهج المستخدم، مجتمع الدراسة، إضافة إلى عينة الدراسة وخصائصها والأدوات المستخدمة لجمع البيانات، وأيضا سنحاول أن نستعرض أهم الأساليب الإحصائية المتبعة لتحليل البيانات بصورة كمية.

1. الدراسة الاستطلاعية:

قبل أي دراسة ميدانية لابد على الباحث من القيام بدراسة استطلاعية للمكان الذي ستجرى فيه الدراسة الأساسية، حيث تعتبر من الخطوات المنهجية الأساسية التي تساعد الباحث، فهي تمكنه من الوقوف وتحديد أهم الإجراءات المنهجية. والدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها هدفت إلى:

- ضبط عنوان الدراسة ومتغيراتها.
- ضبط اشكالية الدراسة وتساؤلاتها.
- تحديد العينة ومعرفة الأجواء المحيطة بها ومختلف ظروفها.

بعد جمع المعلومات اللازمة، فقد تم التوصل إلى اقتراح أن تكون أدوات جمع البيانات كالتالي:

- مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية المختصر المقنن على البيئة الجزائرية من طرف فاطمة حمزة 2019.
- مقياس المساندة الاجتماعية لسميرة عبد الله الكردي المقنن من طرف معمرية بشير.

أما عينة الدراسة الاستطلاعية فقد كان قوامها 10 نسخ من المقاييس المذكورة سابقا، 05 منها ورقية والأخرى رقمية، وزعت على طلاب من جامعة قالمة.

- تمت الدراسة الاستطلاعية من12 أفريل 2021 إلى 19 أفريل2021.

2. الدراسة الأساسية:

1.2. منهج الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي ذي الطابع الارتباطي بما يناسب دراسة هذا الموضوع، ذلك باعتبار هذا المنهج يقوم بتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين الوقائع، وكذلك يهدف إلى جمع البيانات والمعلومات عن حقائق الأشياء والظواهر الموجودة وإخضاعها للدراسة العلمية. (عمارة،1995، ص122)

وبما أن موضوع دراستنا هو "جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة"، فإن المنهج المستخدم هو المنهج الوصفي باعتباره الأنسب للدراسة، حيث يركز على جمع الحقائق والمعلومات ومقارنتها وإيجاد العلاقات بينها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة.

2.2. حدود الدراسة :

تم تحديدها كما يلي:

1.2.2. العنصر البشري:

ويتمثل في مجتمع الدراسة أي الطلبة الذين يعانون من الأمراض المزمنة في الجامعات الأربعة.

2.2.2. الحدود الزمانية:

أجريت الدراسة الميدانية بتاريخ 22 أفريل 2021 إلى غاية 10 ماي2021.

3.2.2. الحدود المكانية:

أجريت الدراسة على مستوى جامعة قالمة، عنابة، سكيكدة وجامعة قسنطينة.

3. مجتمع الدراسة:

نعني بمجتمع الدراسة المجال الذي سنتناوله في الدراسة، والذي تظهر فيه الظاهرة التي نريد دراستها، حيث تمثل المجتمع الأصلي لدراستنا في طلبة الليسانس والماستر في 4 جامعات على مستوى 4 ولايات (قالمة-عنابة-سكيكدة-قسنطينة)، الذين تراوحت أعمارهم بين 19 و29 سنة للسنة الجامعية 2020-2021.

4. العينة وخصائصها:

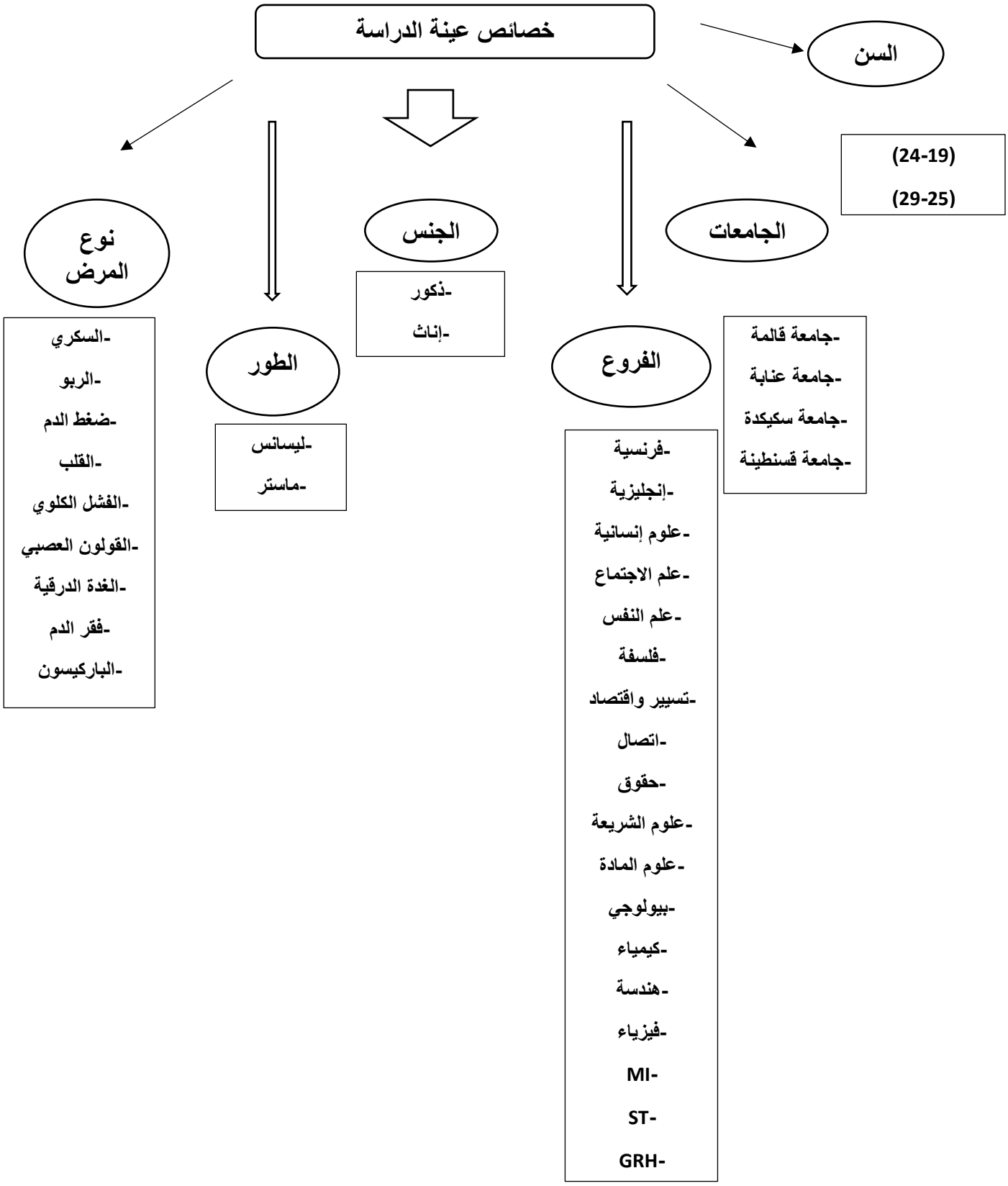
1.4. عينة الدراسة:

تعتبر خطوة اختيار العينة من أهم الخطوات المنهجية، حيث أن الاختيار الأمثل للعينة يضمن للباحث النجاح في باقي خطوات دراسته، وحسب لخضر عزوز (2004) فإن العينة هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي، تجرى عليها الدراسة ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله. (حمزة مريم،2018، ص54)

وقد استخدمنا عينة عشوائية تكونت من (61) طالبا وطالبة، منهم(27) طالب و(34) طالبة باستخدام المسح الشامل، يختلفون من حيث السن والطور والفرع والجامعة ونوع المرض.

2.4. خصائص عينة الدراسة:

سنقوم في هذا العنصر بعرض أهم الخصائص المميزة لعينة الدراسة الأساسية بالاعتماد على الجداول، وذلك للتعبير بصورة أوضح وأدق عن خصائص العينة، وتتضمن هذه الخصائص ما يلي:



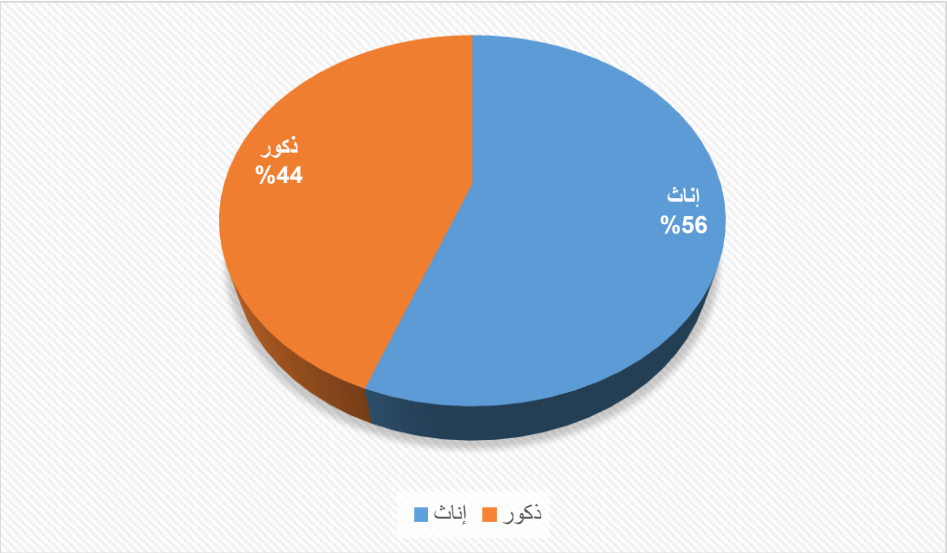
الشكل (03): خصائص عينة الدراسة الأساسية (زوايمية وبن جخنون)

الشكل (03) يوضح أن أفراد عينة الدراسة يتوزعون حسب الجنس إلى (27) ذكر و(34) أنثى موزعين على فئتين عمريتين، من الطورين الليسانس والماستر، في 4 جامعات، وحسب الفروع التي تمثلت في 18 فرع، وحسب نوع المرض (9 أمراض).

1.2.4. توزيع عينة الدراسة حسب الجنس:

الجدول (01): يوضح توزيع الأفراد حسب الجنس

	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية
الجنس	27	%44.26	34	%55.73	61	%100



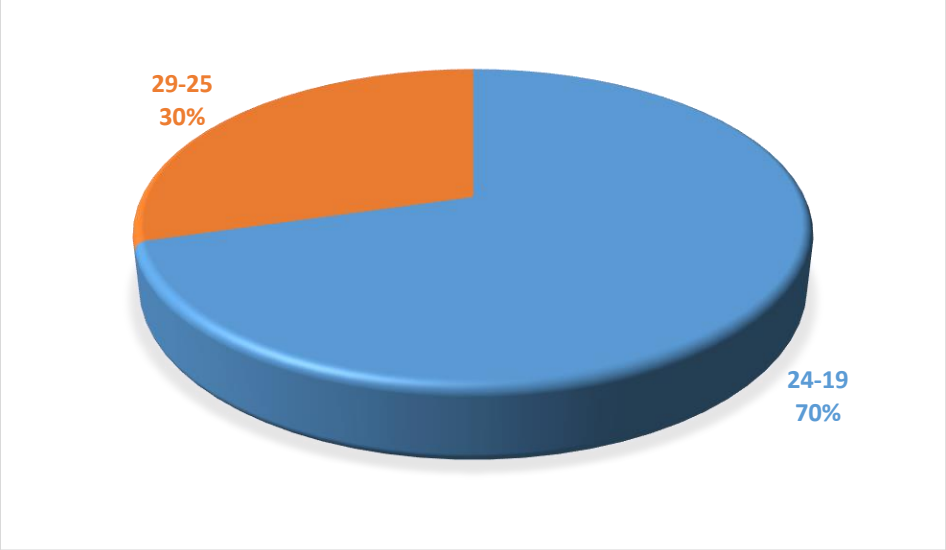
الشكل (04): توزيع الأفراد حسب الجنس

من خلال الجدول (01) والشكل (04) يتبين لنا أن أفراد العينة معظمهم إناث، حيث بلغ عددهم (34) وذلك بنسبة 55.73%، في حين بلغ عدد الذكور (27) وذلك بنسبة 44.26%.

2.2.4 توزيع عينة الدراسة حسب الفئات العمرية:

الجدول (02): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية

الفئات العمرية	العدد	النسبة المئوية	الترتيب
24-19	43	%70.49	01
29-25	18	%29.50	02
المجموع	**61**	**%100**	



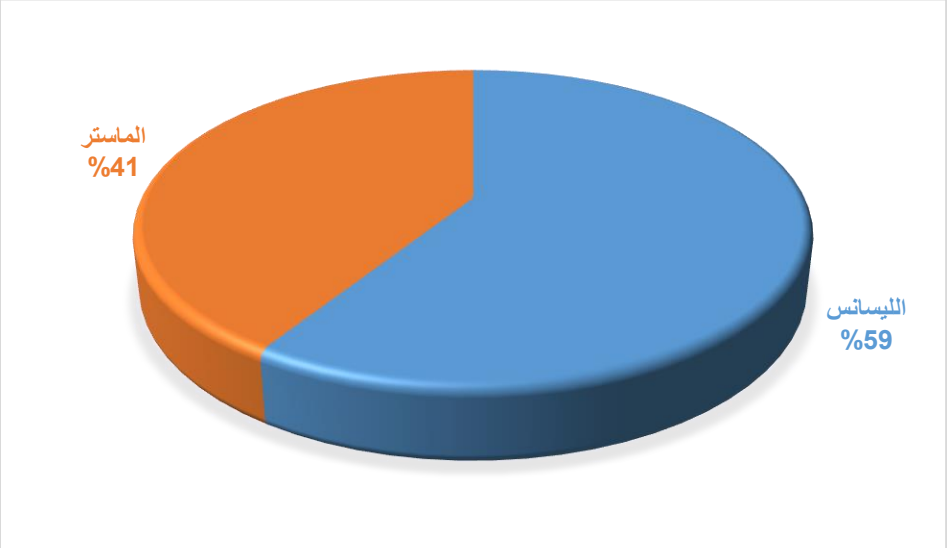
الشكل (05): توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

من خلال الجدول (02) والشكل (05) يتبين لنا أن أغلب الطلبة المصابين بالأمراض المزمنة ينتمون إلى الفئة العمرية 1 (19-24) والذي بلغ عددهم (43) وذلك بنسبة 70.49%، في حين بلغ عددهم في الفئة 2 (25-29) (18) بنسبة 29.56%.

3.2.4.توزيع عينة الدراسة حسب الطور:

الجدول (03): توزيع أفراد العينة حسب الطور

الطور	العدد	النسبة المئوية	الترتيب
الليسانس	36	%59.01	01
الماستر	25	%40.98	02
المجموع	**61**	**%100**	



الشكل (06): توزيع أفراد العينة حسب الطور

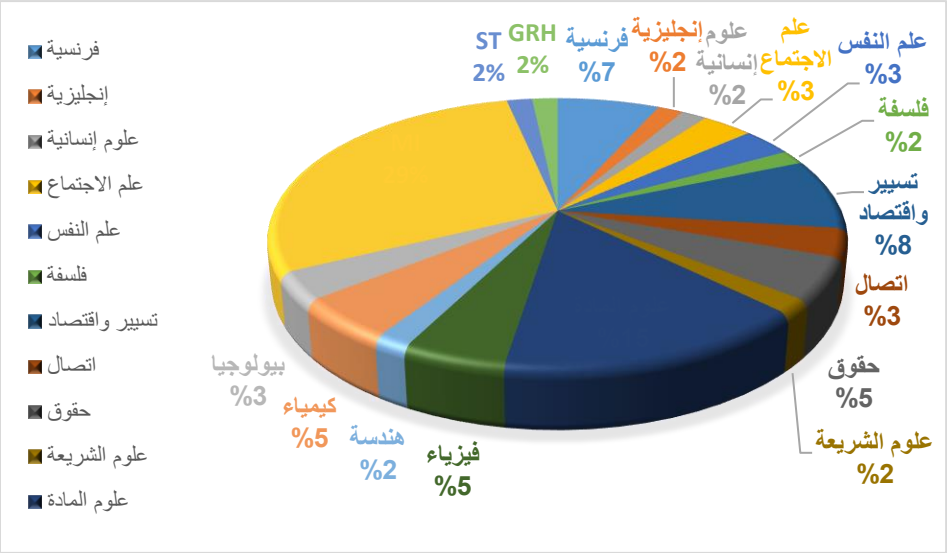
من خلال الجدول (03) والشكل (06) نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة يتوزعون حسب الطور كما يلي:

طلبة الليسانس بلغ عددهم (36) بنسبة 59.01%، ويليهم طلبة الماستر حيث بلغ عددهم (25) بنسبة 40.98%.

4.2.4. توزيع عينة الدراسة حسب الفرع:

الجدول (04) يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الفرع

الفرع	العدد	النسبة المئوية	الترتيب
فرنسية	04	%6.55	04
إنجليزية	01	%1.63	07
علوم إنسانية	01	%1.63	07
علم الاجتماع	02	%3.27	06
علم النفس	02	%3.27	06
فلسفة	01	%1.63	07
تسيير واقتصاد	05	%8.19	03
اتصال	02	%3.27	06
حقوق	05	%4.91	03
علوم الشريعة	01	%1.63	07
علوم المادة	09	%14.75	02
فيزياء	03	%4.91	05
هندسة	01	%1.63	07
كيمياء	03	%4.91	05
بيولوجيا	02	%3.27	06
MI	17	%27.86	01
ST	01	%1.63	07
GRH	01	%1.63	07
المجموع	**61**	**%100**	



الشكل (07): توزيع عينة الدراسة حسب الفرع

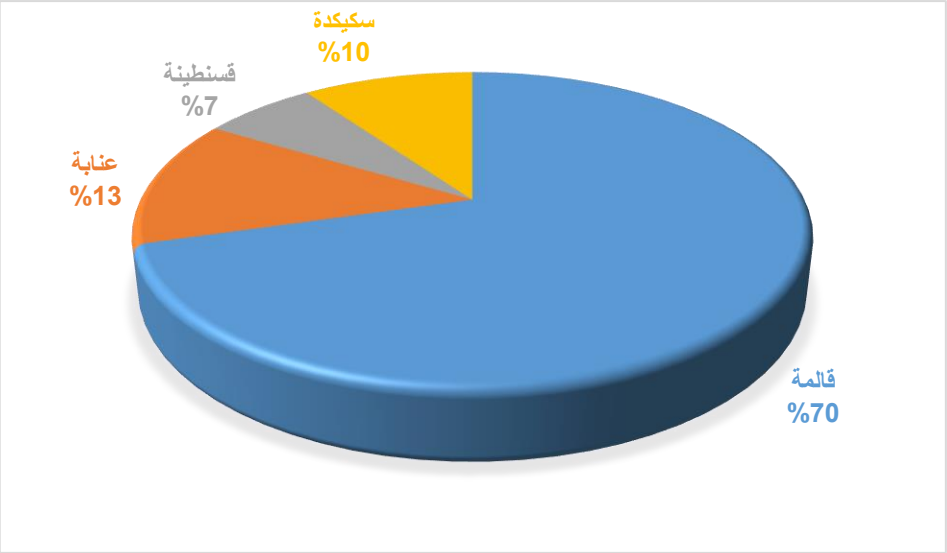
من خلال الجدول (04) والشكل (07) يتضح أن أفراد العينة يتوزعون حسب الفروع كما يلي:

طلبة MI ذوو الأمراض المزمنة في المرتبة الأولى، حيث بلغ عددهم (17) طالب بنسبة 27.86%، يليهم طلبة علوم المادة الذين بلغ عددهم (09) طلبة بنسبة 14.75%، يليهم طلبة التسيير والاقتصاد والحقوق، حيث بلغ عددهم (05) بنسبة 8.19%، ثم طلبة اللغة الفرنسية (04) بنسبة 6.55%، ثم طلبة الفيزياء والكيمياء حيث بلغ عدد الطلبة في كليهما (03) طلبة بنسبة 4.91%، ثم طالبين (02) في كل من علم الاجتماع وعلم النفس والاتصال والبيولوجيا بنسبة 3.27%، وأخيرا طالب واحد (01) في كل من الإنجليزية والعلوم الإنسانية والفلسفة وعلوم الشريعة والهندسة وST وGRH بنسبة 1.63%.

5.2.4. توزيع عينة الدراسة حسب الجامعة:

الجدول (05): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب الجامعات

الجامعة	العدد	النسبة المئوية	الترتيب
قالمة	43	% 70.49	01
عنابة	08	%13.11	02
قسنطينة	04	%06.55	04
سكيكدة	06	%09.83	03
المجموع	**61**	**%100**	



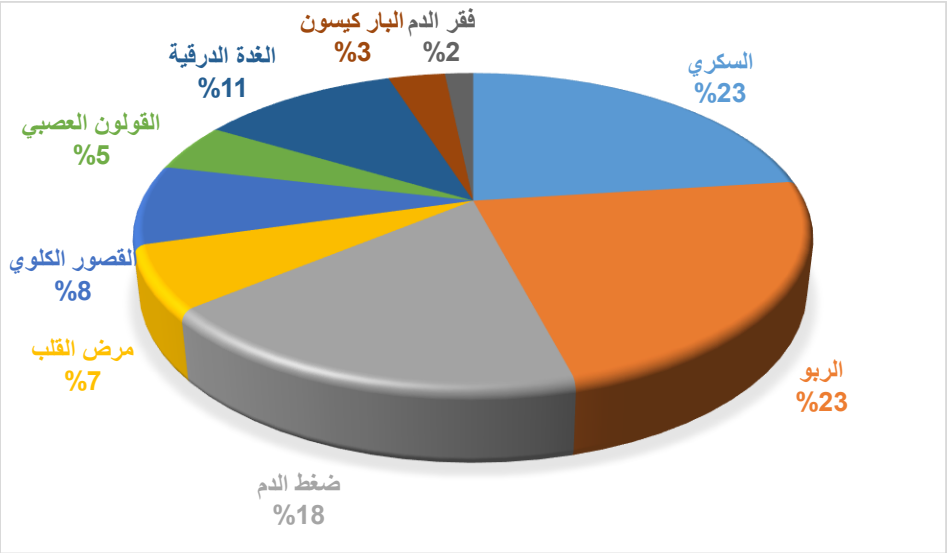
الشكل (08): توزيع عينة الدراسة حسب الجامعات

من خلال الجدول (05) والشكل (08) نلاحظ أن معظم الطلبة ذوو الأمراض المزمنة ينحدرون من جامعة قالمة حيث بلغ عددهم (43) بنسبة 70.49%، تليها جامعة عنابة التي بلغ فيها عددهم (08) بنسبة 13.11%، ثم جامعة سكيكدة (06) بنسبة 9.83% وأخيرا جامعة قسنطينة (04) بنسبة 6.55%.

6.2.4.توزيع عينة الدراسة حسب نوع المرض:

الجدول (06): يمثل توزيع عينة الدراسة حسب نوع المرض

نوع المرض	العدد	النسبة المئوية	الترتيب
السكري	14	%22.95	01
الربو	14	%22.95	01
ضغط الدم	11	%18.03	02
مرض القلب	04	%06.55	05
القصور الكلوي	05	%08.19	04
القولون العصبي	03	%04.91	06
الغدة الدرقية	07	%11.47	03
البار كيسون	02	%03.27	07
فقر الدم	01	%01.63	08
المجموع	**61**	**%100**	



الشكل (09): توزيع عينة الدراسة حسب نوع المرض

من خلال الجدول (06) والشكل (09) يتضح أن أغلبية الطلبة مصابين بمرض السكري والربو، حيث بلغ عدد كل منهما (14) بنسبة 22.95%، يليهم المصابين بضغط الدم الذين بلغ عددهم (11) بنسبة 18.03%، ثم المصابين بالغدة الدرقية الذين بل عددهم (07) بنسبة 11.47%، ثم الذين يعانون من الفشل الكلوي حيث بلغ عددهم (05) بنسبة 8.19%، ثم مرض القلب (04) بنسبة 6.55%، ثم مرضى القولون العصبي (03) بنسبة 4.91%، ثم المصابين بمرض الباركنسون الذين بلغ عددهم (02) بنسبة 3.27%، وأخيرا مرض فقر الدم الذي أصاب طالبا واحدا (01) بنسبة 1.63%.

3.4. أدوات الدراسة:

لغرض جمع البيانات اللازمة يتوجب على الباحث استخدام أدوات مناسبة تمكنه من جمع البيانات، وتتمثل الأدوات التي استخدمناها في هذه الدراسة في مقياسين:

- مقياس جودة الحياة المختصر والذي قامت الباحثة فاطمة حمزة بتعريبه وتقنينه على البيئة الجزائرية.
- استبيان المساندة الاجتماعية المقنن على البيئة الجزائرية من قبل بشير معمرية.

1.3.4. مقياس جودة الحياة:

هذا المقياس صادر عن منظمة الصحة العالمية المختصر (WHOQOL-BREF)، وقامت بتقنينه الباحثة فاطمة حمزة.

1.1.3.4. وصف المقياس:

جاء هذا المقياس كاختصار لمقياس جودة الحياة المئوي(WHOQOL100)، الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذي تم إعداده عام 1991، عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس جودة الحياة، يغطي الجوانب المختلفة لجودة الحياة المتعلقة بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع هو تصميم أداة لتقييم جودة الحياة يمكن استعمالها بشكل واسع، حيث تم إعداده من خلال 15 مركزا ميدانيا بلغات مختلفة عبر العالم، لتنتهي إلى 100 بند شملت 24 مجالا من مجالات الحياة، والذي اختصر فيما بعد إلى مقياس جودة الحياة المختص (WHOQOL BREF) المكون من 26 بندا تقبس جودة الحياة في ست مجالات الممثلة في الجدول التالي:

الجدول (07): مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة والتعب، الراحة والانزعاج، الألم، النوم والراحة
الصحة النفسية	صورة الجسم والمظهر، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، ردود الفعل (التعلم، الذاكرة، التركيز)
مستوى الاستقلالية	العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي
البيئة	الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية والمعونة الاجتماعية، السكن، القدرة على التعلم، الهوايات، البيئة الفيزيقية، التلوث، المناخ
الصحة الروحية	الروحانية، التدين، المعتقدات الشخصية

- وتكونت الصيغة المختصرة من بند واحد ممثل عن كل مجال من المجالات الأربع والعشرين، إضافة لبندين عن الحياة ككل، وأصبح (WHOQOL BREF) مكونا من 26 بندا موزعة على 4 أبعاد كالتالي:

الجدول (08): أبعاد مقياس جودة الحياة

البعد	البنود
الصحة الجسدية	18-17-16-15-10-4-3
الصحة النفسية	26-19-11-7-6-5
العلاقات الاجتماعية	22-21-20
البيئة	25-24-23-14-13-12-9-8

- وصيغت البنود على شكل أسئلة يجاب عن كل منها على أساس مقياس خماسي ترتيبي يتراوح بين 1و5 من 1-5 في البنود الإيجابية والمتمثلة في البنود التالية (1-2-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25) وتعكس في البنود السلبية (3-4-26) وتشير الدرجة العليا إلى ارتفاع جودة الحياة. (فاطيمةحمزة،2019، ص117)

2.1.3.4. الخصائص السيكومترية للمقياس:

كشفت الباحثة فاطمة حمزة من خلال الصيغة العربية للمقياس عن معاملات صدق وثبات مرتفعة، حيث كانت معاملات الصدق التمييزي وصدق الاتساق الداخلي ومعامل الثبات ألفا-كرونباخ (0.885) للمقياس، ومعامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية (0.817) مرتفعة، أي أن هذا المقياس يتميز بمعاملات عالية للصدق والثبات، ومحل ثقة في استعماله لجمع المعلومات، ويمكن استعماله بشكل واسع في البحث العلمي، حيث أن هذه النتائج توافقت مع ما توصلت إليه مراكز المنظمة العالمية للصحة (WHOQOL Group,1998) التي استغرقت عدة سنوات من أجل التأكد من دقة خصائصه السيكومترية، حيث وصلت قيمة معامل الصدق والثبات (0.91)، كما أنها توافقت مع ما توصلت إليه الدراسات العربية والأجنبية فيما يخص حساب الخصائص السيكومترية لمقياس (WOQOL-BREF)، حيث توافقت هذه الدراسة مع دراسة (S.M.Skevington1 et AL , 2004) تحليل خصائصها السيكومترية باستخدام بيانات مستعرضة تم الحصول عليها من مسح للبالغين أجريت في 23 بلدا، وقد تم أحذ عينات من المرضى والأصحاء بشكل جيد من عامة السكان، وكذلك من المستشفيات، وإعادة التأهيل والرعاية الصحية الأولية، وقد تم الانتهاء إلى أن (WHOQOL-BREF) يمتلك خصائص سيكومترية جيدة من حيث الموثوقية وهو تقييم سليم ومنتظم ثقافيا، كما هو مبين في مجالاتها الأربعة (المادية النفسية والاجتماعية والبيئية).

ومن هنا يمكن القول إن مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-BREF) يتميز بشروط سيكو مترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعله صالحا للاستعمال بكل ثقة سواء في مجال البحث العلمي عموما أو في مجال البحث النفسي أو في مجال التشخيص العيادي.

(حمزة، ص123)

***-تحديد مستويات جودة الحياة من خلال مقياس (WHOQOL-BREF):**

لتحديد مستويات جودة الحياة من خلال (WHOQOL-BREF) المطبق على عينات من الجنسين من البيئة الجزائرية، وتبعا لطريقة ليكرث الثلاثية حيث نقوم بحساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد المستويات الثلاث حسب العمليات الحسابية التالي:

(أكبر بديل-أقل بديل) / عدد المستويات المطلوب (1-5) / 3=1.33

أ. المستويات حسب المتوسط الحسابي:

الجدول (09): المستويات حسب المتوسط الحسابي

المتوسط الحسابي	المستوى
2.33-1	منخفض
3.67-2.34	متوسط
5-3.68	مرتفع

ب. المستويات حسب الدرجات:

نقوم بعملية الجداء التالية:

ضرب عدد البنود في قيم المتوسط للمستويات الثلاث، لتصبح المستويات محددة كالتالي:

الجدول (10): المستويات حسب الدرجات

الدرجات	المستوى
61-26	منخفض
95-62	متوسط
130-96	مرتفع

(حمزة، ص، ص،123،119)

2.3.4. مقياس المساندة الاجتماعية:

1.2.3.4. وصف المقياس:

قامت الباحثة بقياس المساندة الاجتماعية من خلال استبيان المساندة الاجتماعية لسميرة عبد الله كردي 2008، والذي يتكون من 44 بندا موزعة على بعدين هما: بعد المساندة المقدمة من الأسرة، ويقيسه 22 بند، وبعد المساندة المقدمة من الأصدقاء ويقيسه 22 بند، يجاب عنها بأسلوب تقريري وتصحح إجابات المفحوص ضمن أربعة بدائل هي: لا وتنال (0)، قليلا وتنال درجة واحدة (1)، متوسط وتنال درجتين (2)، كثيرا وتنال ثلاث درجات (3). (معمرية،2012، ص32)

لتحديد مستويات استبيان المساندة الاجتماعية المطبق في الدراسة، وتبعا لطريقة ليكرت الثلاثية، حيث نقوم بحساب المتوسط الحسابي للمقياس لتحديد الثلاثة حسب العمليات الحسابية التالية:

(أكبر بديل-أقل بديل) / عدد المستويات المطلوب (3-0) /3=1

أ. المستويات حسب المتوسط الحسابي:

الجدول (11): مستويات المساندة الاجتماعية حسب المتوسط الحسابي

المتوسط الحسابي	المستوى
1-0	منخفض
2-1	متوسط
3-2	مرتفع

(معمرية، ص130)

ب. المستويات حسب الدرجات:

نقوم بعملية الجداء التالية:

ضرب عدد البنود في قيم المتوسط للمستويات الثلاث، لتصبح المستويات محددة كالتالي:

الجدول (12): مستويات المساندة الاجتماعية حسب الدرجات

الدرجات	المستوى
44-0	منخفض
88-45	متوسط
132-89	مرتفع

2.2.3.4. حساب الخصائص السيكو مترية للاستبيان:

لمزيد من الثقة في المقياس، قامت الباحثة فاطمة حمزة بإعادة حساب الخصائص السيكو مترية فوجدت أن قيمة معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وصلت إلى (0.92) قبل التصحيح، وبعد التصحيح بطريقة جوتمان وصلت القيمة إلى (0.95) وهي قيمة عالية، بالتالي الاستبيان ثابت.

(معمرية، ص، ص131،134)

4.4. الأساليب الإحصائية:

تمت المعالجة بواسطة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، حيث استخدم الطالبان عدة أساليب إحصائية في هذه الدراسة نذكرها فيما يلي:

- ✓ معامل الارتباط بيرسون وذلك لمعرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية.
- ✓ النسب المئوية لتحديد خصائص العينة من حيث الجنس -السن -الطور -الفرع -الجامعة –نوع المرض.
- ✓ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وكذا معرفة مستوى كل من جودة الحياة والمساندة الاجتماعية.
- ✓ اختبار (T) بهدف معرفة الفروق بين أفراد العينة في المتغيرين تعزى لنوع الجنس.

خاتمة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى منهجية الدراسة والإجراءات الميدانية، بداية بالدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، كذلك قمنا بعرض خصائص العينة حيث يتوزع أفراد عينة الدراسة بطريقة مختلفة وذلك حسب الجنس والسن والطور والفرع والجامعة ونوع المرض، إضافة إلى توضيح مدى ملاءمة الأدوات التي تم استخدامها وذلك من خلال عرض الخصائص السيكو مترية الخاصة بكل مقياس، وأخيرا تم التعرف على الأساليب الإحصائية المختلفة التي من خلالها سيتم تحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق أدوات الدراسة.

الفصل الخامس:

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد:

تم التطرق في هذا الفصل إلى عرض ومناقشة النتائج التي تحصلنا عليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة لجمع البيانات والإجابة عن أسئلة الدراسة، حيث قمنا بحساب متوسط درجات المبحوثين والانحراف المعياري للكشف عن مستوى جودة الحياة ومستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة ثم قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة، واختبارT للكشف عن الفروق في مستوى كل من جودة الحياة والمساندة الاجتماعية تعزى لنوع الجنس لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة.

1. عرض نتائج فرضيات الدراسة:

1.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية العامة:

نصت الفرضية العامة على أنه: "توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية التي تحصل عليها أفراد العينة على مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية التي تحصل عليها أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول (13): يمثل قيمة معامل بيرسون بين درجات جودة الحياة ودرجات المساندة الاجتماعية

المتغيرات	البيانات الإحصائية			
	العينة	قيمة r	قيمة الدلالة المعنوية	الدلالة
-جودة الحياة -المساندة الاجتماعية	61	1	0.324	غير دالة إحصائيا

دال عند المستوى 0.01

نلاحظ من خلال الجدول (13) أن قيمة الدلالة المعنوية بلغت 0.324 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.01، مما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة.

2.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضيات الفرعية:

1.2.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الفرعية الأولى:

نصت الفرضية على أن "مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة مرتفع". وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسط والانحراف المعياري لجودة الحياة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول (14): يوضح مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة

المتغير	المجال	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	المستوى
جودة الحياة	(26-61) منخفض	84.72	12.80	متوسط
	(62-95) متوسط			
	(96-130) مرتفع			

نلاحظ من خلال الجدول (14) أن متوسط الدرجات لجودة الحياة لدى أفراد العينة بلغ 84.72 وهو ضمن المجال (62-95)، وبالتالي فإن مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة متوسط، أما بالنسبة للانحراف المعياري فقد قدر ب 12.80، وهي قيمة صغيرة وأقل من متوسط الدرجات، وهذا يدل على أن القيم متقاربة، إذا فهي متجانسة، ومنه يمكن القول ان الفرضية الفرعية الأولى لم تتحقق.

2.2.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الفرعية الثانية:

نصت الفرضية على أن: «مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة مرتفع". وللتحقق من الفرضية تم حساب متوسط الدرجات والانحراف المعياري للمساندة الاجتماعية، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول (15): يوضح مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة

المتغير	المجال	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	المستوى
المساندة الاجتماعية	(0-44) منخفض	93.34	22.97	مرتفع
	(45-88) متوسط			
	(89-132) مرتفع			

نلاحظ من خلال الجدول (15) أن متوسط الدرجات للمساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة هي 93.34 والمختصرة في المجال (89-132)، وبالتالي فإن مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة مرتفع، أما بالنسبة للانحراف المعياري فقد قدر ب 22.97، وهي قيمة صغيرة وأقل من المتوسط الحسابي وهذا يدل على أن القيم متقاربة، إذا فهي متجانسة، ومنه يمكن القول أن الفرضية الفرعية الثانية تحققت.

3.2.1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الفرعية الثالثة:

نصت على أنه:" توجد فروق في مستوى جودة الحياة بين الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس". وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب اختبار T لجودة الحياة، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (16): يوضح الفروق في مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس

النوع		العينة	المتوسط	الانحراف	اختبارT	الدلالة المعنوية	درجة الحرية
الجنس	ذكور	27	84.51	14.94	0.109	0.023	59
	إناث	34	84.88	11.05			

دال عند مستوى 0.01

من خلال الجدول (16) نلاحظ أن قيمة اختبار الفروقT بالنسبة للجنس قد بلغت 0.109 عند درجة الحرية 59، أما الدلالة المعنوية بلغت قيمتها 0.023 يعني أكبر من مستوى الدلالة 0.01، وهي غير دالة إحصائيا، مما يدل على عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.

4.2.1. عرض نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

نصت على أنه :" توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس". وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب اختبار T للمساندة الاجتماعية، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (17): يوضح الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لنوع الجنس

النوع		العينة	المتوسط	الانحراف	Tالمحسوبة	الدلالة المعنوية	درجة الحرية
الجنس	ذكور	27	93.70	25.28	0.108	0.328	59
	إناث	34	93.05	21.34			

دال عند المستوى 0.01

من خلال الجدول (17) نلاحظ أن قيمة اختبار الفروق T بالنسبة للجنس قد بلغت 0.108 عند درجة الحرية 59، أما الدلالة المعنوية بلغت قيمتها 0.328، يعني أكبر من مستوى الدلالة 0.01، وهي غير دالة إحصائيا، مما يدل على عدم وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.

2. مناقشة وتحليل نتائج الفرضيات:

1.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

أسفرت النتائج المتعلقة بالفرضية العامة التي تنص على أنه:" توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة"، إلى عدم تحقق الفرضية، وقد اتضح ذلك من خلال النتائج التي توصلنا إليها عند قياس معامل الارتباط بين نتائج درجات جودة الحياة ودرجات المساندة الاجتماعية" كما هو موضح في الجدول(13)، وفي هذا الشأن تعارضت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة(عمامرة ومأمون 2008)، والتي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجات جودة الحياة ودرجات المساندة الاجتماعية، وهذا قد يكون راجع إلى أن عينة الدراسة تمثلت في المسنين المقيمين في مراكز التكفل، حيث توفر لهم مساندة نفسية واجتماعية كافية من طرف طاقم العمل من اخصائيين نفسانيين واجتماعيين وطبيين بحيث تأثر على جودة الحياة لديهم، وكما جاء في نظرية (لاوتن1997) في الشق النظري أن إدراك الفرد لتأثير البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر، وكلما تقدم الفرد في عمره، كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وفي هذا الشأن أيضا توصلت دراسة BARUTEU AND MERT 2013 إلى أن جودة الحياة تتحسن بوجود مساندة اجتماعية مرتفعة، ربما سبب ذلك راجع إلى أن دراسته أجريت على عينة في المستشفى، حيث يتلقون رعاية خاصة وتكفل من طرف

طاقم المستشفى، وبالتالي قد ترتفع المساندة الاجتماعية، كما لم تتفق الدراسة الحالية مع دراسة(الهنداوي 2011) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية بأبعادها ودرجتها الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا، وربما هذا راجع لكون عينة دراسة(الهنداوي) تمثلت في ذوو الإعاقة الحركية الذين ترتفع عندهم نسبة المساندة الاجتماعية بسبب ظهور الإعاقة، على عكس ذوو الأمراض المزمنة الذين لا يظهر عليهم المرض.

2.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات الفرعية:

1.2.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

أسفرت النتائج المتعلقة بالفرضية الفرعية الأولى التي تنص على أن:" مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة مرتفع" إلى عدم تحقق الفرضية، وقد اتضح ذلك من خلال النتائج التي توصلنا إليها عند حساب المتوسط والانحراف المعياري كما هو موضح في الجدول(14)، حيث وجدنا أن مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة متوسط، وقد يرجع سبب تدني مستوى جودة الحياة إلى المتوسط إلى نقص رضا الفرد عن حالته الصحية، لأنه حسب ما جاء في الشق النظري أن من مؤشرات ارتفاع جودة الحياة رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الالام، أو التوافق مع المرض، كما أشار (أبراهام ماسلو) في نظريته في مبدأ إشباع الحاجات أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، فعندما يتمكن الفرد من إشباع حاجاته وتحقيق رغباته فإنه يشعر بالرضا. وعند تواصلنا مع بعض المبحوثين وجدنا أن أغلبيتهم تقر على أنهم يعانون من ضغوط نفسية ناجمة عن عدم إشباع حاجاتهم المادية والمعنوية.

2.2.2. مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

أسفرت النتائج المتعلقة بالفرضية الفرعية الثانية التي تنص على أن:" مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة مرتفع" إلى تحقق الفرضية، وقد اتضح ذلك من خلال النتائج التي توصلنا إليها عند حساب المتوسط او الانحراف المعياري كما هو موضح في الجدول(15)، وقد يرجع ذلك إلى أن المساندة الاجتماعية تقلل من الاحساس بالمرض، وهذا ما جاء في الشق النظري في نموذج الأثر الواقي، وبالرغم من أن عينة هذه الدراسة تميزت بالإصابة بالأمراض المزمنة، إلى أن هذه الإصابة لم تكن عائقا في ارتقائهم إلى المستوى الجامعي، إضافة إلى انعدام ظهور المرض لديهم، وربما يكون هذا ما جعلهم مدمجين في بيئتهم، وجعل مستوى تقديرهم لذاتهم ومستوى تقبل الاخرين لهم مرتفع، كما جاء في الشق النظري في

كل من الوظيفة الإنمائية والوظيفة الوقاية، حيث نصت الوظيفة الإنمائية على أن الأفراد الذين لديهم علاقات متبادلة مع الاخرين يدركون أن هذه العلاقات موضع ثقة يسير ارتقائهم في اجاه السواء، ويكونون أفضل في التمتع بالصحة النفسية من الذين يفتقدون هذه العلاقات، أما الوظيفة الوقائية فقد نصت على أن المساندة الاجتماعية تعتبر مصدرا هاما من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الفرد في مواجهة الضغوط، فالطالب الجامعي بمكانته ومستواه الأكاديمي يؤهله ليكون متقبل من طرف الاخرين، وتحتويه الأسرة الجامعية والمجتمعية وتقيه من العزلة.

3.2.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

أسفرت النتائج المتعلقة بالفرضية الفرعية الثالثة التي تنص على:" وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس" إلى عدم تحقق الفرضية، أي عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس، وقد اتضح ذلك من خلال النتائج التي توصلنا إليها عند حساب اختبار (T) كما هو موضح في الجدول (16)، وفي هذا الشأن اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (صلاح ونجدة 2017) التي تقر بعدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة تعزى لنوع الجنس، وهذا ما يتفق مع ما جاء في الشق النظري حول جودة الحياة والنظريات المفسرة لها، حيث لم يتطرق أي باحث أو عالم إلى وجود فروق في مستوى جودة الحياة تعزى لنوع الجنس.

4.2.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

أسفرت النتائج المتعلقة بالفرضية الفرعية الرابعة التي تنص على:" وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس" إلى عدم تحقق الفرضية، أي عدم وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين الطلبة ذوو الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس، وقد اتضح ذلك من خلال النتائج التي توصلنا إليها عند حساب اختبار (T) كما هو موضح في الجدول (17)، وفي هذا الشأن تعارضت هذه الدراسة مع دراسة (صلاح ونجدة 2017) والتي أسفرت نتائجها بوجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لنوع الجنس، وهذا قد يرجع إلى أن نسبة تقبل المرض ربما عند الذكور أكبر من الإناث بسبب النرجسية لدى الإناث، وهذا ما يجعل الإناث يرفضن المساعدة.

3. استنتاج عام:

حاولنا في دراستنا الحالية التعرف على العلاقة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة باستخدام مقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية المختصر المقنن على البيئة الجزائرية من طرف فاطمة حمزة سنة (2019)، ومقياس المساندة الاجتماعية لسميرة عبد الله كردي المقنن من طرف بشير معمرية، وبعد عملية الفرز والتفريغ تمت المعالجة الإحصائية بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية SPSS التي تقوم على أساليب المعالجة الإحصائية المختلفة، وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة.
- مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة متوسط.
- مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة مرتفع.
- لا توجد فروق في مستوى جودة الحياة بين الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.
- لا توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.

خاتمة

خاتمة:

أنصب الاهتمام في دراستنا الحالية على موضوع جدير بالبحث ومهم في حياة الفرد عامة والطالب الجامعي خاصة، ألا وهو" جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الطلبة الجامعيين المصابين بالأمراض المزمنة"، كما هو متعارف عليه فإن الطالب الجامعي يعتبر ركيزة من ركائز المجتمع وعنصر أساسي وفعال في العملية التربوية، وبالرغم من ذلك إلا أنه في بعض الأحيان قد يمر بعدة تغيرات واضطرابات ومشاكل تؤثر عليه وعلى نظرته لحياته، وتجعله غير راض عما يملكه وغير متقبل لحاله، وخير دليل على ذلك هو الطالب الجامعي الذي يصاب بمرض معين، سواء كان هذا المرض أو الاضطراب عابرا أو مزمنا، والذي قد يفقده توازنه ويعرقله عن ممارسة حياته بالشكل الطبيعي المعتاد، وفي دراستنا اهتممنا بالطالب الجامعي المصاب بالمرض المزمن والذي قد يكون وراثيا أو نتيجة لمختلف الضغوطات والأحداث والمشاكل التي يمر بها خلال حياته، والتي تؤثر عليه من كافة الجوانب والمستويات، وبالتالي يصبح هنا بحاجة إلى مساعدة ومساندة من طرف المحيطين به (أسرة، أصدقاء، زملاء الجامعة)، هذه المساندة تكون على مستوى مختلف الجوانب الاجتماعية والنفسية وحتى الاقتصادية ...، خاصة تلك التي يشعر فيها بالنقص مثلا شعوره بعدم تقبله من طرف الاخرين، هنا المحيطين به يحاولون تغيير نظرته وأفكاره السلبية، وهذه المساندة هي من الأمور الهامة التي يحتاج لها أي منا وليس الطالب الجامعي المصاب بمرض مزمن فقط، لما لها من دور فعال وناجع في تحسين وتغيير نظرة الفرد لنفسه، وتجعله يحسن جودة حياته ليشعر بالرضا والسعادة، هذه الأهمية لم تكتسي الاهتمام الكافي واللازم من طرف المختصين في المجال، حيث نجد أن معظم الدراسات تناولت متغيرات الدراسة الحالية من جوانب أخرى وتربطها بفئات عمرية أخرى، لذلك يجب الاهتمام أيضا بفئة طلاب الجامعة الذين هم عرضة للأحداث والضغوطات الدراسية التي بدورها تسبب لهم الإحباط والقلق واضطرابات وأمراض قد تسايرهم مدى الحياة.

ولهذا جاءت الدراسة الحالية لتسليط الضوء على هذه الفئة التي تعتبر فئة هامة، إذا اختلت هي اختل المجتمع ككل، وقد خلصنا في دراستنا هذه إلى النتائج التالية:

- عدم وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة المصابين بالأمراض المزمنة.
- مستوى جودة الحياة لدى الطلبة المصابين بالأمراض المزمنة متوسط.
- مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة المصابين بالأمراض المزمنة مرتفع.

- لا توجد فروق في مستوى جودة الحياة بين الطلبة المصابين بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين الطلبة المصابين بالأمراض المزمنة تعزى لمتغير الجنس.

المقترحات والتوصيات:

- ✓ بناءا على النتائج المتحصل عليها من خلال الدراسة التي قمنا بها، قمنا بوضع مجموعة من التوصيات والاقتراحات تمثلت في:
- ✓ تقديم برامج تدريبية لتنمية الذات وتكوين ذات إيجابية لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة مما يسهم في تحسين جودة الحياة.
- ✓ التأكيد على دور المساندة الاجتماعية من طرف الأهل والأصدقاء من أجل رفع مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوو الأمراض المزمنة.
- ✓ إدراج مفهوم جودة الحياة في بعض مقررات علم النفس لا سيما على مستوى التعليم العالي ليساعد الطلبة على إدراك جودة الحياة لديهم وفي بيئاتهم الاجتماعية.
- ✓ عقد ندوات علمية خاصة للتعريف بجودة الحياة ومؤشراتها بهدف توعية أفراد المجتمع وخاصة الطلبة ذوو الأمراض المزمنة بكيفية إدارة مجالات حياتهم.
- ✓ زيادة وتطوير البحث والاهتمام بالمتغيرات الإيجابية في مجال البحث العلمي.
- ✓ العمل على الاهتمام بالمفاهيم الإيجابية وتعزيزها في المجتمع عموما والمجتمع الجامعي على وجه التحديد.
- ✓ تدريس علم النفس الإيجابي كتخصص قائم بذاته في الجامعات الجزائرية.
- ✓ توظيف مختصين في علم النفس الإيجابي لمساعدة الفئات الهشة في المجتمع (المرضى، المسنين) في تحسين جودة حياتهم.

قائمة المراجع

1. أسامة أبو سريع : الصداقة من منظور علم النفس، المجلس الوطني للثقافة والفنون والأداب، الكويت، نوفمبر 1993 .
2. أسماء إبراهيم 2001 : المساندة الاجتماعية التقليدية وغير التقليدية في حالات الشكل، دراسة ميدانية، المؤتمر السنوي الثامن، مركز الإرشاد النفسي، ص ص 13-35 جامعة عين شمس القاهرة .
3. امال بوعيشة 2014: جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية "قسم العلوم الاجتماعية"
4. بحرة كريمة 2014 : جودة حياة التلميذ وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران، كلية العلوم الاجتماعية والأرطوفونيا، قسم علم النفس وعلوم التربية .
5. بشير معمرية 2012 : علم النفس الأيجابي اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية.
6. بن طاهر يبشر 2005 : استراتيجيات التكيف مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة العامة، أطروحة دكتوراه جامعة وهران.
7. جاب الله هريدي، العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، المجلد(15)، العدد(18)، 2001.
8. حسين علي فايد 2000 : دراسات في الصحة النفسية، تقديم أبو النيل السيد محمود الطبعة الأولى، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث .
9. حمزة مريم 2018: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المرأة الحامل لأول مرة .
10. حنان مجدي 2009 : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق .
11. رغداء علي نعيسة 2012 : جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق مجلة دمشق، 28، العدد 1.
12. سعيدة قجال وعقيلة عيسرو. مجلة دراسات نفسية وتربوية. الصلابة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السرطان. مجلد(11) عدد (1).جامعة البليدة-2-.2018.
13. شيخي 2014 : طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة. دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية شعبة علم النفس، جامعة أبي بكر يلقايد، الجزائر
14. صالح إسماعيل عبد الله الهمص 2010: قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة الجامعة الإسلامية، غزة.

15. صلاح حمدان 2017: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة في محافظة غزة - رسالة دكتوراه.
16. العادلي 2006: مدى إحساس طلبة كلية التربية بالرستاق بجودة الحياة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة (ص37-47) جامعة السلطان قابوس – سلطنة عمان -،17-19 ديسمبر
17. عبد الله هشام إبراهيم : العلاقة بين الذكاء الوجداني وفاعلية الذات رسالة ماجستير غير منشورة، 2001.
18. عبيربنت محمد حسن الصبان : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية واضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من البنات السعوديات المتزوجات العاملات، رسالة دكتوراه في علم النفس جامعة أم القرى- مكة المكرمة، 2003.
19. عفاف شكري حداد 1995 : سمة القلق وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي، مجلة دراسات للعلوم الإنسانية م 2، عمان .
20. علي عبد السلام2005: المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العلمية
21. علي مهدي كاظم ومحمود عبد الحليم منسي2016: تقنين مقياس جودة الحياة على الطلبة الجامعيين
22. عماد عبد الرزاق، المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية، مجلة الدراسات النفسية، المجلد (8)، العدد (1)، القاهرة،1998.
23. عمامرة سميرة ومأمون عبد الكريم. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى كبار السن، جامعة الوادي، المجلد 2014، العدد 4، 2014.
24. فاطمة حمزة : المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى العاملات بالقطاع الصحي بالجلفة –أطروحة دكتوراه، 2019.
25. فهد الهملان : الإحتراق النفسي والمساندة الاجتماعية وعلاقتها باتجاه العاملين نحو التقاعد المبكر، شهادة ماجستير، 2008 .
26. فوزية إبراهيم رباح الكردي : الإسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية العربية في الدانمارك، 2012.

27. فوزية داهم 2015: جودة الحياة وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بقلق الإمتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم العلوم الإنسانية، شعبة علوم التربية.

28. القران الكريم، سورة البقرة

29. مأمون عبد الكريم، علاقة التفاؤل والتشاؤم بجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب، رسالة ماجستير غبر منشورة، جامعة البليدة(2)،2015.

30. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطال، جامعة الجزائر، العدد 2، 2011.

31. محمد السعيد أبو حلاوة، علم النفس الإيجابي نشأته وتطوره، ونماذج من قضاياه، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، 2016.

32. محمد الشناوي مهد عبد الرحمان 1994 : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظريات ودراسات تطبيقية، ط1، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ص2-3.

33. محمد الغندور1999:أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية مقدمة الى المؤتمر الدولي السادس حول جودة الحياة، جامعة عين الشمس "مركز الارشاد النفسي 1-177"

34. محمد حامد ابراهيمالهنداوي 2010 : الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة، جامعة الأزهر.

35. محمد عبد الرحمان : الضغوط الحياتية والإضطرابات السيكوسوماتية جامعة المسيلة، مجلة العلوم الإنسانية، 1999 .

36. محمد عودة الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة،2010.

37. محمد عيسى إبراهيم : التحصيل الدراسي وعلاقته بمفهوم الذات –جامعة دمشق-رسالة ماجستير غير منشورة، 2005.

38. مروان عبد الله دياب، دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة،2003.

39. مصطفى حسن حسين، بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة وعلاقتها بسمات الشخصية لمدمن الهروين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الأدب جامعة عين شمس،2004.

40. موسى كمال إبراهيم 2000 : السعادة وتنمية الصحة النفسية مصدر دار النشر للجامعات

41. هشام إبراهيم عبد الله 2008 : جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض التغيرات الديمقراطية، المجلد 14، العدد 4، الزقازيق .

42. هشام إبراهيم، العلاقة بين الذكاء الوجداني وفاعلية الذات، رسالة ماجستير منشورة، 2001.

43. الهنداوي. مجلة العلوم الاجتماعية، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة، جامعة ورقلة، العدد 11، 2011.

44. هوارية قدور بن عباد : المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات – دراسة ميدانية بقطاع الصحة العمومية بوهران رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، 2014.

45. يحى هاشم محمد: كيان الحماية الاجتماعية في مصر، مجلة البحث العلمي، المجلد 2015، العدد 16، جامعة عين شمس كلية البنات للأداب وعلوم التربية مصر، 2006.

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق:

الملحق رقم 01

البيانات الأولية:

الجنس: السن : الطور:

الفرع: الجامعة: نوع المرض:

مقياس جودة الحياة (WHOQOL –BREF)

التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات تهدف إلى معرفة نظرتك واتجاهك نحو جودة الحياة لتي تعيشها وصحتك وغير ذلك من مجالات الحياة، لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا واختيار البديل الذي يناسبك أكثر بوضع علامة (x) مع الإجابة على جميع الأسئلة.

	سيئة جدا	سيئة	ليست سيئة وليست جيدة	جيدة	جيدة جدا
1-ما هو تقييمك لجودة حياتك؟					
	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
2-ما مدى رضاك عن صحتك؟					
	لا إطلاقا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
3-إلى أي درجة تمنعك حالتك الصحية عن ما أنت بحاجة إلى القيام به؟					
4-إلى أي درجة أنت بحاجة لعلاج طبي لتأدية نشاطاتك اليومية؟					
5-إلى أي درجة تستمتعين بحياتك؟					
6-إلى أي درجة تشعرين أن لحياتك معنى؟					
	ضعيفة جدا	ضعيفة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
7-ما درجة قدرتك على التركيز؟					

8-ما درجة شعورك بالأمان في حياتك اليومية؟					
9-إلى أي درجة تعد بيئتك المادية بيئة صحية؟					
	لا إطلاقا	قليلا	بقدر متوسط	كثيرا	تماما
10-هل لديك الطاقة الكافية لأداء مهامك اليومية؟					
11-هل لديك القدرة على تقبل مظهرك الجسماني؟					
12-هل لديك المال الكاف لقضاء احتياجاتك؟					
13-هل تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟					
14-إلى أي مدى لديك الفرصة للقيام بالأنشطة الترفيهية؟					
	سيئة جدا	سيئة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
15-ما مدى قدرتك على التنقل؟					
	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
16-ما مدى رضاك عن نومك؟					
17-ما مدى رضاك عن قدراتك على أداء أنشطتك اليومية؟					
18-ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟					
19-ما مدى رضاك عن ذاتك؟					
20-ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟					
21-ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟					

22-ما مدى رضاك عن الدعم المقدم من أصدقاءك؟					
23-ما مدى رضاك عن ظروف معيشتك (المكان)؟					
24-ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة لك؟					
25-مامدى رضاك عن المواصلات المتاحة لك (وسائل النقل)؟					
	أبدا	نادرا	غالبا	في كثير من الأحيان	دائما
26-في الأيام القليلة السابقة هل انتابتك مشاعر سلبية كالمزاج السيء أو القلق أو اليأس أو الاكتئاب؟					

الملحق رقم 02

مقياس المساندة الاجتماعية

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن رؤيتك لعلاقاتك مع أفراد أسرتك وأصدقائك عندما تواجهك مواقف ضاغطة في الحياة، اقرأ كل عبارة وأجب عنها بوضع (x) تحت كلمة لا أو قليلا أو متوسطا أو كثيرا، وذلك حسب انطباق كل عبارة عليك، لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، أجب على كل العبارات.

الرقم	العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1	تقف أسرتي بجانبي عندما أحتاج إليها				
2	تساعدني أسرتي عندما أحتاج إلى ذلك				
3	تشعرني أسرتي بأهميتي عندما أغيب عنها				
4	أشعر أن أسرتي حريصة على مساعدتي				
5	تخفف أسرتي من أحزاني				
6	مساندة أسرتي يزيد من قوتي على تحمل الالام				

قائمة الملاحق:

7	تهتم أسرتي بشؤوني الخاصة				
8	عندما أشعر بالتوتر أفضل الرجوع إلى أسرتي				
9	تتقبلني أسرتي كما أنا بعجزي وضعفي				
10	تحاول أسرتي إسعادي				
11	يشاركني أفراد أسرتي اهتمامي في الحياة				
12	أشعر أن وجودي بين أسرتي مرغوب فيه				
13	عندما أتحدث أرى أفراد أسرتي ينصتون إلي				
14	تتقبل أسرتي أفكاري حتى لو اختلفت مع آرائهم				
15	أفراد أسرتي مستعدون لمساعدتي عندما ألجأ إليهم				
16	يهتم أفراد أسرتي بتلبية احتياجاتي				
17	يسود التفاهم بيني وبين أفراد أسرتي				
18	أسرتي تسودها العلاقات الاجتماعية القوية				
19	استمتع بوجودي مع أفراد أسرتي				
20	أشعر بالرضا عندما أطلب المساعدة من أسرتي				
21	عندما تواجهني صعوبات ألجأ إلى أسرتي				
22	أشعر بأني محل اهتمام أصدقائي				
23	أشعر بأني محل اهتمام أصدقائي				
24	أتحدث عن مشكلاتي مع أصدقائي				
25	أشعر بالراحة لأن أصدقائي يساندونني				
26	أطلب المساعدة من أصدقائي عندما أكون بحاجة إليها				
27	يوجد لدي أصدقاء حميمون أتحدث إليهم				
28	يتقبل أصدقائي تصرفاتي				
29	عندما أطلب المساعدة من أصدقائي أجدها				
30	أستفيد من خبرات أصدقائي				
31	يتغاضى أصدقائي عن أخطائي بسبب حبهم لي				
32	أتقبل النصح من أصدقائي				
33	أحب أن أجتمع مع أصدقائي لأقضي معهم بعض الوقت				
34	يمدني أصدقائي بالمال عندما أحتاج إليه				
35	أتمسك بمنشور أصدقائي				
36	ألجأ إلى أصدقائي عندما أشعر بالضيق				

37	يستمتع أصدقائي بالجلوس معي				
38	أشعر بأني مندمج مع أصدقائي				
39	يقوم أصدقائي بزيارتي				
40	تربطني بأصدقائي علاقة قوية				
41	أشارك أصدقائي في حل مشكلاتهم				
42	عندما أكون في موقف صعب يهتم بي أصدقائي				
43	تخف أحزاني عندما أتحدث مع أصدقائي				
44	عندما تواجهني متاعب ألجأ إلى أصدقائي				

الملحق رقم 03

مخرجات spss

معامل الارتباط بيرسون:

Corrélations

		الجودة	المساندة
الجودة	Corrélation de Pearson	1	,128
	Sig. (bilatérale)		,324
	N	61	61
المساندة	Corrélation de Pearson	,128	1
	Sig. (bilatérale)	,324	
	N	61	61

المتوسط والانحراف المعياري لجودة الحياة:

Statistiques

الجودة

N	Valide	61
	Manquant	0
Moyenne		84,7213
Ecart type		12,80772

المتوسط والانحراف المعياري للمساندة الاجتماعية:

Statistiques

المساندة

N	Valide	61
	Manquant	0
Moyenne		93,3443
Ecart type		22,97381

اختبار (T) لجودة الحياة:

Statistiques de groupe

الجنس		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الجودة	ذكر	27	84,5185	14,94701	2,87655
	أنثى	34	84,8824	11,05294	1,89556

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الجودة	Hypothèse de variances égales	5,415	,023	-,109	59	,913	-,36383	3,32906	-7,02526	6,29759
	Hypothèse de variances inégales			-,106	46,565	,916	-,36383	3,44496	-7,29590	6,56823

اختبار(T) للمساندة الاجتماعية:

Statistiques de groupe

الجنس		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المساندة	ذكر	27	93,7037	25,28882	4,86683
	أنثى	34	93,0588	21,34414	3,66049

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
المساندة	Hypothèse de variances égales	,975	,328	,108	59	,914	,64488	5,97150	-11,30406	12,59382
	Hypothèse de variances inégales			,106	50,903	,916	,64488	6,08977	-11,58141	12,87117

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على العلاقة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة ، اشتملت العينة على (61) طالب وطالبة بكل من جامعة قالمة، عنابة، سكيكدة، قسنطينة باستخدام المنهج الوصفي، وللتأكد من صحة الفرضيات تم استخدام مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية المقنن على البيئة الجزائرية من طرف فاطمة حمزة (2019)، ومقياس المساندة الاجتماعية لسميرة عبد الله كردي المقنن من طرف معمرية بشير، وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة، مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة متوسط، مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة مرتفع، لا توجد فروق في مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس، لا توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الأمراض المزمنة تعزى لنوع الجنس.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، المساندة الاجتماعية، الطالب الجامعي، الأمراض المزمنة.

Résumé :

Cette étude visait à éclairer la relation entre la qualité de vie et l'accompagnement social des étudiants atteints de maladies chroniques. L'échantillon comprenait (61) étudiants de l'Université de Guelma, Annaba, Skikda et Constantine en utilisant l'approche descriptive. Pour confirmer la validité des hypothèses l'échelle courte de qualité de vie émise par l'Organisation mondiale de la santé a été utilisée, codifiée sur l'environnement algérien par Fatima Hamza (2019), et l'échelle du soutien social de Samira Abdullah Kurde, standardisé par Maamaria Bachir. Les résultats ont révélé qu'il n'y a pas de corrélation entre la qualité de vie et le soutien social chez les étudiants atteints de maladies chroniques. Le niveau de la qualité de vie des étudiants atteints de maladies chroniques est moyen.

Le niveau de soutien social parmi les étudiants atteints de maladies chroniques est élevé, il n'y a pas de différences dans le niveau de qualité de vie des étudiants atteints de maladies chroniques en raison du sexe, il n'y a pas de différences dans le niveau de soutien social en raison du sexe.

Les mots clés : qualité de vie, soutien social, étudiant, maladies chroniques.