

جامعة زيان عاشور الجلفة



كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية



قسم علم النفس و الفلسفة

إضطراب كرب مابعد الصدمة لدى مرضى السرطان
و علاقته بجودة الحياة بالجلفة
(دراسة ميدانية على عينة من مرضى السرطان)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

د بن قسمية موسى

إعداد الطالبتين:

_ بعيطيش شفيقة

_ بن ملجبة نريمان

لجنة المناقشة:

1. أ مرباح تقي الدين رئيسا
2. أ بن قسمية موسى مقرا
3. أ حربي سليم مناقشا

السنة الجامعية: 2024/2023

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان وعلاقته بجودة الحياة بمركز مكافحة السرطان بالجلفة، حيث بلغ حجم عينة البحث 30 مريضًا (15 ذكرًا و15 أنثى) تم اختيارهم عشوائيًا. استخدمنا في هذا البحث مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس جودة الحياة، واعتمدنا على الأساليب الإحصائية التالية: اختبار (ت) للعينة الواحدة، اختبار (ت) للعينتين المستقلتين، معامل ارتباط بيرسون، المتوسطات الحسابية، واختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي. وتوصل البحث إلى النتائج التالية: لا يتسم اضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان بارتفاع كبير، ولا تختلف جودة الحياة لمرضى السرطان حسب الجنس والعمر والمستوى التعليمي، وتوجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب ما بعد الصدمة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان. وخلص البحث إلى توصيات منها تقديم وزارة الصحة ومؤسسات المجتمع المدني كافة المساعدات لهؤلاء المرضى لتمكينهم من التعايش مع فترة الكثير منهم، خاصة أن غالبية المرضى في المركز من الشرائح الفقيرة.

Study summary

This study aimed to investigate post-traumatic stress disorder (PTSD) among cancer patients and its relationship with quality of life at the Cancer Center in Djelfa. The research sample comprised 30 patients (15 males and 15 females) randomly selected. In this research, we used the PTSD scale and the quality of life scale, and we relied on the following statistical methods: the one-sample t-test, the independent samples t-test, Pearson correlation coefficient, arithmetic means, and the one-way ANOVA test. The research reached the following results: PTSD among cancer patients is not significantly high, the quality of life for cancer patients does not differ by gender, age, or educational level, and there is a statistically significant correlation between PTSD and quality of life among cancer patients. The research concluded with recommendations, including that the Ministry of Health and civil society organizations provide all necessary assistance to these patients to enable them to cope, especially since the majority of patients in the center are from poor segments of society.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

- تتقدم من هذا المقام بأسقى آيات الشكر وعظيم الامتنان لأستاذ المشرف الدكتور /بن قسمية موسى، الذي تفضل بالإشراف على هذه الدراسة فدم يبخل علينا و لو لحظة يمهده و وقته، فلا تتسع لا الكلمات ولا المعاني للتعبير عن شكرنا و تقديرا لحرصه الدائم وجديته الصادقة على تزويدنا بالنصائح و التوجيهات السديدة، والتي كان لها أثر بالغ في تذليل الصعوبات التي واجهتنا في إعداد رسالتنا له منا خالص الشناء راجينا المولى العزيز القدير أن يبارك فيه ويعينه كل الخير، ويعمل ذلك في ميزان حسناته.

في الختام نشكر كل من رفع ألقه الدعاء لنا في السر والعلن.

ولجميع من ساهم في انجاز هذا البحث من قريب أو بعيد جنيل الشكر والتقدير والعرفان بالجميل، فبإذن الله عنا خير الجزاء إنه سميع الدعاء، وأسأل الله أن يرزقنا العلم النافع و يلمنا العمل الصالح المقبول

إهداء

إلى والدينا الأعزاء

إلى إخوتنا وأخواتنا الكرام

إلى أصدقائنا الأوفياء

إلى كل من يسعى في طلب العلم

قائمة المحتويات :

ملخص بالعربية

ملخص الدراسة بالإنجليزية

الشكر وتقدير

الإهداء

| الصفحة | الموضوع |
|---------------|----------------|
| | فهرس المحتويات |
| | فهرس الجداول |
| | فهرس الملاحق |
| 1 | مقدمة |
| الجانب النظري | |

| الفصل الأول: الإطار العام لدراسة | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 5 | 1_ الإشكالية |
| 7 | 2_ فرضيات الدراسة |
| 7 | 3_ دوافع الدراسة |
| 8 | 4_ أهمية الدراسة |
| 8 | 5_ أهداف الدراسة |
| 9 | 6_ المفاهيم الإجرائية |
| 10 | 7_ الدراسات السابقة |
| 14 | 8_ التعليق على الدراسات السابقة |
| الفصل الثاني: اضطراب ما بعد الصدمة | |
| 18 | 1_ تمهيد |
| 19 | 2_ مفهوم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة |

| | |
|----|--|
| 21 | 3_ تعريف الصدمة وعلاقتها بإضطراب مابعد الصدمة |
| 23 | 4_ محكات التشخيصية وفق dsm5 |
| 26 | 5_ تصنيف إضطراب ضغط مابعد الصدمة |
| 27 | 6_ النظريات المفسرة لإضطراب ضغط مابعد الصدمة |
| 29 | 7_ أسباب حدوث إضطراب ضغط مابعد الصدمة |
| 30 | 8_ علاج إضطراب ضغط مابعد الصدمة |
| 34 | 9_ خلاصة |
| | الفصل الثالث: جودة الحياة |
| 36 | 1_ تمهيد |
| 37 | 2_ مفهوم جودة الحياة |
| 40 | 3_ الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة |
| 47 | 4_ أهمية دراستها عند المرضى |
| 48 | 5_ مقومات ومعوقات جودة الحياة |
| 50 | 6_ مبادئ جودة الحياة |
| 50 | 7_ مكونات جودة الحياة |
| 51 | 8_ الخطوات التي تساعد في جودة الحياة |
| 52 | 9_ خلاصة |
| | الجانب التطبيقي |
| | الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية |
| 55 | _ تمهيد |
| 56 | 1_ الدراسة الإستطلاعية |
| 58 | 2_ منهج البحث |
| 58 | 3_ مجتمع الدراسة |
| 58 | 4_ عينة الدراسة وطريقة إختيارها |
| 68 | 5_ أدوات جمع البيانات |
| 74 | 6_ الأساليب الإحصائية |

الفصل الخامس : عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

| | |
|----|--|
| 76 | 1_ تمهيد |
| 76 | 2_ عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الأولى |
| 79 | 3_ عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية |
| 82 | 4_ عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثالثة |
| 84 | 5_ خاتمة |
| 85 | 6_ قائمة المصادر والمراجع |

فهرس الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | رقم |
|--------|---|-----|
| 59 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإصابة | 1 |
| 60 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمر | 2 |
| 61 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس | 3 |
| 62 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية | 4 |
| 63 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الإقامة | 5 |
| 64 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمل | 6 |
| 65 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الإقتصادي | 7 |
| 66 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى التعليمي | 8 |
| 67 | جدول يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج | 9 |
| 71 | جدول يبين معامل الارتباط بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس | 10 |
| 72 | جدول يبين معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس | 11 |
| 73 | جدول يبين ثبات مقياس سمات الشخصية | 12 |
| 73 | جدول يبين ثبات مقاييس الدراسة عن طريق معامل ألفا كرونباخ | 13 |
| 76 | جدول يبين مستويات ما بعد الصدمة | 14 |
| 77 | جدول يبين نتيجة إختبار الفرضية الأولى | 15 |
| 79 | جدول يبين نتيجة إختبار الفرضية الثانية حسب متغير الجنس | 16 |
| 79 | جدول يبين نتيجة إختبار الفرضية الثانية حسب متغير العمر | 17 |
| 80 | جدول يبين نتيجة إختبار الفرضية الثانية حسب متغير المستوى التعليمي | 18 |
| 82 | جدول نتيجة إختبار الفرضية الثالثة | 19 |

فهرس الأشكال

| | |
|---|----------|
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإصابة | 1 |
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمل | 2 |
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب حسب الجنس | 3 |
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية | 4 |
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الإقامة | 5 |
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمل | 6 |
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الإقتصادي | 7 |
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى التعليمي | 8 |
| شكل يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج | 9 |

| الصفحة | فهرس الملاحق | الرقم |
|--------|----------------------------|----------|
| | _مقياس اضطراب مابعد الصدمة | 1 |
| | _مقياس جودة الحياة | 2 |
| | _يمثل نتائج الفرضيات | 3 |

مقدمة

يعد تشخيص السرطان أحد أكثر التجارب الحياتية الصادمة التي يمكن أن يمر بها الفرد حيث تؤثر هذه التجربة بشكل عميق على الصحة الجسدية والنفسية للمريض. مع تزايد معدلات الإصابة بالسرطان وارتفاع نسب الشفاء بفضل التقدم الطبي، تبرز الحاجة المتزايدة لفهم التأثيرات النفسية المترتبة على هذا المرض. واحدة من أبرز هذه التأثيرات هي اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، الذي يمكن أن يصيب المرضى نتيجة لتجربة المرض نفسها أو العلاج المكثف المرتبط به. اضطراب ما بعد الصدمة هو حالة نفسية خطيرة تنشأ بعد التعرض لأحداث مروعة أو مهددة للحياة، مما يؤدي إلى مجموعة متنوعة من الأعراض النفسية والجسدية التي تؤثر على جودة الحياة اليومية. تتضمن هذه الأعراض إعادة تجربة الحدث الصادم عبر الكوابيس أو الذكريات المزعجة، والتجنب المستمر للأماكن أو الأشخاص المرتبطين بالحدث، وزيادة التوتر واليقظة المفرطة (American Psychiatric Association, 2013).

العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان تشير الأبحاث إلأن اضطراب ما بعد الصدمة يمكن أن يؤثر بشكل كبير على جودة الحياة لدى مرضى السرطان. تتأثر جودة الحياة بالعديد من العوامل النفسية والجسدية والاجتماعية، ويمكن أن يؤدي اضطراب ما بعد الصدمة إلى تدهور هذه العوامل بشكل ملحوظ (Smith et al, 2018).

على سبيل المثال، يعاني المرضى المصابون باضطراب ما بعد الصدمة من صعوبات في التكيف مع العلاجات الطبية المكثفة، وقد يواجهون مشكلات في العلاقات الاجتماعية والقدرة على القيام بالأنشطة اليومية (Kangas, Henry, & Bryant, 2002). أظهرت الدراسات أن الدعم

النفسي والاجتماعي يلعب دوراً حاسماً في تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى. يمكن أن تشمل التدخلات العلاج النفسي الفردي أو الجماعي، وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي من قبل متخصصين، واستخدام تقنيات الاسترخاء والعلاج السلوكي المعرفي (Andrykowski & Kangas, 2010).

بالإضافة إلى ذلك، فإن التوجيه المستمر والمشورة الطبية يمكن أن يساعد في التخفيف من حدة الأعراض وتحسين التكيف مع المرض. أهمية البحث تبرز أهمية البحث في اضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان من خلال تأثيره الكبير على الصحة النفسية والجسدية، حيث يمكن أن تؤدي هذه الحالة إلى تقليل فعالية العلاج الطبي وزيادة المعاناة النفسية. من خلال فهم العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وجودة الحياة، يمكن تطوير استراتيجيات علاجية شاملة تهدف إلى تحسين النتائج الصحية والنفسية للمرضى (Smith et al., 2018).

يهدف هذا البحث إلى استكشاف تأثير اضطراب ما بعد الصدمة على جودة الحياة لدى مرضى السرطان، وتحديد العوامل المؤثرة في هذه العلاقة، واقتراح التدخلات الممكنة لتحسين حياة المرضى. نأمل أن يسهم هذا البحث في تعزيز الفهم الطبي والنفسي لهذه الظاهرة، وتطوير برامج دعم متكاملة تعود بالنفع على المرضى وأسرهم.

الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1_ الأشكالية

2_ فرضيات الدراسة

3_ دوافع اختيار الدراسة

4_ أهمية الدراسة

5_ اهداف الدراسة

6_ المفاهيم الإجرائية

7_ دراسات سابقة

8_ تعليق على الدراسات السابقة

1_ الإشكالية :

يُعدُّ اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) واحدًا من أكثر الاضطرابات النفسية تعقيدًا وتأثيرًا على الأفراد الذين يتعرضون لأحداث صادمة ومهددة للحياة. في هذا السياق، يُعتبر مرض السرطان من بين تلك التجارب الصادمة التي يمكن أن تُسبب PTSD لدى المرضى. السرطان ليس مجرد تحدٍّ جسدي، بل هو تجربة نفسية عميقة تؤثر بشكل كبير على نوعية حياة المريض، ليس فقط خلال فترة العلاج، ولكن أيضًا بعد انتهاء العلاج ومرحلة التعافي. تظهر أعراض PTSD لدى مرضى السرطان على شكل ذكريات مؤلمة متكررة، كوابيس، تجنب المواقف التي تذكرهم بالمرض، وزيادة في التوتر والانفعال. هذه الأعراض يمكن أن تؤثر سلبيًا على جودة حياتهم اليومية، مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الحياة بعد العلاج. تعاني الكثير من الأبحاث من نقص في التعمق حول العلاقة بين PTSD وجودة الحياة لدى مرضى السرطان، مما يستدعي دراسة شاملة تُعنى بهذا الجانب الحساس. تهدف هذه الدراسة إلى فهم كيف يؤثر PTSD على جودة حياة مرضى السرطان، وكيف يمكن للتدخلات النفسية أن تُحسن من وضعهم النفسي والاجتماعي. إحدى النقاط الرئيسية التي يجب التركيز عليها هي التعرف على العوامل التي تزيد من خطر تطور PTSD لدى مرضى السرطان. تتضمن هذه العوامل شدة المرض، مدة العلاج، والتجارب الشخصية السابقة مع الأمراض الصعبة أو الصدمات النفسية. بالإضافة إلى ذلك، يلعب الدعم الاجتماعي والأسري دورًا حاسمًا في تحسين أو تدهور الحالة النفسية للمريض.

جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يشمل الصحة البدنية والنفسية، العلاقات الاجتماعية، والقدرة على ممارسة الأنشطة اليومية. يمكن أن يؤدي PTSD إلى تدهور كل جانب من جوانب جودة الحياة هذه، مما يجعل من الصعب على المرضى العودة إلى حياتهم الطبيعية حتى بعد التعافي

من السرطان. تتضمن التدخلات الممكنة لتحسين جودة الحياة لدى مرضى السرطان الذين يعانون من PTSD العلاج النفسي، بما في ذلك العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، والذي ثبتت فعاليته في علاج PTSD. كما يمكن أن تساهم برامج الدعم الجماعي والاستشارات الأسرية في تقديم الدعم النفسي الضروري. من المهم أيضًا الاهتمام بتطوير برامج وقائية تهدف إلى تقليل احتمالية تطور PTSD لدى مرضى السرطان منذ بداية التشخيص وخلال مراحل العلاج المختلفة. هذه البرامج يمكن أن تشمل التوعية النفسية للمريض وعائلته، توفير بيئة علاجية داعمة، وتقديم دعم مستمر حتى بعد انتهاء العلاج. من خلال فهم العلاقة بين PTSD وجودة الحياة لدى مرضى السرطان، يمكن تطوير استراتيجيات أفضل لتحسين جودة الحياة والرفاهية النفسية لهؤلاء المرضى. تُظهر الدراسات أن تحسين الحالة النفسية للمريض ينعكس إيجابيًا على استجابته للعلاج الطبي وعلى قدرته على التكيف مع تحديات الحياة بعد التعافي من السرطان. ختامًا، تُعد دراسة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان ضرورة ملحة في المجال الطبي والنفسي. يجب أن تركز الأبحاث المستقبلية على تطوير أدوات تقييم دقيقة، واستراتيجيات تدخل فعالة لتحسين جودة الحياة والحد من آثار PTSD لدى هؤلاء المرضى. من خلال العمل المشترك بين الأطباء النفسيين والأطباء المعالجين، يمكن تحقيق تقدم ملموس في رعاية مرضى السرطان بشكل شامل ومتعدد الأبعاد، يأخذ في الاعتبار الصحة النفسية كجزء لا يتجزأ من عملية الشفاء.

وعلى هذا الأساس جاءت الدراسة بهدف إلقاء الضوء على دراسة اضطراب ضغط

ما بعد الصدمة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان ومن هذا

المنطلق قدمنا طرح مجموعة من التساؤلات التالية:

هل تتسم اعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان بالارتفاع على مقياس

كرب ما بعد الصدمة Davidson؟

هل تختلف جودة الحياة لمرضى السرطان حسب الجنس والعمر ومستوى التعليمي ؟
 هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين اضطراب ما بعد الصدمة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان مرضى السرطان من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

فرضيات الدراسة:

● الفرضية العامة:

اضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان و علاقته بجودة الحياة ؟

● الفرضيات الجزئية

تتسم اعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان بالارتفاع

تختلف جودة الحياة لمرضى السرطان حسب الجنس والعمر ومستوى التعليمي

لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين اضطراب ما بعد الصدمة وجودة الحياة لدى

مرضى السرطان

3_ دوافع اختيار الدراسة:

يرجع سبب اختيارنا لموضوع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان وعلاقته

بجودة الحياة إلى الآثار النفسية الكبيرة لهذا الاضطراب ومدى انتشاره وتأثيره على الأفراد

المتضررين. بالإضافة إلى ذلك، هناك عدة عوامل أخرى دفعتنا لاختيار هذا الموضوع، منها:

- تقديم دراسة نفسية متواضعة لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان وعلاقته بجودة الحياة.

- الرغبة الشخصية في فهم المعاناة النفسية لهذه الفئة والتقرب منها ومعرفة المزيد عن تجربتها.

- إشباع الفضول العلمي حول هذا الموضوع.

- ارتباط الموضوع بمجال علم النفس العيادي

4_ أهمية الدراسة

تكن أهمية دراسة موضوع اضطراب ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان وعلاقته بجودة الحياة في النقاط التالية:

- التأثير النفسي العميق: يساعد في فهم الآثار النفسية العميقة التي يتركها مرض السرطان على المرضى، مما يساهم في تطوير استراتيجيات دعم نفسي فعّالة.
 - جودة الحياة: يساهم في تقييم كيفية تأثير اضطراب ما بعد الصدمة على جودة حياة المرضى، مما يساعد في تحسين البرامج العلاجية والرعاية.
 - انتشار الاضطراب: يتيح دراسة مدى انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين مرضى السرطان، مما يساهم في تسليط الضوء على هذه القضية الصحية الهامة.
 - 1- تطوير العلاجات: يساهم في تطوير أساليب علاجية ونفسية تستهدف تحسين الصحة النفسية للمرضى، مما يرفع من مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة.
 - البحوث المستقبلية: يفتح الباب أمام مزيد من الدراسات والبحوث في مجال علم النفس العيادي والصحة النفسية المرتبطة بالأمراض المزمنة.
 - الدعم الشخصي: يعزز من فهم الأطباء والمختصين لمعاناة المرضى النفسية، مما يساعد في تقديم دعم شخصي أكثر فاعلية.
- 5- أهداف الدراسة:**

تتلخص أهداف الدراسة التي نسعى إلى تحقيقها في:

- __ التعرف على درجة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان .
- __ التعرف على الجودة الحياة لدى مرضى السرطان
- __ التعرف على مدى انتشار وتأثير اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD والجودة الحياة لدى مرضى السرطان .

المساهمة العلمية لموضوع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان للتعرف على الموضوع

6_ المفاهيم الإجرائية :

اضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

- صطلحاً: عرّفته منظمة الصحة العالمية (1992) بأنه اضطراب ينشأ من التعرض لحدث صادم أو أحداث تتجاوز التجارب الإنسانية الطبيعية. تتضمن أعراض هذا الاضطراب تأثيرات على مختلف الجوانب المزاجية والمعرفية (حسين، 2008، ص 18).

-إجرائياً: مجموعة أعراض والخبرات السلبية التي تلي تعرض الفرد لتجارب مهددة لحياته تؤدي إلى معاناته انفعاليا يميزه شعور التجنب المستمر لمثيرات المرتبطة بالصدمة ويصاحبه أفكار سلبية والاكتئاب.

جودة الحياة :

هي الرضا و العيش بسعادة في ظل ما يمتلكه المريض من إمكانيات وقدرات جسدية ومادية . و يعبر عنها في البحث الحالي بالنتائج التي يظهرها مقياس جودة حياة مرضى السرطان وهي تضم إبعاد التالية الصحة العامة، والحياة الأسرية، الحياة الزوجية، الحياة المهنية، الحياة الدينية، الحياة الاجتماعية، الحياة الشخصية، الرضا عن الحياة وجودة الحياة النفسية

مرض السرطان:

هو مرض عضوي مزمن وخطير، يُعدّ من بين الأسباب الرئيسية للوفيات. ينتج عن خلل في وظيفة الخلية يؤدي إلى تكاثرها بشكل عشوائي، مما يتسبب في انتشارها إلى أجزاء أخرى من

الجسم. يصيب المرض مختلف الفئات العمرية، وتتنوع مراحل الإصابة به من المرحلة الأولى إلى المرحلة الرابعة.

مرضى السرطان:

هم الأفراد (ذكور وإناث) الذين تم تشخيصهم بمرض السرطان من قبل الأطباء المتخصصين في الأمراض السرطانية، بناءً على فحوصات وتحاليل مخبرية. هؤلاء المرضى يتلقون العلاج في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في الأورام السرطانية، مثل مركز مكافحة السرطان بالجلفة. يختلف المرضى في مستوياتهم التعليمية والاقتصادية.

7_ الدراسات السابقة

الدراسات التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة

- دراسة مُحمَّد حسن (2004):

هدفت الدراسة لمعرفة اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية ووزعت على ثلاث فئات وهي (أطفال-المراهقين- كبار) وكانت دراسة مسحية، ركزت على تحديد طبيعة الضغوط الصدمية وعلى السمات السريرية والبارزة وقد توصلت الدراسة أن العينة كانت استعادة متكررة من الحدث الصدمي، وكذلك وجود أحلام متكررة من الحدث، حدوث افتراضات بيئية أو فكرية عن الحدث الإحساس بشعور الانحسار والغربة كانت هذه الأعراض عند الكبار، أما الأطفال أظهرت الأعراض أنهم يعانون من تعبيرات انفعالية وقد أظهروا فقدان بعض مهاراتهم الخاصة بالتنميط الاجتماعي مثل التبول الليلي، أما الأطفال من سن 16-11 سنة فقد أظهروا جانباً من العدوانية والعنف، والغضب، والصداع والآلام والإحساس بالخجل وسوء التكيف المدرسي، أما المراهقون فقد كان تحريض الأهل، العدوانية، وسوء استخدام العقاقير، والمجازفة والتهور، وضعف المستوى الدراسي والرغبة العارمة في الانتقام ما أظهوره (جاسم، 2000، ص ص 21-23).

دراسة حبيب رشا (2010):

درست الصدمة النفسية لدى العراقيين بعدد الحرب وكان هدف الدراسة تحديد إمكانية وجود فروق في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الذكور والإناث، إضافة إلى تحديد عينة عدد أفرادها 100 عراقي قد تعرضوا للحرب في الطرق تتراوح أعمارهم بين 50/20 سنة تم اختيارهم من العائلات التي كانت تطالب التوظيف في سوريا والحصول على بعض المساعدات، مستخدمين في ذلك مقابلة غير موجهة مع استبيان خاص بمقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة، وقد كانت نتائج الدراسة أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب متغير نوع الأعراض لدى العراقيين بعد الحرب ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة حسب متغير الجنس لدى العراقيين بعد الحرب.

الدراسات الأجنبية:

- دراسة فامبولارو وآخرون:

استهدفت الدراسة لتعرف على اضطراب ما بعد أحداث الصدمة أي الولايات المتحدة واشتملت عينة الدراسة 117 طفلاً تراوحت أعمارهم بين 5-12 سنة، كانت معاملة والديهم لهم سيئة لأنهم سحجوا من الحضانة الأبوية، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن اضطراب ما بعد أحداث الصدمة قد تسببه عوامل يمكن تمييزها خلال السنة من عمر الطفل عند تعرضه لنقصان الوزن لأقل من 2,25 كغ، أو عند إصابته باليرقان (أبو صفار) التقيؤ أو الإسهام أو الالتهابات أو مشاكل في النوم أو البكاء المستمر أو الاستمرارية بقلة الوزن أو سرعة الهيجان أو الالتهاب

العصبي أو الضغط النفسي عند انتقاله من مكان إلى آخر (حسين، 2013، ص ص 12-13).
الدراسات التي تناولت جودة الحياة

__دراسة عايش (2013)

والتي هدفت إلى تقييم جودة الحياة عند مرضى الفصام في محافظات قطاع غزة وقد تكونت عينة الدراسة من (161) مريضاً من الذكور والإناث والذين تتراوح أعمارهم ما بين (21-47) عاماً، واستخدم الباحث استبانة مخصصة لقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية واستخدم أسلوب جمع المعلومات من خلال الملفات والتقارير الطبية للمرضى، واستخدم الباحث عدة أساليب إحصائية منها المتوسطات الحسابية النسبية، ومعامل (ألفا كرونباخ)، ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النسبية، ومعامل ارتباط (بيرسون) ومعادلة (سبيرمان براون) واختبار، واختبار تحليل التباين الأحادي One-Way

ANOVA، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أبرزها أن معدل جودة الحياة طبقاً للمتغيرات (الجسمية، النفسية الاجتماعية البيئية) بلغت (44) مما يعني ظهورها بدرجة منخفضة لدى مرضى الفصام، وتبين أن البعد الاجتماعي من أبعاد جودة الحياة هو أدنى النسب بين مجتمع الدراسة وبلغ (7.4%)، وفي المقابل سجل البعد البيئي أعلى مستوى وبلغ (71.7)، كما أظهرت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من (1.17) في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس في الصالح الإناث، كما لم تجد الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية عدد أفراد الأسرة، المهنة الدخل الشهري، التاريخ المرضي، عدد أيام دخول المستشفى)

__دراسة السرطاوي وآخرون (2014)

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة عند الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة في مجالات (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية

والاجتماعية الحياة الوظيفية جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغلا لوقت وإدارته). ومن أجل تحقيق هذا الهدف، قام الباحثون ببناء أداة البحث والتي تكونت من جزأين، احتوى الجزء الأول منها على فقرات محددة للكشف عن مستوى جودة الحياة، أما الجزء الثاني فقد اشتمل على أسئلة لإجراء المقابلة. وقد تم التحقق من صدق الأداة باستخدام صدق المحتوى، وذلك من خلال عرضها على خمسة من المحكمين من حملة الدكتوراه في مجال رعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة وعلم النفس وكذلك على خمسة من الخبراء العاملين في مجال التربية الخاصة. وقد تم كذلك التحقق من ثباتها باستخدام معامل الاتساق الداخلي Alpha Cronbach والذي بلغ (92.7)

وقام الباحثون بتطبيق أداة البحث على عينة مكونة من (150) شخص معاق، و (150) شخص غير معاق في دولة الإمارات العربية المتحدة، وذلك وفق متغيرات البحث (نوع الإعاقة، المستوى التعليمي، مستوى الدخل الحالة الاجتماعية وجهة العمل). ووفقا لهذه المتغيرات تم صياغة مجموعة من الفرضيات الصفرية. وبعد فحص هذه الفرضيات وتحليل محتوي إجابات المفحوصين على الأسئلة المفتوحة، تبين وجود دلالة إحصائية بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير المعاقين في جميع أبعاد جودة الحياة تبعا لمتغيرات البحث المستقلة وذلك لصالح الأشخاص غير المعاقين في الإمارات.

- الدراسات الأجنبية:

2- دراسة شيك (1993):

بعنوان "جودة الحياة و السعادة النفسية في المدارس الصينية هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الهدف من الحياة كبعد من أبعاد جودة السعادة النفسية لدى عينة مكونة من 500 طالب

جامعي وتوصلت الى وجود الحياة وعلاقة إيجابية بين الهدف من الحياة والسعادة النفسية. (مُحمّدي فوزية و أمال بوعيشة, 2013, ص9).

__دراسة ديو وهوبنر (1994) :

بعنوان "جودة الحياة لدى المراهقين". طبقت على عينة مكونة من 222 طالبا من الصفوف الثامن والعاشر و الثاني عشر من مدارس الولايات المتحدة الأمريكية تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة و بعض مقاييس الشخصية مختارة،توصلت الدراسة إلى وجود ارتباط جوهري بين المراهقين و درجة رضاهم عن حياتهم وكانت الفروق في الرضا عن الحياة غير متأثرة بالعمر الزمني و لا بالنوع و لكنه متأثر بالمستوى الاجتماعي و الاقتصادي للأسرة .

رغداء علي نعيسة, 2012, ص 160)

__دراسة اولاين برونزا فت (1996):

قامت بدراسة حول إرشاد الأطفال للحصول على السعادة حيث توصلت الدراسة إلى ان الذكور تحصلوا على درجة أكبر من الرضا عن الحياة الأسرية كما أوضحت الدراسة ان الأفراد الذين لديهم إنجاز أكاديمي مرتفع أظهرت مستوى عال من الصحة النفسية والجسمية و الرضا عن الحياة, كما توصلت إلى أن جودة الحياة الأسرية لها أثر إيجابي على الشعور بالرضا عن الحياة لدى الأبناء.

التعليق على الدراسات السابقة:

من حيث مكان الدراسة:

تختلف الدراسات من حيث إجراءاتها فبعضها أجريت في بلدان عربية كدراسة دراسة حبيب رشا (2010)، دراسة مُحمّد حسن (2004)، دراسة عايش (2013)، دراسة السرطاوي وآخرون (2014) أما الدراسات التي أجريت في بلدان أجنبية كدراسة فامبولارو وآخرون، دراسة ديو وهوبنر (1994)،، دراسة شيك (1993)، دراسة اولاين برونزا فت (1996)

من حيث نوع العينة:

تفاوتت العينات بين أطفال، مراهقين، وكبار، وذوي إعاقات وغير معاقين، ومرضى فصام، مما يعكس شمولية في البحث عن تأثيرات مختلفة.

من حيث أدوات الدراسة:

لقد اختلفت الدراسات المتعلقة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة فمنهم من استعمل استبيان خاص لقياس أعراض ضغط ما بعد الصدمة والمقابلة غير موجهة كدراسة حبيب رشا(2010)، أما الدراسات التي كانت عبارة عن دراسات مسحية كدراسة مُحمَّد حسن (2004) أما الدراسات التي تناولت جودة الحياة نجد دراسة عايش (2013)، دراسة السرطاوي وآخرون (2014) التي اعتمدت على الاستبانة ومنها من اعتمدت علي مقياس جودة الحياة كدراسة دراسة شيك (1993) ودراسة ديو وهوبنر (1993)

من حيث المنهج:

استخدمت الدراسات منهجيات متنوعة بما في ذلك المقابلات، الاستبيانات، والدراسات المسحية، والتحليلات الإحصائية المتعددة.

من حيث النتائج:

يتضح أن اغلب الدراسات التي تتحدث حول اضطراب الضغط ما بعد الصدمة توصلت إلى أن التعرض إلى الحدث الصدمي المفاجئ مهما كان يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بعد ويظهر هذا في عدة سلوكيات متكررة وكذا انفعالات مختلفة ويظهر كل هذا على الأفراد من خلال سلوكياتهم وطريقة التعبير لديهم وهذا أكدته دراسة مُحمَّد حسن (2004) وهي أن كل استعادة متكررة للحدث الصدمي تشكل ترسبات فكرية وحتى بيئية لدى الأفراد فئة

الكبار وفي شكل سلوكيات وتعبيرات انفعالية "عند الأطفال والمراهقين" والعكس صحيح هناك اختلافات في الايجابية للحدث الصدمي ما قد يشكل صدمة لدى الفرد قد لا يكون الأمر كذلك لفرد آخر. أما بشأن الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة معظم الدراسات أكدت على تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على جودة الحياة. الظروف الاقتصادية الصعبة قد تؤدي إلى تدني جودة الحياة، كما هو موضح في دراسة عايش النتائج تشير إلى أن الدعم الأسري والإنجاز الشخصي (الأكاديمي أو غيره) لهما دور كبير في تحسين جودة الحياة والرضا عنها. النتائج قد تتفاوت بناءً على السياق الثقافي والاجتماعي، كما يظهر في الدراسات التي أجريت في مناطق مختلفة مثل الصين والولايات المتحدة والإمارات. وجود إعاقة يمكن أن يؤثر بشكل كبير على جودة الحياة، حتى في البيئات التي توفر دعمًا جيدًا للأشخاص ذوي الإعاقة. هذا يبرز الحاجة إلى مزيد من الدعم والخدمات لذوي الإعاقة لتحسين جودة حياتهم.

الفصل الثاني:

إضطراب ضغط مابعد الصدمة

تمهيد

1_ مفهوم اضطراب ضغط مابعد الصدمة

2_ تعريف الصدمة وعلاقتها بإضطراب مابعد الصدمة

3_ مسار ومآل ضغط مابعد الصدمة

4_ محكات التشخيصية وفق 5DSM

5_ تصنيف إضطراب ضغط مابعد الصدمة

6_ النظريات المفسرة لإضطراب ضغط مابعد الصدمة

7_ أسباب حدوث إضطراب مابعد الصدمة

8_ علاج إضطراب مابعد الصدمة

8_1 العلاج معرفي السلوكي

8_2 العلاج الجدلي السلوكي

8_3 العلاج بالتقبل والإلتزام

خلاصة

تمهيد:

تأثير الصدمات النفسية يمكن أن يكون مدمراً على الإنسان، حيث يتعرض لتجارب مفاجئة ومروعة تعرف بالصدمة النفسية، وتشمل هذه التجارب اللحظات العنيفة والمرعبة التي تأتي دون سابق إنذار. هذه المواجهات المفاجئة تثير لدى الفرد مخاوف حادة بشأن احتمال وفاته في أي لحظة خلال فترة زمنية محددة، مما ينتج عنه اضطرابات نفسية شديدة تتمثل في زيادة ملحوظة في مستوى التوتر والقلق، مما يؤدي إلى عجز الشخص عن التصرف بشكل مناسب تجاه الوضع. يعاني المصابون بهذه الصدمات من تغيرات عميقة في شخصياتهم، ويظهر عليهم مستويات متزايدة من الإجهاد بعد تعرضهم لتلك الأحداث المروعة، وهذا ما يعرف بالاضطراب ما بعد الصدمة. هذا الاضطراب يتسم بمشاعر القلق والعجز والخوف التي تؤثر بشكل كبير على الحالة النفسية للمصاب، مما يستدعي التدخلات اللازمة، سواء كانت دراسية أو علاجية، لمساعدتهم في التعافي.

1- مفهوم ضغط ما بعد الصدمة:

ذكر عبد المنعم (2007) أن ضغط ما بعد الصدمة Post traumatic stress disorder (PTSD)) والذي عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي هو فئة من فئات اضطرابات القلق حيث يعقب تعرض الفرد لحدث ضاغط نفسي أو جسدي غير عادي في بعض الأحيان بعد التعرض مباشرة لتلك المعاناة مستمرة لخبرة الحدث وتجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة أو تخدر الاستجابة العامة للفرد ومظاهر الاستثارة الزائدة وتتضمن الصدمة تحديد معيشة الفرد لحدث من الأحداث أو مشاهدته أو مواجهته وهذا الحدث يتضمن موتاً أو أذى حقيقياً مهدداً أو تهديداً للتكامل الجسدي للفرد أو للأشخاص الآخرين مع حدوث رد فعل فوري من الشعور بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب... وقد تأخذ معاودة خبرة Re experiencing الصدمة أشكالاً عدة وهي الاسترجاعات والذكريات المتكررة والاقتماحية والكدر للحدث (وتواتر في شكل صور) أو الأفكار أو ادراكات للحدث أو أحلام مزعجة ومتكررة للحدث أو شعور مفاجئ كما لو أن الحدث يقع مرة أخرى أو يجيء ثانية، متضمناً نوبات التفككية أو الشعور بضيق نفسي شديد أو حدوث رد فعل فيزيولوجي شديد إذا تعرض الفرد لعلامات داخلية أو خارجية ترمز إلى جانب من جوانب الحدث أو تضاهيه ويحاول الشخص المتأثر بالحدث أو يتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالحدث و بأي شيء قد يستدعي لديه ذكريات عنه وقد تنشأ حالة من النسيان Amnesia (جانبا مهم من الصدمة وقد يفقد الشخص اهتمامه بالأنشطة المتقدمة لديه أو يشعر بالانفصال أو الغربة عن الآخرين أو يمتلكه إحساس بمستقبل غير واحد، وقد يواجه صعوبة في الدخول إلى النوم أو مواصلته وقد يكون متعباً تنتج عنه نوبات من الغضب ويكون لديه مشكلات في التركيز أو تصدر عنه استجابات ترويحجية مبالغ فيها. (عبد المنعم، 2007)

وقد ذكر الرشيدى والمنصور (2001) أن منظمة الصحة العالمية تحدد ضغط ما بعد الصدمة في التصنيف الدولي العاشر (ICD) على نحو يتفق إلى حد كبير من تحديد الجمعية الأمريكية للطب النفسي، فيما تنشأ اضطرابات ما بعد الصدمة، على أنه استجابة مرجاة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط مستمر لفترة قصيرة أو طويلة ويتفق بأنه ذو طبيعة محددة أو فاجعة، ويحتمل أن تسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين غالباً لدى أي فرد يتعرض له مثل الكوارث الطبيعية أو التي من صنع الإنسان أو المعارك أو الحوادث أو الإرهاب أو الاغتصاب أو غير ذلك من الجرائم. كما عرف يعقوب العيسوي (1999) على أنه مرض نفسي قد تم تصنيفه وتوصيفه من جانب جمعية الطب النفسي (1980- 1987-1994) وينجم هذا الاضطراب عندما يتعرض شخص ما لحدث مؤلم جدا (الصدمة) يتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة (أموات الحروب، رؤية أعمال العنف والقتل، التعرض للتعذيب، الاعتداء الجسدي الخطير والاعتصاب، كارثة طبيعية، الاعتداء الخطير على احد أفراد العائلة). حيث تظهر عوارض نفسية وجسدية (التجنب وتبلد الأفكار والصور الدخيلة، اضطراب النوم و التعرق والخوف والاجترار وضعف الذاكرة والتركيز). ويمكن أن يحدث اضطراب ما بعد الصدمة في أي عمر بما في ذلك مرحلة الطفولة ويمكن أنتظهر الأعراض بعد الحدث الصادم مباشرة أو بعد شهر أو سنة ويشعر الفرد بقصور في الجوانب الوظيفية والبيولوجية واختلال سلوكي وبيولوجي. (العيسوي، 2000)

إن اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال والمراهقين يهدد حياة الطفل وسلمته الجسدية بسبب ردود أفعال تتمثل في الخوف الحاد والعجز والرعب من هذه الأحداث التعرض للاعتداء الجنسي أو الجسدي وحوادث السير

2_ تعريف الصدمة وعلاقتها بإضطراب مابعد الصدمة

يعرف الباحثون في علم النفس الصدمة النفسية أنها التعبير عن التأثير النفسي الشديد، وهي حالة من الضغط النفسي تتجاوز طاقة الفرد على تحملها ورجوعها إلى حال عدم التوازن الدائم، وللصدمة النفسية صور مختلفة تعتمد على التجربة الفردية الخاصة نحو الحدث، الذي سبب تلك الصدمة، التجربة الفردية المليئة بالإحساس والتي تؤدي إلى خطر التشتت والإصابات الجسدية و الخوف من الموت، التي تعد أشدها وأكثرها خطورة على نفسيته، فالصدمة النفسية التي يعترض لها الأطفال والمراهقين التي تكون من فعل الإنسان أكثر من الصدمات الناتجة عن كوارث الطبيعة (الناقلي، 1991)

كما تعرف الصدمة Trauma استنادا للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (-DSM IV, 1994) بأنها " التعرض لحدث ضاغط Traumatic stressor على نحو مفرط الشدة، متضمنا خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة، أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديدا لسلامة الجسم لشخص آخر، أو ان يعلم شخص عن موت غير متوقع أو استخدام العنف، أو ضرر شديد بالموت، أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو المقربين (الديوان الأميري 48ص، 2001)

ويتفاوت الأفراد في مدى تقبلهم الصدمة، فليست جميع المواقف الصدمة تسبب الصدمة الحقيقية، ولتوضيح العلاقة بين الصدمة واضطراب ضغوط مابعد الصدمة PTSD لابد من وتضيق عاملين مرتبطين هما: إختلاف الانية Depersonalization، الانحباس للخطر Entrapment.

تبرد الشخصية Depersonalization: يعني انسلاخ الفرد عن فرديته وإنسانيته، أي كان منيواجه حيوانا متوحشا، أو شخصا مقتصبا، أو كوارث طبيعية. فإن الفرد ليستشعر

إنسانيته وقيمتها وسلامتها، ويطغى الموقف على ما من إمكانات طبيعية ومكتبة للمواجهة، فإذا كانت الكارثة طبيعية كالزلازل والأعاصير والظوفان فإنه إلى القضاء والقدر. وإذا كان المعتدي أو المهاجم إنسانا فإن ثقته في الناس والمجتمع من حوله أو تثلاثي كليا، وعليه فقد يتكون لدى الفرد فان الإحساس بالذات وبالسلامة والثقة، وجميعها عناصر رئيسة في اضطرابات ضغوط الانحباس للخطر Entrapment: فيعني فقدان الفرد قدرة السيطرة على الأحداث خلال تعرضه للموقف الصادم، ثمة فرق كبير بين موقف صادم أحادي كالإعصار، أو حادث سيارة، أو اغتصاب أو موت بين موقف صادم متكرر كالتعذيب المستمر للأسرى والسجناء، وسوء المعاملة المستمرة للأطفال أو الزوجات، ويصرف النظر عن قوة الصدمة وطول مدتها، فإن جميع الصدمات تشكل معاناة وآلاما بالغة، وكذلك فإن شدة الموقف الصائم طول مدته، وقرب الفرد منه، تعد كلها من العوامل المهمة في تطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (الستياني، 2005).

3 المسار والمآل:

من المعروف أن ضغط ما بعد الصدمة يأخذ بعض الوقت كي تظهر أعراضه، وهذا الوقت يتفاوت ويقصر في بعض الحالات إلى أسبوع ويطول في حالات أخرى ليصل إلى ثلاثين سنة وتتفاوت شدة الأعراض من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها في أوقات الانضغاط النفسي وقد بينت الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من ضغط ما بعد الصدمة ما يلي:

30 % من الحالات يتم شفاؤها تماما.

40 % يستمرون في المعاناة في بعض الأعراض البسيطة.

30 % يعانون من أعراض متوسطة الشدة.

في حين يبقى 10 % كما هم يتدهورون أكثر.

- وهناك علامات تشير إلى توقع المآل الجيد ومنها:

ظهور الأعراض بعد وقت قصير وفي وقت وقوع الحادث.

قصر مدة الأعراض (اقل من 6 أشهر).

كفاءة أداء الشخصية قبل الاضطراب.

وجود تدعيم اجتماعي جيد.

وأخيرا عدم وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة للحالة، وقد وجد بشكل عام أن المال قد يصبح أسوء في حالات الأطفال وكبار السن مقارنة بمتوسط العمر لافتقار هاتين التكيف ومهارات المواجهة لقدرات

(H,I kaplanet B,j, sadeek, 1998,P21).

4_ المحكات التشخيصية لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

وفق الدليل التشخيصي

الخامس DSM:5

تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين والأطفال أكثر من 6 سنوات

A: التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو لإصابة خطيرة أو العنف

الجنسي عبر واحد أو أكثر من واحد من الطرق التالية:

1-التعرض مباشرة للحدث الصادم (لأحد أفراد الأسرة أو احد الأصدقاء المقربين في

حالات الموت الفعلي).

2-المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه للآخرين.

3-المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو احد الأصدقاء المقربين في حالات الموت

الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو احد الأصدقاء المقربين فالحدث يجب أن يكون

عنيف وعرضيا.

-التعرض المتكرر أو التعرض الشديد لتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل المثال أو المستجوبين لجميع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال. لا يمكن تطبيق المعيار 4A إذا كان التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، التلفزيون، الأفلام، الصور إلا إذا كان التعرض ذا صلة بالعمل.

B: وجود واحد أو أكثر من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم والتي بدأت بعد الحدث الصادم.

1- الذكريات المؤلمة متطفلة المتكررة وغير طوعية عن الحدث الصادم للأطفال أكبر سنا من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر حول مواضيع أو جوانب الحدث الصادم.

2- أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليها.

3- ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال) flash back ومضادات الذاكرة حيث يشعر الفرد أو يتعرف كما لو أن الحدث الصادم يتكرر، قد تحدث ردود فعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط قد تحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4- الإحباط النفسي الشديد لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

5-ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي تشبه جانبا من الحدث الصادم.

C: تجنب ثابتا للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم وتبدأ بعد الوقوع بالحدث الصادم كما يتضح من واحد مما يلي أو كليهم

4) تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة والأفكار أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

5) تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة والمواقف) التي تثير الذكريات المؤلمة و الأفكار أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D: التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقمت بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

1) عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساوة أوالتفاوقية ولا يعود لعوامل أخرى مثل: إصابات الرأس والكحول أو المخدرات).

2) معتقدات ثابتة ومبالغ فيها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات والآخر أو العالم على سبيل المثال: أنا سيء، لا يمكن الوثوق بأحد، العالم خطير بشكل كامل، الجهاز العصبي لدي دمر بشكل دائم.

3) المدركات الثابتة والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه .

4) الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال الخوف، الرعب، والغضب، والشعور بالذنب).

5) تفاعل بشكل ملحوظ للاهتمام أو المشاركة في الأنشطة الهامة.

6) مشاعر النفور والانفعال عن الآخرين.

7) عدم القدرة المستمرة على اختيار المشاعر الايجابية (على سبيل المثال عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا أو مشاعر المحبة).

E: تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم كما يتضح من

اثنين أو أكثر مما يلي:

- (1) سلوك متوتر ونوبات الغضب دون سبب والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي اتجاه الناس أو الأشياء.
 - (2) التدهور أو سلوك تدميري للذات.
 - (3) التيقظ المبالغ فيه Hypovigilance.
 - (4) استجابة عند الجفل مبالغ فيها.
 - (5) اضطرابات النوم (على سبيل المثال: صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر)
 - (6) مشاكل في التركيز
- F: مدة الاضطراب (معايير B-C-D-E) أكثر من شهر واحد.
- G: يسبب الاضطراب إحباطاً سريراً هاما أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- H: لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (الأدوية، كحول) أو حالة طبية أخرى. (الحمادي، ص 114-112)

5 تصنيف ضغط ما بعد الصدمة PTSD:

- إن هناك تصنيفات متعددة منها اضطراب أو اضطراب الشدة عقب التعرض للصدمة أو اضطراب التالية للصدمة ولكنها تتدرج تحت مسمى اضطراب ما بعد الصدمة التي صنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي:
- تكرار معايشة الحدث الصدمي من قبل المريض ويكون هذا التكرار في صورة ذكريات أو كوابيس أو هلوسات عابرة.
 - استمرار ممارسة السلوك التجنبي وهو تجنب المريض كافة المثيرات المرتبطة

بالسلوك.

- استمرار حالة الاستنفار لدى المريض وتنعكس هذه الحالة في ضوء مجموعة من المؤشرات هي:
اضطرابات النوم، اضطرابات إدراكية وردود فعل فيزيولوجية عندما يتعرض المريض لمواقف تذكره بالحدث. (حب الله، 2006)

6_ نظريات اضطراب ما بعد الصدمة :

عندما ندرس الخبرات الصادمة علينا أن نعود إلى نظريات علم النفس وهي :

- نظرية التحليل النفسي :

تعرف مدرسة التحليل النفسي الصدمة النفسية (trauma) على أنها حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عند الاستجابة الملائمة حياله ، و بما يثيره في التنظيم النفسي من اضطرابات وآثار دائمة مولدة للمرض ، وتتصف الصدمة من الناحية الاقتصادية بفيض من الإثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال، وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الإثارات الصدمة والصمدي هي تعابير مستعملة قديما في الطب والجراحة، وتدل كلمة صدمة trauma التي تعني الجرح في اليونانية وتشتق من فعل ثقب وجرح من كسر من مفردا] في اللغة الفرنسية traumatisme المتخصصة على الأدق للحديث على الآثار التي يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي، ولا تبرز دوما فكرة تمزق أو إصابة الغشاء الجلدي إذ يصار إلى الحديث مثلا عن الصدمات الجمجمية الدماغية المقفلة كما لوحظ أن مصطلحي - trauma traumatisme يستعملان في الطب كترادفان .ولقد اقتبس التحليل النفسي هذين المصطلحين مع أننا لا نلاحظ عند فرويد كلمة trauma ناقلا إلى الصعيد النفسي المعاني الثلاثة (الصدمة العنيفة، الكسر، أو الإصابة، الآثار). (لابلاش بانتاليس، 103، 1987)

-النظرية السلوكية :

إن نظريات التعلم تفسر الكثير من مظاهر اضطرابات الضغوط التي تتبع الصدمة فوفقاً للتشريط الكلاسيكي أن تعرض شخص لحادث في الشارع ما قد يخيفه من العبور من هذا الشارع. ويبدو أن الشخص المصدوم (حرب، تعذيب، اغتصاب) يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة وهذا ما يسمى بالإحجام، فهذه المنبهات أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت بتجارب التعذيب مثلاً أو تزامنت معها. ومن هنا فإن الماضي المؤلم (الحادث الصادم أو الخبرة الصادمة تستمر

عبر الحاضر والمستقبل، وكان الصدمة تغطي على كل شيء بحيث لا يعود الفرد إلى تفكيره المنطقي أي أن الفرد يبدأ في الهروب أو التجنب لتلك المثيرات التي تذكره بالخبرة السيئة، لأن تذكر أو تكرار هذه الخبرات سوف يؤثر تأثيراً سلبياً على الفرد من الناحية النفسية، ومن هنا يتضح أن النظرية السلوكية تساعدنا على فهم اضطراب ما بعد الصدمة من خلال نظرية التشريط فالصددمات والنكبات والحروب وأعمال العنف تعذب منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف وردود أفعال فسيولوجية متعددة ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة وتتشابه مع أدوا [1]. (عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، 17)

-النظرية المعرفية :

النظرية المعرفية تربط الخبرات الصادمة أو الضغوط بالفرد نفسه والبيئة المحيطة بالنظرية المعرفية (تعتبر الفرد والبيئة متدخلان، فالبيئة من وجهة نظرها تزيد من قدرة الفرد على التكيف والعكس) وهناك تشابه بين النظرية التحليلية النظرية المعرفية في فهم وتفسير علاقة الفرد بالبيئة تحت الظروف الصادمة فكلاهما يعتبر العلاقة علاقة رد فعل وبان علاقة الفرد بالبيئة تضطرب عندما تزداد المطالب الخارجية أو الداخلية التي تقع على عاتقه فيقوم الفرد بتحريك

مصادره ليصلح العلاقة ولكن هناك اختلافاً بين النظرية التحليلية والنظرية المعرفية في طريقة فهم مصدر الخبرات الصادمة وفي طبيعة العمليات النفسية التي تتبع التعرض للحدث الصادم، وفي التأكيد على العوامل الاجتماعية الوسيطة. فالنظرية التحليلية ترجع الصدمة إلى الماضي إي إلى الخبرات التي تمت معاشتها في الماضي، التي قد تكون مقموعة أو مكبوتة إلى العجز الذي قد يعود إلى الظهور مرة أخرى عند مواجهة حالة الخطر.

(عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، 18)

7_ اسباب اضطرابات ما بعد الصدمة:

يحدث اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة الممارك الحربية أو الانتهاكات الشخصية القائمة على العنف كالاعتداء الجنسي أو الاعتداء الجسدي أو السرقة أو التعرض لهجوم إرهابي، وكذلك نتيجة للتعذيب أو الاعتقال لسجين حرب، أو نتيجة التعرض للكوارث الطبيعية والبشرية كحوادث السيارات الشديدة أو مشاهدة أحداث مفاجئة، أو العلم بها وقعت لأشخاص آخرين أو نتيجة الإصابة بمرض (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبدالله 2012 : 1918).

وهناك عدة عوامل قد تؤثر في ازدياد نسبة الإصابة (PTSD) لأنها تعمل كمهرنات شهرين الفرد للإصابة

بهذا الاضطراب مثل:

1- المشكلات الأسرية والنفسية في مرحلة الطفولة:

إن وجود تاريخ للعنف الجنسي أو الجسدي في مرحلة الطفولة، والمشكلات النفسية السابقة كالقلق، والاكتئاب، أو من لديهم تاريخ عائلي للأمراض النفسية. كل هذا يساهم بشكل كبير في زيادة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. Regal, & Joseph, Lee, et

al., 2007: 711)

(2010:25)

2 نوع الفرد وعمره ومستواه الاقتصادي والاجتماعي:

اشارت الأدبيات لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أن الإناث أكثر قابلية واستعداداً من الذكور للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، كما أن الأفراد في الأعمار المتوسطة أكثر عرضة للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من غيرهم، والأفراد ذوي المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض

أكثر استعداداً للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتطوراته، من الأفراد في المستويات العليا. ويشير بيترسون وآخرون (Peterson et al., 2011: 165) إلى أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو أحد الاضطرابات النفسية الفلينة التي يكون السبب فيها معروفاً، فإذا تعرض الشخص للحدث الصدمي أو شاهده، فقد يطور اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ويجب أن تنتبه إلى مجموعة من العوامل قبل التعرض للحدث الصدمي وبعد التعرض تؤثر على شدة الأعراض ومدتها، وهي نوع

الصدمة وشدتها، والعوامل الفردية، مثل: الجنس والعمر، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، والتعليم، والذكاء، والعرق، والتاريخ النفسي والتعرض السابق للصدمة، والعوامل البيئية مثل الدعم الاجتماعي وضغوط الحياة بعد التعرض للصدمة.

8_ علاج اضطراب ما بعد الصدمة

يوجد عدد من العلاجات التي تم تطويرها بشكل بنائي نظامي لعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة، يطلق عليها العلاجات القائمة على الدليل العلمي evidence-based وهناك عدد من الأدلة التي تشير إلى كفاءة هذه العلاجات وفعاليتها في التخلص من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، وتستخدم هذا لعلاجات أساليب علاجية فعالة من أجل التغلب على أعراض الاضطراب المختلفة، فالهدف من هذه العلاجات هو توجيه المعالج إلى الاتجاه نحو ما هو أبعد

من تقديم المساعدة والدعم البسيط للعملاء، فهي تهدف إلى التخلص من أعراض الاضطراب والقدرة على الحياة إنتاجية، وتحقيق أفضل مستويات الرفاهة والصحة النفسية للمرضى، وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى عرض ثلاثة أنواع من العلاجات لعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة هي العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج بالقبول والالتزام ACT، والعلاج الجدلي السلوكي DBT، حيث يساعد العلاج بالقبول والالتزام في علاج أعراض القلق، ومساعدة الأفراد في إدارة انفعالاتهم وتكوين علاقات بناءة.

وينطوي كل علاج من هذه العلاجات على إفتراضات تفسر كيفية التغيير وأساليب علاجية فعالة تعمل على تنمية مهارات الأفراد، وعند إطلاعكم على هذه الأساليب سيكون لديكم القدرة على تحديد الأساليب التي تتلاءم مع أعراضكم ومحاولة تطبيقها من أجل التحكم في أعراض الاضطراب وإدارة أعراض الحياة.

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy

يركز العلاج المعرفي السلوكي على استهداف الأفكار، ومشاعر الأفراد و انفعالاتهم العمل على تغييرها (Barlow, 2007)، ويستند العلاج المعرفي السلوكي على الإفتراضات الرئيسية التالية: . يرتبط كل من الأفكار والمشاعر والانفعالات، والتفاعلات البدنية ببعضها بعضاً، فعند تغيير أي من هذه الجوانب يحدث تغيير في الجوانب الأخرى. يحدث التغيير على مراحل متعددة وليس بشكل كلي. تتطلب مهارة تغيير السلوك ضرورة الممارسة والتدريب، وليس فقط تنفيذ الأفكار وتعديلها. لا يساعدنا العلاج المعرفي السلوكي في تقييم أفكارنا إيجابياً أو سلبياً فقط، بل يساعدنا كذلك في تقييم أفكارنا بالسلب أو بالإيجاب في أي شئ فمن تبني نمطاً من التفكير يبين لنا كيفية ملاءمة سلوكياتنا للأهداف التي نسعى إليها من حيث كونها سلوكيات هادفة وسوية أم لا.

العلاج الجدلي السلوكي Dialectical Behavior Therapy

تم تطوير العلاج الجدلي السلوكي DBT نتيجة أعمال مارشا لينهان Marsha Linehan (1993) .. ويتميز هذا العلاج بكفاءته في مساعدة الأفراد ذوي اضطرابات كرب ما بعد الصدمة في إدارة انفعالاتهم وبناء علاقات اجتماعية سوية، ويركز العلاج الجدلي السلوكي على كيفية التعامل . مع الانفعالات والمشاعر المؤلمة والأفكار التي تؤدي إلى إيذاء الذات، فإذا كان لديكم انفعالات صعبة تتداخل مع علاقاتكم في الحياة، فالعلاج الجدلي السلوكي سوف يساعدكم في التغلب عليها، ويستند العلاج الجدلي السلوكي إلى عدة مبادئ نوجزها فيما يلي: إنه من الصعب التعرف على الانفعالات التي تم إهمالها من جانب الآخرين القائمين على رعايتكم في مرحلة الطفولة، كما يصعب تحديدها، وتصنيفها، والتعامل معها في مرحلة الرشد. تبرز صعوبة إدارة الانفعالات في العلاقات مع الآخرين. غالباً ما يرتفع مستوى الضغوط لدينا عند التفكير فيما حدث وما سيحدث في المستقبل.

. تمثل مهارات التعقل مجموعة من الأساليب العلاجية التي تساعد في التركيز على اللحظة الحالية، كما أنها تساعد في إدارة الانفعالات والأفكار. هناك خيط رفيع جداً بين محاولة تغيير الانفعالات السلبية وقبول الانفعالات التي لا يمكن تغييرها، حيث يمكنكم تنمية مهاراتكم من أجل المساعدة في التعرف على ملاءمة أي العلاجات لكل موقف . فقد تم تطوير العلاج الجدلي السلوكي من أجل علاج اضطراب الشخصية البينية وغالباً ما يكون لدى هؤلاء الأفراد أفكار انتحارية وصعوبة في العلاقات مع الآخرين، وقد تم تطبيق العلاج الجدلي السلوكي على حالات متعددة لذوي اضطرابات ما بعد الصدمة في الأونة الأخيرة (Becker and ayer, 2001)، وينطوي العلاج الجدلي السلوكي على جوانب متنوعة مثل: مهارات التعقل، وفعالية العلاقات بين الشخصية، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الضغوط، والكرب النفسي.

العلاج بالقبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy (Act)

بعد العلاج بالقبول والالتزام ACT أحد أشكال العلاج النفسي الذي يساعد الأفراد في مراقبة أفكارهم، وانفعالاتهم من دون إصدار أي أحكام (Haye Strosahl, and Wilson, 1999)،

كما أنه يؤكد على أن الحاجة إلى التعرف على القيم يحتاج الالتزام بالسلوكيات المحترمة بغض النظر عن الأفكار والمشاعر الداخلية، فالعلاج بالقبول والالتزام لا يركز على محاولة تغيير الأفكار أو المشاعر، لكنه يؤكد على كيفية تغيير السلوكيات التي تساعد على الحياة بشكل أفضل، بيد أن هذا العلاج يعمل على تحسين مستوى المرونة النفسية، والتي تعكس القدرة على رؤية الأشياء من وجهات نظر متعددة والتفاعل مع المواقف الضاغطة بمستوى من المرونة، ويستند العلاج بالقبول والالتزام إلى الافتراضات الآتية: يمكن مراقبة الأفكار، والانفعالات، وذكريات الصدمة دون التطرق إلى تفاصيلها الضمنية. يعمل قبول الأفكار والمشاعر على تخفيف الألم الانفعالي، لأن العلاج لا يسعى إلى تغيير الانفعالات بل يعمل على قبولها. تساعد ممارسة التعقل في عملية القبول هناك جانب من الذات الحقيقية ينفصل عن أفكارك أو سلوكياتك فبعض الأشخاص يطلقون على هذا الجانب الروح " أو الجوهر الذاتي.. إنه من المهم تحديد القيم في البداية ثم القيام بالأعمال التي تتسق مع هذه القي

خلاصة:

خلال حياتنا اليومية كل منا معرض بأن يمر بتجربة مخيفة وخارجة عن سيطرتنا فقد نجد أنفسنا في حادث سيارة أو ضحية اعتداء أو تشاهد حدث مروع...الخ، وأغلب الناس يتقبلون على هذه التجارب بمرور الوقت حتى دون مساعدة ولكن بعض الأشخاص في مثل هذه التجارب تسبب ردة فعل مستمر لشهر أو حتى لسنوات وهذا ما نسميه اضطراب ما بعد الصدمة، مما يسببه من خلل وتظهر لديه جملة من الآثار التي تؤثر على صحته النفسية.

الفصل الثالث: جودة الحياة

تمهيد

1_1_ مفهوم جودة الحياة

1_2_ مفاهيم قريبة من جودة الحياة

2_1_ اللغوي و الإصطلاحي لجودة الحياة

2_2_ تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة

3_ الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة

4_ أهمية دراستها عند المرضى

5_ مقومات و معوقات جودة الحياة

5_1_ مقومات جودة الحياة

5_2_ معوقات جودة الحياة

6_ مبادئ جودة الحياة

7_ مكونات جودة الحياة

8_ الخطوات التي تساعد في جودة الحياة

خلاصة

تمهيد

ليس هناك حديث عن الحياة بشكل عام و ما يتعرض له الفرد في هذه الحياة من مشاكل و هموم و قلق دون الحديث عن جودة الحياة، التي تعتبر مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة التي يدركها الأفراد وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية و الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد، عبر تحقيقه لذاته، و بناءا على ذلك فإن لجودة الحياة ظروف موضوعية و مكونات ذاتية، و تحتل دورا محوريا في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع. كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة يتضح في العلاقة الإنفعالية القوية بين الفرد و بيئته و هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر و أحاسيس الفرد و مدركاته، كما يؤكد على أهمية دور البيئة و العوامل الثقافية و الإجتماعية و الإقتصادية كمحددات لجودة الحياة.

وفي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم و مبادئ و أبعاد جودة الحياة و أيضا مكوناتها و مجالاتها و أهم عوامل تشكيلها بالإضافة إلى مقومات جودة الحياة، أهم النظريات المفسرة لها.

1_1_ مفهوم جودة الحياة:

تعريف منظمة الصحة العالمية: (Oms) 1994 فهي ترى أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد كل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية ، علاقته الاجتماعية ، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته. (أبو حلاوة، 2010، 5).

تشير منظمة اليونيسكو إلى أن نوعية الحياة مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، و هو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية ، و الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي عبر تحقيقه لذلك، و على ذلك فجودة الحياة لها ظروف موضوعية ، و مكونات ذاتية و لقد ارتبط هذا المفهوم منذ البداية بسعي المجتمعات الصناعية نحو التنمية و الإرتقاء بمتطلبات الأفراد عن طريق تحقيق الوفرة الإقتصادية لمواجهة إشباع الأفراد و تطلعاتهم و طموحاتهم. (بخش، 2006، ص9).

المفهوم الإجرائي لجودة الحياة:

يعرف مجموعة من الباحثين جودة الحياة إجرائيا بأنها: إدراك الفرد لوضعه في الحياة في منظومة القيم و الثقافة التي يعيش فيها، و في علاقته بأهدافه و توقعاته و معايير إهتمامه

1_2_ مفاهيم قريبة من جودة الحياة:

هناك العديد من الباحثين يرون أن لجودة الحياة عدة مرادفات و مصطلحات القريبة منها نوعية الحياة و الرقي في الحياة ، الصحة النفسية و الجسمية، الرضا عن الحياة و غيرها من المرادفات.

*كما أشار الباحث زعطوط رمضان الى المفاهيم القريبة من جودة الحياة و ذكر البعض منها (نوعية الحياة، السعادة، غياب المرض، الشعور بالرفاهية، الرضا عن الحياة، الإحساس بحسن الحال، الهناء، الإستمتاع بالحياة، الطمأنينة و الإرتياح).
و كل هذه المصطلحات تعبر عن الرضا عن الحياة و القناعة و الإحساس بالفرح و الراحة النفسية.

2_1_ التعريف اللغوي و الإصطلاحي لجودة الحياة:

رغم الصعوبة التي واجهها العلماء في تحديد تعريف جودة الحياة و التداخل الموجود بينها و بين المفاهيم القريبة منها إلا أنها حضت بمجموعة من التعاريف منها تعريفا لغويا و إصطلاحيا:
أولا/تعريف جودة الحياة لغة: (مادة:ج و د)، جاد جودة: صار جيدا، و جاد فلان سخا و بذل، أجاد أتى بالجيد من القول و العمل. (عبد فليح والزي، 2004، ص152)
_فالجودة Quality، أصلها الفعل الثلاثي جود، و الجيد طبقا لابن منظور نقيض الرديء، و جاد بالشيء جودة، و جودة أي صار جيدا. (كاظم و الهادلي، 2006، ص69)
عرف الزاوي الحياة: نقيض الموت و الحياة الطيبة الرزق الحلال أو الجنة. (العجمي، 2015، ص9)،

ثانيا/تعريف جودة الحياة إصطلاحا: يعتبر مفهوم جودة الحياة التطور الأحدث في قضية شغلت البشرية منذ القدم، حيث لم يظهر بمحض الصدفة و إنما كان ظهوره عبر الزمن، و بدأ الإهتمام بمفهوم جودة الحياة في المجال الطبي، حيث لاحظ الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد، و جودة الحياة، من خلال معايير الجودة في الرعاية الصحية، و ضرورة الإهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى.

تعرف جودة الحياة على أنها الشعور بالرضا و الإحساس بالرفاهية و المتعة في ظل الظروف التي يحياها الفرد. (بخش، 2006، ص9)

جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا و السعادة و القدرة على إشباع الحاجات في أبعاد الحياة الذاتية و الموضوعية التي تشمل النمو الشخصي و السعادة البدنية و المادية. (مبارك، دت، ص720)

تعرف حسب معهد الإدارة هي التميز في تقديم الخدمات المطلوبة منه بفعالية بحيث تكون خالية من الأخطاء، والعيوب، و بأقل تكلفة و ترقى لمستوى توقعات و رغبات المنتفعين و تحقق رضاهم التام حتضرا و مستقبلا، وذلك من خلال التحسين والتطوير المستمر والإلتزام بمتطلبات و معايير الأداء، و أداء العمل الصحيح بشكل سليم من المرة الأولى. (المطوع، 1999، ص 423) و نستنتج من خلال ما سبق ذكره أن جودة الحياة تشير بوجه عام إلى الحياة النفسية، وبالتالي فإن هذا المفهوم مركب ، يتم تقييمه من التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة، الإستمتاع).

2_2_ تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

تعريف جودة الحياة المرتبطة بالصحة لمنظمة الصحة العالمية (1947) على أنها حالة من المعافاة النفسية و الجسدية و الإجتماعية و ليست غياب المرض أو العجز فقط. (زعطوط، 2014، ص3)

تشير عدودة إلى جودة الحياة من المنظور الصحي بأنها ذلك التقدم الحادث في حياة الأفراد نتيجة الحصول على الرعاية الخاضعة للبرامج الطبية و العلاجية المختلفة في مراعاة لجوانب التكلفة الإقتصادية وفقا لأوضاع الأفراد الإجتماعية. كما أضاف الهمص نقلا عن (Green and kreuter) اللذين توخما بتعريف جودة الحياة من جوانب إستجابة الجسم للمرض إلى التشخيص الإجتماعي لجودة الحياة و ربط المصطلح بين التكيف و الرضا عن الحياة الذي يعيشه الأفراد مع مجتمهم. (همص، 2010، ص48)

3_الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

لقد تعددت الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة منها الإتجاه النفسي و المعرفي و نظرية التكيف أو التعود و الإتجاه الإجتماعي و الطبي و الديني و التكاملي و غيرها من الإتجاهات و في دراستنا قمنا بتحديد منها ما يلي:

3_1_ النظرية النفسية (الإتجاه النفسي):

يركز الإتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم و علاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم و الحاجات النفسية و إشباعها، و تحقيق الذات و مستوى الطموح لدى الأفراد، و بالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الإنفعالية القوية بين الفرد و بيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر و أحاسيس الفرد و مدركاته، فالإدراك و معه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد.

(أبو حلاوة، 2010، ص 17_18)

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثل إنعكاس مباشر لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة يظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، و يرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الإتجاهات، 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 وفقاً لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبراهام ماسلو.(الهمص، 2010، ص 43)

3_2_ النظرية المعرفية (الإتجاه المعرفي):

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على فكرتين: الأولى أن طبيعة الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة ، و الثانية في إطار الإختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة و في هذا المنظور تبرز نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة :

*نظرية لاوتن (Lawton(1996): طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة و هي تدور حول أن إدراك الفرد لنوعية الحياة يتأثر بطرفان هما:

_الظرف المكاني: هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، والبيئة في الظرف

المكاني لها تأثير أحدهما مباشر على حياة الفرد و الآخر غير مباشر.(شيخي، 2013، ص84)

_الظرف الزماني: إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة الحياة يكون أكثر إيجابية كلما

تقدم في العمر، فكلما تقدم في العمر كلما ما كان أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة

(جدي، 2013، ص18).

_يرى بياجيه أن النمط العام للنمو يعتمد على عمليات التنظيم و التمثل و الموائمة، وهي عمليات

عقلية يمكن أن نطلق عليها المصفاة التي نفهم من هلالها أحداث البيئة من حولنا، في أي مرحلة

عمرية يستخدمها الإنسان في حياته. و المفاهيم التي تتكون لدينا من خلال عمليات التنظيم و

التمثل و الموائمة هي التي تجعلنا نتحرك بكفاءة في العالم المحيط بنا و نتصرف مع الآخرين و نواجه

المشكلات و نعالج الأشياء المحيطة بأكبر قدر من الثقة و تلك عناصر الصحة

النفسية.(عويس، 2006، ص309)

*نظرية شالوك (Shalock (2002): قدم شالوك تحليلا مفصلا لمفهوم جودة الحياة على أساس

أنه مفهوم من ثمانية مجالات و كل مجال يتكون من ثلاث مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر

الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة هذا

الشعور، فالعامل الحاسم في ذلك هو إدراك الفرد لجودة حياته.(مبارك، 2012، ص724)

نستنتج من خلال عرض النظرية المعرفية أنه ركزت على فكرتين أساسيتين الأولى تركز على طبيعة الفرد في تحديد درجة شعوره بجودة الحياة، و الثانية تتمثل في الاختلاف الإدراكي بين الأفراد، و في هذا المنظور تبرز نظريتان حديثتان و هما نظرية لاوتن التي أكدت على أن إدراك الفرد لنوعية الحياة يتأثر بطرفان المكاني و الزماني، أما النظرية الثانية هي نظرية شالوك التي قدمت تحليلاً مفصلاً لمفهوم جودة الحياة الذي يتضمن ثمانية مجالات و كل مجال يتضمن ثلاث مؤشرات.

3_3_ النظرية الإجتماعية (الاتجاه الإجتماعي):

يرى هانكس hankiss أن الإهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأ منذ فترة طويلة، وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدل المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، و ترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد و ما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله و المكانة المهنية للفرد و تأثيره على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة. (لكحل، 2014، ص15)

نستنتج من خلال ما سبق عرضه أن النظرية الإجتماعية ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع لآخر فجودة الحياة ترتبط بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد، و ما يجنيه من عائد مادي، فالعلاقات الإجتماعية تعد من أهم العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة.

3_4_ النظرية الدينية (الاتجاه الديني):

أول من تطرق لجودة الحياة هو القرآن الكريم الذي أشار إليها بأنها السعادة و الطمأنينة حيث هناك من يرى جودة حياته في العمل الصالح و تلاوة القرآن أي راحة في الدنيا و الفوز بالجنة.

يؤكد هذا الحديبي بحيث يشير إلى أن الدين يوفر قاعدة وجدانية تضمن الأمن و الإطمئنان النفسي و التوازن الإنفعالي، و التفاؤل و حب الحياة و رضاه عنها، كما يوفر إحساسا بمعنى الحياة اليومية، فهو يخفف من وطأة الكوارث و الأزمات التي تعترض طريق الفرد، كما أن الشعور الديني يؤدي إلى الإحساس بالسعادة و الرضا عن الحياة و القناعة و الإيمان بالقضاء و القدر خيره و شره، و اليقين بأن الله عزوجل يتدخل في الأحداث المهمة من أجل الأفضل دائما، و يتحقق ذلك للفرد من خلال الدعاء و الصلاة و الشكر، مما يوفر له أسمى صور الدعم و الطمأنينة. (شقورة، 2012، ص32)

3_4_ النظرية الإنسانية: (الاتجاه الإنساني):

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الإرتباط الضروري بين عنصرين لاغنى عنهما ووجود كائن حي ملائم، ووجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الإجتماعية هي التي تضبط سلوك الأفراد و الجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع. (مبارك، 2012، ص 725) و من بين أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المجال: نظرية رايف Ruff: تدور نظرية رايف حول مفهوم السعادة النفسية، إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط إلتقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته. (جدي، 2013، ص19) و فيما يلي عرض لهذه الأبعاد حسب نظرية رايف:

*البعد الأول: الإستقلالية: و صفاته تتمثل بقدرة الفرد على أن:

__ يقرر مصيره بنفسه.

__ يكون مستقلا بذاته.

__ قدرته على إتخاذ القرار.

- __منظم في سلوكه.
- __ يتصرف بطرق مناسبة.(مبارك،2012،ص726)
- *البعد الثاني: التمكن البيئي: و من صفاته
- __الكفاية الذاتية للفرد.
- __ قدرة الفرد على التحكم و إدارة نشاطاته و بيئته.
- __ قدرته على إختيار قيمة الشخص.
- *البعد الثالث: النمو الشخصي، ومن صفاته:
- __شعور الفرد بالنمو و الإرتقاء المستمر.
- __ إدراكه لتطور و توسع ذاته.
- __إنفتاحه لتجارب جديدة.
- __إحساسه الواقعي للحياة
- __ شعوره بتحسن ذاته و تطور سلوكه يوما بعد يوم.(جدي،2013،ص20)
- *البعد الرابع: العلاقات الإيجابية مع الآخرين ، ومن صفاته:
- __رضا الفرد عن علاقاته الإجتماعية.
- __ ثقته بالآخرين من حوله.
- __ قناعته برفاهية الآخرين.
- __ قدرته على التعاطف و التودد للآخرين.(مبارك،2013،ص727)
- البعد الخامس: تقبل الذات، ومن صفاته:
- __إظهار الفرد توجهات إيجابية نحو ذاته.

__ قبله بالسلمات أو الخصائص المكونة لذاته (سلبية و إيجابية).

__ الشعور الإيجابي لحياته الماضية.

__ يظهر النقد الإيجابي لذاته. (جدي، 2013، ص20)

البعد السادس: الهدف من الحياة، ومن صفاته:

__ أن يسلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية و الحاضرة.

__ أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها.

__ أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة (مبارك، 2012، ص727)

نستنتج من خلال عرض النظرية الإنسانية أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة

الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة ، و تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادة الفرد النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

3_5_ النظرية التكاملية:(الاتجاه التكاملية):

__ نظرية أندرسون Anderson:

طرح أندرسون شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة ،متخذا من

من مفاهيم السعادة و معنى الحياة و نظام المعلومات البيولوجي و الحياة الواقعية ، و تحقيق

الحاجات، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطاراً نظرياً تكاملياً لتفسير جودة الحياة ، و

فيما يلي عرض لأهم هذه المؤشرات:

__ أن نضع أهدافاً واقعية نكون قادرين على تحقيقها.

__ أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلائم مع أهدافنا.(شيخي، 2013، ص86)

عموما طرح أندرسون شرحا تكامليا لجودة الحياة حيث أشار إلى أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم

شخصيا ما يدور حوله، كما أكد علناً مفهوم جودة الحياة يشمل مدى رضا الفرد عن الحياة التي

يعيشها من جميع جوانبها النفسية، الجسدية ،و الإجتماعية و الإقتصادية.

3_6_ نظرية التكيف أو التعود:

يشير دينر و رهاتر (Diener and Rahz) بأن هذه النظرية تتلخص في فرضية أن الأفراد يتصرفون بشكل مختلف في إتجاه الأحداث الجديدة، التي تمر عليهم في حياتهم، وذلك إعتقاداً على نمط شخصياتهم، و ردود أفعالهم، و أهدافهم في الحياة ولكن نتيجة التعود و التأقلم مع الأحداث، ومع مرور الوقت فإنهم يعودون إلى النقطة الأساسية التي كانوا عليها قبل وقوع الأحداث، كما أن الأفراد المختلفون لا يتكيفون بنفس الطريقة، أو بشكل مطلق مع الأحداث و الظروف المحيطة بهم. (شاقورة، 2012، ص33)

3_7_ الإتجاه الطبي: (النظرية الطبية):

لقد بدأ الإهتمام بمفهوم جودة الحياة في المجال الطبي حيث لاحظ الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد و جودة الحياة، من خلال معايير الجودة في الرعاية الصحية، و ضرورة الإهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى، حيث يدرك المرضى جودة الحياة بصورة تختلف عن الأسوياء، والعمل على تنمية شبكة العلاقات الإجتماعية لديهم من خلال إستراتيجيات فعالة.

يشير رافايل و آخرون (Raphael and others) إلى أن جودة الحياة تعطي مؤشراً للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية و ذلك في غياب العلاج الحالي أو الإحتياج للخدمات. و إن هناك فرق بين جودة الحياة و الحالة الصحية المحسوسة للمرضى، حيث وجد أن جودة الحياة والحالة الصحية لكل منها تركيبه المميز الخاص به، و عندما نعطي معدل لجودة الحياة نجد ان المرضى يركزون على الحالة العقلية أكثر من تركيزهم على الحالة الجسدية. يحدد الأطباء المتخصصون في الطب جودة الحياة بالوظيفة العضوية، بينما الأطباء النفسيون ينظرون إلى جودة الحياة بإقتران العلاقات المتبادلة بين المجال العضوي و الإنفعالي و الإجتماعي. هذا الإتجاه يهدف إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية

مختلفة أو نفسية أو عقلية و ذلك عن طريق البرامج الإرشادية و العلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي و في تطوير الصحة.(مُحَمَّد و فوزية ، 2013، ص 07)

4_ أهمية دراستها عند المرضى:

أشار شيلي إلى أنه لم ينظر إلى جودة الحياة على أنها مسألة ذات أهمية سيكولوجية إلا في وقت متأخر نسبياً، ولسنين عديدة، ظلت جودة الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة ، و بوجود المرض دون أي إعتبار للعواقب النفسية و الإجتماعية الناجمة عن المرض و العلاج.ففي دراسة مشهورة حول فرط ضغط الدم، وجد أنه على الرغم من أن 100% من الأطباء ذكروا أن جودة حياة مرضاهم تحسنت مع الإستعمال المنتظم لدواء ضغط الدم، إلا أن نسبة من أيد ذلك من المرضى لم تتجاوز 50%، ولم يؤيده أي من المحيطين بالمريض، إضافة إلى ذلك، تشير العديد من الأبحاث إلى أن المرضى يدركون بعض الأمراض و معالجتها على أنها قدر أسوأ من الموت، و ذلك لأنها تهدد جوانب أو نشاطات حيوية ، و مهمة في حياتهم.(شيلي تايلور، 2008، ص 620_621)

لقد ذكر تايلور عدة أسباب توضح أهمية دراسة جودة الحياة عند المريض المزمن نذكر منها مايلي:

1_ إن تحديد تأثير المرض على النشاط المهني و الإجتماعي و الشخصي للمريض و على حياته اليومية ، من شأنه أن يزودنا بأساس مهم للعلاجات التي تصمم لغايات تحسين جودة الحياة.

2_ يمكن لمقاييس جودة الحياة أن تساعد في تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضى المصابين بأمراض من نمط معين، و مما لاشك فيه أن معلومات كهذه ستساعد على بلورة المعالجات المطلوبة. فقد تكشف مثل هذه المقاييس عن وجود صعوبات مرتبطة بأنواع معينة من السرطان.

3_ تناول هذه المقاييس تأثير المعالجات على جودة الحياة ، ففي العناية بالسرطان مثلاً قد تحتاج إلى تقييم فيما إذا كانت المعالجة مؤذية أكثر من المرض نفسه ام لا، أو فيما إذا كانت تزيد

من معدلات بقاء المريض أم لا، أو فيما إذا كانت لها آثار جانبية سلبية أو لا، و في هذا السياق إستطاعت مقاييس جودة الحياة قياس أثر المعالجات غير السارة، و التعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من إلزام المريض بتلك المعالجات.

4_ فمن الممكن إستخدام معرفة جودة الحياة في المقارنة بين المعالجات ، فيمكننا إختيار الأسلوب الذي يكون له ادنى تأثير على جودة الحياة .

5_ يمكن للمعلومات المتعلقة بجودة الحياة أن تساعد أصحاب القرار على إختيار العلاجات التي تزيد من فرص البقاء ، و تتيح للمريض في الوقت نفسه أفضل جودة حياة ممكنة، كما يمكن لها أن تزودهم بفرص الموازنة بين كلفة العلاج و جدواه من جهة، و جودة الحياة من جهة أخرى.

6_ إن لهذا الإهتمام بالمسائل التي تتعلق بجودة الحياة فائدته كبيرة ، إذ يساعد بعض الجوانب التي تتطلب إهتماما أو تدخلا علاجيا معيناً، عند التشخيص بمرض مزمن.(شيلي

تايلور، 2008، ص 622_623)

5_ مقومات و معوقات جودة الحياة:

5_1_ مقومات جودة الحياة:

لقد تعددت العوامل المساعدة في تحديد جودة الحياة وهذا حسب بعض الباحثين بحيث وضح

كل من رايف و كيف نموذج لجودة الحياة يعرف باسم نموذج العوامل الستة لجودة

1_ النمو الشخصي: هي قدرة الفرد على تنمية قدراته و إمكاناته الشخصية لإثراء حياته.

2_ الحياة الهادفة: تشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة و رؤية توجه تصرفاته و أفعاله نحو

تحقيق هذا الهدف مع المثابرة و الإصرار.(رجيعة، 2009، ص 189)

3_ العلاقات الإيجابية: تدعى بالعلاقات المجمعمة وهي تؤدي إلى الإتفاق و و الإجتماع و تساهم و

تماسك ووحدة و تكامل المجتمع ، و من أمثلتها العلاقات الإجتماعية التعاونية التي تعتبر سعي

مشترك للوصول إلى هدف مشترك وكذا علاقات الصداقة القائمة على الإخلاص و الإتحاد و التوافق. (بن سعيد، 2009، ص 28)

4_ تقبل الذات: هو رضا المرء عن نفسه و عن صفاته و قدراته و إدراكه لحدوده، و هو إتجاه يكونه المرء الراضي عن نفسه و عن إستعداداته و الدرك لحدود معارفه. (عبد المنعم، 1976، ص 774)

5_ الإستقلالية: يشير إليها بياجيه بأنها أسلوب إيجابي يجعل الفرد يعتمد على نفسه و يتخذ قراراته، و يتحمل المسؤولية في المواقف الإجتماعية. (الحسني و التميمي، 2012)

6_ السيطرة على البيئة (الكفاءة البيئية): هي القدرة على تخيل و إختيار البيئات المناسبة و مرونة الشخصية أثناء التواجد في البيئة ، و من صفاته الكفاية الذاتية للفرد، قدرة الفرد على التحكم و إدارة نشاطاته وبيئته، و قدرته على الإستفادة من الفرص المتاحة لديه، قدرته على إتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية و الإجتماعية ، قدرته على إختبار قيمة الشخصية، و التصرف بنا يتناسب مع معايير مجتمعه. (مبارك، ب س، ص 726)

5_2_ معوقات جودة الحياة:

1_ عدم إكتساب المهارات الحياتية.

2_ الصحة: عدم تقبل مع عدم التكيف الإصابة بالمرض مع عدم تقبل المرض او الإصابة بالإعاقة مع عدم تقبلها.

3_ الإضطرابات النفسية (قلق، إكتئاب، خوف، عدم تقبل الذات، عدم الثقة بالنفس).

4_ عدم القدرة على حل المشكلات و يوء التخطيط.

5_المادية و الإقتصادية، قلة المدخول المادي، السكن غير المناسب، الفقر.

6_ سوء التفوق الدراسي في مختلفة المجالات.

7_الدينية: نقص الوازع الديني.

6_ مبادئ جودة الحياة:

اتفق بعض الباحثين على مبادئ جودة الحياة بحيث أشار كل من الهنداوي و أبو نجيلة في

دراستهما المبادئ التي تستند عليها جودة الحياة نقلا عن جودي (Goode):

_ أن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص المعاق وغير المعاق (الأسوياء).

_ أن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الإحتياجات الرئيسية للإنسان، و بمدى قدرته على

تحقيق أهدافه في الحياة.

_ أن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص

إلى آخر و من عائلة إلى أخرى، ومن برنامج تأهيلي إلى آخر، ومن شخص مهني إلى آخر.

_ أن مفهوم جودة الحياة له علاقة وطيدة و مباشرة في البيئة التي يعيش فيها هذا الإنسان أو

ذاك.

_ أن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان و الأشخاص المحيطين به.

7_ مكونات جودة الحياة:

يمكن القول أن جودة الحياة هي الممارسة الإنفعالية للأنشطة اليومية الإجتماعية و البيئية كما و

كيفا، بدرجة عالية من التوفيق و النجاح و بالرضا النفسي عن الحياة بشكل عام و شعور الإيجابية

و الصحة النفسية، و تخطي العقبات و الضغوط التي تواجهه بفاعلية بقصد إنجاز هذه الأنشطة

ياقتدار.

إن لجودة الحياة ثلاث مكونات رئيسية تتمثل في:

__الإحساس الداخلي بحسن الحال و الرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها الفرد، بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالإنفعالات، يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية الداعمة لهذا الإحساس (داهم، 2014، ص38).

__ القدرة على رعاية الذات و الإلتزام و الوفاء بالأدوار الإجتماعية.

__القدرة على الإستفادة من المصادر البيئية المتاحة منها الإجتماعية (المساندة الإجتماعية و

المادية) و توظيفها بشكل إيجابي.(أبو حلاوة، 2010، ص10)

من خلال ماسبق ذكره نجد أن الرضا و السعادة من أبرز المكونات الأساسية لجودة الحياة إضافة إلى القدرة على إشباع حاجات الفرد من خلال ثراء البيئة و رقي الخدمات التي تقدم له في المجال الإجتماعي و النفسي ، التعليمي و الطبي.

8_ الخطوات التي تساعد في جودة الحياة:

الخطوات التي تساعد الفرد للوصول إلى جودة الحياة نذكرها في النقاط التالية:

__ بناء الوعي بضرورة الحاجة إلى التحسين و التطوير.

__تحديد أهداف التحسين المستمر للأداء.

__ بناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف.

__ تنفيذ جوانب الجودة الحياتية.

__و تبني الفرد منظور التحسين المستمر لجوانب شخصيته و أبعادها النفسية و العقلية و الإجتماعية و الثقافية و الرياضية و الدينية و الجسمية كأسلوب حياة، مع تلبية إحتياجاته و رغباته بالقدر المتوازن و استمراريته في توليد الأفكار و الإهتمام بالإبداع و الإبتكار و التعلم التعاوني بما ينمي مهاراته النفسية و الإجتماعية.(عبد الكريم، 2006، ص71)

خلاصة:

نستخلص من خلال ما سبق ذكره، أن جودة الحياة واحدة من أهم القضايا في حياة الأفراد و المجتمعات ، نظرا لكونها قاعدة أساسية لتفادي الكثير من المشكلات التي يمكن أن تعترض الفرد و المجتمع معا، و ان كان مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي يتم تناولها من المنظور النفسي، و خاصة من منطلق علم النفس الإيجابي حيث تعتبر جودة الحياة أحد مفاهيمه الأساسية ، و تعتبر ضرورة ملحة من جانبين هما: كون جودة الحياة هي في الأساس إنعكاس للتقدير الذاتي للفرد بحد ذاته لحياته، أما الجانب الثاني كون علم النفس الإيجابي يقدم الإستراتيجيات الملائمة لتحقيق جودة الحياة ، و تحديد الآليات الملائمة لذلك من خلال برامج تدريبية أو علاجية أو تأهيلية يمكن إعتادها من مختلف المؤسسات المجتمعية التي تتكفل بتوفير هذه الخدمات لكل شرائح و فئات المجتمع.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

*تمهيد

1_ الدراسة الإستطلاعية

2-منهج البحث

3-مجتمع الدراسة

4-عينة الدراسة وطريقة إختيارها

5-أدوات جمع البيانات

6-الأساليب الاحصائية

تمهيد:

بعد عرضنا لإطار النظري للدراسات السابقة الخاصة بمتغيري جودة الحياة واضطراب ما بعد الصدمة ، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرضنا للإجراءات المنهجية المعتمدة في دراستنا الحالية، و التي تتضمن المنهج المتبع، عينة الدراسة وموصفاتها، معرفة مدى كفاءة أدوات القياس المعتمدة في الدراسة عن طريق الدراسة الاستطلاعية، وكذلك إجراءات الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية المعتمدة

الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة يلجأ إليها الباحث لتعرف على ميدان بحثه بالإضافة إلى أنها تسمح بالتعرف على المشكلات التي يمكن أن تظهر قبل التقي بالدراسة التطبيقية (عبد المجيد ابراهيم، 2000، ص 39)

1-1 تعريف الدراسة الاستطلاعية: يعرفها عبد الرحمن العيسوي "هي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه كما تسمح لنا بالتعرف على الظروف والإمكانيات المتوفرة في الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة لضبط متغيرات البحث (عبد الرحمن العيسوي، 1999، ص 89

2-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية

معرفة مدى ملائمة أدوات جمع البيانات مع موضوع البحث.
التعرف على بعض الصعوبات التي تواجه الباحث وكيفية التغلب عليها
من خلال الدراسة الاستطلاعية يمكن تحديد ما ستستغرقه الدراسة من وقت التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والتأكد من وجود العينة أو الحالة المدروسة.

3-1 إجراءات الدراسة الاستطلاعية

انطلاقاً من الخلفية النظرية الأكاديمية لموضوع البحث المتمثل في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان و علاقته بجودة الحياة:
وعليه فقد تم القيام بعدة خطوات تمهيدية منها

تحديد خصائص الحالات: التعرف على اثر الصدمة، -

والتعرف على مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، التعرف على معاناة الحالة من اضطراب

ضغط ما بعد الصدمة ومدى تأثيره على كل جوانبه.

تحديد أدوات جمع البيانات والمتمثلة في

مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة

مقياس جودة الحياة

التوجه إلى مركز مكافحة السرطان بالجلفة أين تم الاتصال بمدير المركز -

حيث استقبلنا استقبالا جيدا وتمت الموافقة على إجراء الدراسة

4-1 حدود الدراسة الاستطلاعية

الحدود المكانية: المركز مكافحة السرطان أحمد بن شريف بالجلفة ولاية الجلفة

الحدود الزمنية: استغرقت الدراسة حوالي شهر ونصف فقط، حيث تم الاستفادة من

التعرف على المركز أكثر والمجالات التي يهتم بها وكذا الفئات والحالات التي يتم

استقبالها مع أخذ القليل من المعرفة والمعلومات من أخصائيات المركز كإفادة في

المستقبل.

الحدود الموضوعية: اختصرت هذه الدراسة على إبراز اضطراب ضغط ما بعد

الصدمة وجودة الحياة

- الحدود البشرية :

اشتملت الدراسة علي 30 حالة 15 اناث 15 ذكور .

5-1: نتائج الدراسة الاستطلاعية

:ويتم تلخيصها فيما يلي

- تحديد المكان الذي يتم فيه إجراء الدراسة الميدانية، وهو مكتب الأخصائية النفسانية -

بمركز مكافحة السرطان بالجلفة وذلك نظرا لتوفير الجو الملائم للحالات وبالنسبة

لي

تحديد الحالات النهائية -

-تحديد الأدوات المناسبة

1-منهج البحث :

إن إختيار المنهج المتبع يخضع لطبيعة المشكلة محل الدراسة إذ أن هذه الخيرة هي التي تحدد طبيعة المنهج المتبع، وبما أن موضوع دراستنا يهدف إلى الكشف عن العالقة بين جودة الحياة واضطراب مابعد الصدمة لدى مرضى السرطان ، وعن الاختلاف في مستويات اضطراب مابعد الصدمة وجودة الحياة باختلاف السن، المستوى الدارسي ، ومن خلال اطلاعنا على مناهج البحث العلمي المعتمدة في الدراسات والبحوث، تم اختيار المنهج الوصفي للملائمة لخصائص بحثنا . و أُن هذا المنهج غالبا ما يرتبط بدراسات العلوم الاجتماعية والإنسانية، ويقوم المنهج الوصفي على رصد ومتابعة دقيقة لظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات ، من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى أو المضمون، والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره.(عبيدات وآخرون، 1997، ص 47)

2-مجتمع الدراسة:

يقصد بمجتمع الدراسة جميع العناصر التي تشكل هذا المجتمع والتي يسعى الباحث بطبيعة الحال أن يعمم عليها نتائج دراسته ، وتحدد عناصر هذه الدراسة بمجموعة من السرطان بمرکز مكافحة السرطان بالجلفة 30 مريض

3 عينة الدراسة وطريقة إختيارها:

من المعلوم ان العينة التي تمثل مجتمع الدراسة تمثيلا حقيقيا هي العينة التي تتوفر فيها خصائص ذلك المجتمع وكذا نسبة التمثيل بالنسبة الأفراد المجتمع الاصلي وبناءا على ذلك فقد تم اختيار عينة الدراسة على النحو التالي:

ـ التوجه إلى مركز مكافحة السرطان بالجلفة وتم تقديم الاستبيانين وتم اعطاء فكرة عامة على موضوع الدراسة

خصائص عينة الدراسة

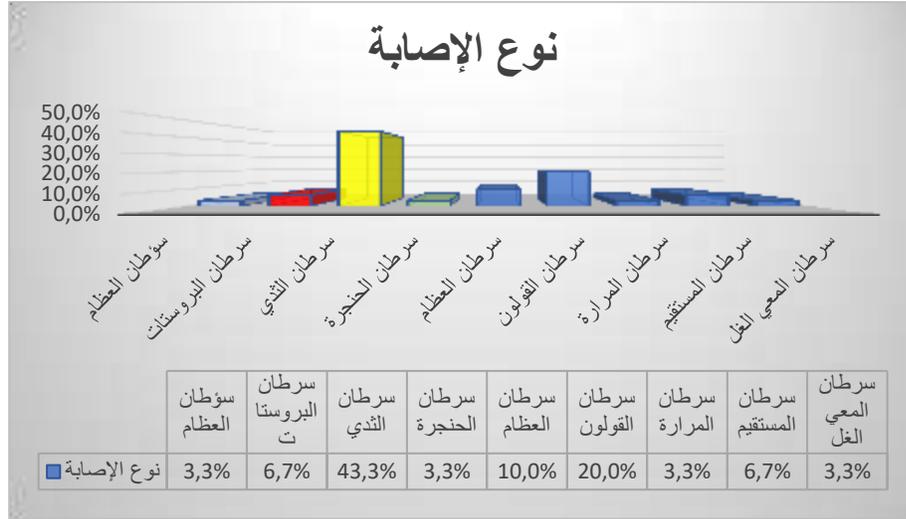
توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإصابة:

الجدول رقم (1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإصابة.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|------------------|---------|--------|
| سؤطان العظام | 1 | 3,3% |
| سرطان البروستات | 2 | 6,7% |
| سرطان الثدي | 13 | 43,3% |
| سرطان الحنجرة | 1 | 3,3% |
| سرطان العظام | 3 | 10,0% |
| سرطان القولون | 6 | 20,0% |
| سرطان المرارة | 1 | 3,3% |
| سرطان المستقيم | 2 | 6,7% |
| سرطان المعى الغل | 1 | 3,3% |
| المجموع | 30 | %100 |

المصدر: بالإعتداد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم (1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإصابة.



نلاحظ من خلال الجدول رقم (1)؛ أن 51.4% من العينة هم من الذكور، في حين أن النسبة الأكبر من العينة تعاني من سرطان الثدي بنسبة 43.3%، تليها سرطان القولون بنسبة 20.0%. الأنواع الأخرى من السرطانات توزعت بنسب متفاوتة كالتالي: سرطان البروستاتا 6.7%، سرطان المستقيم 6.7%، سرطان العظام 10.0%، وسرطان الحنجرة، سرطان المرارة، سرطان المعى الغليظ وسرطان العظام كل منها بنسبة 3.3%.

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمر:

الجدول رقم (2): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمر.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|-------------------------|---------|--------|
| من 25 إلى أقل 35 سنة | 3 | 10,0% |
| من 35 إلى أقل من 45 سنة | 3 | 10,0% |
| أكثر من 45 سنة | 24 | 80,0% |
| المجموع | 30 | %100 |

الشكل رقم (2): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير العمر.



المصدر: بالإعتماد على برنامج EXCEL

من خلال الجدول رقم (2)؛ يمكن ملاحظة أن الغالبية العظمى من أفراد عينة الدراسة (80.0%) هم من الفئة العمرية "أكثر من 45 سنة". هذا يشير إلى أن الأشخاص الأكبر سناً هم الأكثر تمثيلاً في هذه الدراسة، مما قد يدل على أن الفئة العمرية الأكبر هي الأكثر تعرضاً أو الأكثر تأثراً بالموضوع المدروس.

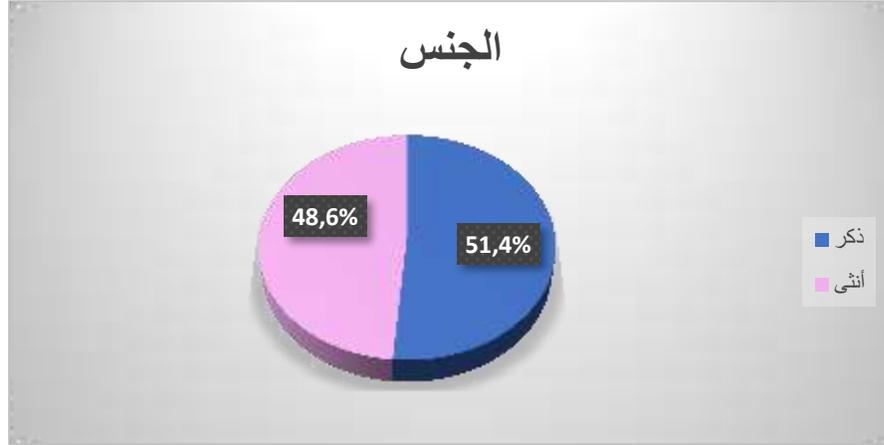
النسبة المتبقية من العينة توزعت بالتساوي بين الفئتين العمريتين "من 25 إلى أقل من 35 سنة" و "من 35 إلى أقل من 45 سنة"، حيث تمثل كل فئة 10.0% من العينة.

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

الجدول رقم (3): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| ذكر | 15 | 50% |
| أنثى | 15 | 50% |
| المجموع | 30 | 100% |

الشكل رقم (3): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.



المصدر: بالإعتماد على برنامج EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول رقم (3)؛ أن كلا الجنسين يمثلان 50% من إجمالي العينة. هذا التوازن بين الذكور والإناث يعزز تمثيل وجهات النظر والخبرات بشكل متساوٍ بين الجنسين، مما يضيف قوة وحيادية للنتائج المستخلصة من الدراسة.

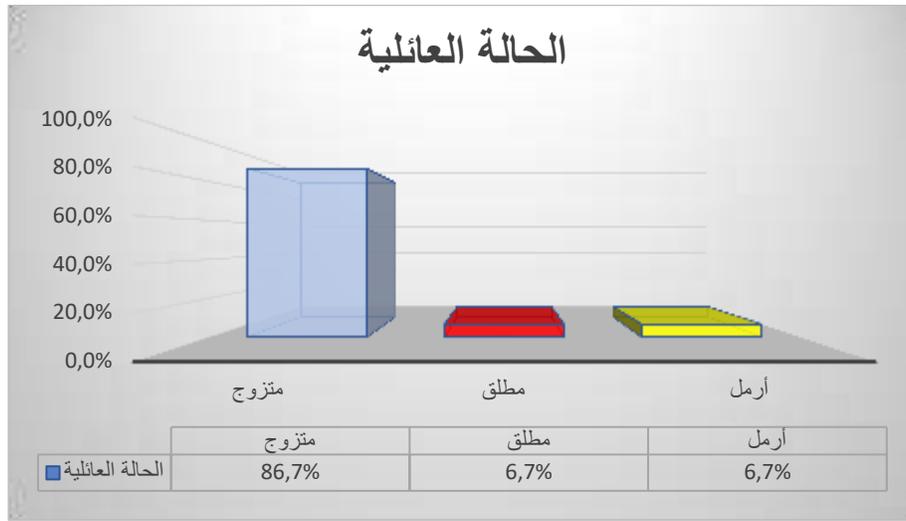
توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية:

الجدول رقم (4): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| متزوج | 26 | 86,7% |
| مطلق | 2 | 6,7% |
| أرمل | 2 | 6,7% |
| المجموع | 30 | %100 |

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم (4): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحالة العائلية



المصدر: بالإعتماد على برنامج EXCEL

من خلال الجدول رقم (4)؛ يمكن ملاحظة أن غالبية أفراد العينة، بنسبة 86.7%، هم من

المتزوجين، بينما تتساوى نسبة المطلقين والأرامل عند 6.7%

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الإقامة:

الجدول رقم (5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الإقامة.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| حظري | 21 | 70% |
| ريفي | 9 | 30% |
| المجموع | 30 | 100% |

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم (5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الإقامة



المصدر: بالإعتماد على برنامج EXCEL

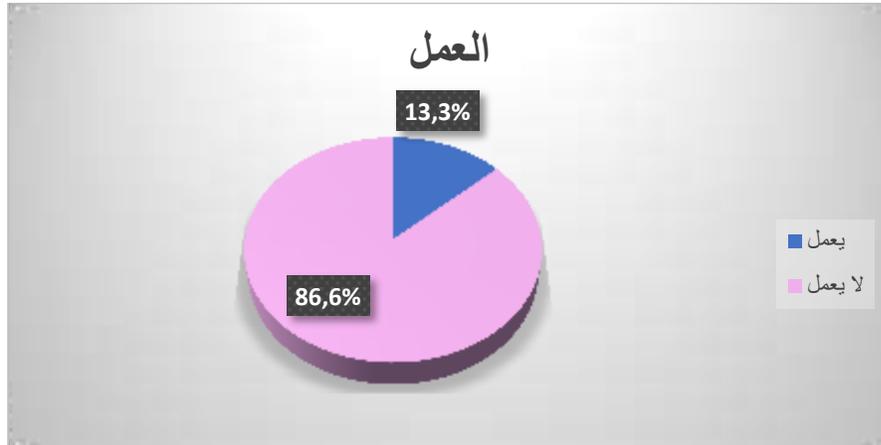
نلاحظ من خلال الجدول رقم (5)؛ أن غالبية أفراد العينة يقيمون في المناطق الحضرية بنسبة 70%، بينما يقيم 30% منهم في المناطق الريفية.

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمل:

الجدول رقم (6): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمل.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| يعمل | 4 | 13.3% |
| لا يعمل | 26 | 86.6% |
| المجموع | 30 | 100% |

الشكل رقم (6): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمل



المصدر: بالإعتماد على برنامج EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول رقم (6)؛ أن نسبة كبيرة من أفراد عينة الدراسة لا يعملون، حيث بلغت نسبتهم 86.6%، بينما 13.3% فقط منهم يعملون.

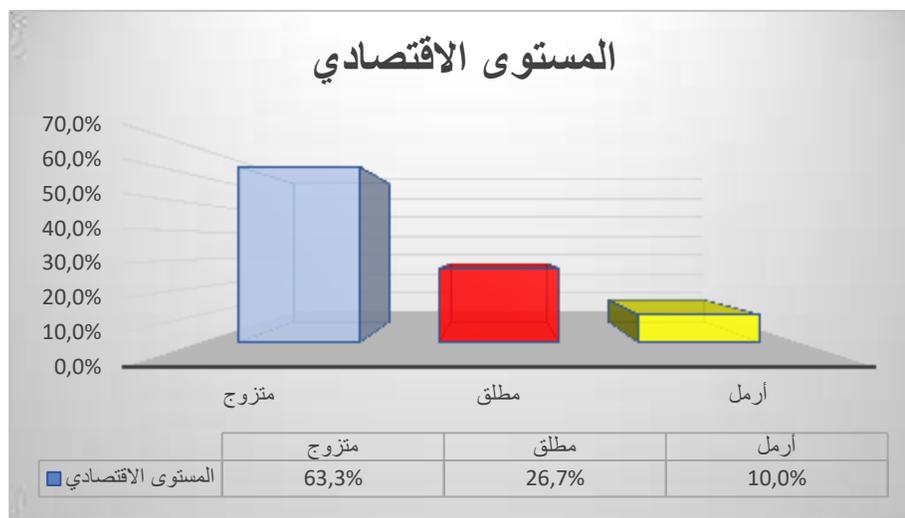
توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي:

الجدول رقم (7): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| متوسط | 19 | 63,3% |
| ضعيف | 8 | 26,7% |
| مرتفع | 3 | 10,0% |
| المجموع | 30 | %100 |

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

الشكل رقم (7): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي.



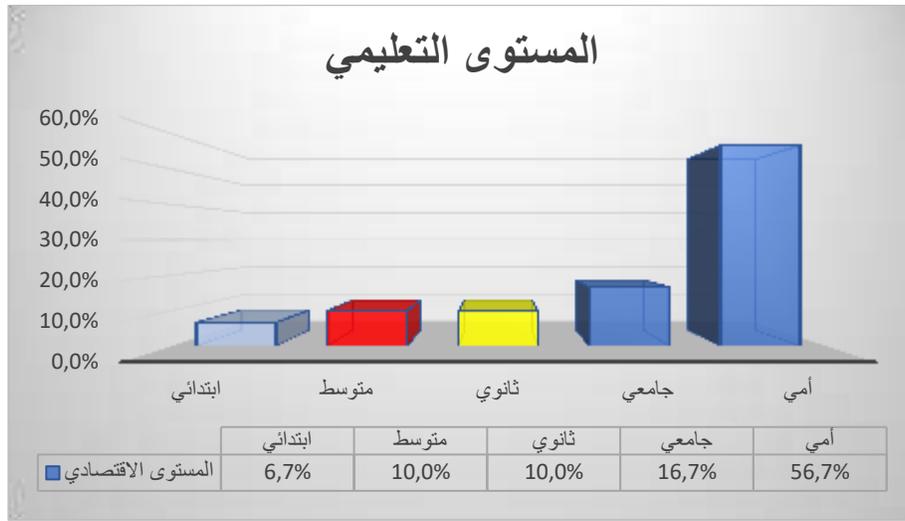
من خلال الجدول رقم (7)؛ يمكن ملاحظة أن غالبية أفراد عينة الدراسة ينتمون إلى الفئة الاقتصادية المتوسطة بنسبة 63.3%، في حين أن 26.7% من العينة تعتبر مستواها الاقتصادي ضعيفاً، و 10.0% فقط تعتبر مستواها الاقتصادي مرتفعاً.

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي:

الجدول رقم (8): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|---------|---------|--------|
| ابتدائي | 2 | 6,7% |
| متوسط | 3 | 10,0% |
| ثانوي | 3 | 10,0% |
| جامعي | 5 | 16,7% |
| أمي | 17 | 56,7% |
| المجموع | 30 | %100 |

الشكل رقم (8): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.



المصدر: بالإعتماد على برنامج EXCEL

من خلال الجدول رقم (8)؛ يمكن ملاحظة أن هناك توزيعاً متفاوتاً لأفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج. يشير الجدول إلى أن 56.7% من العينة قد خضعوا لعلاج يقل عن سنة، في حين أن 36.7% قد خضعوا لعلاج مدته من سنة إلى سنتين، وكانت نسبة الأشخاص الذين خضعوا لعلاج لمدة أكثر من ثلاث سنوات قد بلغت 6.7%.

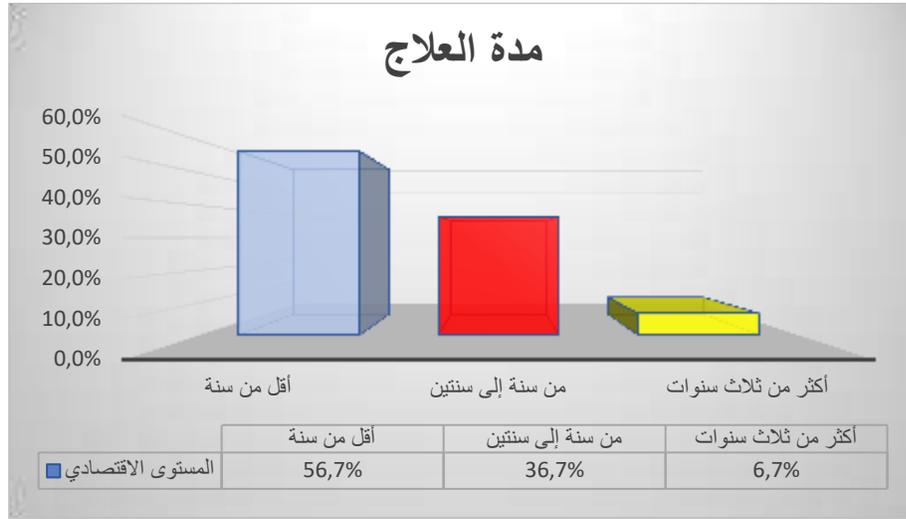
توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج:

الجدول رقم (9): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج.

| الإجابة | التكرار | النسبة |
|--------------------|---------|--------|
| أقل من سنة | 17 | 56,7% |
| من سنة إلى سنتين | 11 | 36,7% |
| أكثر من ثلاث سنوات | 2 | 6,7% |
| المجموع | 30 | %100 |

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V2

الشكل رقم (9): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مدة العلاج.



المصدر: بالإعتماد على برنامج EXCEL

من خلال الجدول رقم (9)؛ يمكن ملاحظة أن 56.7% من العينة قد خضعوا لعلاج لمدة أقل من سنة، في حين أن 36.7% قد خضعوا لعلاج مدته من سنة إلى سنتين. بالمقابل، فإن نسبة الأشخاص الذين خضعوا لعلاج لمدة أكثر من ثلاث سنوات قد بلغت 6.7%.

4- أدوات جمع البيانات:

من اجل الإجابة على التساؤلات المطروحة في الدراسة ومن ثم فحص فرضياتها اعتمدت الباحنتان على :

الاستبيان كأداة لجمع البيانات، وباعتبار أن الدراسة تتكون من متغيرين هما اضطراب ما بعد الصدمة ومتغير جودة الحياة فقد اعتمدت الباحثتان على مقياسين: مقياس الضغط ما بعد الصدمة:

مقياس ما بعد الصدمة ل Davidson مكون لقياس تأثير الخبرات الصادمة من 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية، ويتم تقسيم بنود المقياس

إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

1. . استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية : 1,2,3,4,17
 2. . التالية البنود وتشمل الصادمة الخبرة تجنب : 5,6,7,8,9,10,11
 3. . التالية البنود وتشمل الاستثارة : 12,13,14,15,16
- ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من 0-4) ويكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم ويكون مجموع درجات للمقاييس 153 نقطة، حساب درجة كرب ما بعد الصدمة:

يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي:

1- عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

2- أعراض من أعراض التجنب.

3- عرض من أعراض الاستثارة.

مقياس جودة حياة المرضى المزمين من إعداد الباحثة (تواتي حياة)، تم تقنين المقياس على (120) حالة من المرضى المزمين. الأسس العلمية لقياس جودة الحياة لدى مرضى المزمين: قدر معامل صدق المقياس ب(0,635) عند مستوى الدلالة (0,05). ومعامل الثبات ب: حسب معامل الثبات α كرونباخ ب (0,90). وحسب طريقة التجزئة النصفية ب (0,82). يحتوي

المقياس على (09) أبعاد كل بعد يحتوي على مجموعة من الفقرات

الخصائص السيكومترية لأداة جمع البيانات

الخصائص السيكومترية لأداة جمع البيانات

إن دراسة الصدق (Validity)، تعتبر أهم خطوة من خطوات التحقق من الخصائص

السيكومترية للمقاييس ويعتبر أهم صفاته الأساسية التي ينبغي أن تتوفر له، وإلا فقد قيمته

كوسيلة لقياس الخاصية التي وضع لقياسها، ولهذا لا يمكن الاستغناء عن حساب الصدق، فقد

يكون الاختبار ثابتا بدرجة عالية جدا، ومع ذلك لا يكون صادقا، وبالتالي لا يصلح لقياس الخاصية التي وضع من أجل قياسها (معمرية، 2012، ص179).
إنطلاقا من هذا قمنا بالتحقق من صدق الإتساق الداخلي، ومن بعدها قمنا بالتحقق من ثبات المقياس عن طريق معامل ألفا كرونباخ؛ وهذا بالإعتماد على الرزمة الإحصائية (SPSS.VERSION25).

ومن أجل التحقق من الخصائص السيكمترية للمقاييس المستخدمة في دراستنا، قمنا بتطبيقها على عينة إستطلاعية قوامها (30) مريض بالسرطان.

أولاً: صدق الإتساق الداخلي لمقياس كرب مابعد الصدمة

قد قمنا بحساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل

بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح معامل الارتباط بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

| رقم البند | معامل الارتباط بيرسون | رقم البند | معامل الارتباط بيرسون |
|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| 1 | 0,698** | 10 | 0,550** |
| 2 | 0,817** | 11 | 0,477** |
| 3 | 0,792** | 12 | 0,464** |
| 4 | 0,700** | 13 | 0,718** |
| 5 | 0,667** | 14 | 0,610** |
| 6 | 0,724** | 15 | 0,771** |
| 7 | 0,731** | 16 | 0,756** |
| 8 | 0,530** | 17 | 0,509** |
| 9 | 0,764** | | |

قاعدة: إذا كانت قيمة الاحتمال - الخطأ (Sig. or P-value) أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.05 فإنه يوجد ارتباط معنوي بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

** دالة عند 0.01

SPSS V25 المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج

من خلال الجدول أعلاه نجد معاملات الارتباط بين كل بند من بنود المقياس والدرجة الكلية (مستوى معنوية) أقل من مستوى دلالة SIG للمقياس نفسه دالة إحصائية، حيث أن قيمة 0.05، ومنه يعتبر المقياس المستخدم في الدراسة صادقاً لما وضع لقياسه.

ثانياً: صدق الإتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة

قد قمنا بحساب صدق الإتساق الداخلي للمقياس وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح في الجداول التالية: الجدول رقم (11) يوضح معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

| معامل الارتباط بيرسون | رقم البند |
|---|---------------------|
| ,552**0 | جودة الصحة العامة |
| ,894**0 | جودة الحياة الاسرية |
| ,875**0 | جودة الحياة الزوجية |
| ,730**0 | جودة الحياة المهنية |
| ,818**0 | جودة الحياة الدينية |
| ,853**0 | جودة الحياة الدينية |
| ,621**0 | جودة الحياة الشخصية |
| ,601**0 | الرضا عن الحياة |
| ,566**0 | جودة الصحة النفسية |
| <p>(Sig. or P-value) إعادة: إذا كانت قيمة الاحتمال - الخطأ أقل من أو تساوي مستوى الدلالة 0.05 فإنه (value) يوجد ارتباط معنوي بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس.</p> <p>** دالة عند 0.01</p> | |

من خلال الجدول أعلاه نجد معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس نفسه دالة إحصائياً، حيث أن قيمة SIG (مستوى معنوية) اقل من مستوى دلالة 0.05، ومنه يعتبر المقياس المستخدم في الدراسة صادقاً لما وضع لقياسه.

ثانياً: الثبات

يشير الثبات إلى الإتساق والدقة وإمكان إستخراج نفس النتائج بعد إجراءات التطبيق لأكثر من مرة، أو هو ببساطة: " مدى إتساق الدرجات عند تكرار التجربة " (معمرية، 2012، ص 265).

إنطلاقاً من هذا قمنا بالتحقق من ثبات المقياس المستخدم في الدراسة عن طريق معامل ألفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (12) يوضح ثبات مقياس سمات الشخصية

| المتغير | عدد العبارات | معامل ألفا كرونباخ |
|-------------|--------------|--------------------|
| جودة الحياة | 55 | 0.857 |

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

يلاحظ من خلال الجدول رقم (.). أن قيمة معامل الثبات لمقياس جودة الحياة عن طريق ألفا كرونباخ قد بلغت (0.857)، وبالتالي فهي تتصف بدرجة عالية من الثبات تجعله صالح للاستعمال في الدراسة الأساسية.

جدول رقم (13). يوضح ثبات مقاييس الدراسة عن طريق معامل ألفا كرونباخ

| المتغير | عدد العبارات | معامل ألفا كرونباخ |
|-------------------|--------------|--------------------|
| كرب ما بعد الصدمة | 17 | 0.899 |

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

يلاحظ من خلال الجدول رقم (..) أن قيمة معامل الثبات لمقياس كرب ما بعد الصدمة عن طريق ألفا كرونباخ قد بلغت (0.899)، وبالتالي فهي تتصف بدرجة عالية من الثبات تجعله صالح للاستعمال في الدراسة الأساسية.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

إعتمدنا في هذه الدراسة بشكل أساسي على استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS. V25) في معالجة وتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من خلال أداة الدراسة، وفيما يلي عرض للأساليب الإحصائية الوصفية والإستدلالية التي تم الإعتماد عليها في معالجة بيانات هذه الدراسة :

✓ **النسب المئوية والتكرارات:** تم إستخدامها لمعرفة تكرار فئات متغير ما وفي وصف عينة الدراسة.

✓ **معامل الارتباط بيرسون:** إستخدمناه من أجل التحقق من صدق الانساق الداخلي لأداة الدراسة، ومن أجل معرفة طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة.

✓ **اختبار ألفا كرونباخ: (Cronbach's Alpha):** من أجل معرفة ثبات أداة الدراسة.

✓ **إختبار (ت) للعينة الواحدة:** إستخدمناه من أجل التعرف على مستوى إضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة.

✓ **إختبار (ت) لعينتين مستقلتين:** إستخدمناه من أجل التعرف على الفروق بين الجنسين في إدراكهم لجودة الحياة.

✓ **إختبار تحليل التباين الاحادي:** إستخدمناه من أجل التعرف على الفروق تبعا لمتغيري العمر والمستوى التعليمي في إدراكهم لجودة الحياة.

الفصل الخامس: عرض و تحليل نتائج الدراسة

* تمهيد

- 1- عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الأولى
- 2- عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية
- 3- عرض و تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثالثة

خاتمة

تمهيد

بعد استخدام وتطبيق أدوات القياس يتناول هذا الفصل عرض و مناقشة و تفسير نتائج الدراسة الميدانية و استخدام بعض الأساليب الإحصائية و سنقوم بمناقشة و تفسير نتائج الدراسة و هذا اعتمادا على ما أسفرت عليه النتائج لكل فرضية و اعتمادا على الدراسات السابقة .

عرض وتحليل وتفسير نتائج فرضيات الدراسة:

1_ عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

تتسم اعراض اضطراب ضغط مابعد الصدمة لدى مرضى السرطان بالارتفاع.

– أولا قمنا بتحديد درجة مقياس مابعد الصدمة ككل بناء على قانون طول الفئة، وقد تم حساب طول الفئة كالتالي:

– طول الفئة = طول الفئة ÷ عدد الفئات

– الدرجة العليا $68=4 \times 17$

– الدرجة الدنيا $0=4 \times 0$

– $22.6=3 \div 0-68$

على النحو التالي يمكننا تحديد مستويات مابعد الصدمة في هذه الدراسة:

الجدول رقم (14): مستويات مابعد الصدمة

| مستوى مرتفع | مستوى متوسط | مستوى منخفض |
|-------------|-------------|-------------|
| 68-45.4 | 45.3-22.7 | 22.6-0 |

المصدر: من إعداد الطالبتين

ولإختبار صحة هذه الفرضية سنستخدم إختبار (ت) للعينة الواحدة عن طريق مقارنة المتوسط الحسابي لإستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس مابعد الصدمة بالمتوسط الفرضي* للمقياس.

جدول رقم (15): نتيجة إختبار الفرضية الأولى.

| المتغير | المتوسط الفرضي | متوسط العينة | T | df | مستوى الدلالة |
|--------------|----------------|--------------|--------|----|---------------|
| مابعد الصدمة | 22.6 | 19.23 | -1.599 | 29 | 0.121 |

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

من خلال الجدول أعلاه وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على المقياس ككل والذي بلغ (19.23) أي أنه أصغر من المتوسط الفرضي لمقياس مابعد الصدمة والمقدر بـ (22.6)، بناء عليه فإن مستوى مابعد الصدمة لدى مرضى السرطان منخفض بحيث أن قيمة المتوسط الحسابي تقع ضمن المجال (0-22.6)، كما أن قيمة "ت" والتي بلغت (-1.599) وهي قيمة سالبة وغير ودالة إحصائياً.

وعليه فإن هذه الفرضية لم تتحقق

بما أن المتوسط الحسابي (19.23) أقل من المتوسط الفرضي (22.6)، يمكن القول بأن مستوى ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان في العينة المدروسة يعتبر منخفضاً. هذا الانخفاض في المتوسط يشير إلى أن أفراد العينة لا يظهرون مستوى عالٍ من أعراض ما بعد الصدمة وفقاً للمقياس المستخدم.

* تم استخراج المتوسط الفرضي من خلال جمع اوزان البدائل ثم قسمتها على عددها ثم ضرب الناتج في عدد فقرات المقياس.

ويمكن تفسير هذه الفرضية انخفاض مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان في هذه الفرضية يمكن أن يعزى إلى عدة عوامل. الدعم الاجتماعي والعائلي القوي يمكن أن يقلل من تأثير الصدمة النفسية، حيث أن المرضى الذين يتلقون دعمًا من أسرهم وأصدقائهم يكونون أقل عرضة لتطوير اضطراب ما بعد الصدمة. بالإضافة إلى ذلك، المشاركة في برامج العلاج النفسي ومجموعات الدعم تساهم في تخفيف أعراض هذا الاضطراب. التكيف النفسي الفعال لبعض المرضى وآليات التعامل الجيدة قد تساعدهم على مواجهة المرض بشكل أفضل. كما أن مرحلة المرض ونوعه يلعبان دورًا، حيث أن المرضى في المراحل المبكرة أو الذين يعانون من أنواع أقل خطورة يكونون أقل عرضة للصدمة. التوقعات والوعي المسبق بالمرض يمكن أن يجعل المرضى مستعدين نفسيًا لمواجهة التشخيص، مما يقلل من حدة الصدمة. التقدم في العلاج الطبي وتوفر خيارات علاج فعالة يمكن أن يخفف من مشاعر اليأس والخوف، بالإضافة إلى الفروق الفردية في التحمل النفسي والقيم الثقافية والمعتقدات الدينية التي قد توفر إطارًا نفسيًا داعمًا، مما يساهم في تقليل مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. هذا ما يتفق مع ما توصل إليه دراسة فامبولارو وآخرون وأشارت النتائج إلى أن العوامل البيئية مثل سوء معاملة الوالدين يمكن أن تسهم في حدوث اضطراب ما بعد الصدمة. تعكس هذه النتائج أهمية العوامل الاجتماعية والبيئية في تشكيل ردود الفعل النفسية للأفراد بعد تعرضهم لصدمة، ويمكن تطبيق هذا التفسير على تجربة المرضى بعد تشخيص السرطان. (حسين، 2013، ص ص 12-13).

2_ عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

تختلف جودة الحياة لمرضى السرطان حسب الجنس والعمر والمستوى التعليمي.

جدول رقم (16): نتيجة إختبار الفرضية الثانية حسب الجنس

| الجنس | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة إختبار (ت) | مستوى الدلالة |
|-------|-------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|
| ذكر | 15 | 194,1333 | 29,21317 | -0.312 | 0.757 |
| أنثى | 15 | 197,4667 | 29,24983 | | |

جدول رقم (17): نتيجة إختبار الفرضية الثانية حسب الجنس

| مستوى الدلالة | قيمة إختبار تحليل التباين الاحادي | المتوسط المربع | درجة الحرية | مجموع المربعات | |
|---------------|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------|----------------|
| 0,925 | 0,432 | 0,346 | 24 | 8,300 | بين المجموعات |
| | | 0,800 | 5 | 4,000 | داخل المجموعات |
| | | | 29 | 12,300 | المجموع |

جدول رقم (17): نتيجة إختبار الفرضية الثانية حسب العمر.

| مستوى الدلالة | قيمة إختبار تحليل التباين الاحادي | المتوسط المربع | درجة الحرية | مجموع المربعات | |
|---------------|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------|----------------|
| 0,925 | 0,432 | 0,346 | 24 | 8,300 | بين المجموعات |
| | | 0,800 | 5 | 4,000 | داخل المجموعات |
| | | | 29 | 12,300 | المجموع |

جدول رقم (18): نتيجة إختبار الفرضية الثانية حسب المستوى التعليمي.

| مستوى الدلالة | قيمة إختبار تحليل التباين الاحادي | المتوسط المربع | درجة الحرية | مجموع المربعات | |
|------------------|--------------------------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| 0,628 | 0,885 | 1,682 | 24 | 40,367 | بين المجموعات |
| | | 1,900 | 5 | 9,500 | داخل المجموعات |
| | | | 29 | 49,867 | المجموع |

من خلال الجداول السابقة يمكننا ملاحظة ما يلي:

لا تختلف جودة الحياة لمرضى السرطان حسب الجنس كون أن قيمة إختبار (ت) لم تكن دالة إحصائياً وكانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

لا تختلف جودة الحياة لمرضى السرطان حسب العمر كون أن قيمة إختبار تحليل التباين الأحادي لم تكن دالة إحصائياً وكانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

لا تختلف جودة الحياة لمرضى السرطان حسب المستوى التعليمي كون أن قيمة إختبار تحليل التباين الأحادي لم تكن دالة إحصائياً وكانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

من خلال ما سبق يمكننا القول بأن هذه الفرضية لم تتحقق.

عدم وجود اختلاف في جودة الحياة بين مرضى السرطان بناءً على الجنس، العمر، والمستوى التعليمي قد يكون ناتجاً عن تشابه المجموعات المدروسة في عوامل أخرى قد تؤثر على الحياة اليومية والصحة النفسية، كما قد يكون السرطان يؤثر بنفس الشكل على جودة الحياة بغض النظر عن هذه السمات الشخصية المدروسة

دراسات سابقة كدراسة ديو وهوبنر (1994) تشير إلى وجود ارتباط ملحوظ بين رضا المراهقين عن حياتهم والعوامل الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، مما يعزز فرضية أن جودة الحياة قد تظل متسقة بغض النظر عن الفروق الشخصية كالعمر والجنس، إذا تم التحكم في هذه

العوامل الإضافية. بالإضافة إلى ذلك، تدعم دراسة شيك (1993) فكرة أن الهدف من الحياة والسعادة النفسية تلعب دوراً هاماً في جودة الحياة، مشيرة إلى أهمية العوامل الشخصية والنفسية في هذا السياق. بالتالي، يمكن القول بأن فرضيتي متفقة مع هذه الدراسات في تأكيد أن جودة الحياة ليست مرتبطة فقط بالعوامل الشخصية المحددة، بل تتأثر أيضاً بالعوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية الأوسع النطاق.

3_ عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين اضطراب مابعد الصدمة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان.

جدول رقم (19): نتيجة إختبار الفرضية الثالثة.

| | | |
|-------------|----------------|---------------------|
| جودة الحياة | | |
| -,391 | معامل الارتباط | اضطراب مابعد الصدمة |
| ,033 | مستوى الدلالة | |

المصدر: بالإعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V25

من خلال الجدول أعلاه يمكننا ملاحظة أن قيمة معامل الارتباط قد بلغت (-0.391) وكانت دالة إحصائياً عند (0.05).

وبالتالي يمكننا القول بأنه توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة احصائية بين اضطراب مابعد الصدمة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان، بمعنى أنه كلما إرتفعت مستويات جودة الحياة لدى مرضى السرطان كلما إنخفض لديهم مستوى اضطراب ما بعد الصدمة.

من خلال ما سبق يمكننا القول بأن هذه الفرضية قد تحققت

كلما ارتفعت مستويات جودة الحياة لدى مرضى السرطان، كلما انخفض مستوى اضطراب ما بعد الصدمة لديهم بشكل ملحوظ. هذا يمكن تفسيره بوجود عدة عوامل تؤثر على هذه العلاقة العكسية. أولاً، جودة الحياة العالية تعني وجود دعم اجتماعي قوي من الأسرة والأصدقاء، وهذا يسهم في تخفيف الضغوط النفسية والعاطفية المرتبطة بالمرض. ثانياً، الرعاية الطبية الشاملة التي تشمل العلاج الطبي المناسب والدعم النفسي يساعد في تعزيز الشعور بالأمان والتحسين النفسي. كما أن تبني نمط حياة صحي يشمل التغذية المتوازنة والنشاط البدني يعزز الصحة النفسية ويقلل من مستويات الإجهاد والتوتر. بالإضافة إلى ذلك، التأقلم الإيجابي مع التغييرات الحياتية الناجمة

عن مرض السرطان يسهم في تقليل الضغوط النفسية والعاطفية، مما يقلل من احتمالية تطوير اضطراب ما بعد الصدمة لدى المرضى. لذلك، يمكن أن تكون جودة الحياة العالية عاملاً محورياً في تحسين الرفاهية النفسية للمرضى وتقليل مستويات الإضطراب النفسي المرتبط بتجربتهم مع مرض السرطان

الدراسات التي تشير إلى نقاط متفق عليها:

دراسة حبيب رشا (2010): تحدثت عن الاختلافات في اضطراب ما بعد الصدمة بين الذكور والإناث بعد تعرضهم للحرب، مما يشير إلى تأثير الظروف النفسية والاجتماعية على الصحة النفسية. دراسة السرطاوي وآخرون (2014): أظهرت أن جودة الحياة لها تأثير كبير على حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، مع تأكيد الأثر الإيجابي للجودة الصحية العامة والاجتماعية والعاطفية. دراسة ديو وهوبنر (1994): استعرضت العلاقة بين جودة الحياة ورضا المراهقين عن حياتهم، مما يدل على أن الجوانب الاجتماعية والاقتصادية لها تأثير كبير على الرضا الشخصي. دراسة شيك (1993): أشارت إلى أن هناك علاقة بين الهدف من الحياة والسعادة النفسية، مما يعكس أيضاً أهمية الجوانب النفسية والعاطفية في الرفاهية الشخصية. كل هذه الدراسات تدعم فكرة أن العوامل الاجتماعية، النفسية والصحية تلعب دوراً حاسماً في جودة الحياة والصحة النفسية، وتؤثر بشكل كبير في تقليل مستويات الإجهاد والاضطرابات النفسية لدى الأفراد المتأثرين بأحداث مثل الحروب أو الأمراض الخطيرة مثل السرطان.

خاتمة:

في الختام، يعدّ الفهم العميق لعلاقة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) وجودة الحياة لدى مرضى السرطان أمراً حيوياً لتطوير برامج علاجية متكاملة. هذه البرامج يجب أن تهدف إلى تحسين الصحة النفسية والجسدية للمرضى، مما يساهم في رفع جودة حياتهم وتعزيز قدرتهم على التكيف مع التحديات المرتبطة بالمرض. إن تقديم رعاية شاملة تتضمن الدعم النفسي هو خطوة ضرورية وأساسية لتحقيق هذا الهدف، حيث يمكن أن يخفف الدعم النفسي من آثار PTSD ويساعد المرضى على التعامل بشكل أفضل مع ضغوطات العلاج. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تساهم البرامج العلاجية المتكاملة في تعزيز الروابط الاجتماعية وتوفير بيئة داعمة تشجع المرضى على المشاركة في الأنشطة المختلفة، مما يزيد من شعورهم بالراحة والرفاهية. من الضروري أن يشمل التخطيط العلاجي تقييمات دورية للصحة النفسية والجسدية لضمان تلبية احتياجات المرضى المتغيرة. بالتركيز على نهج شامل يجمع بين العلاجات الطبية والدعم النفسي، يمكن تحسين نتائج العلاج وزيادة معدلات الشفاء، مما يعزز جودة الحياة العامة لمرضى السرطان ويعطيهم الأمل في مستقبل أفضل.

قائمة المصادر والمراجع

1_ زاهدة أبو عيشة وتسيير عبد الله 2012: اضطرابات ما بعد الصدمة النفسية ، دار وائل عمان الاردن

2_ عبد المنعم (2007) أطفال بلا عنف القارة دار الأمين

3_ عبد الرحمن العيسوي 1999 مشكلات الطفولة والمراهقة أسسها الفيسيولوجية و النفسية دار العلوم العربية لطباعة

4_ . مُحمَّد أحمد النابلس ي 1991 (: علت النفس الحروب والكوارث، دار الورضة العربية، بيروت لبنان

5_ الديوان الأميري ، مكتب الانتماء الاجتماعي دولة الكويت 2001

6_ لابلانث، بوتاليس (1997)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مجد، المؤسسة الجامعية، ط4

7_ أبو حلاوة مُحمَّد السعيد (2010): جودة الحياة المفهوم و الأبعاد، (د ط)، الإسكندرية: كلية التربية .

8_ تواتي حياة(2018_2017): مستوى المهارات الحياتية و علاقتها بجودة الحياة عند الطالب الجامعي في الجامعة الجزائرية مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس ، جامعة أبو بكر بلقايد_ تلمسان.

9_ مبارك بشرى عناد(2012): جودة الحياة و علاقتها بالسلوك الإجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد99، جامعة ديامي.

10_ بنخش أميرة طه(2006): جودة الحياة و علاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا و العاديين، مجلة كلية التربية، العدد35، مصر : جامعة طنطا

11_ شيخي مريم(2013): طبيعة العمل و علاقتها بجودة الحياة ، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير ، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، الجزائر: جامعة تلمسان.

12_ الهمص صالح إسماعيل عبدالله (2010): قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية في قطاع غزة و علاقته بجودة الحياة ، دراسة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، كلية التربية، فلسطين:الجامعة الإسلامية غزة.

13_ داهم فوزية(2014):جودة الحي و علاقتها بالأفكار الاعقلانية المرتبطة بقلق الإمتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر إرشاد و توجيه، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية ،الجزائر: جامعة الوادي.

14_ لكحل كريمة(2014): جودة الحياة لدى المتعاقدين دراسة إستكشافية على عينة من المتعاقدين، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية ،الجزائر.

15_ جدي ليلي(2013):جودة الحياة و علاقتها بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى معلمي الطور الإبتدائي، رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية،الجزائر:جامعة المسيلة.

16_ حبيب مجدي عبد الكريم (2006):فعالية إستخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين.وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة ، جامعة السلطان قابوس _سلطنة عمان

17_ حسين مُحمَّد سعد الدين الحسيني (2018):الرضا عن الحياة لدى الأبناء،المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال_المجلد الخامس_العدد الثاني الجزائر: جامعة المنصورة

18_ بجي شقورة(2012):المرونة النفسية و علاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة،رسالة ماجستير ،جامعة الأزهر ،فلسطين: غزة

19_ مُحمَّد موسى هاشم سامي(2001):جودة الحياة لدى المعوقين جسميا و المسنين و طلاب الجامعة ،مجلة الإرشاد النفسي،مصر: العدد 13

20_ زعطوط رمضان(2013): نوعية الحياة لدى المرضى المدمنين و علاقتها ببعض المتغيرات،أطروحة دكتوراه،،تخصص علم النفس الإجتماعي،جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

21_شيلي تايلور(ب ت): علم النفس الصحي (ترجمة وسام درويش و

آخرون، 2008)(ط1)_عمان: دار الحامد للنشر و التوزيع.

22_العجمي سعيد بن رفعان(2015):جودة الحياة و علاقتها بالتوجه نحو المستقبل لدى طلاب

كلية الدراسات العليا بجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية “دراسة عاملية”، أطروحة دكتوراه

تخصص علم النفس الجنائي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، كلية العلوم الإجتماعية و

الإدارية، قسم علم النفس.

23_ Sheela Rega,2012 Aworkbook intergrating skills from

CBT.Act,DBT, for over coming Trauma and PTSD ,72_81.

24_American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.

25_Andrykowski, M. A., & Kangas, M. (2010). Quality of life following cancer diagnosis and treatment: Implications for psychosocial intervention. Journal of Clinical Psychology, 66(11), 1180-1196.

26_Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology Review, 22(4), 499-524.

27_Smith, S. K., Zimmerman, S., Williams, C. S., Zebrack, B. J., & Zullig, L. L. (2018). Post-traumatic stress symptoms in long-term non-Hodgkin's lymphoma survivors: Does time heal all wounds? Psycho-Oncology, 27(2), 386-394.

الملاحق

الملحق رقم 01 مقياس ضغط مابعد الصدمة

مقياس كرب ما بعد الصدمة لديفيدسون
PTSD Scale according to DSM--IV
ترجمة د. عبد العزيز ثابت

الاسم: . العمر: .. الجنس (ذكر - أنثى)

العنوان :

عزيزي/عزيزتي

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب علي كل الأسئلة. علما بأن الإجابات تأخذ أحد الاحتمالات
0- أبدا، 1- نادرا، 2- أحيانا، 3- غالبا، 4- دائما

| الرقم | الخبرة الصادمة | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------|--|------|-------|--------|-------|-------|
| | | أبدا | نادرا | أحيانا | غالبا | دائما |
| 1- | هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟ | | | | | |
| 2- | هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟ | | | | | |
| 3- | هل تشعر بمشاعر فجائية أو خيرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟ | | | | | |
| 4- | هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟ | | | | | |
| 5- | هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟ | | | | | |
| 6- | هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟ | | | | | |
| 7- | هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد) | | | | | |
| 8- | هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟ | | | | | |
| 9- | هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟ | | | | | |
| 10- | هل فقدت الشعور بالحزن و الحب (أنك متبلد الإحساس) | | | | | |
| 11- | هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل، والزواج، و إنجاب الأطفال؟ | | | | | |
| 12- | هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟ | | | | | |
| 13- | هل تتألبك نوبات من التوتر و الغضب؟ | | | | | |
| 14- | هل تعاني من صعوبات في التركيز؟ | | | | | |
| 15- | هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الأخر) ، ومن السهل تشتيت انتباهك؟ | | | | | |
| 16- | هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز و متوقع الأسوأ؟ | | | | | |
| 17- | هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس، والرعدة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟ | | | | | |

مقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة

الملحق رقم 02
مقياس جودة الحياة المرضى المزمنين

| الاتجاه عدد عبارات | محور الأول: جودة الصحة العامة | درجة قليلة جدا | درجة قليلة | درجة متوسطة | درجة كبيرة | درجة كبيرة جدا |
|--|--|-------------------|---------------|----------------|---------------|-------------------|
| 1 | لدي إحساس بالحياة والنشاط | | | | | |
| 2 | اشعر بالألام في جسمي. | | | | | |
| 3 | لدي الرغبة في النوم الكثير. | | | | | |
| 4 | لا أبالى بإصابتي بالمرض. | | | | | |
| 5 | أعاني من مشكلة الإمساك بشكل دائم. | | | | | |
| 6 | التزم بتناول أدويتي وأتبع إرشادات الطبيب. | | | | | |
| 7 | أخصص وقتا للتمارين الرياضية. | | | | | |
| 8 | ليس لدي وقت محدد لتناول الوجبات | | | | | |
| 9 | دقات قلبي غير منتظمة. | | | | | |
| محور الثاني: جودة الحياة الأسرية | | | | | | |
| 10 | ألتقى الدعم المناسب من طرف أسرتي | | | | | |
| 11 | اشعر بالفخر لانتمائي لأسرتي. | | | | | |
| 12 | اشعر أن أفراد أسرتي يتجنبون تكبري بمرضي | | | | | |
| 13 | أتمتع بالسعادة عند تواجدي مع كل أسرتي. | | | | | |
| 14 | يؤثر مرضي على علاقتي مع أسرتي | | | | | |
| 15 | تؤثر أسرتي في تحديد قراراتي. | | | | | |
| محور الثالث : جودة الحياة الزوجية | | | | | | |
| 16 | رغم إصابتي بالمرض لم تتأثر علاقتي الجنسية | | | | | |
| 17 | يتكبرني زوجي (تي) بتناولي الأدوية | | | | | |
| 18 | يهتم زوجي(تي) بحالتي الصحية | | | | | |
| 19 | أتمتع بالسعادة عند تواجدي مع زوجي (تي). | | | | | |
| 20 | كلما احتجت لزوجي (تي) وجدته (أ) بجائبي. | | | | | |
| 21 | يشجعني زوجي (تي) على مقاومة مرضي | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|----|
| | | | | أنا راض عن علاقتي الزوجية | 22 |
| | | | | يرافقتي زوجي إلى الحصص العلاجية | 23 |
| | | | | أقوم بواجباتي الزوجية بكفاءة عالية | 24 |
| محور الرابع : جودة الحياة المهنية | | | | | |
| | | | ✓ | لم تؤثر ظروفى الصحية على حياتي المهنية | 25 |
| | | | | أنا راض بما وصلت إليه في الجانب المهني | 26 |
| ✓ | | | | لم تؤثر ظروفى الصحية على علاقتي مع زملائي في العمل. | 27 |
| | | | | أنا راض عن المهنة التي أزلوها | 28 |
| محور الخامس: جودة الحياة الدينية | | | | | |
| ✓ | | | | أعتبر أن إصابتي بالمرض هي ابتلاء من الله عز وجل. | 29 |
| | | | | أكثر من الصدقات وصلاة النافلة حتى اكتسب رضا الله | 30 |
| | | | | إصابتي بالمرض ذكررتي بأموري ديني | 31 |
| | | | | أقاوم المرض بذكر الله وكثرة التسبيح | 32 |
| | | | | أحمد الله على ما أنا عليه وأؤمن بأنه بعد كل عسر يسر | 33 |
| | | | | أخصص وقتا لقراءة القرآن | 34 |
| محور السادس: جودة الحياة الاجتماعية | | | | | |
| | | | | لا تؤثر حالتي الصحية على علاقتي بالآخرين. | 35 |
| | | | | لدي الرغبة في التواصل مع الآخرين. | 36 |
| | | | | أحس بمعاناة المرضى الآخرين | 37 |
| | | | | أساعد الآخرين في حدود إمكانياتي | 38 |
| | | | | أبني الدعوات الخاصة بالمناسبات الاجتماعية. | 39 |
| محور السابع: جودة الحياة الشخصية | | | | | |
| | | | | أحب الحياة | 40 |
| | | | | رفضت إصابتي بالمرض | 41 |
| | | | | أتحمل الآلام عند إجراء الفحوصات | 42 |
| | | | | أحاول نسيان بأنني مريض | 43 |
| | | | | أشعر أن ظروفى أحسن من الكثير | 44 |
| | | | | أخطط لحياتي المستقبلية | 45 |
| محور الثامن : الرضا عن الحياة | | | | | |
| | | | | أشعر أن أموري تسير نحو الأحسن | 46 |
| | | | | لا تهمني الرفاهية في العيش | 47 |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|--|
| | | | | | 48 | تتوفر لي كل الإمكانيات لقضاء حاجاتي الصحية |
| | | | | | 49 | أنا راض عن الخدمات الصحية التي تقدم لي |
| محور التاسع: جودة الصحة النفسية | | | | | | |
| | | | | | 50 | الجانب النفسي يؤثر على صحتي |
| | | | | | 51 | أثق بنفسي |
| | | | | | 52 | ارفض الكلام عن حالتي الصحية |
| | | | | | 53 | استطيع ضبط نفسي وانفعالاتي في مختلف المواقف. |
| | | | | | 54 | أركز على الأمور الايجابية في حياتي حتى أقاوم المرض |
| | | | | | 55 | لا أخاف من نتائج الفحوصات |

شكرا لكم على تعاونكم

| | | مقياس كرب مابعد الصدمة |
|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| مقياس كرب مابعد الصدمة | Pearson Correlation | 1 |
| | Sig. (2- tailed) | |
| | N | 30 |
| العبارة 1 | Pearson Correlation | ,698** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| العبارة 2 | Pearson Correlation | ,817** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| العبارة 3 | Pearson Correlation | ,792** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| العبارة 4 | Pearson Correlation | ,700** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,000 |

| | | |
|---------------|------------------------|--------|
| | N | 30 |
| العبارة 5 | Pearson Correlation | ,667** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| العبارة 6 | Pearson Correlation | ,724** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| العبارة 7 | Pearson Correlation | ,731** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| العبارة 8 | Pearson Correlation | ,530** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,003 |
| | N | 30 |
| العبارة 9 | Pearson Correlation | ,764** |
| | Sig. (2- tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| العبارة 10 | Pearson Correlation | ,550** |
| | Sig. (2- | 0,002 |

| | | |
|---------------|----------------------------|--------------------------|
| | <i>tailed)</i> | |
| | <i>N</i> | <i>30</i> |
| العبارة 11 | <i>Pearson Correlation</i> | <i>,477^{**}</i> |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | <i>0,010</i> |
| | <i>N</i> | <i>30</i> |
| العبارة 12 | <i>Pearson Correlation</i> | <i>,464^{**}</i> |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | <i>0,010</i> |
| | <i>N</i> | <i>30</i> |
| العبارة 13 | <i>Pearson Correlation</i> | <i>,718^{**}</i> |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | <i>0,000</i> |
| | <i>N</i> | <i>30</i> |
| العبارة 14 | <i>Pearson Correlation</i> | <i>,610^{**}</i> |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | <i>0,000</i> |
| | <i>N</i> | <i>30</i> |
| العبارة 15 | <i>Pearson Correlation</i> | <i>,771^{**}</i> |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | <i>0,000</i> |
| | <i>N</i> | <i>30</i> |
| العبارة 16 | <i>Pearson Correlation</i> | <i>,756^{**}</i> |

| | | |
|---------------|---------------------|--------|
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| العبارة 17 | Pearson Correlation | ,509** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,004 |
| | N | 30 |

| | | |
|---------------------|---------------------|-------------|
| | | جودة الحياة |
| جودة الحياة | Pearson Correlation | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | |
| | N | 30 |
| جودة الصحة العامة | Pearson Correlation | ,552** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,002 |
| | N | 30 |
| جودة الحياة الاسرية | Pearson Correlation | ,894** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 |
| | N | 30 |
| جودة الحياة الزوجية | Pearson Correlation | ,875** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 |

| | | |
|---------------------|----------------------------|--------------------|
| | <i>tailed)</i> | |
| | <i>N</i> | 30 |
| جودة الحياة المهنية | <i>Pearson Correlation</i> | ,730 ^{**} |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | 0,000 |
| | <i>N</i> | 30 |
| جودة الحياة الدينية | <i>Pearson Correlation</i> | ,818 ^{**} |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | 0,000 |
| | <i>N</i> | 30 |
| جودة الحياة الدينية | <i>Pearson Correlation</i> | ,853 ^{**} |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | 0,000 |
| | <i>N</i> | 30 |
| جودة الحياة الشخصية | <i>Pearson Correlation</i> | ,621 ^{**} |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | 0,000 |
| | <i>N</i> | 30 |
| الرضا عن الحياة | <i>Pearson Correlation</i> | 0,601 |
| | <i>Sig. (2-tailed)</i> | 0,000 |
| | <i>N</i> | 30 |
| جودة الصحة | <i>Pearson Correlation</i> | ,566 ^{**} |

| | | |
|---------|-----------------|-------|
| النفسية | Sig. (2-tailed) | 0,001 |
| | N | 30 |

Scale: ثبات مقياس جودة الحياة

| | |
|------------------------|------------|
| Reliability Statistics | |
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| ,857 | 55 |

Scale: ثبات مقياس كرب ما بعد الصدمة

| | |
|------------------------|------------|
| Reliability Statistics | |
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| ,899 | 17 |

| نوع الإصابة | | | | | |
|-------------|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | سرطان العظام | 1 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| | سرطان البروستات | 2 | 6,7 | 6,7 | 10,0 |
| | سرطان الثدي | 13 | 43,3 | 43,3 | 53,3 |
| | سرطان الحنجرة | 1 | 3,3 | 3,3 | 56,7 |
| | سرطان العظام | 3 | 10,0 | 10,0 | 66,7 |
| | | | | | |

| | | | | |
|------------------|----|-------|-------|-------|
| سرطان القولون | 6 | 20,0 | 20,0 | 86,7 |
| سرطان المرارة | 1 | 3,3 | 3,3 | 90,0 |
| سرطان المستقيم | 2 | 6,7 | 6,7 | 96,7 |
| سرطان المعى الغل | 1 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

نوع العلاج

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid دوائي وجراحي | 1 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| علاج جراحي | 1 | 3,3 | 3,3 | 6,7 |
| علاج دوائي | 1 | 3,3 | 3,3 | 10,0 |

| | | | | |
|------------------------|----|-----------|-------|-------|
| علاج كيميائي | 6 | 20,0 | 20,0 | 30,0 |
| علاج كيميائي ❖ | 1 | 3,3 | 3,3 | 33,3 |
| علاج كيميائي | 19 | 63,3 | 63,3 | 96,7 |
| علاج كيميائي وجر | 1 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| Total | 30 | 100, 0 | 100,0 | |

العمر

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid من 25 إلى أقل 35 سنة | 3 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| من 35 إلى أقل من 45 سنة | 3 | 10,0 | 10,0 | 20,0 |

| | | | | |
|----------------|----|-------|-------|-------|
| أكثر من 45 سنة | 24 | 80,0 | 80,0 | 100,0 |
| Total | 30 | 100,0 | 100,0 | 0 |

الجنس

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid ذكر | 15 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| Valid أنثى | 15 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

الحالة العائلية

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid متزوج | 26 | 86,7 | 86,7 | 86,7 |
| Valid ج | | | | |

| | | | | |
|------|----|------|-------|-------|
| مطل | 2 | 6,7 | 6,7 | 93,3 |
| ق | | | | |
| أرمل | 2 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| Tot | 30 | 100, | 100,0 | |
| al | | 0 | | |

الإقامة

| | Frequency | Perc ent | Valid Percent | Cumul ative Percent |
|-----------|-----------|----------|---------------|---------------------|
| Valid حضر | 21 | 70,0 | 70,0 | 70,0 |
| د ي | | | | |
| ريفي | 9 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| Tot | 30 | 100, | 100,0 | |
| al | | 0 | | |

العمل

| | Frequency | Perc ent | Valid Percent | Cumul ative Percent |
|------------|-----------|----------|---------------|---------------------|
| Valid عامل | 4 | 13,3 | 13,3 | 13,3 |

| | | | | | |
|---|--------|----|------|-------|-------|
| d | لايعمل | 26 | 86,7 | 86,7 | 100,0 |
| | Tot | 30 | 100, | 100,0 | |
| | al | | 0 | | |

المستوى الاقتصادي

| | | Frequency | Perc ent | Valid Perce nt | Cumul ative Percen t |
|-------|-------|-----------|----------|----------------|----------------------|
| Valid | متوسط | 19 | 63,3 | 63,3 | 63,3 |
| | ضعيف | 8 | 26,7 | 26,7 | 90,0 |
| | مرتفع | 3 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| | Tot | 30 | 100, | 100,0 | |
| | al | | 0 | | |

المستوى التعليمي

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ابتدائي | 2 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| | متوسط | 3 | 10,0 | 10,0 | 16,7 |
| | ثانوي | 3 | 10,0 | 10,0 | 26,7 |
| | جامعي | 5 | 16,7 | 16,7 | 43,3 |
| | أمية | 17 | 56,7 | 56,7 | 100,0 |
| | Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |
| | al | | 0 | | |

| الإقامة فترة العلاج | | | | | |
|---------------------|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----------|--------|----|-------|-------|-------|
| Valid id | مستشفى | 30 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
|----------|--------|----|-------|-------|-------|

مدة العلاج

| Valid id | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| أقل من سنة | 17 | 56,7 | 56,7 | 56,7 |
| من سنة إلى سنتين | 11 | 36,7 | 36,7 | 93,3 |
| أكثر من ثلاث سنوات | 2 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| Total | 30 | 100,0 | 100,0 | |

T-Test

| One-Sample Statistics | | | | |
|---------------------------|----|---------|----------------|-----------------|
| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| اضطراب مابعد الصدمة | 30 | 19,2333 | 11,73466 | 2,14245 |

One-Sample Test

Test Value = 22.66

| | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|---------------------------|--------|----|-----------------|-----------------|---|-------|
| | | | | | Lower | Upper |
| اضطراب مابعد الصدمة | -1,599 | 29 | ,121 | -3,42667 | -7,8085 | ,9551 |

T-Test

Group Statistics

| | الجنس | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-------------|-------|----|----------|----------------|-----------------|
| جودة الحياة | ذكر | 15 | 194,1333 | 29,21317 | 7,54281 |
| | أنثى | 15 | 197,4667 | 29,24983 | 7,55227 |

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances

t-test for Equality of Means

| | | | | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference Low Upper |
|-------------|--------------------------------------|-------|--------|-----|------|----------------------------|-----------------------------|---|
| | F | Sig. | t | df | d) | Me an Diff erence | Erro r Diff erence | |
| جودة الخدمة | Equal variances assumed | ,0054 | ,94312 | -28 | ,757 | -3,3333 | 10,67384 | -18,53103 |
| جودة الخدمة | Equal variances not assumed | | | -28 | ,757 | -3,3333 | 10,67384 | -18,53103 |

Oneway ANOVA

العمر

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|------|------|
| Between Groups | 8,300 | 24 | ,346 | ,432 | ,925 |
| Within Groups | 4,000 | 5 | ,800 | | |
| Total | 12,300 | 29 | | | |

Oneway

ANOVA

المستوى التعليمي

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|------|------|
| Between Groups | 40,367 | 24 | 1,682 | ,885 | ,628 |

| | | | | | |
|---------------|--------|----|-------|--|--|
| Within Groups | 9,500 | 5 | 1,900 | | |
| Total | 49,867 | 29 | | | |

Correlations

Correlations

| | | اضطراب مابعد الصدمة | جودة الحياة |
|---------------------------|------------------------|---------------------------|----------------|
| اضطراب مابعد الصدمة | Pearson Correlation | 1 | -,391* |
| | Sig. (2- tailed) | | ,033 |
| | N | 30 | 30 |
| جودة الحياة | Pearson Correlation | -,391* | 1 |
| | Sig. (2- tailed) | ,033 | |
| | N | 30 | 30 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).