وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جـامـعـة يـحـي فـارس بـالـمـديـة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس والعلوم التربية والأرطفونية

# الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتماسك النفسي وجودة الحياة لدى عينة من الامراض المزمنة

–دراسية ميدانية في مستشفى محمد بوضياف –بالمدية –

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر

تخصص علم النفس عيادي

- إعداد الطالبة:

سالمي أمينة

- إشراف الأستاذ:

د/ يزيد شويعل

السنـة الجامعية: 2025/2024


بسم الله الرحمن الرحيم

# كلمة شكر

نحمد الله ونشكره أنه وفقاني لأداء هذا العمل وما كنت لنبلغه لو لا فضله إلى خير الوجود عملا بقوله خير خلق الله.

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.

من لم يشكر الناس ولم يشكر الله.

لا يسعنا أن تقدم هذا العمل،

إلا أن نتقدم الشكر والتقدير إلى الأستاذ شويعل يزيد.

على إشرافه وحسن توجيهه لي أثناء إنجاز مذكرتي.

# إهـــــداء:

وآخر دعواتي أن الحمد لله رب العالمين

بكل فخر أهدي تخرجي إلى مصدر الأمان الذي إستمديت منه قوتي إلى نور عينيا وحظي الجيد وفوزي إلى من أبصرت بهما طريق حياتي واعتزازي بذاتي إلى والديا الكريمين.

إلى شموع التي تنير لي الطريق وانتظروا هذه اللحظة كثيرا ليفخروا بي كما أفخر بهم وبوجود هم إلى إخوتي.

إلى زوجي الكريم إلى رفيق دربي من شاركني الفرح والحزن وشاطرني لحظات النجاح والفشل

إلى بناتي حبيباتي أجمل البنات إلى الكبرى" نور..." الذكاء واللباقة وحسن التصرف. . والإحساس الدفين.

إلى الوسطى" أسيل "الدفء والحنان والرقة والعذوبة وخفة الظل.

إلى الصغرى" فلة..."المشاكسة والدلال والنباهة والدهاء سر الجاذبية.

إلى من تطيب الأوقات بصحبتهم ويصيح لكل شيء معنى أعمق بضحكاتهم أصدقائي ولأحبابي.

أمينة

لكل أمنيه موعد

## ملخص الدراسة:


### ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة لدى عينة من الأمراض المزمنة، وقد بلغت عينة الدراسة 100 شخص مصاب بالأمراض المزمنة كالقصور الكلوي وأمراض السكري والضغط الدم. وقد تراوحت أعمارهم بين (20-80 سنة) ولتحقيق أهداف الدراسة تم إتباع المنهج الوصفي الارتباطي. واستخدام مقاييس الذكاء الاجتماعي لإبراهيم المغازي (2005). ومقياس التماسك النفسي لباحثه يوسفي حدة، ومقياس جودة الحياة للصحة العالمية بنسخة المختصرة لبشرى إسماعيل لعربيي (2008).

للإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة الفرضيات تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط béta و T. test.

**وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجات الذكاء الاجتماعي ومستوى التماسك النفسي أي كلما كان الذكاء الاجتماعي مرتفع ارتفع التماسك النفسي وأنا درجات الحياة منخفضة عند المصابين بالأمراض المزمنة.**

**كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس في الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة.**



**الكلمات المفتاحية: الذكاء الاجتماعي – التماسك النفسي – جودة الحياة.**



**Abstract**

**The study aimed to investigate the nature of the relationship between social intelligence, psychological cohesion, and quality of life among a sample of individuals with chronic diseases. The study sample comprised 100 individuals suffering from chronic diseases such as renal insufficiency, diabetes mellitus, and hypertension. Their ages ranged from 20 to 80 years. To achieve the study's objectives, a descriptive correlational methodology was employed. The Social Intelligence Scale by Ibrahim Al-Maghazi (2005),** the Psychological Cohesion Scale by its researcher Yousfi Hadda, and the abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life **(WHOQOL)** scale by Bushra Ismail Laribi **(2008)** were used.

To answer the study questions and test the hypotheses, the following statistical methods were utilized: mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient **(Beta was likely referring to regression or a specific interpretation of correlation here, Pearson is standard for this context),** and T-test.

The study found a statistically significant positive correlation between social intelligence scores and the level of psychological cohesion, indicating that as social intelligence increases, psychological cohesion also increases. It was also found that quality of life scores were low among individuals with chronic diseases.

Furthermore, there were no statistically significant differences based on gender in social intelligence, psychological cohesion, and quality of life among individuals with chronic diseases.

**Keywords:** Social Intelligence – Psychological Cohesion – Quality of Life.

**فهرس المحتويات**


| | |
|---|---|
| شكر وعرفان | |
| إهداء | |
| ملخص الدراسة بالعربية | |
| مقدمة | |
| **الفصل الأول: الإطار العام للدراسة** | |
| 1- إشكالية الدراسة | 5 |
| 2- فرضيات الدراسة | 7 |
| 3- أهداف الدراسة | 7 |
| 4- أهمية الدراسة | 7 |
| 5- تحديد المفاهيم | 8 |
| 6- الدراسات السابقة | 9 |
| 7- التعقيب على الدراسات السابقة | 12 |
| **الفصل الثاني: الذكاء الاجتماعي** | |
| تمهيد | 15 |
| 1- تعريف الذكاء | 15 |
| 2- أنواع الذكاء | 16 |
| 3- النظريات المفسرة للذكاء | 17 |
| 4- الذكاء الاجتماعي | 19 |
| 5- تعريف الذكاء الاجتماعي | 19 |
| 6- مكونات الذكاء الاجتماعي | 21 |
| 7- أبعاد الذكاء الاجتماعي | 24 |
| 8- مظاهر الذكاء الاجتماعي | 24 |
| 9- النظريات المفسرة للذكاء الاجتماعي | 26 |
| 10- قياس الذكاء الاجتماعية | 27 |
| خلاصة الفصل | 29 |

| الفصل الثالث: الشعور بالتماسك النفسي | |
|---|---|
| تمهيد | 31 |
| 1ـ نشأة وتطور مفهوم الشعور بالتماسك النفسي | 32 |
| 2ـ تعريف الشعور بالتماسك النفسي | 34 |
| 3ـ أبعاد الشعور بالتماسك النفسي | 35 |
| 4ـ تنمية مشاعر التماسك وقابليتها لتعديل | 37 |
| 5ـ خصائص الأفراد مرتفعي الشعور بالتماسك النفسي | 38 |
| 6ـ تأثير مشاعر التماسك النفسي على المرض النفسي والجسدي | 39 |
| خلاصة الفصل | 40 |
| **الفصل الرابع: جودة الحياة** | |
| تمهيد | 42 |
| 1ـ نبذة تاريخية عن جودة الحياة | 43 |
| 2ـ مفهوم جودة الحياة | 43 |
| 3ـ أنماط تعريف جودة الحياة | 45 |
| 4ـ الجودة لغة واصطلاحا | 45 |
| 5ـ أهمية جودة الحياة ووضعيته في نظريات علم النفس | 48 |
| 6ـ نماذج جودة الحياة | 50 |
| 7ـ أبعاد جودة الحياة | 51 |
| 8ـ محددات جودة الحياة | 53 |
| 9ـ مقومات جودة الحياة | 56 |
| 10ـ معوقات جودة الحياة | 60 |
| 11ـ قياس جودة الحياة | 61 |
| خلاصة الفصل | 63 |

| الفصل الخامس: إجراءات المنهجية للدراسة | |
|---|---|
| تمهيد | 65 |
| 1ـ الدراسة الاستطلاعية | 66 |
| 2ـ منهج الدراسة | 66 |
| 3ـ حدود الدراسة | 66 |
| 4ـ عينة الدراسة | 67 |
| 5ـ أدوات الدراسة | 67 |
| 6ـ الأساليب الإحصائية المستخدمة | 75 |
| **الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة** | |
| تمهيد | 79 |
| 1ـ عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة | 79 |
| 2ـ مناقشة نتائج الدراسة مع الدراسات السابقة | 89 |
| 3ـ استنتاج العام | 92 |
| 4ـ اقتراحات | 93 |
| **خاتمة** | 94 |
| **قائمة المراجع** | 97 |
| **قائمة الملاحق** | 102 |

# فهرس الجداول


| الرقم | عنوان الجدول | الصفحة |
|---|---|---|
| **01** | الجدول (1): يوضح الأنماط الأساسية لتعريفات جودة الحياة | 50 |
| **02** | الجدول (2): يبين نماذج جودة الحياة عند تيلفير وأخرون (2003) | 51 |
| **03** | الجدول رقم (03): يوضح خصائص العينة حسب نوع الجنس | 67 |
| **04** | الجدول رقم (04): يوضح خصائص العينة حسب نوع المرض | 67 |
| **05** | الجدول رقم (05):الجدول رقم (05): وصف مقياس الذكاء الاجتماعي مع أبعاده | 67 |
| **06** | الجدول رقم (06): معامل ثبات مقياس الذكاء الاجتماعي بطريقة التجزئة النصفية: | 69 |
| **07** | الجدول رقم (07) معامل ثبات مقياس الذكاء الاجتماعي بطريقة ألفا كرونباخ | 69 |
| **08** | الجدول رقم (08) صدق الاتساق الداخلي لقياس الذكاء الاجتماعي | 70 |
| **09** | الجدول رقم (09): يوضح معاملات ارتباط البنود بأبعادها في المقياس: | 70 |
| **10** | الجدول رقم (10) يوضح معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجات الكلية للمقياس | 71 |
| **11** | الجدول رقم (11): يوضح معاملات ارتباط البنود بدرجة الكلية للمقياس | 71 |
| **12** | الجدول رقم (12): يوضح معاملات ألفا كرونباخ للمقياس وأبعاده | 72 |
| **13** | الجدول رقم (13): يوضح نتائج معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية: | 72 |
| **14** | الجدول رقم (14): يوضح الأبعاد والبنود التي تمثلها | 73 |
| **15** | الجدول رقم (15): يبين مستوى الذكاء الاجتماعي لدى المرضى المزمنين. | 79 |
| **16** | الجدول رقم (16): يبين مستوى التماسك النفسي لدى المرضى المزمنين. | 81 |
| **17** | الجدول رقم (17): يبين مستوى جودة الحياة لدى المرضى المزمنين (الضغط، السكري، أمراض الكلى). | 82 |
| **18** | الجدول رقم ( 18 ): دلالة الارتباطية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى عينة الدراسة. | 83 |
| **19** | الجدول رقم ( 19 ): دلالة الارتباطية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة. | 84 |
| **20** | الجدول رقم (20) يوضح نتائج اختبار(ت) للفروق حسب الجنس في مقياس الذكاء الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين. | 86 |
| **21** | الجدول رقم (21) يوضح نتائج اختبار(ت) للفروق حسب الجنس في مقياس التماسك الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين. | 87 |
| **22** | الجدول رقم (22) يوضح نتائج اختبار(ت) للفروق حسب الجنس في مقياس جودة الحياة لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين. | 88 |

**فهرس الأشكال**


| الرقم | عنوان الأشكال | الصفحة |
|---|---|---|
| **01** | **الشكل (1)** يوضح البناء النظري المنظم لمفهوم جودة الحياة ومسبباتها | 52 |



# مقدمة



**مقدمة:**

يعد الذكاء الاجتماعي من المفاهيم النفسية الحديثة التي حظيت باهتمام متزايد في ميدان علم النفس والصحة النفسية، نظرا لدوره المحوري في تمكين الأفراد من التفاعل الفعال والإيجابي مع محيطهم الاجتماعي.

حيث أن الذكاء الاجتماعي له القدرة على فهم الأخرين والتعامل معهم بكفاءة في مختلف المواقف الاجتماعية بما في ذلك التعاطف. ومهارات التواصل، والقدرة على التأثير والتأثر، مما يجعله أحد العوامل الجوهرية في تعزيز التكيف النفسي والاجتماعي، فحرصا في البيئات الضاغطة أو أثناء مواجهة التحديات الحياتية. لذلك تعد الأمراض المزمنة من أكثر التعديات الصحية والنفسية التي قد يواجهها الإنسان، نظرا لطبيعتها المستمرة وطول مدتها وتأثيراتها المتعددة الأبعاد حياة الفرد بما في ذلك الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية وتفرض هذه الأمراض على المرضى نمطا حياتيا مختلفا يستدعي قدرات عالية من التكيف والصلابة النفسية، مما يجعل دراسة العوامل النفسية والاجتماعية التي تسهم في تحسين جودة الحياة لهؤلاء الأفراد أمرا ضروريا. ومن هنا تبرز أهمية التماسك النفسي، والذي يعرف بأنه القدرة على الحفاظ على التوازن النفسي والثبات الانفعالي في مواجهة الضغوط والتغيرات الحياتية، ويعد التماسك النفسي عنصرا حاسما في التعامل مع المرض المزمن، إذ يسهم في تخفيف الأثار النفسية السلبية للمرض، كما يعزز من مشاعر الأمل والانتماء والسيطرة الذاتية.

وفي السياق ذاته، تعد جودة الحياة مفهوما مركبا يعبر عن إدراك النرد لرفاهيته وسعادته ورضاه عن حياته في مختلف المجالات، بما في ذلك الصحة الجسدية والنفسية والعلاقات الاجتماعية، والقدرة على ممارسة الأنشطة اليومية، وقد أظهرت الدراسات أن العوامل النفسية والاجتماعية تلعب دورا كبيرا في تحديد مستوى جودة الحياة، خصوصا لدى المرضى المزمنين.

وعليه تهدف هذه الدراسة إلى اكتشاف العلاقة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة لدى عينة من الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة ومن هذا المنطلق، قد تم تقسيم الدراسة إلى جانبين رئيسين يتمثلان في الجانب النظري والجانب الميداني.

حيث تم التناول في الجانب النظري: إشكالية البحث، تساؤلات الدراسة وهذا كله في إطار العام للدراسة كفصل الأول وبعدها الفصل الثاني خاص بالذكاء الاجتماعي من تطور ونشأ ومفهوم وأبعاد ومقومات وأنواع الذكاء الاجتماعي.

وأما الفصل الثالث خاص بالتماسك النفسي فكل ما يتعلق بالمفهوم ونشأة وأبعاد وتأثير التماسك النفسي. وأما الفصل الرابع لجودة الحياة من حيث نظريته التاريخية ومفهوم وأهمية نماذج ونظريات مفسرة، مظاهر ومستويات محددات، مقومات معوقات وقياس جودة الحياة.

أما الجانب الميداني فتضمن في الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث ضمت الدراسة الاستطلاعية صدق ثبات المقاييس منهج الدراسة، حدود الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، الأساليب الإحصائية. أما الفصل السادس تضمن عرض وتحليل ومناقشة النتائج، استنتاج العام واقتراحات وخاتمة البحث.

# الجانب النظري

# الفصل الأول

## الإطـــار العـــام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- تحديد مفاهيم الدراسة

6- الدراسات السابقة

7- التعقيب على الدراسات السابقة

**1- إشكالية الدراسة:**

منذ القدم اهتمت المجتمعات الإنسانية بمواضيع الصحة والمرض، بحيث كانت الأبحاث والدراسات تسير في البحث لعلاج الأمراض المختلفة خاصة ما نلاحظه في وقتنا الحالي أن هناك انتشار واسع لأمراض جديدة ومختلفة منها قابلة للشفاء ومنها المزمن، هذا ما يجعل الإنسان يعيش نوع من الضغوطات والتحديات خاصة إذا كان هذا المرض مصدر تهديد لحياته، فمن المعروف أن الصحة تعتبر من المواضيع الحساسة ذات الأهمية الكبيرة بالنسبة للإنسان فهي بمثابة المحرك والدافع الأساسي للممارسة الحياتية والتي تميزه عن غيره، إلا أنه في الآونة الأخيرة عرفت الأمراض المزمنة انتشارا واسعا.

إذ تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية لسنة 2024 أن الأمراض المزمنة تسبب حوالي 57 % من الوفيات في الجزائر مع تسجيل 66 % من هذه الوفيات في الفئات العمرية بين **(30 و69 سنة)**. كما أن الجزائر تسجل نسبة مرتفعة من حالات ارتفاع ضغط الدم وتقدر نسبة الانتشار بـ 23.9 %، وتقدر نسبة انتشار مرض السكري في الجزائر بحوالي 14.4 % أي ما يقارب 10 ملايين مصابا بالأمراض المزمنة بمختلف أنواعها.

وعليه فإن المصابون بالأمراض المزمنة يواجهون تحديات صحية ونفسية مستمرة، مما يؤثر بشكل كبير على نوعية حياتهم التي تواجههم في المجتمعات والعصر الحديث نظرا لطبيعتها طويلة الأمد وأثارها على الجانب الجسدي والجوانب النفسية والاجتماعية مما يفرض على المريض التكيف مع الواقع جديد يتطلب قدرا من الذكاء الاجتماعي لمواجهة الضغوط والتغيرات في نمط الحياة، فهو يشمل الوعي الاجتماعي لأنه هو قدرة الأفراد على فهم مشاعر الأخرين وتحديد احتياجاتهم وإدارة العلاقات ومهارة البناء والحفاظ على العلاقات الاجتماعية الصحية خصوصا في حالة المرض المزمن ومهارة حل المشكلات والتفاعل الاجتماعي مع الأخرين بهدف تعزيز دعمهم الاجتماعي بفعالية وحيث أن هذا يمكن أن يكون له تأثير كبير على تعزيز التماسك النفسي الذي يعتبر نوع من الميل التفاؤلي اتجاه الأشياء الضاغطة وغير القابلة للضبط. ونوع من الثقة بوجود إمكانات للمواجهة كما ان أنتونيوفسكي يرى في هذا الاتجاه أن مشاعر الوضوح تعلم الفرد بأن الأشياء تحدث بشكل منظم وبطريقة يمكن التنبؤ بها، وبفهم المتغيرات في حياته. **(مجلة الدراسات والبحوث، 2017)**

وعلى الفرد أن يمتلك موارد ملائمة من أجل مواجهة الانفعال لمختلف المواقف وهي في الطوعية والإدارة، ولا ننسى أن الخبرة المعنى بدون توقعات الإيجابية من الحياة لا تعطي قيمة عالية لتماسك النفسي

حتى وإن كان هنالك مشاعر الوضوح وإدارة والطوعية. فالمريض الذي لا يعيش خبرة الإحساس بالمعنى سوف يرهق في حياته وفي جميع مجالات ويرى أن كل مهمة مطروحة عليه فهي ضغط إضافي أو زائد. **( يوسفي حدة، ص 71، 2017)**

وهذا عندما يكون الفرد مرتبط بشبكة الدعم من العائلة والأصدقاء أو ما نسميه الدعم الاجتماعي وقدرته على التكيف مع الضغوط النفسية ناتجة عن المرض المزمن. وبالإضافة إلى ذلك تتأثر جودة الحياة بشكل كبير بالعوامل النفسية والاجتماعية منها يفتح المجال لفهم الحالة النفسية كمشاعر السعادة والتوتر ومستوى الصحي أو الجسدي وقدرته على القيام بالأنشطة اليومية، والعلاقات الاجتماعية ومدى الدعم المتاح من طرف الأخرين، والراحة والأمان التي يتلقاها من الأشخاص المحليين به. وحتى تأثير المرض على الحياة المهنية والأعمال اليومية وهذا من أجل الاستمتاع بحياة متوازنة.

وبناءا مما سبق سوف نتناول الدراسة الحالية العلاقة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة لدى عينة من الأمراض المزمنة.

ومن هنا تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الرئيسي التالي:

- ما طبيعة العلاقة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة لدى عينة من الأمراض المزمنة؟.

**تساؤلات الدراسة:**

1- ما مستوى الذكاء الاجتماعي مرتفع لدى المرضى المزمنين؟

2- ما مستوى التماسك النفسي مرتفع لدى المرضى المزمنين؟

3- ما مستوى جودة الحياة منخفضة لدى المرضى المزمنين؟

4- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين؟

5- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين؟

7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التماسك النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين؟

8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين؟

**2-فرضيات الدراسة:**

1. مستوى الذكاء الاجتماعي مرتفع لدى المرضى المزمنين.
2. مستوى التماسك النفسي مرتفع لدى المرضى المزمنين.
3. مستوى جودة الحياة منخفضة لدى المرضى المزمنين.
4. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين.
5. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التماسك النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.
8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.

**3 – أهمية الدراسة:**

ربط مفاهيم الدراسة معا لأنها لم تبحث في هذا الإطار.

- تسليط الضوء على دور الذكاء الاجتماعي في تحسين الصحة النفسية وجودة الحياة للأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة.
- تقديم توجيهات لتحسين التدخلات الاجتماعية لهذه الفئة من الناس.
- إسهام هذا البحث في الدعم النفسي للمرضى المزمنين وكذلك التوعية الأسرية لهم.

**4 – أهداف الدراسة:**

- الكشف عن مستوى الذكاء الاجتماعي لدى المرضى المزمنين.
- الكشف عن مستوى التماسك النفسي لدى المرضى المزمنين.
- الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى المرضى المزمنين.

- معرفة إذا كان هناك علاقة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى أفراد العينة.
- معرفة إذا كان هناك علاقة بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى العينة.
- معرفة إذا كان هناك فروق بين الإناث والذكور في مستوى الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة لدى فئة الأمراض المزمنة.

**5 – تحديد مفاهيم الدراسة:**

**1- الذكاء الاجتماعي:**

**اصطلاحا:** يعرف الباحث الدكتور إبراهيم محمد المغازي للذكاء الاجتماعي "بأنه القدرة على التفاعل الإيجابي مع الأخرين في مختلف المواقف الاجتماعية، من خلال فهم مشاعرهم ودوافعهم، والتواصل معهم بفعالية. مما يسهم في بناء علاقات إنسانية ناجحة ومثمرة ". **(إبراهيم محمد المغازي، 2003،ص 101)**

**إجرائيا:** هو الدرجة التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة **(الأمراض المزمنة)** على مقياس الذكاء الاجتماعي.

**2- التماسك النفسي:**

**اصطلاحا:** يعرف أنتونوفسكي 1987 مشاعر التماسك النفسي بأنها عبارة عن توجه نحو الحياة يعبر عن المقدار الذي يمتلك فيه الفرد الشعور المستمر والدائم والدينامي في الوقت نفسه بالقدرة على التنبؤ بعالم خبراته الداخلية والخارجية. وبأن هناك احتمال كبير بأن تتطور الفرص، بالشكل المناسب الذي يتوقعه الإنسان. **(يوسف حدة 2018، ص 180-181)**

**إجرائيا:** هي الدرجة التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة المرضى المزمنين على مقياس التماسك النفسي.

**3 – جودة الحياة:**

**اصطلاحا:** هي درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب الشخصية من الأبعاد النفسية والفعلية والاجتماعية والثقافية والرياضية، الدينية، والعقلية وللتنسيق بينهما. وتمثل الشعور بالرضا والسعادة، وقدراتهم على إشباع حاجاتهم من خلال ما بتوفر من قدرات وإمكانيات، ما يقدم لهم من خدمات في مجال الأسرة مع إدارتهم للوقت والاستفادة منه. **(محمود عبد الحليم وأخرون، 2006، ص 65)**

**إجرائيا:** هي الدرجة التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة لمرضى المزمنين على مقياس جودة الحياة لمنظمة العالمية للصحة.

**6- الدراسات السابقة:**

**6-1 دراسات تناولت متغير الذكاء الاجتماعي:**

**الدراسة الأجنبية:** دراسة **(allerecht and goldsmith 2023 )** عنوان الدراسة social intelligence ad « quality of life inder chronic stress » تناولت هذه الدراسة العلاقة بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة في سياق الضغط المزمن. حين قامت بدراسة عينة من المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت نتائج الدراسة كالتالي: الذكاء الاجتماعي عامل تنبؤي قوي لجودة الحياة النفسية والاجتماعية الأشخاص ذوي ذكاء الاجتماعي المرتفع كانوا أكثر قدرة على إدارة الضغوط والتفاعل مع المحيط. **(jntermational journd of evronnental research and public heath ,2020,p 21)**

**6 -1-1 الدراسات العربية:**

دراسة الشمري **(2020)** عنوان الدراسة كالذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي لدى مرض السكري في مدينة الرياض، حيث أجريت على 120 عينة من مرضى السكري واستخدم المنهج الوصفي الإرتباطي، ومقياس الذكاء الاجتماعي ومقياس التوافق النفسي حيث اصفرت نتائج على وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين الذكاء الاجتماعي والتوافق النفسي.

**6-1 -2 الدراسات المحلية:**

- **دراسة شهرزاد نوار والطاوس رازي (2022):** هدفت الدراسة إلى اكتشاف العلاقة بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا لدى 138 مرضا بأمراض المزمنة في مدينة ورقلة وقد أثبت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الذكاء الوجداني ومرونة الأنا، وهذا يكون عامل حماية يساعد المرض على التكيف مع تحديات الأمراض المزمنة وقد استخدم مقياس الذكاء الوجداني لعبد الرحيم صالح **(2001)** ومقياس المرونة لدافيدسون وكونور **(2003)** وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الذكاء والمرونة. **(مجلة العلوم الاجتماعية المجلد 50، العدد 03، 2022)**

- **دراسة وسيلة زوالي عام (2021):** هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى كل من الذكاء الموجب والدعم الاجتماعي المدرك ونمو ما بعد الصدمة لدى عينة من 53 مصابين بمرض السرطان. وأظهرت النتائج على أن المرضى يمتلكون مستويات عالية من الذكاء الروحي والدعم الاجتماعي وهناك علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائيا. **(asjp2021)**

**6 – 2 دراسات السابقة تناولت متغير التماسك النفسي:**

**6-2-1 دراسات العربية:**

- دراسة عبد العال **(2018)** عنوان الدراسة التماسك النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى السرطان حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي شملت على 100 عينة مريض من الجنسين. وأثبت النتائج على وجود علاقة موجبة قوية بين التماسك ومجالات جودة الحياة، الصحة النفسية، البدنية، العلاقات الاجتماعية. كما أن الدراسة لم تزهر فروقا دالة إحصائيا في مستوى التماسك النفسي لنوع الجنس.

- **دراسة المهداوي والفراوي (2023 ):** تناولت هذه الدراسة الإحساس بالتماسك النفسي لدى عينة 300 مرأة مصابة بالمرض المزمن في محافظة ديالي بالعراق وأظهرت نتائج إنخفاضا في مستويات التماسك النفسي. مما يشير إلى الحاجة لتدخلات نفسية لتعزيز هذا الجانب لدى المصابات. **( djhr. uodiyalr edu. iqp63-45).**

**6- 2 – 2 دراسات المحلية:**

**دراسة نوار شهرزاد (2023):** عنوان الدراسة التماسك النفسي لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن دراسة ميدانية بمدينة ورقلة بالجزائر.

هدفت الدراسة لتعرف على مستويات مشاعر التماسك النفسي والفروق فيها حسب نوع المرض ومدة جنس. واستخدمت دراسة المنهج الوصفي الاستكشافي، ومقياس التماسك النفسي المختصر وطبقت على عينة بلغت 110 فرد من المصابين بالأمراض المزمنة، ثم اختيارهم بطريقة قصدية وتوصلت الدراسة إلى وجود مستوى منخفض من الشعور بالتماسك النفسي لدى المرضى، وإلى عدم وجود فروق دالة في التماسك النفسي حسب الجنس ونوع المرض بينما كانت الفروق دالة إحصائيا في الشعور بالتماسك النفسي حسب مدة المرض، وتم تفسير النتائج وفق ما أشارت إليه الدراسات السابقة. **(دراسات نفسية وتربوية مجلد 16، ص 511-522)**

**6-3 دراسات السابقة تناولت متغير جودة الحياة:**

**6- 3- 1 الدراسات العربية:**

- **دراسة يوسف وأخرون (2017):** عنوان الدراسة جودة الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي وتأثير الدعم الاجتماعي، حيث هدفت الدراسة إلى قياس تأثير الدعم الاجتماعي على جودة الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي وكانت العينة 150 مريضا، حيث انتهجوا المنهج الوصفي مقارن، وكانت نتائج الدراسة خالي الدعم الاجتماعي من الأسرة والمجتمع له تأثير كبير في رفع مستوى جودة الحياة، حيث ن المرضى الذين يملكون دعم الاجتماعي اوسع يشعرون برضى نفسي أعلى. **( مجلة المواقف العدد 10، العدد 1، ص 367-388)**

- **دراسة قريط (2020):** على 30 مريضا بالقصور الكلوي المزمن في مشفى تشرين الجامعي، تم تقسيم نوعية الحياة باستخدام مقياس الصحة العالمية. وأظهرت النتائج أن المرضى يعانون من انخفاض في جودة الحياة، خاصة في الأبعاد الجسدية والنفسية والبيئية، وأوصت الدراسة بتقديم دعن نفسي وتتبنى للمرضى في سوريا. **(مجلى جامعة حماة عدد 06 ص 179-202).**

**6-3-2 الدراسات المحلية:**

- **دراسة فالق وعدوان (2022):** فقد هدفت إلى معرفة أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرض السرطان. تكونت العينة من 38 مريضا، وأظهرت النتائج أن الألم يؤثر سلبا على أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة. **(مجلة الدراسات النفسية والاجتماعية 2022، ص 89-101)**

- **دراسة بن مجاهد وأخرون (2024):** جودة الحياة لدى مرضى السيلياك في مدينة ورقلة، أظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة المتوسط، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية نعزى لمتغيرات السن والجنس والوضع الاقتصادي. **(مذكرة ماجستير، جامعة ورقلة، 2024، ص 15)**

**7 – التعقيب على الدراسات السابقة:**

**7 – 1 من حيث الموضوع:** رغم أن الدراسات وفرت أساسا معرفيا مهما، إلا أن بعض ركز على جوانب منفردة دون الربط الشامل بين الذكاء والتماسك النفسي وجودة الحياة، لمنظومة متكاملة، حيث ركز بعضها على الذكاء الاجتماعي كعامل مؤثر على التوافق النفسي بينما دراسات أخرى سعت إلى اكتشاف علاقة الجودة مع التماسك، وأما لدرستنا فنحن بصدد دراسة علاقة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجوة الحياة لدى الأمراض المزمنة.

**7–2 من حيث الهدف:**

سعت معظم الدراسات إلى تحديد أثر كل كتغير وحدة مثل الذكاء الاجتماعي أو التماسك النفسي أو جودة الحياة بشكل منفصل، دون جمعهم في إطار واحد متكامل. وهو ما يبرز الحاجة إلى دراسات أكثر شمولا تأخذ بعين الاعتبار للعلاقات المتبادلة، بين هذه المتغيرات ضمن بيئة مرضية ضاغطة خاصة لأمراض المزمنة.

أما دراستنا تهدف إلى فهم العلاقة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة لدى عينة من الأمراض المزمنة.

**7–3 من حيث المنهج:** اعتمدت أغلب الدراسات على المنهج الوصفي الارتباطي والتحليلي والمقارن من أجل تحليل ظواهر الاجتماعية والنفسية من أجل تحليلها إحصائيا. مما يساعد على إجراء مقارنات دقيقة، غير أنها لا تقيس الجانب العاطفي والنفسي العميق. وفي دراستنا استخدمنا المنهج الوصفي الارتباطي بالبرنامج spss لتحليل البيانات.

**7–4 من حيث العينة:** اختلفت الدراسات السابقة من حيث اختيار العينة. فقد شملت من **(30 إلى 180)** بين الذكور والإناث وحتى السن على الأفراد المصابين بأمراض المزمنة معينة، حيث كانت كل الدراسات تشتمل على نوع مرض واحد إما السكري أو السرطان أو القصور الكلوي. فعندما تكون الدراسة على نوع واحد من المرض المزمن لا نستطيع تعميمه على بقية الأمراض حتى يخضع لتجريب وقياس حسب تأثيرات النفسية والاجتماعية.

أما عينة دراستي من حيث الحجم كانت **(100)** طبقت على كلا الجنسين وتراوحت أعمارهم من **(20–80)** سنة.

**من حيث النتائج:**

فقد أجمعت أغلب الدراسات على وجود علاقة دالة إحصائيا بين ارتفاع مستوى الذكاء الاجتماعي، وأنهم يملكون مهارات تواصل وتفهم اجتماعي.

كما أن دراسات التي تناولت التماسك النفسي وجدت أن مستوى المنخفض من التماسك النفسي لدى مرضى المزمنين وأنه لا يوجد فروق دالة إحصائيا في متغير الجنس ونوع المرض.

كما تباين الدراسات لمستوى جودة الحياة بين المرتفع والمنخفض، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائيا حول الجنس والسن.

- أما بالنسبة لنتائج دراستنا توصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين.
- توجد علاقة دالة إحصائيا بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين.

كما أن مستوى الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي مرتفع لدى المرضى المزمنين.

- وأن مستوى جودة الحياة منخفض لدى مرضى المزمنين.
- كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.

# الفصل الثاني

## الـــــذكاء الاجتماعي

تمهيد

1- تعريف الذكاء

2- أنواع الذكاء

3- النظريات المفسرة للذكاء

4- الذكاء الاجتماعي

5- تعريف الذكاء الاجتماعي

6- مكونات الذكاء الاجتماعي

7- أبعاد الذكاء الاجتماعي

8- مظاهر الذكاء الاجتماعي

9- النظريات المفسرة للذكاء الاجتماعي

10- قياس الذكاء الاجتماعي

خلاصة

**تمهيد:**

شغل موضوع الذكاء علماء النفس منذ ما يقارب من القرن من الزمان اختلفوا في تصوره واتفقوا في قياسه واختلفوا في تعريفه.

فقد نشأ في إطار الفلسفة القديمة، ثم اهتمت بدراسة العلوم البيولوجية والفيزيولوجية العصبية. واستقر أخير في ميدان السيكولوجي الصحيح الذي يدرسه كمظهر عقلي من مظاهر السلوك الذي يخضع للقياس العلمي الموضوعي ومازالت أثار هذا الماضي الطويل تضفي طابعها الخاص على بعض المعاني الشائعة لمفهوم الذكاء.

وقد اختلف علماء النفس في نظرتهم للذكاء، وتعددت مفاهيم له حتى أصبح تعريف المصطلح مشكلة لعدم وجود اتفاق موحد على تعريف فينظر إليه البعض على أنه إدراك العلاقات بين الأشياء أو الأفكار في حين أن بعض الأخر ينظر إليه على "أنه القدرة على تطبيق ما قد تعلمه الإنسان أو قد فمهمه في ظروف وحالات جديدة ".

وقد رجع هذا الاختلاف في تعريف الذكاء إلى أنه ليس ماديا محسوسا كما لا يقاس قياس مباشرا. وقد يرجع إلى أن العلماء تناولوه من زوايا ومنطقيات مختلفة.

**2-1 تعريف الذكاء:**

**1- المعنى اللغوي للذكاء:**

الدكاء محصلة لمجموعة من القدرات والقوى النفسية كالإحساس والإدراك والإرادة، والانفعال، والهيجان، والعاطفة، والتذكر، والتخيل، ويعرف الذكاء لغة: ذكي – وذكي – وذكو – ذكاء: كان سريع الفطنة والفهم فهو ذكي **(م)** وذكية **(حج)** أذكاء، الذكاء حدة الفؤاد / سرعة الفطنة. **(ابن منظور 1990، 106)**

ويعود الفضل إلى الفيلسوف الروماني شيشرون إلى ابتكار كلمة لاتينية هي intelligentia لتعني حرفيا معنى الكلمة اليونانية nous، وقد شاعت الكلمة اللاتينية في اللغات الأوروبية الحديثة بنفس الصورة، فهي الإنجليزية والفرنسية intelligence، تعني لغويا الذهن intelleet والعقل mind والفهم undrstanding والحكمة sagacity وقد ترجم هذا المصطلح في بداية اهتمام علماء النفس العرب بهذا العلم في صورته العلمية الحديثة بكلمة "ذكاء ". **(أبو حطب 1990، 236 )**

**المعني الاصطلاحي للذكاء:**

لا يوجد تعريف واحد للذكاء، يرضي جميع علماء النفس ومع ذلك فثمة اتفاق بينهم على أنواع النشاط العقلي والمعرفة التي تدخل في مجال الذكاء الإنساني، فالذكاء مفهوم غير واضح التحديد يشمل على الإدراك والتعليم والاستدلال وحل المسائل المعقدة. **(عفانة والخزندار، 2000، 323 )**

يعرفه أحمد زكي صلاح **(1972)** بأنه عبارة عن تكوين فرضي أي أن الذكاء مثله مثل الكهرباء أو المغناطيسية، فهذه تكوينات فرضية أي أننا لا نلاحظه مباشرة، وإنما نستدل على وجودها بأثارها ونتائجها ". **(جمل 2000، 57)**

ويعرفه سبيرمان بأنه: القدرة على إدراك العلاقات وخاصة العلاقات الصعبة أو الخفية. **(جابر 1980، 40)**

ويعرفه وكسلر بأنه: "القدرة العقلية لدى الفرد على التصرف الهادف والتفكير المنطقي والتعامل المجدي مع البيئة". **(محمود 1998، 100)**

### 2-1-2 أنواع الذكاء:

تعمل جميع أنواع الذكاء معا يتناغم وانسجام، وكأنها أعضاء فرقة موسيقية، ولن تكون كذلك إذا ما فقدت مثل هذا التناغم والانسجام. وهذه الأنواع هي:

- **الذكاء الفراغي:** هو القدرة على تخيل الأبعاد الثلاثة وفهم العلاقة بين عناصر الجسم الواحد، مثل النحت والتصاميم الهندسية.
- **الذكاء اللغوي:** القدرة على التعبير اللغوي وعلى التفكير في الكلمات بسرعة.
- **الذكاء المنطقي:** النظر للأشياء على أنها سلسلة من العناصر المترابطة، كما يفعل الفلاسفة حيث يحللون ويستنتجون ليصلوا إلى نتيجة منطقية.
- **الذكاء الاجتماعي:** هو القدرة على فهم العلاقات الاجتماعية واستخدامها بينما ينفع الشخص بحاضره ومستقبله.
- **الذكاء الشخصي:** إمتلاك صور صحيحة عن الذات، معرفتها، والقدرة على تحليل الأحاسيس والتحكم بها والتعرف عليها.
- **الذكاء الموسيقي:** الإستعداد لإدراك وتقدير وتطوق وإنتاج نغمات وألحان.
- **الذكاء الجسدي:** هو القدرة على التحكم بحركات الجسد مثل المهارة التي يمتلكها الراقصون والرياضيون. **(عدس 1997، 55)**

**2-1-3 النظريات المفسرة للذكاء:**

تعددت وتنوعت نظريات الذكاء وسوف نشير إلى بعض منها:

1- **نظرية العوامل المتعددة ثورندايك thoudike:** يرى صاحب هذه النظرية أن الذكاء يتكون من مجموعة من العوامل أو القدرات المتعددة، والقيام بعملية عقلية ما لابد من تظافر ووجود عدد من القدرات تعمل مشتركة فيما بينهما على اعتبار أن هناك ارتباط بين كل عملية وأخرى ويرى أن العمليات العقلية هي نتاج لعمل الجهاز العصبي المعقد الذي يؤدي وظيفته على نحو كلي ومتنوع، بحيث يصعب وصفه على أنه مجرد امتزاج مقادير معينة من عامل عام وعوامل نوعية.

كما يرى أن هناك أنواع للذكاء:

- **الذكاء المجرد:** هو القدرة على معالجة الألفاظ والرموز والمفاهيم المجردة بكفاءة.
- **الذكاء الاجتماعي:** القدرة على التفاعل بفاعلية مع الأخرين وإقامة علاقات اجتماعية.
- **الذكاء الميكانيكي:** قدرة الفرد على التعامل مع الأشياء المادية. **(جلال 1985، 85)**

**2- نظرية العاملين سيبرمان spearman:**

يرى سيبرمان أن الذكاء ليس عملية عقلية معينة كإدراك والتفكير، بل هو عامل عام أو قدرة عامة تؤثر في جميع العمليات العقلية بنسب متفاوتة يشرك معه عامل نوعية خاص. والعامل العام في رأيه يؤثر في جميع القدرات العقلية والعمليات الجديدة من استدلال وابتكار وتصور وتذكر وإدراك حسي، ولكنه يؤثر فيها بنسبة مختلفة، وبعبارة أخرى الذكاء جوهر النشاط العقلي كله فهو يظهر في جميع تصرفات الفرد وأوجه نشاطه المختلفة مع وجود استعدادات نوعية إلى جانبه. **(قطامي، 2005، 82 )**

وقد اعتبر العامل العام نشاط عقليا، لأن دوره في عالم الذكاء يشبه دور القوة الطبيعية أو النشاط الطبيعي في عالم الطبيعة وأنه كغيره من المفاهيم العملية، إذ لا يمكن التعرف عليه إلا عن طريق مظاهره ويلاحظ أنه قد توصل هذا العامل ليفسر به معاملات الارتباط الموجودة في العمليات العقلية المختلفة، كما تبنها الاختبارات. وكأن معاملات الارتباط تعتمد أساسا على وجود العامل المشترك بين العمليات العقلية وهو الذي بين مقدار الترابط بين أي عمليتين. كما يبين المدى الذي يشترك بين العمليات العقلية. وهو الذي يبين مدى ترابط بين أي عمليتين. كما بين مدى الذي شترك فيه العامل العام معها.

وتبعا لهذه العملية المشتركة فإن هذه النظرية تكون متصلة بمجموعة متشابه لها. **(الرحو 2005، 235 )**

### 3- نظرية العوامل الطائفية تيرستون thurstone:

يرى تيرستون صاحب هذه النظرية أن الذكاء يتكون من عدد من القدرات العقلية الأولية، وهذه القدرات مستقلة عن بعضها البعض استقلالا نسبيا لا مطلقا. وأن بعض العمليات المعقدة يوجد بينها عامل رئيسي مشترك يدخل في عدد من العمليات ولا يدخل في العض الأخر، فمثلا حتى نفصلا الهندسة والجبر لابد من تظاهر القدرة العددية والقدرة على التصور البصري والقدرة على الإستدلال. فهنا لقصدية شعرية لابد من تضافر القدرة على فهم المعاني والطلاقة اللفظية والقدرة على التذكر والتوصل ثيرستون إلى تحديد عدد من العوامل الطائفية أطلق عليها القدرات العقلية الأولية وهي كالتالي:

- **القدرة اللغوية:** وهي توجد في الاختبارات التي تتضمن فهما للغة.
- **القدرة العددية:** وهو القدرة على أداء العمليات الحسابية بدقة وسرعة.
- **القدرة المكانية:** تصور الأشياء بعد تغير مكانها.
- **القدرة على التذكر:** استرجاع ما نتعلم.
- **القدرة الاستدلالية الاستقرائية:** البحث والمعلومات الصحيحة.
- **القدرة الإدراكية:** المقارنة واختلاف الأشياء.
- **القدرة اللفظية:** التفكير بالكلمات بسرعة. **(جلال 1985، 91 )**

### 4- نظرية بياجيه piaget:

أكد بياجيه على أن الذكاء ينبغي أن يعالج في ضوء ثنائية معينة، فله طبيعة ومنطقية في أن واحد، فمخ الإنسان هو المصدر للنشاط العقلي جزء حي من كائنا حي، وهو يتشارك مع الأعضاء الأخرى من خصائصها العامة على الرغم من ان لكل منها تنظيم عن غيره من الأعضاء. ومما يميز نظرية بياجيه أنها أكدت على الاعتماد المتبادل بين الكائن الحي والبيئة التي يعيش فيها، وأن الكائن الحي والبيئة وهما في حالة تفاعل مستمر، فضلا عن وجود حالة توازن بينهما. **(قطامي 2005، 25 ).**

**5- نظرية جيلفورد guilford:**

يسمى أنموذج جيلفورد في الذكاء بالأنموذج المورفولوجية mouphology أو بنية العقل وعدد القدرات أو العوامل فيه **(120)** قدرة المكتشف منها **(100)** قدرة ويصنف هذا الأنموذج إلى ثلاثة أبعاد:

- **بعد المحتوى (content):** يتعلق بنوع المادة المتضمنة المشكلة ومن عوامله ما يتعلق بالأشكال والرموز.
- **بعد العمليات (peration):** يتعلق بعوامل التفكير التقاربي وعوامل التفكير التباعدي.
- **بعد النواتج (product):** ويتعلق بنوع الشيء الذي ينصب على النشاط بصرف النظر عن العمليات العقلية ويتعلق هذا البعد بالعلاقات بين ألفاظ والأشكال. **(الداهري 2008، 82 )**

**2-2 الذكاء الاجتماعي:**

احتل الذكاء منذ نشأة علم النفس كميدان مستقل مكانة مركزية وقد أفرزت جهود علماء النفس أمثال ترستون thornstone "،sperman سبيرمان، تورندايك thorndike وجيلفورد guilford وأبو حطب وغيرهم أنواعا كثيرة من الذكاءات، وقد حظيت معظم هذه الأنواع باهتمام كبير من هؤلاء العلماء باستثناء الذكاء الاجتماعي والذكاء الشخصي ربما لوجود تداخل وخلط بين مفهومي الذكاء الشخصي والذكاء الاجتماعي. **(أبو ناشي، 2001، 223)**

**2-2-1 تعريف الذكاء الاجتماعي:**

يشير مفهوم الذكاء بصورة عامة إلى القدرات العقلية التي تمكن الأشخاص من التعلم وتذكر المعلومات واستخدامها بطريقة ملائمة والتوصل إلى إستبصارات وحلول ملائم للمشكلات المختلفة واكتساب اللغة واستخدامها وإصدار الأحكام الدقيقة واكتشاف أوجه الشبه والاختلاف بين الموضوع الخبرة الحسية أو الفكرية أو الاجتماعية واستخدام أنواع التجريد أو الوصول إلى المفاهيم العامة والإستدلال.

- ويعرف على أنه "القدرة على فهم الرجال والنساء والفتيان والفتيات والتحكم فيهم وإدارتهم بحيث يؤدون بطريقة حكيمة في العلاقات الإنسانية". **(أبو حطب 1990، 409)**
- ويعرفه دريفر بأنه "ذلك النوع من الذكاء المستخدم في تعامل الفرد مع الأخرين وفي العلاقات الاجتماعية، ويشير إلى أنه الذكاء الاجتماعي العالي مرادف لمفهوم اللباقة ". **( المطيري 2000، 08)**

• ويعرفه بانه: "القدرة على فهم مشاعر وأفكار الأخرين، والتعامل مع البيئة بنجاح والاستجابة بطريقة ذكية في المواقف الاجتماعية وتقدير الشخص لخصائص الموقف تقديرا صحيحا والاستجابة له بطريقة ملائمة بناءا على وعيه الاجتماعي ". الغول 1993، 47 )

وفي موسوعة علم النفس تم تعريف الذكاء الاجتماعي بأنه:

"ذلك النوع من الذكاء الذي يراه الفرد مناسبا في معاملته مع الأخرين وفي ممارسته الاجتماعية ". وأن الذكاء الاجتماعي العالي مرادف لمفهوم اللباقة والبراعة، والقدرة على التكيف وسط البيئة الاجتماعية والنجاح في العلاقات الاجتماعية. **(رزق، 1997، 140 )**

• ويعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه القدرة على التصرف مع الناس بكياسة ولباقة. **(بحوي 1982، 389)**

• ويعرفه بأنه القدرة على التعامل مع الناس كما تظهر في القدرة على إصدار الأحكام في المواقف الاجتماعية والقدرة على ذكر الأسماء والوجوه. والقدرة على التعرف على الحالة المتكلم النفسية والقدرة على ملاحظة السلوك الإنساني وأخيرا روح المرح والمداعبة ". **(الدريني 1984، 105)**

• عرفه جاردنر gardner: الذكاء الاجتماعي تحت مستوى "ذكاء بين الشخص الاجتماعي "، على نه مفهوم واسع نسبيا يشمل عددا من القدرات أهمها:

– القدرة على استشفاف المشاعر الإنسانية، والدوافع، والحالة المزاجية والنفسية للأخرين.
– القدرة على بناء العلاقات الناجحة مع الأخرين، وعلى العمل كعضو فاعل في فريق.
– القدرة على إبداء التعاطف تجاه الأخرين. **(ثابت 2001، 23)**

وبغض النظر عن تعدد التعاريف الذكاء الاجتماعي، إلا أنها تتضمن جميعها عناصر مشتركة تشير بطبيعة الحال إلى مجموعة القدرات والعمليات المعرفية والمهارات التي تمكن الفرد من حسن التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة، وما يتضمنه من القدرة على التعرف على حالة المتكلم النفسية وفهم مشاعر وأفكار وسلوكيات الأخرين والاستجابة بطريقة ملائمة مقبولة اجتماعية، ويمكن القول بأن الذكاء الاجتماعي يتجلى في مظاهر سلوكية موضعية مثل:

– أن يألف الفرد الأخرين وأن يؤلف منهم.
– أن يكون موضع الإعجاب أو تقدير من المحيطين.
– أن ينجح في التعاون مع الأخرين.

– أن يكون حساسية اجتماعية عالية فيما يتصل بالإدراك مشاعر الأخرين، وحالتهم النفسية، ومن خلال ما يصدر عنهم من سلوكيات أو تعبيرات.

**2-2- مكونات الذكاء الاجتماعي:**

يشير ويكمان "weichman" إلى أنه بالرغم من انتشار مصطلح الذكاء الاجتماعي وتعدد دراساته، إلا أن علماء النفس ما زالوا يجهلون التكوين الذي يقوم عليه وأن المحاولات ما تزال تبذل لإثبات الذكاء الاجتماعي له وجود مستقل عن الذكاء اللفظي والذكاء العام. **(weichman 1977 )**

ولقد كان رأي throndike ثورندايك أن الذكاء مكون من خليط من المكونات المستقلة تجمع في ثلاثة مجالات:

**الذكاء العياني أو الشيئي:** ويشمل القدرات التي تعالج الأشياء المادية والمواد العلمية، الي يعتمد عليها في أداء الأعمال الفنية والميكانيكية واستخدام الآلات والأجهزة.

**الذكاء المجرد:** ويشمل القدرات العقلية التي تعالج الألفاظ والعمليات الرمزية المختلفة.

**الذكاء الاجتماعي:** ويشمل القدرات التي يعتمد عليها في تحديد كفاءة علاقة الفرد بالأخرين وحسن تكيفه مع الظروف الاجتماعية المختلفة. **(thorndike , 1920)**

ولقد استنتجت أو سوليفان "oésullivan" أن هناك ستة عوامل سلوكية للذكاء الاجتماعي أمكنها تحديها في أتي:

- **معرفة وحدات السلوكية:** تعكس القدرة على فهم وحدات التعبير غير اللفظي مثل تغيرات الوجه.
- **معرفة الفئات السلوكية:** وتعكس القدر على أن يدرك الشخص أن طرق التعبير مختلفة مثل الإيماءات وحالة الجسم وتغييرات الوجه، ويمكن أن يكون لها معنى مقصود.
- **معرفة العلاقات السلوكية:** وتعكس لقدراته على معرفة العلاقات في المواقف الاجتماعية.
- **معرفة المنظومات السلوكية:** وتعكس القدرة الفرد على فهم السياق الاجتماعي المركب.
- **معرفة الدلالات الاجتماعية:** وتعكس القدرة على تفسير الإيماءات والتعبير الوجهي.
- **معرفة الدلالات السلوكية:** وتعكس القدرة على التنبؤ بما سيحدث فيما بعد نتيجة لموقف إجتماعي معين. **(osullivan 1973)**

و أوضح جيلفورد "gilford" من خلال أنموذج بناء العقل الذي يوضح فيه تصنيفه للعوامل في شكل ثلاثي الأبعاد، تمثل العمليات العقلية بعده الأول والمحتويات بعده الثاني والنواتج بعده الثالث، فيما يلي توضيح لكل من هذه الأبعاد الثلاثة:

- **بعد العمليات:** ويقترح جيلفورد بالنسبة للعمليات العقلية أن تصنف إلى خمسة أنواع **(المعرفة، التذكر والتذكير التقاربي والتفكير التباعدي والتقويم).**
- **بعد المحتويات:** ويتعلق هذا البعد بالمادة المتضمنة في المشكلة التي ينشط فيها عقل الإنسان وفيها يفصل بهذا البعد، ويميز جيلفورد بين خمسة أنواع من المحتويات وهي:

– **المحتوى البصري:** وهو ذلك النوع من الأنشطة العقلية التي تكون فيها المادة أو المعلومات التي يعالجها العقل تتعلق بالإدراك البصري، مثل الأشكال البصرية أو صورها المتخيلة.

– **المحتوى السمعي:** وهو نوع من الأنشطة العقلية التي تتعلق فيها المعلومات بالإدراك السمعي، أو الإستشارة السمعية المباشرة، أو صورها المتخيلة.

– **المحتوى الرمزي:** ويتعلق بالمعلومات التي تتكون في شكل مجرد، أو في صورة غير عيانية، أو حسية، ويتكون من الحروف أو الرموز أو للأرقام، وظهر بصورة أساسية في المشكلات اللفظية والعددية، حينما لا يكون التركيز منصبا على معانيها.

– **المحتوى السيمانتي (أي محتوى المعاني):** ويتعلق بالأفكار والمعاني التي تحملها الألفاظ ودلالاتها.

– **المحتوى السلوكي:** وهو نوع من المعلومات التي تتعلق بسلوك الأخرين، وحالاتهم النفسية، كما تظهر في حركاتهم التعبيرية وقدرات المحتوى السلوكي هذه هي ما أعتبرها جيلفورد قدرات الذكاء الاجتماعي، من حيث تركيزها على التعامل مع الأخرين.

- **بعد النواتج:** ويتعلق بنوع الشيء الذي ينصب عليه نشاط الفرد العقلي وبرصف النظر عن نوعية العملية العقلية أو محتوى المشكلة، وتوجد ستة أنواع من النواتج وهي: **(الوحدات، والفئات والعلاقات، المنظومات، والتحويلات).**

وفيما يرى جابر أيضا أن القدرات في هذا الجانب السلوكي **(من أنموذج جيلفورد)**، يمكن أن توصف بأنها الذكاء الاجتماعي الذي يساعدنا على فهم سلوك الأخرين وفهم سلوكنا تجاههم أيضا. **(جابر 1997، 209-234)**

وقدم ميكنباوم meichenboum" وزملاءه أنموذجا للكفاءة الاجتماعية **(أو الذكاء الاجتماعي)** يساعد على توضيح المفاهيم المستخدمة في دراسة الكفاءة الاجتماعية، ويشمل هذا الأنموذج على:

- **السلوك الصحيح:** أي سلوك الملاحظ مباشر أو ما يصدر عن الأشخاص بشكل لفظي مثل التعليمات، الأسئلة، التعليمات، أو غير لفظي مثل "تغيرات الوجه، التغيرات غير اللفظية في مجال العلاقات الشخصية".

- **العمليات المعرفية:** و تشمل الأفكار التي تسبق السلوك الصريح، مثل مهارات التكفير والمعلومات التي يستخدمها الأفراد في المواقف الاجتماعية، كالقدرة في فهم الدور وما يرتبط به من مهارات مثل: التقمص الوجداني، والاندماج، وإدراك الأشخاص الأخرين.

- **الأبنية المعرفية:** وتعود إلى نظام المعنى للفرد، والتي تحفز وتوجه التفكير والسلوك. **( méchanbaum , et al 1981 ,35)**

ويرى أبو حطب، أن مفهوم الذكاء الاجتماعي مرتبط بمفهوم أخر وهو التعاطف والذي يعني فهم الأحداث الإنسانية والاجتماعية، وهو أقرب إلى لعب دور الأخر.

و تمثيل دوره عن طريق تفهم حالته المعرفية والوجدانية دون إندماج فيها على نحو ما تتطلبه المشاركة الوجدانية. **(أبو حطب 1990، 408)**

و توصل مارلو "Marlowe" إلى أن الذكاء الاجتماعي عبارة عن مكونين:

**الأول: الأداء الاجتماعي:** وهو السلوك الفعلي في المواقف الاجتماعية الذي طبيعته المنفعة المتبادلة.

**الثانية: الكفاءة الاجتماعية:** وهي القدرة الخاصة للشخص على التعامل مع الأخرين بطريقة ملائمة، أي القدرة على التصرف بشكل فعال اجتماعيا.

و يوضح مارلو أن للكفاءة الاجتماعية ثلاث مكونات وهي:

- **الفعالية الذاتية الاجتماعية:** وهي الشعور بالثقة، والتمكن من النجاح من التفاعل الاجتماعي.
- **المهارات الاجتماعية:** وتتكون من عنصرين، هما المهارات السلوكية والمعرفة الاجتماعية.
- **الاهتمام الاجتماعي:** ويتناول الدافع الذي يوجه السلوك للهدف، ويعكس اهتمام الشخص بالهدف واهتمام الاجتماعي به. **(mor luve 1984 ,15)**.

### 2-2-3 أبعاد الذكاء الاجتماعي:

فقد حدد مارلو "marluve" من خلال دراسة عالمية، خمسة أبعاد الذكاء الاجتماعي، تمثلت في الآتي:

- **الاهتمام الاجتماعي:** يشير إلى ميول الشخص في أي مجموعة بشرية.
- **المهارات الاجتماعية:** ويشير إلى قدرة الفرد على استخدام مهارات التفاعل الاجتماعي الكفء مع الأخرين.
- **مهارات التعاطف:** وتشير إلى فهم أفكار ومشاعر الأخرين، والتعاطف معهم.
- **القلق الاجتماعي:** ويشير إلى مستوى قلق الفرد وخبرته في مختلف المواقف الاجتماعية.
- **المشاعر الوجداني:** وتشير إلى قدرة الشخص على الإدراك، أو التنبؤ بردود أفعال الأخرين على سلوكه نحو هم. **( marlouve , 1985 , 4)**

ويمكن تلخيص الأبعاد المكونة للذكاء الاجتماعي من خلال مراجعة الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال على النحو التالي:

- الحساسية لشعور الأخرين واحترام حقوقهم ووجهة نظرهم مع الإخلاص والاهتمام بهم والقدرة على تحمل المسؤولية الاجتماعية.
- التميز بالمهارات الاجتماعية ومنها مهارة تحديد الأهداف وإنجازها ومهارات التواصل والقيادة.
- الكفاءة الاجتماعية والتي تعتبر مرادفة للذكاء الاجتماعي والتي تتضح في التكيف الاجتماعي والقدرة على التخطيط الاجتماعي والاهتمام والمشاركة الاجتماعية.
- المفهوم الموجب عند الذات والتوكيدية والحفاظ على كينونة الذات في المواقف الاجتماعية. **(أبو علاوة، 2005، 11)**

### 2-2-4 مظاهر الذكاء الاجتماعي:

نتعرف على الذكاء الاجتماعي من خلال المظاهر التي تدلل عليه، وذلك من خلال سلوك الفرد الذي يتمتع بالذكاء الاجتماعي، سواء من خلال تقيده لنفسه أو من خلال معاملته مع الأخرين لذلك للذكاء الاجتماعي مظاهر عامة تتمثل في توافق الفرد ونجاحه الاجتماعي والتزامه بسلوكيات المجتمع وأيضا خاصة تتمثل بتعامله مع الأشخاص، وذلك من خلال فهمهم وتفسير السلوك الصادر عنهم وفيما يلي: توضيح لمظاهر الذكاء الاجتماعي العامة والخاصة.

**أولا: المظاهر العامة للذكاء الاجتماعي:**

- **التوافق الاجتماعي:** ويعني السعادة مع الأخرين، والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية، والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي، التفاعل الاجتماعي السليم، والعمل لخير الجماعة والسعادة الزوجية، مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية.
- **الكفاءة الاجتماعية:** وتتضمن الكفاح الاجتماعي، وبذل كل جهد لتحقيق الرضا في العلاقات الاجتماعية، وتحقيق توازن مستمر بين الفرد وبيئته الاجتماعية لإشباع الحاجات الشخصية والاجتماعية.
- **المسايرة:** وتتضمن الالتزام سلوكيا بالمعايير الاجتماعية في المواقف والمناسبات.
- **أداب السلوك الأخلاقي:** وهو ما يعرف بالإتكيت، ويتضمن إتباع السلوك المرغوب اجتماعيا، وأصول المعاملة والتعامل السليم مع الأخرين، وأساليبه وفنياته. وذلك يتضح في قول رسول الله صلى الله عليه وسلم في الحديث الشريف: " الدين معاملة ". **(زهران 2000، 226)**

**ثانيا: المظاهر الخاصة للذكاء الاجتماعي:**

- **كفاءة التصرف في المواقف الاجتماعية:** فالشخص في تفاعله مع الأخرين يواجه مواقف مختلفة، وعليه أن يسلك فيها سلوكا معينا، فالشخص الذي يحسن التصرف في مثل هذه المواقف، أو تبعا لمعايير معينة، وهو الشخص الناجح في التعامل مع الأخرين والذي يتمتع بالقدرة على التعامل معهم.
- **فهم حالة المتكلم النفسي:** ذلك أن الأفراد يختلفون من حيث القدرة على إدراك المشاعر للأخرين، والتعرف على حالاتهم النفسية من حديثهم. ولذلك فإن الشخص الناجح في التعامل مع الأخرين هو الأقدر على إدراك هذه الحالات بسهولة وهو الأكثر ذكاء من الناحية الاجتماعية من الشخص العادي.
- **الإدراك الاجتماعي:** ويتجلى في قدرة الشخص على تفسير السلوك الصادر عن الأخرين ودلالاته الخاصة تبعا للسياق الذي صدر فيه هذا السلوك.
- **فهم السلوك الاجتماعي:** ويتمثل في القدرة على ملاحظة السلوك الإنساني، والتنبؤ به من خلال بعض المظاهر. فالشخص الذكي إجتماعيا يستطيع أن يتعرف على حالة المتحدث من خلال بعض الإشارات البسيطة التي تصدر عنه، أو أوضاع معينة لجسمه.
- **فهم التغيرات الإنسانية:** وتعني قدرة الشخص على معرفة الحالة النفسية للأخرين، وذلك من خلال إدراك دلالات بعض تعابير الوجه، أو إيماءات اليد، أو أوضاع الجسم، أو غير ذلك من المؤشرات التعبيرية. **(زهران، 2000، 282 )**

**2-2-5 النظريات المفسرة للذكاء الاجتماعي:**

بالرغم من أن الذكاء الاجتماعي حديث العهد إلا أنه تم التأصيل له من خلال النظريات التي تحدثت عن التفسيرات المختلفة للذكاء الاجتماعي، حيث وضعت تفسيرات مختلفة للذكاء الاجتماعي تبعا لاختلاف المنهج الذي اتبعه كل باحث في تناوله للسلوك الإنساني وتفسيره له.

النظرية الضمنية: وتشمل أربع أفكار رئيسية، تمثل خصال الشخص الذكي اجتماعيا، كما ذكرها فورد "ford" في دراسته عن طبيعة الذكاء الاجتماعي وهي:

- أن يكون حساسا لمشاعر الأخرين، وأن يتميز بقدر عال من المسؤولية الاجتماعية، وأن يحترم حقوقهم ووجهة نظرهم. أن يكون مخلصا لهم.
- أن تكون لديه مهارات وسيلة جيدة، أي يعرف كيف يتم إنجاز الأعمال، وأن يمتلك مهارات اتصال إنساني عالية الكفاءة. ويستطيع أن يحدد أهداف ولديه قدرات قيادية.
- أن تتوفر لديه الكفاءة الاجتماعية وتعني السهولة الاجتماعية، والتي تشمل على عدة خصائص، يدخل فيها:

– تمتع الفرد بالمشاركة في الأنشطة، والاندماج فيها، وأن يكون متكيفا اجتماعيا منفتحا على الناس وأن يكون سهلا معهم.

– قوة التأثير النفسي، والتي تشير إلى خصائص مثل مفهوم الذات الإيجابي وأن يكون لديه استبصار جيد بذاته والنظرة الواقعية للحياة.

**النظرية الظاهرية:** وتؤكد على مجموعتين من القدرات التي يتميز بها الشخص الذكي اجتماعيا، وهي:

– **سهولة التكيف:** وتتمثل في القدرة على التكييف مع أي مجموعة بشرية، والتأقلم معها.

– **قوة الشخصية:** تتمثل في التصرف الجيد في المواقف الاجتماعية. **( fond 1983 , 7-8)**

**نظرية جيلفورد:** الذي أوضح **(من خلال أنموذج بناء العقل )**، أن الذكاء الاجتماعي نوع مستقل عن التحصيل الأكاديمي، والذكاء العام، وعن الجوانب المعرفية الأخرى. **(جابر 1997، 210 )**

**نظرية الذكاءات المتعددة:** التي قدمها جاردنر **(gardner)** والتي تتضمن ما أسماه " ذكاء العلاقات المتبادلة بين الأشخاص بإعتباره الذكاء الاجتماعي والذي يشمل عددا من القدرات، أهمها ما يلي:

- إستشفاف المشاعر الإنسانية، والدوافع، والحالة النفسية أو الميزانية للأخرين.

- القدرة على بناء العلاقات الناجحة مع الأخرين، وعلى العمل كعضو فعال في فريق.
- القدرة على إيداء التعاطف مع الأخرين **( جابر 2003، 103)**

وقد اعتبر جاردنر **(garduer)** أن الذكاء مكون من قدرات متعددة ويظهر في مجالات متعدده كذلك سواء في حل المشكلات أو في القدرة على تعديل أو تغير المنتجات المستبعدة في نمط ثقافي أو أنماط ثقافية معينة. وتلك الأنماط هي:

– **الذكاء البدني:** وهو القدرة على أداء الأعمال اليدوية بمهارة والقدرة على السيطرة على الحركات وتنسيقها.
– **الذكاء الاجتماعي:** ويسمى ذكاء التعامل مع الأخرين ويتكون من القدرة على العمل التعاوني والقدرة على الإتصال الشفوي وغير الشفوي مع الاخرين ويتضمن إستعمال فهم الشخص لأهداف الأخرين ودوافعهم ورغباتهم لكي يتفاعل معهم بطريقة مرضية كما يفعل السياسي والبائع.
– **الذكاء الذاتي:** وهو القدرة الشخص على فهم ذاته من جوانبها المختلفة من المشاعر والعواطف وردود الفعل والتأمل الذاتي ومن أمثلة الأشخاص الذين لديهم نسبة عالية من هذا النوع من الذكاء وهم الروائين والفلاسفة وعلماء النفس.
– **الذكاء المنطقي أو الرياضي:** وهو القدرة على التفكير المنطقي والمحاكاة العقلية والتعامل مع الأرقام وإنشاء أنماط عديدة والتعرف على الأنماط المجردة، كما يفعل المحققون والباحث والعلماء الفلكيون.
– **الذكاء الإيقاعي (الموسيقي):** وهو القدرة على تميز الأصوات والنغمات.
– **الذكاء اللغوي أو الشفوي (اللفظي):** وهو القدرة على توليد اللغة والتراكيب اللغوية التي تتضمن الشعر وكتابة القصص واستعمال المجاز.
– **الذكاء الفضائي أو البصري:** وهو القدرة على إبداع الصور العقلية والتخيل والفنون البصرية والتصميم المعماري.
– الذكاء الطبيعي: وهو القدرة على تمييز النباتات والحيوانات ومكونات البيئة والأحداث الطبيعية الأخرى مثل الغيوم والتربة والمعادن. **(الرحو 2005، 242 )**

### 2-2-6 قياس الذكاء الاجتماعي:

لقد نبه تورندايك "thoundik" منذ وقت مبكر إلى مشكلات قياس الذكاء الاجتماعي، فقد استبعد صراحة استخدام الإختبارات اللفظية وعبر عن شكوكه في استخدام الصور كمحتوى تتألف منها هذه الاختبارات تحل محل الحياة الواقعية. أما سيبرمان "sperman" فكان يرى أن القدرة على معرفة الحالات العقلية والوجدانية للأخرين يمكن قياسها باختبارات من نوع التفسيرات نجد مجموعة من الصورة نتطلب من

المفحوص إدراك ما يحدث واستنتاج ما حدث من قبل والتنبؤ بما سيحدث بعد ذلك، وقد سجل سيبرمان بعض النتائج التي توصل إليها من الدراسة لهذه الاختبارات والتي استنتج منها أن هذه الاختبارات تقيس شيئا مشتركا إلى جانب اشتراكها في العامل العام. **(أبو حطب 1990، 410)**

وأرجع فورد وتيساك "ford & tisak"، صعوبة قياس الذكاء الاجتماعي إلى سببين، هما:

- اختلاف الذكاء الاجتماعي عن الذكاء العام أو الذكاء الدراسي، وأنه لذلك لم يهتم به الباحثون من حيث التعريف، أو من حيث وضع أدوات قياس مناسبة له.
- تصور أن الاعتماد على الاختبارات اللفظية في قياس الذكاء الاجتماعي، قد لا يكون ملائما لقياس الذكاء الاجتماعي فعلا، حيث يدخل في ذلك الذكاء المجرد. **(196"، 1983، ford & tisak )**

## خلاصة الفصل الثاني :

مما سبق يتضح أن الذكاء الاجتماعي من العوامل الهامة في الشخصية لأنه يرتبط بقدرة الفرد على التعامل مع الأخرين وعلى تكوين علاقات اجتماعية ناجحة وعندما يتمتع الفرد بالذكاء الاجتماعي هذا يعني أنه يمتلك القدرة على التفاعل الاجتماعي مع الأخرين من ناحية واستقطابهم للتعامل معهم من ناحية أخرى و يتشكل الذكاء الاجتماعي من مزيج متوازن من الشعور باحتياجات الأخرين واهتماماتهم الصريحة،منها والضمنية، ومن اكتساب مجموعة من المهارات التي تكمن من النجاح في التفاعل معهم في كل مكان وزمان.

# الفصل الثالث

## التمـــــاسك النـــــــفسي

تمهيد

1- نشأة وتطور مفهوم الشعور بالتماسك النفسي

2- تعريف الشعور بالتماسك النفسي

3- لغويا

4- اصطلاحا

5- أبعاد الشعور مشاعر التماسك وقابليتها للتعديل

6- تنمية مشاعر التماسك وقابليتها للتعديل

7- خصائص الأفراد مرتفعي الشعور بالتماسك النفسي

8- تأثير مشاعر التماسك النفسي على المرض النفسي والجسدي

خلاصة

**تمهيد:**

جذب مفهوم النظري للشعور بالتماسك العديد من علماء النفس والاجتماع والمختصين في مجال الصحة، فهو خاصية نفسية لا تزال البحوث والدراسات العربية حولها فنية في حدود إطلاع في مقابل عرفت اهتماما وتناولا كبيرين في الدراسات الغربية، فهو خاصية أو سمة مشتركة بين الناس الذين حافظوا على صحتهم في ظل وجود الظروف الصعبة، وحسب أنتوفسكي فإن هذا المفهوم يعتبر موردا داخليا للتمتع بالصحة.

و يذكر انتونوفسكي أن مشاعر التماسك عبارة عن توجه نحو الحياة يعبر عن المقدار الذي يمتلك فيه الفرد الشعور الملح والدائم والدينامي في الوقت نفسه بالثقة بالتنبؤ بعالم خبراته الداخلية والخارجية، وبأن هناك احتمال مرتفع بأن تتطور الفرص بالشكل المنطقي الذي يتوقعه الفرد. ويشير **(kaori, 2010)** بأنه يستند إلى نظرية المنشأ الصحي وهو يفسر قدرة بعض الأفراد على الاحتفاظ على صحتهم في المواقف العصبية، كما أن لهم القدرة على المضي قدما وعلى النمو والازدهار إذ من حيث الفكرة هي القدرة على التأقلم مع الضغوط أو القدرة على الحفاظ على الصحة.

**1-نشأة وتطور مفهوم الشعور بالتماسك النفسي:**

سعى العالم الاجتماعي أرون أنتونوفسكي **(antonovsky 1994 , 1923)** لفهم الألية التي من خلال يظل بعض الأشخاص أصحاء في عالم مليء بالضغوط وضمن سلسلة أبحاثه المكشف سنة **(1979)**، ما أطلق عليه "الشعور بالتماسك" وهو سمة مشتركة بين الناس الذين حافظوا على صحتهم في ظل وجود الظروف الصعبة. وحسبه فإن هذا المصطلح يعتبر موردا داخليا للتمتع بالصحة، إذ أن جل أعمال حمول المفهوم جاءت من خلال محاولته لتحديد وفهم الكيفية التي يقاوم بها الأفراد مصادر الضغط في محيطهم، كما أشرنا سلفا.

كما حاول فهم العوامل التي تجعل بعض الأشخاص يتمتعون بالصحة في عالم مليء بمسببات الضغط، وقد توصل بأن الشعور بالتماسك هي خاصية أو سمة مشتركة لدى هؤلاء.

وهذا المفهوم ينتمي إلى اتجاه المنشأ الصحي الذي يدافع عنه أنتونوفيكسي والذي يبحث في بعض القضايا ومنها "لماذا يظل الناس أصحاء على الرغم من وجود كثير من المؤثرات المضرة بالصحة"؟

ومنها لاشك فيه أنه عندما تكون الظروف الخارجية متشابهة فإن مدى جودة استغلال الإنسان لموارده الموجودة من أجل الحفاظ على الصحة، ستعلن بمدى وجود متغيرات وعوامل يطلق عليها موارد الحفاظ على الصحة أو عوامل المقاومة.

ومن خلال الدراسات التي أجراها أنتونوفسكي على اشخاص أصحاء نفسيا صاغ نظريته حول الشعور بالتماسك النفسي. **( بيد مونت، 2015)**

**2-تعرف الشعور بالتماسك الـ sensé of cohérence:**

أعطيت تعاريف كثيرة ومتعددة للشعور بالتماسك، حيث يعرف في معجم علم النفس والتحليل النفسي بأنه "مجموعة القوى التي تجعل الفرد وتبقى عليه عضوا في الجماعة ". **(فرج أخرون، د س، ص 145)**

**تعريف لغة: ( mesurable , connections cohérence: state of Steichen together)**

معجم معاني **(اقتران – ارتباط – ترابطا)**

– **تماسك:** يتماسك: تماسكا فهو متماسك: تماسكت الأشاء ترابطت، أجزاءها بعضها البعض، قويت واستندت ومسك بعضها بعضها بنيان متماسك الأجزاء ".

– **تماسك:** التصاق، التحام، ترابط، تساوق، التماسك: ترابط أداء الشيء حسيا أو معنويا، ومنه: التماسك الاجتماعي، وهو ترابط أجزاء المجتمع الواحد **( المعجم الوسيط، 2014، ص )**

أما في معجم علم النفس والتربية فيعرف بأنه: تكوين وحدة ترتبط أجزاءها ارتباطا عضويا لا تنافر بينها".

– و يعرف في علم النفس بأنه توحيد الإحساسات المتفرقة في هيئة كلية ".

ويعني التماسك الارتباط أو الترابط أو الاتساق، وكلما كانت مشاعر التماسك أكثر وضوحا يفترض أن يكون الإنسان أكثر صحة أو يشفى بسرعة أكبر ويبقى كذلك.

**اصطلاحا:**

يعرف أنتوتوفسكي مشاعر التماسك كالتالي:

"أنه عبارة عن توجه نحو الحياة يعبر عن المقدار الذي يمتلك فيه الفرد الشعور الملح والدائم والدينامي في الوقت نفسه بالثقة بالتنبؤ بعالم خبراته الداخلية والخارجية، وبأن هناك احتمال مرتفع بأن تتطور الفرص بالشكل المنطقي الذي يتوقعه الإنسان ". **(يوسفي 2018، ص 180-181 )**

واستخدامه لصفة الدينامية يشير إلى أن هذا التوجه نحو الحياة يكون موجها باستمرار بخبرات حياته جديدة ويتأثر بها، ومن جهته يؤثى مدى وضوح أو بروز مشاعر التماسك على نوعية خبرات الحياة وهذا يؤدي إلى أن خبرات الحياة تؤكد أو تبرهن الاتجاه. وبهذا يصبح هذا الاتجاه ثابتا ودائما.

ويمكن تعريف هذا المفهوم "بأنه الشعور من الثقة في القدرة على التنبؤ بالبيئة، والشعور بأن الأمور ستسير على أفضل ما يكون، ويشير أنتنوفسكي أن مفهوم التماسك في بعض الثقافات يكون مماثلا لمفهوم "الشعور بالسيطرة".

وهناك عدة من الموارد التي تعمل على تعزيز الشعور بالتماسك: مثل الموارد المادية والمعرفية والعاطفية والدعم الاجتماعي والمادي، والقيم والمواقف والثقافة والانتماء ".

أما شدة مشاعر التماسك فهي مستقلة عن الظروف القائمة أو الموقف أو عن الدور الذي يقوم به الفرد أو الذي على الفرد القيام به، ومن هنا يطلق أنتونوفكسي على هذا الاتجاه تسمية التوجه الاستعدادي أيضا **(هو عبارة عن سمة دائمة إلى حد ما )**، غير أنه لا يشكل نمطا خاصا من أنماط الشخصية.

كما يرى كذلك أن الشعور بالتماسك هو "توجه أساسي وعام للفرد معرفيا وعاطفيا في مواجهة العالم المحيط به، وهو شعور بالثقة المطلقة والمبنية والثابتة وإدراك الفرد بأنه التغير في الأحداث الداخلية أو الخارجية، يمكن ضبطها والتحكم بها وبذلك إستخدام المصادر المتاحة للحفاظ على الصحة النفسية والجسدية".

كما يشير كيوري **(koori 2010 )** بأنه مفهوم يستند إلى نظرية المنشأ الصحي satutogenesis وهو يفسر لنا لماذا يحافظ الناس في المواقف العصبية على صحتهم ولهم القدرة على النمو والإزدهار، إذ من حيث الفكرة هي القدرة على تأقلم مع الضغوط أو القدرة على الحفاظ على الصحة ".

كما يرى كنسولي **(corsoli 1993)** "بأنه توجه عام للتفكير متمركز حول شعور ثابت وديناميكي بالثقة بالنفس والذي يسمح للشخص بفهم وضبط المثيرات القادمة من المحيط الخارجي أو الداخلي من أجل المواجهة والتصدي للمواقف الضاغطة".

يرى ناجا روبرت وأخرون ، بأن الشعور بالتماسك "يمثل بعدا هاما في النماذج الكلاسيكي لعلم النفس الصحة التي تبحث في العوامل التي تسمح للفرد بالتمتع بالصحة الجيدة، عندما يكون تحت طائلة الضغط، وليس في العوامل التي تجعل الفرد هشا **(vulnerable)**، إذ يرى أنه توجه عام يركز على شعور ثابت بالثقة بالنفس ولكنه ديناميكية يساهم في فهم وضبط وإستدخال الأحداث والمواقف الداخلية والخارجية بعقلانية ".
**(nadja rofert & al 2006)**

مما سبق نخلص إلى أن مشاعر التماسك إذا تمثل بالنسبة لنموذج المنشأ الصحي الإجابة عن الكينية التي ننشأ بها الصحة وكيفية الحفاظ عليها.

أما بعض الباحثين يرون أن الإحساس بالتماسك يعتبر نوع من الميل التفاؤلي إتجاه الأشاء الضاغطة وغير القابلة للضغط، ونوع من الثقة بوجود إمكانات للمواجهة. كما ويتضمن هذا المفهوم الأمور التالية:

1- التوقع التفاؤلي بأن الأمور ستكون منتظمة وشفافة وقابلة للضغط والفهم.

2- الثقة بأنه سيتم السيطرة على الأحداث المستقبلية من خلال الجهود الذاتية أو من خلال الدعم والساندة الخارجية.

3- القناعة الفردية المتمثلة بأن الأحداث عبارة عن مطالب أو مهمات ستطرح على الفرد وأن الأمر يستحق أن يبذل الإنسان في سبيلها ويضحي من أجلها.

4- قدرة عالية من التكيف مع عالم ملئ بالعوامل الضاغطة، أو بالعوامل المسببة للإجهاد التي لا يمكن تجنبها.

**3. أبعاد الشعور بالتماسك النفسي:**

يرى أنتونوفسكي أن هذا الإتجاه يتألف من ثلاث مركبات وهي:

1. **مشاعر الوضوح sense of comprehensibility:** وتعني توقعات أمر مهارة الفرد في التمكن من تمثل المثيرات أو المنبهات حتى غير المعروفة له كمعلومات متماسكة ومنظمة، وليس مثيرات مشوشة وعشوائية وتعسفية وغير واضحة، وإذا فمشاعر الوضوح تعني نمطا معرفيا من التمثل، وهو الاعتقاد بأن الأشياء تحدث بشكل منظم وبطريقة يمكن التنبؤ بها. وكذلك الشعور أنه يمكن للفرد أن يفهم الأحداث في حياته. والتنبؤ بعقلانية بما سيحدث في المستقبل.

2. **مشاعر الطوعية (القابلية للتذليل) sense of manageability:** ويصف هذا المركب قناعات الفرد بأن الصعوبات قابلة للحل، ويطلق أنتونوفسكي على هذا الاعتقاد مركب تسمية **(الثقة الأداتية)** أيضا ويعرفها بأنها المقدار الذي يدرك فيه الإنسان أنه يمتلك فيه الإحتياطات أو الموارد الملائمة من أجل مواجهة المتطلبات.

ويركز أنتونوفسكي هنا على ان الأمر لا يتعلق بإمتلاك الموارد والكفاءات الخاصة فحسب وإنما الاعتقاد بأن الأخرين يمكن أن يقدموا دعما. والإنسان الذي يعوزه هذا الاعتقاد بشبه تعيين الحظ الذي يشعر دائما بأنه واقع تحت رحمة أحداث نفسية ومرعبة دون أن يستطيع القيام بأي شيء إتجاهها ويعتبر أنتونوفكسي مشاعر الطوعية كنمط ومن التمثل الانفعالي المعرفي. بمعنى الاعتقاد بأن لديك المهارات او القدرة، وكذلك الدعم أو العون، أو الموارد اللازمة لمواجهة المواقف، أن هذه الأحداث قابلة للتحكم فيها وأنها تحت أو ضمن السيطرة أو التحكم.

3. **مشاعر المعنى: sense of meaningfulmess**: ويصف هذا البعد المقدار الذي يشعر فيه الإنسان انفعاليا بالحياة على أنها ذات معنى، بحيث أن بعض المشكلات والمتطلبات التي تواجه الإنسان تستحق أن يسخر من أجلها الطاقة أن يبذل في سبلها وأن يشعر أنه من واجبه الإلتزام بها وبأنها تحديات مرحبا بها أكثر من كونها تحديات مزعجة يرغب الإنسان بالتخلص منها.

بمعنى الاعتقاد بأن الأشياء في الحياة هي مثير للاهتمام ومصدرا للرضا، أن الأمر حقا يستحق كل هذا العناء. وأن هناك سبب وجيه للاهتمام بها.

وفي تعريفه للشعور بالتماسك النفسي يرى إنتنوفكسي أن مشاعر الوضوح هي المكون المعرفي، فيها يعتبر مشاعر المرونة والطواعية بأنها المكون المادي أو الوسيلي instrsumental، أما المكون الثالث فيعتبر المكون الدافعي".

ويعتبر أنتونوفسكي المركب الدافعي بأنه أنه المركبات، فبدون خبرة المعنى وبدون التوقعات الإيجابية من الحياة لا تنجم قيمة عالية لمشاعر التماسك ككل على الرغم من الدرجة العالية من وضوح المركبين الأخرين، والإنسان الذي يعيش خبرة المعنى سوف يشعر أن الحياة مرهقة جدا في جميع المجالات وسوف يشعر بأن كل مهمة أخرى مطروحة عليه هي ضغط إضافي أو زائد.

ويتضح التفريق بين المكونات الثلاثة من خلال التعريف الثاني التالي لمشاعر التماسك: "عبارة عن توجه عام يعبر عن المقدار الذي يمتلك فيه شخص ما الشعور الملح والدائم والديناميكي بالثقة بأن:

**أولا:** المتطلبات القادمة في العالم الداخلي والخارجي جزء من مجرى الحياة ويمكن استجابها وتمثلها وتفسيرها.

**ثانيا:** الموارد اللازمة لمواجه هذه المتطلبات متوافرة وكافية.

**ثالثا:** هذه المتطلبات عبارة عن تحديات تستحق الإستثمار فيها والإلتزام بها.

**4. تنمية مشاعر التماسك وقابليتها للتعديل:**

تنمو مشاعر التماسك حسب إنتونوفسكي في مجرى الطفولة والمراهقة وتتأثر بالخبرات والتفاعلات المجتمعية، ففي المراهقة يكون المجال ما زال مفتوحا لإجراء تعديلات كبيرة. ذلك أنه تتوفر للمراهق إمكانات إختيار كبيرة ومازالت مجالات الحياة غير محددة بدقه، وفي حوالي سن الثلاثين تكون مشاعر التماسك قد تكونت وتبقى ثابتة نسبيا.

و يوضح أنتونوفكسي أن مشاعر تماسك تتشكل من خلال مبادئ بياجيه في التمثل assinilation والمطابقة accommodation دون أن يمسها ضمنيا، إذ يرى أن التغيرات الكبيرة تؤثر على الإتجاهات الداخلية وتعادلها، ومن ناحية أخرى يتم تفضيل السعي نحو عوالم الخبرة المألوفة على أساس من القناعات القائمة إتجاه الحياة، بحيث تعزز أو تبرهن هذه العوالم المألوفة من الخبرة القناعات القائمة بالأصل.

ويقم تشكيل بعد الوضوح comperhensibility من خلال خبرة التماسك أو الإتساق consistency، وذلك أن المثيرات والخبرات لا تظهر بشكل عشوائي ومتناقضة وغير قابلة للضغط كلية ويمكن تنظيمها وتصنيفها وتصميمها، وتنشأ القابلية للتذليل manageability من خلال خبرة الضغوط العالية أي أن الفرد لا هو معرض لفرط في المتطلبات ولا لقلة فيها، أما مشاعر المعنى فيتم تنميتها من خلال الخبرات التي تمتلك تأثيرا على تشكيل المواقف.

أما فيما يخص إذا كان سيشكل شعورا قويا أم ضعيفا بالتماسك فإن الأمر يتعلق حسب أنتونوفسكي بالمعطيات الاجتماعية، أي بالامتلاك موارد مقاومة معممة **(antonovshy 1993)**. فإذا كانت موارد المقاومة موجودة والتي تنتج باستمرار حدوث خبرات منسقة وتتضمن إمكانيات تأثير وتوازن بين فرط ونقص المتطلبات، وينشأ عندئذ شعور قوي بالتماسك.

أما الخبرات التي تتميز بصورة غالبة بمشاعر عدم قابلية للتنبؤ، وعدم القابلية للضغط وعدم الأمان فنقود إلى شعور ضعيف بالتماسك، غير أن هذا لا يعين أنه لا يجوز لإنسان ما ألا يكون قد خير مشاعر عدم الأمن وعدم القابلية للتنبؤ من أجل لحسب شعورا فورا بالتماسك، لابد من وجود علاقة متوازنة بين التساوق والمفاجآت، وبين الأحداث المعززة والمحيطة. **(antonovshy 1993)**

ويعتقد أنتونوفسكي أن تعديل مشاعر التماسك في سن الرشد أمر غير ممكن إلا بشكل محدود جدا، إلا أن التغيرات المتطرفة في المؤثرات الاجتماعية والثقافية أو في ظروف الحياة النبوية كالهجرة وتبديل مكان السكن وتغيير الحالة الأسرية أو ظروف العمل الت يتغير بشدة من الموارد وإمكانيات التصرف القائمة أو تعمل في طياتها خبرات غير متوقعة، يمكن أن تقود إلى تعديل واضح في مشاعر التماسك وكذلك يمكن إجراء التعديل من خلال العلاج النفسي غير أن هذا يتطلب عملا قاسيا ومستمرا.

**( antonovesky , 1979 )**

**5.خصائص الأفراد مرتفعي الشعور المتماسك:**

يؤثر مشاعر التماسك بوصفها مبدأ التوجيه مرن يقوم بتحفيز استخدام نماط تمثل مختلفة، كاستراتيجيات التعامل coping strategies في سياق المتطلبات، إذا يختار الشخص الذي يمتلك مشاعر قوية من التماسك ذلك النوع من استراتيجيات المواجهة التي تبدو له مناسبة أكثر من غيرها من أجل تجنب الموقف الضاغط التي تواجهه.

فالأفراد الذين يملكون شعور مرتفعا بالتماسك هم أكثر قدرة على تبني سلوكيات ملائمة لتكيف مع المواقف الجديدة والمفاجئة في سياق النمو، كما لديهم القدرة على الاختيار والتنويع في نماذج الاستجابة لها. كما أن درجة أو مستوى التماسك يؤثر على قدرة الفرد في استخدامه للمصادر المتاحة لكي يحتفظ بصحة ويحافظ على شعوره بالوجود الأفضل.

والأفراد الذي يحصلون على درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة في مقياس التماسك النفسي لنتونوفسكي يعتبرون مرتفعي الشعور بالتماسك، وهم يرون العالم أكثر تماسك، ويواجهون بتحدي كما أن مثل هؤلاء الأفراد يصفنون بأنهم أكثر صحة على متصل الصحة / المرض.

إن الشعور بالتماسك النفسي لا يعتبر استراتيجية للمواجهة في حد ذاتها، لكن الفرد الذي يملك شعورا قويا بالتماسك من المحتمل أن يكون أكثر استخداما للاستراتيجيات التوافقية المناسبة لمواجهة بعض خصوصيات المواقف المحددة.

أما أولئك الذين يسجلون انخفض في جميع أبعاد مقياس الشعور بالتماسك النفسي، يعتبرون منخفضي التماسك النفسي، وهم ينظرون إلى العالم بأنه غير متماسك. ويشعرون بأنهم ليس لهم القدرة على تسير التحديات التي تفرضها الضغوط.

كما أكد أنتونوفسكي أيضا على أن الشعور بالمعنى هو عنصر أساسي ترتبط بالتماسك النفسي، يرتبط إيجابيا مع الصحة الجيدة. وهذا ملاحظ لدى المسنين، كما توصل شيدو وأخرون,في دراسة أجريت بألمانيا أن الشعور بالتماسك إرتبطا إيجابيا مع الصحة لدى عينة من المرض المسنين.

**( schneider et al،2000)**

**6.تأثير مشاعر التماسك النفسي على المرض النفسي والجسدي:**

لعقود ماضية حاولت العديد من الدراسات معرفة ودراسة التأثير المحتمل لتماسك النفسية على مختلف الجوانب المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية، وفي مراجعة الدراسات السابقة وجد الباحثون أن الشعور

بالتماسك النفسي يرتبط بقوة وسلبيا مع الإنهاك. الوحدة النفسية، القلق، الغضب، الكراهية، العجز المكتسب، اليأس، التشاؤم، الاكتئاب، إدراك الضغوط، اضطراب ما بعد الصدمة...إلخ.

فالدرجة المرتفعة من الشعور المتماسك ارتبطت إيجابيا مع الاستراتيجيات التوافقية ومع الجلد **(mesilinee)** كما ترتبط بشكل مؤثر وفاعل مع المواجهة.

فالشعور بالتماسك النفسي ضروري من أجل تعزيز نوعية الحياة للفرد في معايشة الأمراض النفسية، مثل انفصام الشخصية والجسدية مثلا:

– يمكن لمشاعر التماسك النفسي أن تؤثر على أجهزة مختلفة من العضوية **(كالجهاز العصبي المركزي، وجهاز المناعي، والجهاز الهرموني. ..وغيرها ).**

– تقوم مشاعر التماسك بحشد الموارد ويقود الاستخدام الناجح للموارد إلى تخيض التوتر ويؤثر بالتالي بشكل مباشر على المنظومات الفيزيولوجية لتمثل الضغط ولا يعتبر أنتونوفسكي ردة فعل قصيرة الأمد هنا مضرة بالصحة طالما تتم موازنتها من خلال طور لاحق من الراحة أو المعافاة، ولا ينشأ المرض إلا عندما تحطم هذه الإرتكاسات سيرورات المنظومة في التنظيم الذاتي.

– الأفراد الذين يمتلكون مشاعر التماسك النفسي واضحة هم أهم أقرب لأن يكونوا قادرين على الإختيار الهادف لأنماط السلوك الفهمي للصحة **(كالتغذية الصحية...).**

– مراجعة الطبيب صورة مبكرة، القيام بفحوصات دورية وقائية.

– تجنب الأنماط السلوكية المضرة بالصحة. وبالتالي فإن لمشاعر التماسك تأثيرات غير مباشرة على الحالة الصحية من خلال التأثير على السلوك الصحي. **(يوسفي حدة,ص140, 2018).**

## خلاصة الفصل الثالث :

عندما يتمتع الأفراد بالخصائص النفسية الإيجابية لتماسك النفسي، يساعدهم على إدراك المواقف الضاغطة على أنها أقل تهديدا، وبأن لديهم القدرة على ضبطها كما أنه بإمكانهم الاستمرار في أنشطتهم وبالالتزام من الوصول إل حالة من التوافق النفسي والجسدي، إذ يعمل من خلال أبعاده المتمثلة في مشاعر الوضوح والطوعية، ومشاعر المعنى في التقييم الإيجابي للمواقف وبذلك التمثل المعرفي و الانفعالي لها. مما يترتب عنه استخدام إستراتيجيات الإيجابية للمواجهة، وهذا ما يجعل وقع الأحداث على الفرد أقل خطرا تهديدا مما يقوده في النهاية إلى الشعور بالصحة النفسية و الجسدية .

# الفصل الرابع

## جـــودة الحـــياة

تمهيد

1- نظرة تاريخية عن جودة الحياة

2- مفهوم جودة الحياة

3- أنماط تعريف جودة الحياة

4- الجودة لغة واصطلاحا

5- أهمية مفهوم جودة الحياة ووضعيته في نظريات علم النفس

6- نماذج جودة الحياة

7- أبعاد جودة الحياة

8- محددات جودة الحياة

9- مقومات جودة الحياة

10- معوقات جودة الحياة

11- قياس جودة الحياة

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

تعد جودة الحياة من المفاهيم النفسية والاجتماعية المعاصرة التي حظيت باهتمام واسع في ميادين البحث العلمي، نظراً لارتباطها الوثيق بصحة الفرد النفسية والجسدية ومدى قدرته على التكيف مع ظروف الحياة المختلفة. ويُقصد بجودة الحياة إدراك الفرد لمستوى رفاهه في الجوانب الجسدية، والنفسية، والاجتماعية، وقدرته على التفاعل الإيجابي مع بيئته وتحقيق التوازن بين مطالبه وموارده.

وتزداد أهمية جودة الحياة عند الحديث عن الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة، حيث تشكل هذه الأمراض تحدياً مستمراً قد يؤثر على الأداء الوظيفي، والحالة النفسية، والعلاقات الاجتماعية. ومن هنا، لم يعد التدخل العلاجي يقتصر على معالجة الأعراض الجسدية فحسب، بل امتد ليشمل تعزيز الجوانب النفسية والاجتماعية التي تسهم في تحسين جودة حياة هؤلاء الأفراد. النفسي من العوامل النفسية المهمة التي يُمكن أن تلعب دوراً فاعلاً في تحسين جودة الحياة لدى مرضى

**1- نظرة تاريخية عن جودة الحياة:**

حظى مفهوم جودة الحياة باهتمام كبير في مجالات الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد وحديثا في مجال علم النفس، وتعددت استخدامات "مفهوم جودة الحياة " بصورة واسعة في جميع المجالات مثل جودة الحياة وجودة الخدمات وجودة الزواج وجودة أخر العمر وجودة المدرسة. ..إلخ. وأصبحت الجودة دفها للدراسة والبحث باعتبارها الناتج أو الهدف الأسمى لأي برنامج من برامج الخدمات المقدمة للفرد. **(هاشم 2001، ص 125)**

وترى **(الجوهري 1994، ص 8-9)** أن الاهتمام بجودة الحياة ليس بالمجال الجديد بالرغم من حداثة المصطلح، فمن الثابت تاريخيا أن المدن الصغيرة في العصور الوسطى كانت تتناول الأراء ووجهات النظر المتعلقة برفاهية الأفراد وطبيعة الحياة الملائمة لهم، كذلك الحال في المدن الكبرى، ولم يكن الهدف أنذاك تحسين جودة الحياة بقدر ما تمثل في اكتشاف الموارد البيئية في محاولة لاستغلالها من ناحية ودرء الكوارث ومواجهة الاضطرابات الاجتماعية من ناحية أخرى.

ويمكن إرجاع بداية مفهوم جودة الحياة في الظهور إلى حركة المؤشرات الاجتماعية بعامة ومؤشرات جودة الحياة بخاصة حيث جاءت في إطار مناخ سياسي والاقتصادي والثقافي، تموج به التيارات الرافضة للنظام السياسي الاقتصادي السائد، الذي يجعل من زيادة الدخل القومي، وزيادة الإنتاج، وزيادة الاستهلاك مؤشرا لنجاحه ووسيلة لتحقيق الغاية النهائية للسياسات، سواء كانت تحقق نمو المجتمع أو تقدمه أو رفاهيته لذلك لم يكن مثيرا للدهشة أن تكون بداية ظهور هذا المصطلح في دول الغرب الصناعية. **(صالح، 1990، ص 54)**

ويذكر سنوك **(snoek 2000 ,p 24)** أول تناول واضح للمفهوم كان من قبل الاقتصاديين الأمريكيين صامويل أوردواي **(samuel ordway , 1953)** وفيرفيلد أوسبورن **(1954)** fairfield osborn حيث عبرا عن ذلك باستخدام هذا المفهوم في التعبير عن قلقهما على البيئة من أخطار النمو الاقتصادي والصناعي المتزايد. وبعد ذلك بسنوات قليلة عام**(1958)** ظهر كتاب جون جالبيرت john galbraith والذي دار عن رفاهية المجتمع ثم أعقبه بكتابه الثاني عام **(1967)** بعنوان الوضع الصناعي والذي انتقد فيه الأيديولوجية الاقتصادية القائمة على التوسع الصناعي، حيث أكد أنه ليس المهم كمية وحجم ما نتج من سلع وبضائع، لكن المهم هي جودة حياتنا.

ويرى **(الغندور 1999، ص 18)** أن الأصول التاريخية للاهتمام بهذا المفهوم يرجع إلى كتابات كارل ماركس، حيث اهتم في كتاباته السياسية بالفروق في أسلوب الحياة لدى الطبقات الاجتماعية المختلفة.

ويشير سنوك **(snoek2000 , p24)** أن الرئيس الأمريكي ليندون جونسون lyndon johnson كان قد استخدم عام **(1964)** مصطلح جودة الحياة في اجتماع سياسي، أكد فيه أن انجازاتنا لأهدافنا لا يقاس من خلال حجم حساباتها البنكية، لكن بمدى جودة الحياة التي نوفرها لشعبنا.

غير أن الكسندروأخرون **(Alexander et al 1980)** أشاروا إلى أن البدايات الأولى لمفهوم جودة الحياة كانت مع استخدامه كمرادف للتقدم والرفاهية الإنسانية وجودة المعيشة من حيث التقدم الاقتصادي، مما جعل الباحثين يستعينون بالمؤشرات الموضوعية، مثل نصيب الفرد من الدخل القومي والناتج الصناعي ومعدلات الاستهلاك. **(الغندور 1999،ص 37)**

وفي منتصف الستينات كل طرح مصطلح جودة الحياة، ليعني نزوعا نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، هذا النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه، وبهذا تمثلت جودة الحياة المبتغاة في توجيه السياسات للإستمتاع بوقت الفراغ، والاهتمام بالإنفاق في المجالات الثقافية والاجتماعية. **(صالح 1990، ص 54)**

كما ويرى سنوك **(snoek ,2000)** أن علماء الاجتماع أصبحوا خلال عقد الستينات أكثر اهتماما بقضية جودة الحياة أو جودة المعيشة، خاصة العلاقات بين المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية لجودة الحياة من ناحية والتقييم الذاتي لهذه الظروف على الأخرين من ناحية أخرى.

ولكن ما أن أشرف عقد الستينات على الانتهاء، حتى أخذ مفهوم جودة الحياة منحى مختلفا تماما ليعبر عن حركة المعارضة، بل الرفض لمجتمع الاستهلاك. **(صالح 1990، ص 54)**

أما منظمة الصحة العالمية **(WHO)** فقد اقترحوا عام 1947 مفهوما ضمنيا لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة بأنها "حالة صحية جيدة تشمل الجوانب الفسيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس بالضرورة غياب المرض " وبقي هذا المصطلح حتى عام 1978، حيث وسعت **(WHO)** المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعا بالإضافة إلى الرعاية الفسيولوجية. **(king & hinds ,1996)**

**2-مفهوم جودة الحياة:**

تعددت الأسباب التي أدت إلى اختلاف وتنوع وتعدد تعريفات هذا المفهوم. حيث اختلف تحديد مفهوم جودة الحياة من باحث إلى أخر نتيجة لاختلاف التخصص البحثي والاتجاه النظري وللأهداف البحثية المنشود تحقيقها في دراسته، لجودة الحياة لدى الإنسان، ونتيجة لذلك وجد عدد من التعريفات لجودة الحياة في التراث النظري ليس محددا ولكنه متزايدا باستمرار بتزايد الدراسات والبحوث التي يتم إجرائها فيا يتعلق بهذا المصطلح. **(أرنوط 2008، 326)**

هذا من جهة، ومن جهة ثانية يعتبر مصطلح جودة الحياة مصطلح غامض ومبهم ويصعب الإتفاق على تعريفه إذ أن هناك ندرة في الإجماع على تعريف محدد له. وهذا يرجع إلى استعماله العامي الشائع في الحياة اليومية العامة والذي يركز على الجوانب الإيجابية عند التعبير عن نوعية حياة الفرد. وهذا عكس معناه في القاموس الذي يشير إلى وصف لطبيعة الشيء التي قد تكون إما إيجابية أو سلبية. **( meeberg 1993 , 33 )**

ومن ناحية ثالثة يؤكد أنديلمان **(andelman , et al 1999 , 106)** إلى أن جودة الحياة مفهوم ينتمي إلى مجموعة كبيرة من المصطلحات المتشابهة والمتداخلة معه مثل السعادة والرضا، والحياة المطمئنة، والرضا الشخصي.

وقد ساهمت جميع الأسباب سابقة الذكر وغيرها إلى إختلاف وتنوع وتعدد تعريف مفهوم جودة الحياة.

**3-الجودة لغة واصطلاحا:**

**أولا: الجودة لغة**

الجودة في اللغة، من الفعل جود، الجيد: نقيض الرديء، والجمع جياد وجيادات: جمع الجمع، وجاء الشيء جودة، أي صار جيدا، وقد جاء جودة وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل. **(ابن منظور، 1993، ص 215)**

والجودة في الإسلام ارتبطت بمفردات ومفاهيم، لعل من أبرز هذه المفاهيم الإحسان والإتقان. **(موقع المنتدى التربوي لإدارة الموارد البشرية)**

فالإسلام يحثنا على إتقان العمل ويدعو للتحسين والجودة والإتقان في العمل يقول صلى الله عليه وسلم "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه " رواه البيهقي.

**ثانيا: الجودة اصطلاحا**

لقد أشار العديد من الباحثين إلى صعوبة وضع تعريف محدد لجودة الحياة ( **andrews ,1986 , schalock , titman & others , 1997 , 1990**)، وعلى الرغم من أن جودة مفهوم شائع إلا أنه لا يزال غير واضح. و تحتوي أدبيات البحث على تعريفات عديدة لجودة الحياة. **(عبد الفتاح وحسين، 2006، ص 11)**

كما ويشير **(الغنبوصي، 2006، ص 192)** إلى وجود العديد من المفاهيم المتعددة التي تقابل هذا المفهوم مثل: النوعية، والتميز ، والإتقان، والأحسن.

ويقترح أنديلمان وأخرون **(andelman & others 1999 , 106)** أن جودة الحياة مفهوم ينتمي إلى عائلة من المفاهيم المتشابهة معه مثل السعادة، والرضا، والحياة الجيدة، والرضا الذاتي.

كما ويعرف إمرسون **(emerson , 1985)** جودة الحياة بأنها: " رضا الفرد عن قيمه وأهدافه واحتياجاته من خلال تحقيقه لقدراته وإمكانياته أو أسلوب حياته ". **(felce & perry 1995,58 )**

أما بوشنكي وفابيان **(proshanky & fabian , 1986)** فيعرفا جودة الحياة بأنها "دالة للظروف البيئية الواقعية التي يعش فيها الفرد وكذلك للكيفية التي يشعر ويدرك لها هذه الظروف " **(sirgy , 2000 , 283)**

ويعرفها تارتار وأخرون ( **tartar et al , 1988**) بأنها مكون متعدد المظاهر يتضمن قدرة الفرد السلوكية والمعرفية، والسعادة النفسية، والقدرات اللازمة للتفاعل مع بيئته، والأدوار الاجتماعية والمهنية التي يقوم بها. **(meeberg , 1993 , 33)**

وترى **(جمال الدين، 1991، 67-87)** أن المهتمين بتعريف جودة الحياة يربطون بينها وبين مشاعر السعادة كشعور عام نابع من تلك الأشياء التي نقدرها، لأنها تجلب لنا مستوى معين من المعيشة، فهي تستحق ذلك التقدير إذا امكنها أن تحقق لنا السعادة، وهي هنا ليست بمعنى الاستمتاع اللحظي وإما تعني الإحساس بجودة المعيشة على المدى الطويل.

كما أشار ( **أرجايل 1993، 25**) بأنه يمكن فهم السعادة بصوفها انعكاسا لدرجة الرضا عن الحياة.

أما تعريف جون ألكسندر jon alexander فهو يقصد بجودة الحياة التجاوز عن توفير ضرورات الحياة فيجب أن توفر أساليب الراحة، أي يجب أن تتجاوز عن الحاجات الضرورية إلى الحاجات الكمالية التي تشعر الإنسان بالبهجة والسعادة في الحياة. **(الجوهري 1994، 42)**

ويعرف دودوسون **(dodson 1994 , 218)** جود الحياة على أنها الشعور الشخصي للكفاءة وإجادة التعامل مع التحديات.

كذلك تعرف **(الجوهري، 1994، 44)** جودة الحياة بأنها "ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطلق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق ".

أما فيلك وبيري **(felce & perry , 1995 , 60)** فيعرفها بأنها السعادة الكلية العامة التي تنتج عن التقييم الذاتي والموضوعي للسعادة الجسمية والمادية والاجتماعية والانفعالية معا جنبا إلى جنب بما يتفق مع مستوى النمو الشخصي للفرد وأنشطته الهادفة، والتي يتم تقييمها جميعا من منطلق ما لدى الفرد من نسق قيمي.

كما ويعرف شالوك **(schalock 2000 , 121)** جودة الحياة بأنها "مفهوم يعكس الظروف التي يتمناها الفرد أو يرغبها في حياته والتي ترتبط بثمانية أبعاد لحياته هي: السعادة الانفعالية، العلاقات الشخصية، السعادة المادية النمو الشخصي، السعادة الجسمية، توجه الذات، والضمان الاجتماعي، الحقوق الاجتماعية".

أما ريجيسكي وميالكو **(rejeski & mihalko , 2001 , 23)** يشيرا إلى أن جودة الحياة هي ذلك الحكم أو التقييم المعرفي الشعوري لرضا الفرد عن حياته.

ويضيف هجيرتي وأخرون **(hagerty , et al 2001 , 7)** إلى أن جودة الحياة مصطلح يشير إلى جودة حياة الفرد بصفة عامة وليس لجزء محدد منها دون الأخر، لذلك فهو يرى أنه حتى وإن تم تقسيم جودة الحياة إلى أبعاد، فإنه ينبغي أن تعكس هذه الأبعاد المركب أو الصورة الكلية لجودة الحياة.

ويعرفها **(الشربيني 2007، 9)** على أنها شعور الفرد بالهناء الشخصي في مجالات حياتية تعد هامة بالنسبة له في سياق الثقافة، ومنظومة القيم التي ينتمي إليها عند مستوى يتسق مع أهدافه واهتماماته وتوقعاته ".

ويشير **( العادلي، 2006، 38)** إلى أن جودة الحياة قد تتمثل لدى البعض بامتلاك الثورة التي تحقق لهم السعادة، في حين يرى البعض الأخر أن الحياة الجيدة هي التي يتوافر فيها فرص العمل والدراسة،

ويراها أخرون بالحياة التي يتمكن فيها الفرد من الحصول على مبتغاه دون عناء أو جهد، ويصفها البعض الأخر بالحياة الخالية من الغش والخداع، وقد يحددها أخرون بالحياة المفعمة بالصحة الجسمية والنفسية الخالية من الأمراض والاضطرابات ويضيف أيضا بأنه مهما يكن المراد بالمفاهيم، فإن المهم هو مدى إحساس الفرد وشعوره وإدراكه بتوافر المدلول الاتفاقي لذلك المفهوم من عدمه، فإدراك الفرد لجودة الحياة يعتبر مؤشرا للرضا عما توافر له من جهة، ويعتبر أيا مؤشرا على مستوى قدرته لإشباع حاجاته الاساسية والثانوية.

**4-أهمية مفهوم جودة الحياة ووضعيته في نظريات علم النفس:**

يعتبر فرانكل **( frankil , 1955-1976)** من أوائل المنظرين لجودة الحياة فقد انبثقت فكرة هذه النظريات أثناء معاناته مع مجموعة من المعتقلين في سجون النازية، فقد راى أن جودة الحياة وليدة الظروف والعوامل المحيطة بالفرد فهو لا يوجد بالتساؤل عن الهدف أو الغرض من الحياة ولكنه يظهر من خلال استجابات الفرد للمواقف والمطالب التي تواجهه في الحياة. **(franzier & steger , 2005 , 580)**

ويؤكد فرانكل **(frankil)** أن البحث عن جودة الحياة والحب والهوية يأتي بعد الخبرات الصادمة التي يمر بها الفرد، فالمواقف السيئة فرصة لينمو أكثر، ولتحقيق ذلك فإن الشخص يجب أن يكون لديه إيمانا بالمستقبل وبدون ذلك لا يوجد °إحساس أو جودة للحياة وليس هناك سبب للعيش. كما أن جودة الحياة من الحاجات الوجودية التي تعكس الجانب الروحاني للفرد. **(tam , 1993, 20).**

ويضيف **(عيد، 2005، 57)** أن جودة الحياة الطريق إلى تسامي الذات الذي يتجاوز تحقيق الذات ويقول فراكل أن الهدف الحقيقي للوجود الإنساني لا يمكن أن يوجد من ان يكون تحقيقا للذات.

ويذكر لينجل وأخرون **(leangle , et al , 2004 , 24)** أن جودة الحياة الشخصية والنفسية تمثل أهم إنجازات الروح الإنسانية لمجابهة الحياة التي تواجه الفرد وكيفية أن يتخذ منطق7ة وسطى بين إمكانياته والمطالب غير المحددة في حياتنا المعاصرة

ويشير **(franzier & ste*ger , 2005 , 581)** أن ماسلو **(mslow , 1968 -1971)** اختلف في رؤيته لجدة الحياة عن فرانكل **(frankil)** حيث يرى أن جودة الحية جوهرية أو أساسية وتعتبر سمة أو خاصية إنسانية فهي ليست وليدة الظروف أو المحددات الاجتماعية فهي تتشكل ضمن الحاجات الأولوية التي يسعى الإنسان

لإشباعها، كما أن جودة الحياة تحتل جزءا ضئيلا كدفاع إنساني بل أنها تعيد بنية أولية تقوم عليها الدوافع عموما.

أما نظرية يالوم **(yalom , 1980)** فقد تناولت جودة الحياة باعتبارها ظاهرية وجودية، فهي نقطة أساسية في تحدي الإنسان ومواجهته لقضايا وعناصر وجودية هي **(الحرية، الاغتراب، الموت، وخواء المعنى)** ويعتبر العلاج النفسي جودة الحياة بمثابة وسيلة دفاعية ضد المعجز وخواء المعنى، ويعد استجابة إبداعية في مواجهة الضغوط، فهو اختيار إنساني حر، فالفرد يبدع جودة للحياة، ذلك المفهوم غير محدد بغرض، ويعتبر عاما وليس فرديا خاصة معنى يرتبط بقوة المعتقدات وقيم التسامي كالإخلاص والسعادة والغير. **(خوج 12011، 16)**

ويذكر كل من باتيستا والموند **(battista & almond , 1973)** أن نظريتهما قد استمدت بنيتها من مراجعة النظريات التي يواجهها الفرد، ولكن برغم ذلك اتفقت هذه النظريات على أن جودة الحياة تقوم على عدد من العناصر تتمثل في، الإيجابية والإطار المرجعي للفرد ورؤية الذات والقدرة على إدراك الرضا. **( franzier & steger 2005 , 582)**

**5-أنماط تعريف جودة الحياة:**

وبناء على التعدد والاختلاف في التعريفات السابقة لجودة الحياة يرى "فاركوهار " **(farquhar,1995)** أن هذه التعريفات تقع في واحد من ثلاثة أنماط، ويمكن توضيح كل نمط من هذه التعريفات وخصائصه في الجدول رقم **(01)** الأتي:

**الجدول (1): يوضح الأنماط الأساسية لتعريفات جودة الحياة**

| النمط | اسم النمط | الخصائص – الوصف |
|---|---|---|
| 1 | التعريفات | هي الأكثر شيوعا، وعمومية وترى عادة أن مصطلح جودة الحياة يتكون من عدد من العناصر والمكونات القليلة، وتتضمن عادة أفكارا عن الرضا والسعادة – عدم السعادة<br>كما في تعريف إمرسون **(1985)**، وجمال **( 1991)** |
| 2 | تعريفات المكونات أو العناصر، وتنقسم هذه التعريفات إلى نوعين هما:<br>أ- غير محددة بالبحث<br>ب- محددة بالبحث | - تقسم جودة الحياة لسلسة من العناصر والابعاد –المجالات، وتحدد الخصائص الجوهرية لأي مقياس لجودة الحياة.<br>- تحدد عدد من الأبعاد لجودة الحياة العامة، وقد لا يكون من الضروري أن تشكف عن جميع الأبعاد الممكنة.<br>- كما في تعريف تارتار وأخرون **(1988)**<br>- تكشف عن أبعاد محددة لجودة الحياة ترتبط باهداف البحث |
| 3 | تعريفات موجهة **(مركزة)** وتنقسم إلى:<br>أ- صريحة – واضحة explicit<br>ب- ضمنية implicit | - تشير فقط إلى واحد أو عدد صغير من أبعاد جودة الحياة.<br>- تركز على عدد صغير من أبعاد جودة الحياة التي تعتبر أساسية لجودة الحياة ولكنها واضحة.<br>- تركز على واحد أو اثنين من تعريف جودة الحياة الواسع، ولكنها ضمنية، دون أن توضح ذلك. مثل تعريف ريجيسكي وميالكو **(2001)** |
| 4 | التعريفات المترابطة – الجامعة | |

**(farquhar , M1995 , 502-509)**

## 6-نماذج جودة الحياة:

قام تيالفير وأخرون (taillefer , M , et al 2003) بعرض ثلاثة أنواع من النماذج لجودة الحياة ويمكن توضيحها في الجدول رقم (2) الأتي:

**الجدول (2): يبين نماذج جودة الحياة عند تيلفير وأخرون (2003)**

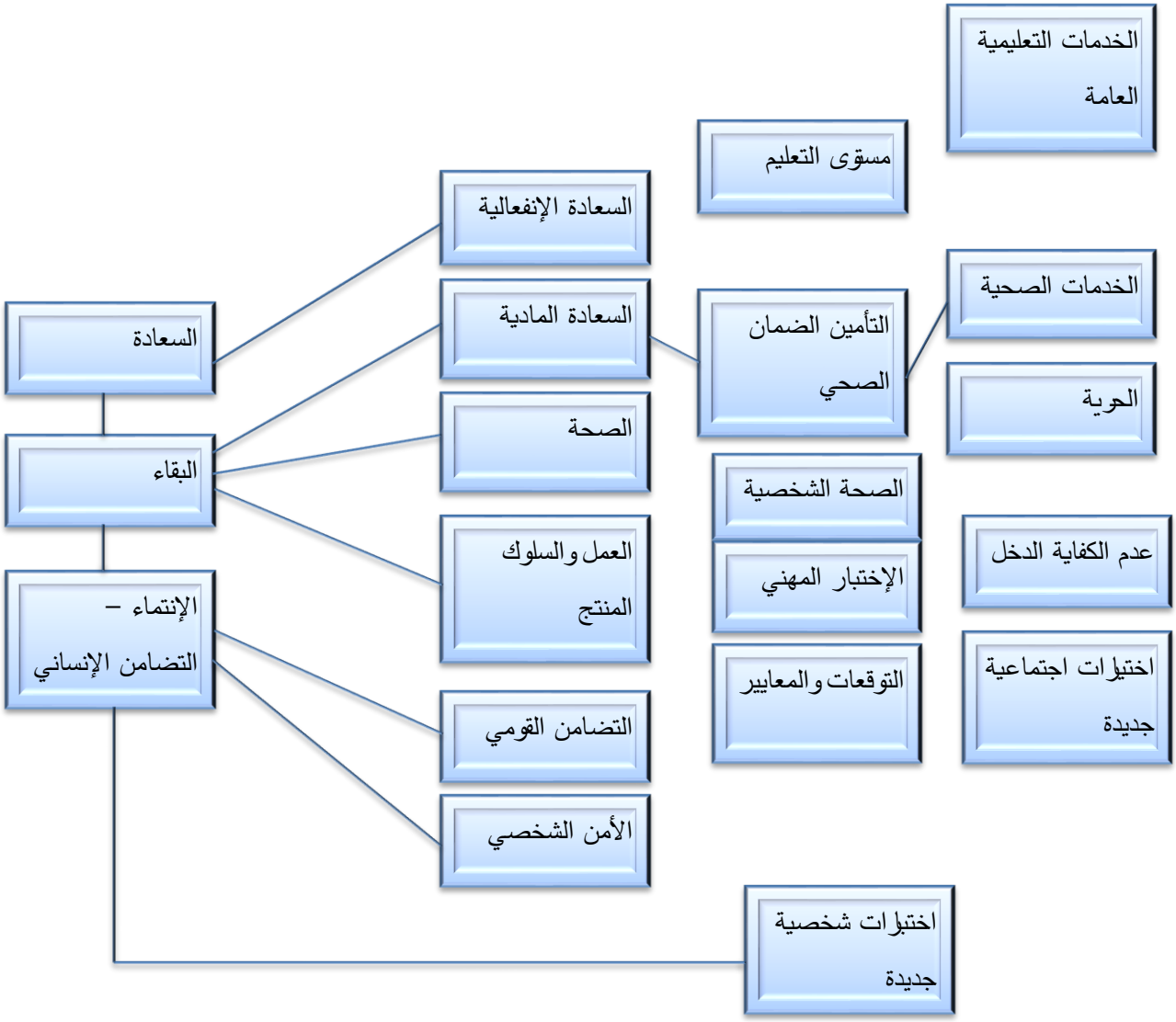
| نوع النموذج | وصفه |
|---|---|
| النموذج التصوري **(النموذج المفاهيمي)** conceptual model | نموذج وحدد الخصائص والأبعاد الأساسية لجودة الحياة. ويعتبر أقل النماذج تصورا |
| الهيكل التصوري **( الإطار المفاهيمي)** | نموذج يصف ويفسر ويتنبأ بطبيعة العلاقة الموجهة بين أبعاد وعناصر جودة الحياة |
| الإطار النظري | نموذج يتضمن بناء العناصر وعلاقاتها ببعضها البعض داخل نظرية تفسر تلك العلاقات. ويعتبر أكثر النماذج تطورا |

كما قام هجيرتي وأخرون (hagerty et al , 2001 , 80) بعمل نموذج كما في الشكال رقم (1) الآتي:

**الشكل (1)** يوضح البناء النظري المنظم لمفهوم جودة الحياة ومسبباتها

المدخلات **(البيئية، السياسة العامة)**

مدخلات عابرة اختبارات شخصية المخرجات ( **السعادة، البقاء، التعاون**



**7- أبعاد جودة الحياة:**

**ينظر كل من بيشوب وفيست (bishop & feist ,2002)** إلى جودة الحياة على أنها تركيب متعدد الأبعاد، وقد اعترف الباحثون الذين حاولوا إجراء قراءة شاملة حول متغير جودة الحياة بأنها متغير الأبعاد وهلامي الملامح وغامض التفاصيل، ويرجع ذلك إلى تعدد المجالات التي تستخدمه، وهذه الطفرة الأخيرة والحديثة نسبيا في بحث ودراسة متغير جودة الحياة في الحقول العلمية المختلفة، مثل الطب والإقتصاد وعلم الاجتماع وبرامج الإرشاد وإعادة التأهيل، أكدت أن هذا المفهوم متعدد الأبعاد. **(الهنداوي 2011، 37)**

وتشير **(صالح 1990، 65-68)** إلى ظهور نوعين من المؤشرات لجودة الحياة وهما:

1- **مؤشرات موضوعية:** ويلاحظ أن المتحمسين لهذت النوع من المؤشرات هم الإحصائيين والعاملين بأجهزة الدولة الإحصائية والتخطيطية والعلماء والمنظمات الدولية المهتمة بالتنمية وتشمل **(السكان، المكانة الاجتماعية، العمل، الدخل وتوزيعه، المواصلات، الإسكان، التعليم، والصحة).**

2- **مؤشرات ذاتية:** وتهتم بتقييم جودة الحياة كما يخبرها ويدركها ويتحسب لها الأفراد وما تحققه لهم من إشباع ومن ثم مدى شعورهم بالرضا والسعادة. وبالتالي فسعادة الناس ورضائهم أو تعاستهم وسخطهم هو أفضل مؤشر لجودة الحياة.

بينما يشير **(مصطفى 2005، 17)** إلى ثلاث أبعاد لجودة الحياة هي:

1- **جودة الحياة الموضوعية:** ونتعني ما يوفره المجتمع من إمكانات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

2- **جودة الحياة الذاتية:** وتعني كيف يشعر كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها، أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة والسعادة بها.

3- **جودة الحياة الوجودية:** وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

4- **جودة الحياة الوجودية:** وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع.

و يذكر ويدار وأخرون **(widar et al 2003 , 497-505)** أن هناك إجماع على وجود أربعة أنواع رئيسية لجودة الحياة هي:

1- **البعد الجسمي:** وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأغراض.

2- **البعد الوظيفي:** وهو خاص بالرعاية الطبية، ومستوى النشاط الجسمي.

3- **البعد الاجتماعي:** وهو خاص بالإتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.

4- **البعد النفسي:** وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية، والإدراك العام للصحة، والصحة النفسية، والرضا عن الحياة والسعادة.

وتقرر منظمة الصحة العالمية **(WHO)** أن جودة الحياة تشير إلى الكمال الذي يمكن أن يحققه الإنسان في الأبعاد التالية:

1. **البعد الجسمي:** والجودة فيه توضح كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة، النوم والتخلص من التعب، الطاقة، الحركة العامة.
2. **البعد النفسي:** ويتضمن المشاعر والسلوكيات الإيجابية، تركيز الانتباه، الرغبة في التعلم والتفكير والذاكرة، وتقدير الذات ومظهر الإنسان وصورة الجسم، مواجهة المشاعر السلبية.
3. **البعد الاجتماعي:** ويتضمن العلاقات الشخصية والاجتماعية، والمساندة الاجتماعية، والزواج الناجح مع التأكيد على التوافق الزواجي – الجنسي.
4. **بعد الاستقلالية:** ويعني أنه كلما ارتفعت مقدرة الفرد على الاستقلالية، كلما توقعنا جودة عالية للحياة، ويتضمن ذلك البعد حيز الحركة الذي يتمتع به الفرد في حياته، وأنشطة الحياة اليومية التي يقوم بها، ودرجة الاعتماد على الأدوية الطبية والمساعدات.
5. **البعد الديني:** ويعني الالتزام الأخلاقي وتحقيق السعادة الروحية من خلال العبادات.
6. **البعد البيئي:** ويتضمن ممارسة الحرية بالمعنى الإيجابي، الشعور بالأمن والأمان الجسمي، المرض المهني مصادر الدخل، المشاركة في فرص الترفيه، مدى الابتعاد عن مصادر التلوث والضوضاء، وإشارات المرور والموصلات. ..إلخ. **(كامل، 2004، 13-15)**

كما وتشير منظمة الصحة العالمية **(WHO)** إلى أن فهوم جودة الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل: الحالة النفسية، والحالة الانفعالية، والرضا عن العامل، والرضا عن الحياة، والمعتقدات الدينية، والتفاعل الأسري، والتعليم، والدخل المادي، هذا وتتكون جودة الحياة من خلال الإدراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية، وقدرته الوظيفية، ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه. **(جبريل 2007، 30)**

ويشير شالوك **(SCHALOK ? 1996)** إلى أنه ليس هناك حاجة إلى تصنيف متغيرات جودة الحياة وفقا للبعدين الموضوعي والذاتي، بل اعتبره تصنيفا ينقصه بعض المرونة، حيث توجد متغيرات أخرى تخرج عن

حدود هذا التصنيف الثنائي، وعلى هذا فثمة ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة، والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها، وفقا لتوجيه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة **(دراسة مفهوم جودة الحياة)**،وهذه الأبعاد الثمانية هي:

1- **جودة المعيشة الانفعالية:** وتشمل **(الشعور بالأمان الجوانب الروحية، السعادة، التعرض للمشقة، مفهوم الذات، والرضا أو القناعة).**

2- **العلاقات بين الأشخاص:** وتشمل **(الصداقة الحميمة، الجوانب الوجدانية، العلاقات الأسرية، التفاعل، والمساندة الاجتماعية).**

3- **جودة المعيشة المادية:** وتشمل **(الوضع المالي، عوامل الأمان الاجتماعي، ظروف العمل، الممتلكات، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية).**

4- **الارتقاء الشخصي:** يشمل **(مستوى التعليم، المهارات الشخصية، ومستوى الإنجاز).**

5- **جودة المعيشة الجسمية:** وتشمل **(الحالة الصحية، التغذية، الاستجمام، الناشط الحركي، مستوى الرعاية الصحية، التأمين الصحي، وقت الفراغ، ونشاطات الحياة اليومية).**

6- **محددات الذات:** وتشمل **(الاستقلالية، القرة على الاختيار الشخصي، توجيه الذات، والأهداف والقيم).**

7- التضمين الاجتماعي: ويشمل **(القبول الاجتماعي، المكانة، خصائص بيئة العمل، التكامل، المشاركة الاجتماعية، الدور الاجتماعي، النشاط التطوعي، وبيئة السكن).**

8- **الحقوق:** وتشمل **(الخصوصية، الحق في الانتخاب والتصويت، أداء الواجبات، الحق في الملكية). (إبراهيم 70،2005-71)**

ويرى **(هاشم، 2001، 131-133)** أنه تم التوصل إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:

1- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهداف في مجالات حياته الرئيسية:

2- ترتبط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الذين يعيشون في البيئة نفسها.

3- تعكس جودة الحياة لدى تراثه الثقافي وتراث الأخرين المحيطين به.

4- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية.

5- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة وبرامج التأهيل والعلاج والدعم الاجتماعي.

**8-محددات جودة الحياة:**

يشير **(هاشم 2001، 134)** أن إدراك الفرد لجودة الحياة يتربط بمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية. وقد أجريت العديد من الدراسات على الأسوياء والمرضى والمعاقين من فئات عمرية مختلفة للتوصل إلى محددات جودة الحياة.

وفيما يتعلق بالأسوياء فقد أشار جدج وواتاناب **(judje & watanabe , 1994)** إلى أن جودة العمل أو ما يمكن أن يطلق عليه رضا الفرد عن العمل وسعادته به يرتبط ارتباطا إيجابيا بالرضا عن الحياة.

كما توصل تشامبلز **(chumbler , 1996 , 220-232)** إلى أن الإشتراك في الأنشطة الاجتماعية، والزواج، وارتفاع الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد يؤدي إلى زيادة الرضا عن الحياة.

وقد أجرى وان وأخرون **(wan , et al 1996 , 502-513)** دراسة على مجموعة من الأباء والأمهات، وتوصلوا إلى أن الدعم الأسري ذو أهمية كبيرة في رضا الفرد عن حياته، كما أن مصدر الدعم يمكن أن يحدد مدى فعاليته وأثره في الرضا الفرد عن الحياة، حيث يتقبل بعض الأفراد الدعم من الأب والأم مثلا ويرفضونه من أخرين.

ويؤيد أدمز وأخرون **(adams et al , 1996 , 411-420)** دور الأسرة والدعم الأسري في الرضا الوظيفي والرضا عن الحياة، وذلك من خلال دراسة أجريت على **(163)** من العمال الذي يعيشون مع أسرهم.

أما هوبنر وديو **(huebner & dew ,1996)** فقد توصلا من خلال دراسة على **(266)** طالب أعمارهم ما بين **( 15-18 سنة)**، إلى أن المشاعر الإيجابية لدى الفرد تؤدي إلى زيادة إدركه لجودة الحياة بينما تؤدي المشاعر السلبية إلى انخفاضها.

ويرى راماناياه وأخرون **(ramanaiah et al , 1997)** أن السعادة والتعاسة تعود إلى عوامل شخصية فمن خلال دراسة على **(245)** من طلبة الجامعة اتضح أن المرتفعين والمنخفضين على مقياس الرضا عن الحياة يختلفون في العصابية والإنبساطية والتفتح والتوافق والوعي، إلا أنه لم توجد فروق بين الجنسين.

كما توصل داموش وأخرون **(Damush et al 1997 , 181-190)** من خلال دراسة على **(350)** من طلاب الجامعة، إلى أن أحداث الحياة الضاغطة تؤثر سلبا على الشباب، وتؤدي إلى انخفاض جودة الحياة لديهم، وأن الأسرة يمكن أن يكون لها دور في مواجهة هذه الظروف الضاغطة.

ويشير بايلي وميلر (baily & miller 1998 , 51-56 ) في دراسة على طلاب الجامعة ( 157 من الإناث، 86 من الذكور) إلى أهمية أساليب الحياة النشطة والمتنوعة في تحسين جودة الحياة لدى الشباب، كما أشارت الدراسة إلى أهمية العلاقات الأسرية والأدواء الأسرية في إدراك الطلاب لجودة الحياة.

ويرتبط إدارك جودة الحياة أيضا بالحالة الصحية للفرد، فالمرضى يدركون جودة الحياة بوصفر تختلف عن الأسوياء، فقد توصلت مارتن (martin , 1994) من خلال دراسة أجريت على (100) من مرضى الرئة المشتركين في برنامج للتأهيل لأمراض الرئة المزمنة – غلى أن مشكلات الرئة المرضية المزمنة تؤثر بصورة سلبية على جودة الحياة. (martin 1994 , 146-157)

وفي دراسة على عينة قوامها (157) من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم من 16 حتى 47 سنة نتوصل فاهي وأخرون (fqhey et al 1996) إلى أن الصحة تؤثر بصورة جوهرية على رضا الفرد عن الحياة، كما أنها تلعب دور العامل الوسيط بين السن والرضا عن الحياة. (fahey et al 1996 , 443-446)

كما توصل دورفمان (dorfman 1995 , 192-199) في دراسة عى (451) من المحالين للتقاعد، إلى أن الأمراض تؤثر سلبا على جودة الحياة، كما أن أمراض الرئة والأزمات القلبية هي أقوى المنبئات بعد الرضا عن الحياة لدى الرجال، يليها الإصابات، بينما كان التهاب المفاصل هو أقوى المنبئات بعد الرضا لدى السيدات.

وفي مجال علاقة جودة الحياة بمستوى دخل الفرد، أظهرت نتائج الدراسات المشار إليها في "مصر " (2006) أن مستوى الدخل لا يؤدي دورا كبيرا في مستوى السعادة اليومية. بالرغم من أن أغلب الناس يتصورون أنه لو كان لديهم مزيد من المال سيكون لديهم الكثير من الأشياء الممتعة أو ربما سعادة أكثر. بينما يظهر الواقع بأن ذوي الدخل الأعلى يظهرون توترا أكثر، ويقضون وقتا أقل في الأنشطة الترفيهية. وفي عام (2004) قام باحثون بدراسة لقياس مستوى جودة الحياة لدى عينة من الأفراد، إذ إنهم طلبوا من (909) امرأة موظفة بتسجيل الأنشطة التي قمن بها في الأيام السابقة وشعورهن تجاهها. وقد تم في الدراسة معرفة طبيعة العلاقة بين مستوى الدخل ونسبة الوقت المنقضية في حالة انفعالية سيئة لكل يوم. و قد أشارت النتائج أن الذين يقل دخلهم السنوي عن (20.000 دولار) يقضون (32 %) من وقتهم في حالة انفعالية سيئة أكثر من الذين يفوق دخلهم عن (10.000 دولارا). وقد كانت مجموعة الدخل المنخفض تقضي (12 %) فقط من وقتهم في حالة انفعالية سيئة أكثر من أولئك الأكثر ثروة. وفي دراسة أخرى في الإتجاه نفسه

أظهرت النتائج بأن ذوي الدخل العالي لديهم واجبات مرهقة ويعشون متعة أقل. لأنهم يكرسون مزيدا من الوقت في العمل والتنقل ورعاية الأطفال والتسوق، وكونهم تحت تأثير الكثير من الضغوط والتوتر أكثر من فئات الدخل المنخفض. **(سليمان 2010، 128-129)**

وأبرزت دراسة رضوان **(2005)** إسهامات علم النفس التطبيقي في بعض مجالات الحياة وجودتها من خلال جودة البيئة، وجودة الحياة الأسرية، وجودة الحياة التعليمية، حيث تتمثل جودة الحياة التعليمية في جودة المنهج وجودة إعداد المعلم، وجودة الإدارة التعليمية. **(رضوان 2005، 95-104)**

ويقترح **(أبو سريع وأخرون، 2006، 205-228)** نموذجا لتفسير وتقدير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل جودة الحياة موزعة على بعدين هما: بعد المحددات الداخلية وتشمل **(تقدير الذات، التدين، الفاعلية الذاتية، الصحة العامة، القوام البدني، التفوق الدراسي)**، وبعد المحددات الخارجية وتشمل **(التوافق الأسري، الرضا عن الصداقة، الدخل الشهري للأسرة، نوعية السكن، العلاقة مع الأخرين)**.

ويشير **(هشام 2001، 140)** أن الثقافة تلعب دورا محوريا في تحديد مفهوم جودة الحياة، حيث يقرر جود **(good , 1994)** أن وجهات النظر حول جودة الحياة تختلف من ثقافة لأخرى، ففي الدنمارك مثلا، أن يعيش الفرد حياة جيدة تعني قدرة الفرد على تحديد مجرى حياته والحصول على الفرص لتحقيق الذات، والتي تستند إلى أحلام الفرد ورؤيته ورغباته وحاجاته، وهذا يعني التعرف على إدراك الأفراد لأنفسهم وتوقعاتهم ومستويات طموحهم، علاوة على ذلك فإنه يعني تهيئة الظروف الضرورية للأفراد لتحقيق مثل هذه الحياة الجيدة في ضوء النظام الاجتماعي، والعلاقات الاجتماعية، والخبرات الإيجابية. أما في ألمانيا فإن جودة الحياة تشير إلى مختلف المواقف والفترات الحياتية، وتعتبر مواقف الحياة الموضوعية والعوامل الذاتية والاجتماعية **(الرضا والرفاهية)** هي المرجعية، إلا أن المفهوم ينظر إليه من منظور ذاتي.

ويضيف كيث وهيل **(keith & heal , 1996 , 273-294)** إلى أن جودة الحياة تحوز على اهتمام كبير في الدراسات عبر الثقافية، وقد أثارت هذه الدراسات عدة تساؤلات، كما أبرزت مجموعة من التحديات منها: عالمية النتائج، وتكافؤ المفاهيم بين الثقافات المتعددة ومأزق الوقوع في سطحية المفاهيم. بينما يجب إدراك هذه الصعوبات ووضعها في الاعتبار، فإن حقيقة التفاعل بين الثقافات المختلفة تجعل دراسة لمفهوم عبر الثقافات أمرا ضروريا. ويضيف كيث وهيل أنه من البديهي أن تعتبر جودة الحياة ظاهرة ذاتية تتأثر بصورة جوهرية بخيرات الفرد، كما أن قياس مدركات الفرد الذاتية لخبرته الحياتية يجب أن يتضمن بعض العوامل

مثل العلاقات والأنشطة والرفاهية المادية والصلاحية الجسدية والنمو الشخصي والرضا والسعادة، وتتضمن ردود الأفعال الذاتية هذه، مكونات الانفعالية والمعرفية للخبرة، والتي ترتبط بالخبرات الثقافية.

إن بعض الحقائق والأساسيات في ثقافة معينة مثل الأخلاق تعتبر عالمية، ولا تقتصر على ثقافة محددة، بينما ترتبط بعضها بالثقافة الخاصة بالمجتمع **(مثل العادات والتقاليد)** ومن الصعب ترجمتها إلى ثقافة أخرى، وهذه الفروق يمكن أن تؤثر على صدق المقارنات بين الثقافات، وتعميم النتائج الخاصة بثقافة على أخرى وهذا ينطبق على جودة الحياة التي يمكن أن تختلف مححداتها من ثقافة لأخرى.

ويشير روجرسون **(rogerson 1999 , 969-986)** إلى أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد، وهذا يبدو في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات محددة، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة الحياة، حيث يهاجر الفرد من بيئة إلى أخرى لإعتقاده بأن الرفاهية في البيئة الجديدة أيسر وأفضل. ويرى الكثير من الباحثين أن جودة الحياة مفهوم محلي أكثر منه عالميا، خاصة في العوامل المحلية المرتبطة والمحددة لهذا المفهوم.

كما ويشير لوتن وأخرون **(lawton et al 1999 , 169-199)** إلى أن البحث في جودة الحياة خلال العقود القليلة الماضية له جذوره في سيكولوجية الإستثارة، والتي يدور محورها الأساسي حول وظيفة العوامل البيئية كمحددات للسلوك والجوانب الوجدانية، كما يركز هذا الإتجاه على مجالات الحياة اليومية ذات الصلة، وتحديد أبعادها، وتحديد الاختلافات في السلوك والجوانب الوجدانية المرتبطة بالخصائص الشخصية **(مثل السن والجنس والصحة)** وخصائص البيئة **(النظام الاجتماعي، الجيران، الرعاية الصحة. ..إلخ).**

ويؤكد تشابمان ولاركهام **(chapman & larkham 1999)** على دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة، حيث يشير إلى أن العنصر الأساسي في كلمة جودة quality يكمن في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها أحاسيس الفرد ومدركاته، وتختلف هذه الأشياء من فرد لأخر بإختلاف الثقافة والقيم والخلفيات الخاصة بكل منهم. **(هشام 2001، 141)**

وترى **(أبو غزالة، 2007، 268)** أن معنى الحياة لها أثر إيجابي على الصحة النفسية، ومخرجاتها المختلفة، وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسات عديدة من أن جودة الحياة ترتبط ارتباطا إيجابيا مع المتغيرات التالية: السعادة، وتقدير الذات، والمسؤولية الاجتماعية، وقوة الأنا والتحكم الذاتي، والتوجه الديني الجوهري،

والضبط الداخلي، والرضا عن الحياة، والصلابة النفسية في مواجهة الضغوط، والتوكيدية، والتوجه نحو الإنجاز، والميل للتدبر والتحكم، والبحث عن الإثارة.

وارتبط سلبا بالعدوانية، والوحدة النفسية وهذا ما أشارت إليه نتائج دراسة **(سهير سالم 2005)**، وفضل عبد الصمد **(2002)**، ومحمد عبد التواب **(2000)**، وخيري علام **(1998)**، وهارون الرشيدي **(1995)**، وإرنشاو **(earnshaw 2003)**، وفيرازي **(verazee2001)**، ودلازاري **(delazzari 2000)**، وزوبير **(zubair1999)**، وشيك **(shek 1993)**، وزيكا وشامبرلين **(chamberlain 1992 & zika)**.

**9-مقومات جودة الحياة:**

يتضمن البناء النفسي لكل من مكامن قوة وبواطن ضعف هذا الأمر مسلم به. فإذا نظرنا إلى بواطن الضعف أو القصور من جهة السياق الاجتماعي الثقافي العام الذي يعيش فيه الإنسان من جهة أخرى لأمكن تحديد مجموعة من الظروف التي قد تحول دون تحقيق الإنسان لأحلامه وطموحه بل أيضا قد تسبب كمونا لمكامن القوة التي لديه في نفس الوقت. وتجدر الإشارة إلى أن غالبية مواقف الرعاية والتعليم تركز بصورة مبالغ فيها في الحقيقة على حل مشكلة أو مشكلات الشخص، لكن إذا أردنا أن نحسن جودة الحياة الشخصية للإنسان علينا أن لا نركز فقط على المشكلات بواطن الضعف، بل يتعين التركيز على كل أبعاد الحياة واستخدام وتوظيف مكامن القوة وكافة الإمكانيات المتاحة لتسحين جودة الحياة الشخصية له. **( أبو حلاوة 2010، 26)**

وترى **(سليمان 2009، 71)** أنه عند الحديث عن مقومات جودة الحياة من الناحية الصحية نجدها تتمثل في:

1- **الناحية الجسمانية:** وتتمثل في إشباع الحاجات الفسيولوجية الأساسية للفرد من ماء وهواء نقي، وطعام صحي ملائم لحالة المريض واحتياجاته، ومسكن مناسب، وقدر ملائم من النوم الهادئ.

2- **الناحية العقلية:** وتتمثل في إشباع الحاجات إلى التفكير والإبتكار والإبداع في مجال اهتمامات هذا المريض وما ستطيع تحقيقه.

3- **الناحية النفسية:** وتتمثل في إشباع الحاجات غلى الأمن والأمان، والعيش في مجتمع أمن بعيد عن المخاطر، والإحتياج إلى تقدير الذات، وتحقيق الذات بعيدا عن جوانب القصور لديه.

4- **الناحية الاجتماعية:** وتتمثل في إشباع الحاجة إلى القبول الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي والحاجة إلى الإنتماء.

ويرى ماسلو أن إشباع الحاجات الأساسية البيولوجية والاجتماعية والنفسية، ومواجهة التحديات بأقصى حدود القدرة بعد مصدرا مباشرا للشعور بالبهجة، وهو ما يطلق عليه قمة الخبرة والتي تعبر عن أسعد لحظات العمر. **(هريدي، وشوقي 2002، 49)**

ويشير **(الفرماوي 1999، 218)** أن لجوهر الإنسان خصائص مهمة تكشف الكثير من مكوناته وتوجهات هذه المكونات وعلاقتها البيئية، تلك التي تشكل بنية الإنسان النفسية ومنها:

1- **التكامل الوظيفي بين قوى الذات:** يمكن تمييز ثلاث قوى في بنية الإنسان النفسية هي: قوة الروح، وقوة العقل، قابلية الفطرة، هذه القوى الثلاث تشكل الجوهر وتعطي الطابع العام للفطرة فقد سما الإنسان بالروح فوق مستوى الخصائص الحيوانية، وتوجهت بالإنسان إلى القيم والمعارف، تلك التي من أهمها معرفة الله سبحانه وتعالى.

2- **الازدواجية السوية في سلوك الإنسان:** السلوك الإنساني يتصف بازدواجية التوجه، بمعنى أن السلوك الواحد يجمع بين إشباع الحاجات الروحية، بقدر ما يكون السلوك طبيعيا بقدر ما يحقق للإنسان ارتباطه بالأرض التي هو منها كما يحقق له في نفس الوقت تعطله إلى السماء مدفوعا بإشعاعات الروح فيه.

3- **النزعة للتدين والنزعة للإنابة:** غن السبيل لجودة الحياة يكمن في ثلاثة أمور مهمة هي: مجاهدة النفس، تمسك الإنسان بالكينونة وتعميق الوجود، استشراف أفق الحرية الأرحب.

**10-معوقات جودة الحياة:**

إن إنسان القرن الحالي يعيش في عالم مليء بالتواترات والمشاحنات، ووسائل التطور والتكنولوجيا الحديثة التي قد تكون أراحت الجسد، ولكنها أثرت بالسلب على العقل والنفس، وكثير من الأمراض التي ظهرت حديثا أو عادت أكثر ضراوة مما كانت عليه. **(سليمان 2009، 66)**

يرى **(أبو حلاوة 2010، 26)** من المهم عند وصف مكامن الضعف في جودة الحياة أن نميز بين الظروف الداخلية ويقصد بها الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، والظروف الخارجية ويقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثيرات الأخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص وتتضح المعوقات في الظروف الداخلية بالمرض والإعاقات والخبرات الحياتية السلبية، أما الظروف الخارجية فتتضح في نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية وظروف الحياة أو المعيشة البيئية

وتشير **( سليمان 2009، 68)** أن عامل الصحة من معوقات جودة الحياة، فهناك علاقة وثيقة بين المرض والحياة نفسها ن،و بالتالي هناك علاقة أكيدة بين ما يعنيه الفرد من مشكلات صحية أو مشكلات

إجتماعية تنعكس بدورها على الحالة الصحية وبين مدى شعور الفرد بجودة حياته، ومع هذا يوجد فرق بين مفهوم الصحة وجودة حياتنا، فالصحة هي جزء من "كل أي هي إحدى العناصر التي تحد جودة الحياة.

وتعتبر الصحة مكونا من المكونات الهامة للشعور الذاتي بالهناء وحسن الحال، فهي بحق أحد العناصر الموضوعية وترتبط ارتباطا وثيقا بالسعادة، ويرى البعض أن الصحة هي واحدة من أسباب السعادة الرئيسية. **( أرجابيل 1993، 227)**

وتوصلت العديد من الدراسات إلى أن لصحة الجيدة ترتبط عكسيا بالعناء أو الضيق النفسي، وتوصلت إلى وجود علاقةّ إيجابية بين الحالة الصحية الموضوعية والتقييم الذاتي للصحة، وكلاهما يرتبطان بشكل دال بالشعور بالهناء الذاتي. **( tran et al 1991 , 100-108)**

**خلاصة الفصل:**

مما سبق يمكن استنتاج أن جودة الحياة مفهوم متعدد يختلف من شخص على مفهوم يندرج من علم النفس حسب طريقة حياته وظروفه الخاصة ومدى ثقافته وهو الايجابي إذا أن علماءه هم من استعملوا مصطلح جودة الحياة فهو مصطلح جديد أحد يغزو عالمنا اليوم.

# الجانب الميداني

# الفصل الخامس

## إجـــراءات المنهـــجية للدراسة

تمهيد

1-الدراسة الاستطلاعية

2-منهج الدراسة

3-حدود الدراسة

4-عينة الدراسة

5-أدوات الدراسة

6-الأساليب الإخصائية المستخدمة

خلاصة الفصل:

**تمهيد:**

إن رغبة كل باحث من خلال دراسته هو إيجاد إجابة للإشكال الذي طرحه سابقا، ومن خلال إثبات صحة الفرضيات التي وضعها وذلك بإخضاعها للفحص الميداني ولكي يتسنى له ذلك ينبغي عليه تحديد مجالات الدراسة **(المكاني، الزماني، البشري)** التي تلائم موضوع بحثه.

وككل دراسة ميدانية لابد من اعتماد منهج معين وتحديد الأدوات المناسبة لجميع البيانات الميدانية والأساليب الإحصائية التي سيعتمد عليها الباحث في تحليل البيانات وعليه في هذا الفصل سيتم التطرق إلى جميع هذه النقاط.

**1- الدراسة الاستطلاعية:**

تعد الدراسة الاستطلاعية من أهم مراحل البحث العلمي فهي القاعدة التي يبنى عليها الباحث تصوراته الأولية حول دراسته الأساسية وميدانية، كما تساعده على تجنب بعض العراقيل التي يمكن أن تصادفه أثناء خطوات تطبيق أداة البحث ضمانا للسير الحسن، حيث كانت البداية هذه الدراسة بتوجيهي إلى مستشفى محمد بوضياف بولاية المدية مصلحة الكلى ومصلحة السكري وأمراض القلب. وذلك لتحقيق من ميدان الدراسة ومكان تواجد العينة وللتأكد من خصائص السيكومترية لأداة القياس وقد تم اجراء مقابلة عيادية مع 3من المرضى المزمنين في مصلحة الكلى وتم جمع المعلومات اللازمة وتطبيق مقاييس الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة عليهم , وعلى ضوء هذه المعلومات تم إختيار عينة البحث المراد دراستها.

**2- منهج الدراسة:**

المنهج عبارة عن مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق أهدافه بحته وبالتالي فتحديد المنهج ضروري للبحث، إذ هو الذي ينير الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد أسئلة وفروض بحته. **(خير الله، 1982، ص 79)**

وقد إستخدمنا لدراسة هذا الموضوع المنهج المناسب هو المنهج الوصفي الإرتباطي الذي يتناسب وموضوع الدراسة "المنهج الذي يهدف إلى وصف موقف معين أو مجال إهتمام معين بصدق ودقة يستخدمه الباحث في محاولاته في تحديد العوامل الأكثر أهمية يوضع فرضيات وإخضاعها للبحث العلمي الدقيق للتحقق من صدقها" كما وكيفا. **(محمد طلعت عيسى 1971، ص 67 )**

**3- حدود الدراسة:**

3-**1 المجال المكاني:** يشمل المجال المكاني للدراسة الحالية على مستشفى محمد بوضياف بالمدية. مصلحة أمراض تصفية الدم ومصلحة أمراض السكري وأمراض القلب.

3-**2 المجال الزماني:** لقد إمتدت دراسة بحثنا في الفترة الممتدة من 03 مارس 2025 إلى غاية 06 أفريل 2025، حيث أول شيء قمنا به التوجه إلى الميدان والقيام بالدراسة الإستطلاعية في شهر ديسمبر 2024 ومن خلالها حددنا عينة بحثنا بالضبط، ووضعنا فرضيات بحسب ما لاحظناه في الواقع وتم إختيار خصائص العينة وذلك من خلال جمع البيانات والمعلومات الطبية والنفسية.

حددنا عينة بحثنا بالضبط، ووضعنا فرضيات حسب ما لاحظناه في الواقع وتم إختيار خصائص العينة وذلك من خلال جمع البيانات، والمعلومات الطبية والنفسية.

3-**3 المجال البشري:** يشمل العدد الكلي لعينة الدراسة الذي يتمثل في المرض المزمني: وهم مرض السكري، ومرض القصور الكلوي وضغط الدم.

**4-عينة الدراسة:**

قد تم تحديد مواصفات العينة التي تتكون من المصابين بالأمراض المزمنة للبالغين وثم إختيار هذه العينة لوعيهم بحالتهم الصحية، فالعينة التي أنا بصدد دراستها حددنا فيها جنس وتراوحت أعمارهم بين 20 و80 سنة، الذين يعانون من الأمراض المزمنة، والعلاقة التي تربطهم بالحالة الصحية، والنفسية.

**4-1 خصائص عينة الدراسة:**

**توزيع عينة البحث حسب متغير الجنس:**

**الجدول رقم (03): يوضح خصائص العينة حسب نوع الجنس**

| الجنس | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| إناث | 57 | % 57 |
| ذكور | 43 | % 43 |
| المجموع | 100 | % 100 |

تم توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس , حيث بلغ عدد الاناث (57) والذكور (43) وهذا يساعد في فهم طبيعة العينة وتحليل نتائج لاحقا في ضوء الفروق المحتملة بين الجنسين.

**توزيع عينة البحث حسب نوع المرض:**

**الجدول رقم (04): يوضح خصائص العينة حسب نوع المرض**

| نوع المرض | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| مرض السكري | 43 | % 43 |
| مرض القصور الكلوي | 33 | % 33 |
| مرض ضغط الدم | 24 | % 24 |
| المجموع | 100 | % 100 |

**5 – أدوات الدراسة الميدانية:**

قد يستخدم الباحث أكثر من طريقة أو أداة لجميع معلومات حول مشكلة الدراسة أو الإجابة عن أسئلة أو لفحص فرضياتها، ويجب على الباحث أن يقرر مسبقا الطريقة المناسبة لبحثه أو دراسته وأن يكون ملما بالأدوات والأساليب المختلفة لجمع المعلومات لأغراض البحث العلمي. وفي دراستي إعتمدت على:

**الخصائص السيكومترية:** وتشمل مقايس التالية:

- مقياس الذكاء الاجتماعي لدكتور إبراهيم محمد المغازي سنة 2005.
- مقياس التماسك النفسي لدكتورة الباحثه يوسفي حدة سنة 2018.
- مقياس جودة الحياة لدكتورة بشرى إسماعيل أحمد 2008.

**5 – 1 مقياس الذكاء الاجتماعي للمصابين بالأمراض المزمنة:**

**تعريف المقياس:** بعد الإطلاع المكثف على الدراسات والبحوث في مجال الذكاء الاجتماعي يهدف الحصول على أداة تكون أكثر ملائمة لموضوع الدراسة بهدف الحصول على نتائج موثوقة، وقع إختيار على مقياس متقدم سابقا لدكتور محمد إبراهيم المغازي لقياس مستوى الذكاء الاجتماعي تم تطويره ونشره في مجلة كلية التربية بجامعة الإسكندرية عام 2005 بعنوان "مقياس الذكاء الاجتماعي بناءه وخواصه السيكومترية".

حيث قبل تعديله خضع لصدق المحكمين الذي بلغ عددهم 10 في جامعة الزقازيق بمصر، والملك السعود المملكة العربية السعودية. وقد تم حذف 9 بنود وذلك بتشابه مع مفردات أخرى وقد بلغ نسبة الإنفاق 90 % و100 % وأصبح في صورة 81 بند وبعدها قام الباحث الدكتور إبراهيم بتقليص محاوره من خمس إلى 3 محاور. **(وهي المهارات الاجتماعية، الوعي الاجتماعي، حل المشكلات الاجتماعية لصبح عدد بنده 39 بندا، حيث يختار المفحوص يوضح بوضع إشارة (X)** في الخانة الموضحة في العمود ليتم حساب الدرجة الكلية له بحساب جميع درجاته على البدائل الخمس **(لا أوافق بشدة، لا أوافق، غير متأكد، أوافق، أوافق بشدة).**

حيث تدل الدرجة المرتفعة على مستوى ذكاء إجتماعي مرتفع والعكس صحيح. ويوضح الجدول التالي توزيع مفردات مقياس الذكاء الاجتماعي.

**الجدول رقم (05): وصف مقياس الذكاء الاجتماعي مع أبعاده**

| الأبعاد | تسلسل الفقرات | البنود السلبية | العدد |
|---|---|---|---|
| المهارات الاجتماعية | 36-33-30-27-24-21-18-15-10-7-4-1 | 15-7-1 | 12 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| الوعي الاجتماعي | 37-34-31-28-25-22-19-16-13-11-8-5-2 | 11-5 | 13 |
| مهارة حل المشكلات | 39-38-35-32-29-26-23-20-17-14-12-9-6-3 | / | 14 |
| **المجموع** | **39** | **5** | **39** |

**5-2 خصائص السيكومترية لأداة الدراسة:**

يقصد بها صدق الإختيار أن يقيس ما وضع لقياسه. أي أنه كلما ارتفع معامل الصدق كلما زادت الثقة في المقياس. كما يصدق نبات الإختبار الحصول على نفس النتائج إذا ما أعيد استخدام نفس الأداة في نفس الظروف.

**5-3 ثبات مقياس الذكاء الاجتماعي:** لحساب الثبات استخدمت طريقتين هما:

**5-3-1 طريقة التجزئة النصفية:** جزئت فقرات مقياس إلى جزئين: يشمل الجزء الأول الأسئلة الفردية والجزء الثاني الأسئلة الزوجية.

حيث قام الباحث بحساب معامل الإرتباط سبيرمان برولون حسب المعادلة التالية: معامل الثبات: 2./1 + حيث / معامل إرتباط.

**الجدول رقم (06): معامل ثبات مقياس الذكاء الاجتماعي بطريقة التجزئة النصفية:**

| المقياس | معامل الإرتباط | معامل الثبات | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|
| الذكاء الاجتماعي | 0.61 | 0.76 | 0.01 |

يبين الجدول رقم **(06)** أن هناك معامل ثبات كبير لفقرات المقياس.

**5-3-2 طريقة ألفا كرونباخ:** تستخدم طريقة ألفا كرونباخ كطريقة ثانية لقياس ثبات مقياس الذكاء الاجتماعي ويظهر الجدول رقم **(05)** أن معاملات الارتباط مرتفعة لفقرات المقياس. حين بلغت 0.78 وهو يدل على نبات عالي يطمئن الباحث ويزيد مصداقية النتائج المتوصل إليها.

**الجدول رقم (07) معامل ثبات مقياس الذكاء الاجتماعي بطريقة ألفا كرونباخ**

| المقياس | عدد الفقرات | طريقة ألفا كرونباخ |
|---|---|---|
| مقياس الذكاء الاجتماعي | 39 | 0.78 |

**حساب صدق الاتساق الداخلي للفقرات مقياس الذكاء الاجتماعي (الصدق البنائي):**

**الجدول رقم (08) صدق الاتساق الداخلي لقياس الذكاء الاجتماعي**

| الأبعاد | مهارة الاجتماعية | الوعي الاجتماعي | حل المشكلات | الكلي |
|---|---|---|---|---|
| معامل الإرتباط | 0.89 | 0.80 | 0.93 | 1 |
| درجة الحرية | 0.00 | 0.05 | 0.00 | |
| حجم العينة | 10 | 10 | 10 | 10 |

يظهر الجدول رقم **(08)** أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.05 و0.01.

**مقياس مشاعر التماسك النفسي:**

يعرف المقياس الصادق بأنه المقياس القادر على قياس السمة أو الخاصية التي أعد لأجلها والصدق هو أن يقيس المقياس ما وضع لقياسه. **(يوسفي حدة 2018، ص 71)**

وقد تم حساب مؤشر الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرضه فقراته على عدد من المحكمين المختصين في علم النفس ومقدر عددهم بـ 05 محكمين من داخل الجزائر وخارجها. **( مجلة وحدة البحث في التنمية الموارد البشرية المجلد 09 عدد 02، 2018، ص 104)**

وتم حساب معامل الإتفاق بين استجاباتهم باستخدام **(كالترجيع)** لمدى الإتفاق والاختلاف على كل فقرة من فقرات المقياس تم قبول جميع فقراته لعدم وجود تعارض في أراء المحكمين بخصوصها.

**مؤشر الصدق البنائي للمقياس:**

تم تطبيق المقياس في صورته الأولية بعد التحكيم وتم تحليل الفقرات بحساب الإرتباطات بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه. كما ثم حساب الإرتباط بين الدرجات الأبعاد والدرجة الكلية. و في النهاية تم حساب الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس والجداول التالية توضح ذلك.

**الجدول رقم (09): يوضح معاملات إرتباط البنود بأبعادها في المقياس:**

| الأبعاد | مشاعر الوضوح | | مشاعر الطوعية والإرادة | | مشاعر المعنى | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| البنود | 2 | *0.43 | 3 | *0.52 | 1 | *0.36 |
| | 6 | *0.65 | 5 | *0.50 | 4 | *0.68 |
| | 8 | *0.48 | 10 | *0.52 | 7 | *0.74 |
| | 9 | *0.49 | 13 | *0.40 | 12 | *0.63 |
| | 11 | *0.55 | | | | |
| دالة عند مستوى 0.05 | | | | | | |

**الجدول رقم (10) يوضح معاملات إرتباط الأبعاد بالدرجات الكلية للمقياس**

| الأبعاد | مشاعر الوضوح | مشاعر الطوعية والإرادة | مشاعر المعنى |
|---|---|---|---|
| معامل الإرتباط | *0.79 | *0.73 | *0.72 |
| دالة عند مستوى 0.05 | | | |

**الجدول رقم (11): يوضح معاملات إرتباط البنود بدرجة الكلية للمقياس**

| البنود | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *0.41 | *0.34 | *0.34 | *0.36 | *0.37 | *0.38 | *0.43 | *0.42 | *0.46 | *0.62 | *0.42 | *0.60 | 0.52 | 0.05 |

من خلال نتائج الجدول **(07)** و**(09)** نجد أن كل البنود صادقة من خلال ارتباط بأبعادها وكذلك ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة الإحصائية 0.05.

**مؤشر ثبات المقياس:**

يشير ثبات المقياس في إعطاء نفس النتائج تقريبا بعد تكرار تطبيقه على نفس العينة عبر مدة زمنية وتم التحقق من ثبات بالنسبة لمقياس مشاعر التماسك النفسي بالطرق التالية:

**1. مؤشر الإتساق الداخلي بطريقة ألفا كرونباخ:**

حيث تم حساب معامل ألفا للمقياس ككل، كما تم حسابه لأبعاد بنفس الطريقة. و الجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها.

**الجدول رقم (12): يوضح معاملات ألفا كرونباخ للمقياس وأبعاده**

| البعد | مشاعر الوضوح | مشاعر الطوعية | مشاعر المعنى | المقياس ككل |
|---|---|---|---|---|
| ألفا كرونباخ a | *0.78 | *0.78 | *0.85 | *0.92 |
| مستوى الدلالة الإحصائية 0.05 | | | | |

من خلال الجدول رقم **(10)** يتضح أن معاملات ألفا كرونباخ مرتفعة سواء على الأبعاد أو على المقياس ككل. و هذا يدل على ثبات المقياس.

2- **مؤشر الإتساق الداخلي:** طريقة التجزئة النصفية:

من خلال تقسيم فقرات المقياس إلى قسمين على أساس الفقرات الفردية والزوجية. فكانت قيمتها 0.67 ونظرا لأن هذا الإرتباط لنصف عدد الفقرات فقد تم تصحيحها بإستخدام معادلة سيرمان – براون فكانت قيمة معامل الثبات له تساوي 0.80 وهو مؤشر جيد ومقبول للثبات. كما تم استخدام معدلات تصحيح الطول الأخرى وهي معادلة جيتمان ومعادلة رولون والنتائج موضحة في الجدول رقم **(11)**.

**الجدول رقم (13): يوضح نتائج معاملات الثبات بإستخدام طريقة التجزئة النصفية:**

| قيمة معامل الإرتباط قبل الصحيح | معادلة سبيرمان بروان | معادلة جيتمان | معادلة رولون | الدلالة الإحصائية 0.05 |
|---|---|---|---|---|
| * 0.67 | * 0.80 | * 0.82 | * 0.82 | دالة |

ومنه يتضح أن جميع قيم معامل الإرتباط بعد التصحيح مرتفعة، وهذا يدل على ثبات المقياس.

**وصف المقياس:**

تتكون ورقة الإجابة لمقياس الشعور بالتماسك النفسي من 13 فقرة تم صياغتها في اتجاه سالب، ويقابل كل فقرة من فقرات المقياس سبع بدائل للإجابة حسب طريقة ليكرت. وقد روعي في صياغة الجمل ترجمة البدائل أن تكون متمايزة المعنى ولا تكون مري.....للمستجيب وفيما يلي توزيع الأرقام حسب أبعاد المقياس الثلاثة.

**الجدول رقم (14): يوضح الأبعاد والبنود التي تمثلها**

| الأبعاد | أرقام البنود |
|---|---|
| الشعور بالوضوح | 11 – 9- 8- 26 |
| الشعور بالطوعية والإرادة | 13- 10- 5- 3 |
| الشعور بالمعنى | 1- 4+ 12- 7- |

البند رقم 11 و4 بنود موجبة والباقي بنود سالبة.

**التطبيق:**

يمكن تطبيق المقياس إما جماعة أو فردي ويستغرق معظم المفحوصين في الإجابة عنه حوالي ( **5-10)** دقائق وتعليمات المقياس مختصرة وبسيطة، وتحدد للمفحوص مباشرة المطلوب منه عند الإجابة. كما وضعت 7 أرقام على متصل أمام البدائل، حيث أن **(7-1)** يمثلان طرفي متصل والمفحوص يختار الإجابة التي تطبق عليه بوضع دائرة على الرقم الذي يعبر عنه إستجابته.

**التصحيح:**

تعطى لكل فقرة من فقرات المقياس درجة ما بين 1-7 وتصحح جميع الفقرات بإعطائها أوزان **(7.6.5.4.3.2.1)** والمقياس صيغت بنوده في الاتجاه السالب للخاصية ما عدا البنود 11 و4 بمعنى كلما ارتفعت الدرجة على المقياس دل ذلك انخفاض مشاعر التماسك النفسي للفرد والعكس صحيح. ولكي نستخرج الدرجة الكلية للمقياس تجمع الدرجات الموزونة للفقرات جميعا التي تكون المقياس وتتفاوت الدرجات من 13 كحد أدنى إلى 91 كحد أقصى، أما المتوسط الفرضي للدرجات فهو 52.

**مقياس جودة الحياة:**

**وصف المقياس:** يتكون مقياس جودة الحياة من 100 بند في شكله الأصلي وأخر مختصر. تم إعداده وتكيفه في 15 دولة نحت إشراف منظمة الصحة العالمية WHO، حيث يسمح في صورته المطولة بتقدير **(60)** ميادين لجودة الحياة هي:

- الصحة الجسمية: الصحة النفسية، الإستقلالية، العلاقات الاجتماعية والمحيط والجانب الروحي.
- أما النسخة المختصرة تتكون من **(26)** بند أو سؤال تقيس أربعة ميادين وهي:
- الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية والبيئة، وتتراوح درجات المقياس من **(26)** إلى **(130)** وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة الحياة المرتفعة وتتم الإجابة على البنود هذا المقياس بإستخدام

طريقة ليكرت. وذلك على تدرج من خمس نقاط لتقدير الشدة والتكرار أو لتقييم الصفحات المختارة لجودة الحياة. **(مريم، 2014، ص 119)**

أما النسخة العربية فكانت من تعريب بشرى إسماعيل أحمد **(2008)**، حيث قامت بترجمة ثم عرضه على المختصين في علم النفس لتحكمه بجامعة أم القرى السعودية، ووصلت الصورة النهائية للمقياس إلى **(26)** عبارة وكان صدقه وثباته عاليا حيث بلغ **(85 %)**. **(عذبة 2015، ص 72)**

**التعليمة:**

تتضمن تعليمة استبيان جودة الحياة على الصيغة التالية: **( يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، فالمطلوب منك هو أن نجيب بما يتناسب في رأيك الشخصي على البنود التالية، وأمام كل منها خمسة إختبارات وعليك تحديد إمتياز واحد يناسبك بوضح دائرة حول حرف هذا الإختيار، ولاحظ جيدا أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند، ولا تترك أي. .....بدون إجابة عنه، وأعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد وتستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.**

**كيفية التنقيط:**

**يكون التنقيط على النحو التالي:**

**(أ) تنقط 1**
**(ب) تنقط 2**
**(ت) تنقط 3**
**(ث) تنقط 4**
**(ج) تنقط 5**

**الخصائص السيكومترية للمقياس:**

**1- الثبات:**

**حساب ثبات مقياس جودة الحياة عن طريقة التجزئة النصفية كما هو في قيمة بيرسون الجزئي للقياس جودة الحياة يقدر بـ (0.92)** وهي قيمة عالية لكنها قيمة تعتبر ثبات نصف الإختيار. فقط لذا كان لازما تصحيح طوله بمعامل سيرمان بروان فكانت قيمة ثبات الإستبانة ككل ⊛0.96) وهي قيمة عالية جدا.

عن طريقة ألفا كرونباخ: قيمة ألفا كرونباخ هي **(0.94)** وهي قيمة عالية من كل مما سبق، ويعد حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ يمكن القول أن مقياس جودة الحياة يتميز بثبات عالي جدا.

**2- الصدق:**

تم حساب الصدق التمييزي عن طريق حساب الفروق بين قيمة 27 %، حيث أن قيمة **(T)** المسحوبة قد بلغت **(8.72)** عند درجة حرية 14 ومستوى دلالة **(0.05)** وهي كبر من قيمة **(T)** المجدولة ذات القيمة **(2.15)**.

**الصدق الذاتي:** وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات وبعد حسابه تحصلنا على القيمة **(0.97)** وعليه فهي قيمة مرتفع وعالية من صدق وعليه فإن مقياس جودة الحياة يقيس ما وضع لأجله.

**6-الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:**

أما فيما يتعلق بالأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة تم تطبيق عدة تقنيات إحصائية للتحقق من إختبار صحة الفرضيات من خلال الإستعانة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **(SPSS ,V2022)** وبإستخدام جهاز الإعلام الألي. و بواسطته تم فرز النتائج وتصنيفها وتحليلها لمعرفة دلالات كل نتيجة من النتائج المتحصل عليها وهي كما يلي:

**الإحصاء الوصفي:** والمتمثل في كل من:

**المتوسط الحسابي:** و هو من مقايس النزعة المركزية.

**الإنحراف المعياري:** وهو من أهم مقاييس التشتت، يقوم بحساب إنحراف درجات عن متوسطها.

**الإحصاء الإستدلالي:** والمتمثل في كل من إختيار T.TEST لدلالة الفروق من مجموعتين مستقلتين، ومعامل الإنحدار البسيط لبحث علاقة ومقدار الأثر.

وذلك من خلال الإستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية. **(spss version2022)**

## خلاصة الفصل:

تناولنا من خلال هذا الفصل إجراءات الدراسة الميدانية من خلال دراسة الإستطلاعية وتبني المنهج المناسب وتحديد العينة الإحصائية، وكذلك أدوات جمع المعلومات التي تمثلت في كل من متباين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة للمنظمة الصحية العالية من موضعين خصائص السيكومترية لكل المقاييس وذلك لتأكد من صدقها وثباتها.

# الفصل السادس

## عرض و تحليل و تفسير النتائج

تمهيد

1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

2- مناقشة نتائج الدراسة مع الدراسات السابقة

3- استنتاج العام

4- إقتراحات

**تمهيد:**

قبل عرض النتائج نشير إلى أننا حرصنا أن تتم الإجابة على المقاييس في أحسن الظروف الممكنة، كما تأكدنا من فهم أفراد العينة لتعليمة المقاييس، خصوصاً ما تعلق بالهدف من عملية القياس بمعنى ضرورة أن تعكس إجابة المبحوث المطلوب في كل بند من بنود المقياس ما هي عليه الأمور في الواقع لا كما يتمنى أن تكون عليه، ولا كما يتوقع أننا ننتظره. وبعد الانتهاء من عملية التطبيق والتأكد من احترام أفراد العينة للتعليمة في شطرها المتعلق بالإجابة على كل بند من بنود المقياس، وضرورة تفادي الإجابة النمطية كاختيار الخيار الأوسط في الإجابة عن كل البنود مثلاً، أو الإجابات الناقصة غير المكتملة، قمنا بعملية التصحيح، ثم شرعنا في المعالجة الإحصائية لكافة البيانات المجمعة للتحقق من صحة فرضيات الدراسة. وعليه سنتناول في مايلي تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بكل فرضية من فرضيات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري الذي يُفسر متغيرات الدراسة:

## 01. عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

لقد تم تخصيص هذا الفصل لعرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها، وهذا بعد قيام بتطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة على عينة من المرضى المزمنين، بغية التوصل إلى نتائج تثبت الفرضيات المقترحة أو تدحضها، وعليه فقد توصلنا إلى النتائج، التي سوف نوردها تباعا.

### 1.1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

لفحص ودراسة الفرضية الأولى التي مفادها " **مستوى الذكاء الاجتماعي مرتفع لدى المرضى المزمنين.**"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المتوسط الحسابي لمقياس الذكاء الاجتماعي والأبعاد المكونة له، ومقارنته بالمتوسط الفرضي للمقياس ككل، والفرضي لأبعاد المقياس في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية، والجدول التالي يبين ذلك

**الجدول رقم (15): يبين مستوى الذكاء الاجتماعي لدى المرضى المزمنين.**

| المتغير | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الفرضي | المستوى |
|---|---|---|---|---|
| **الذكاء الاجتماعي** | 143,74 | 13,82 | **117** | **مرتفع** |
| **المهارات الاجتماعية** | 43,99 | 4,88 | **36** | **مرتفع** |
| **الوعي الاجتماعي** | 44,96 | 5,62 | **39** | **مرتفع** |
| **مهارات حل المشكل** | 54,79 | 5,89 | **42** | **مرتفع** |

نلاحظ من الجدول ( **15**) بأن مستوى الذكاء الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين مرتفع، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي بلغت **(143,74)**، وهو يقع ضمن التصنيف الذي حدده المتوسط الفرضي في أن من تكون درجته أكبر من قيمة المتوسط الفرضي**(117)**، وهي درجة تشير إلى ارتفاع مستويات الذكاء الاجتماعي لدى عينة الدراسة من مرضى الضغط، والسكري، وأمراض الكلى، وفيما يخص أبعاد مقياس الذكاء الاجتماعي فقد توصلت نتائج تحليل البيانات إلى ارتفاع مستوى المهارات الاجتماعية لدى المرضى المزمنين، بمتوسط حسابي قدره **(43,99)**، وهو أكبر من المتوسط الفرضي **(36)**، كما أكدت العينة المبحوث فيها من المرضى المزمنين إلى ارتفاع مستويات مهارات الوعي الاجتماعي، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي الفعلي **(44,96)**، وهو أكبر من المتوسط الفرضي **(39)**، كما أظهرت البيانات المجمعة من عينة المرضى المزمنين ارتفاع مستوى مهارات حل المشكل، وهذا من خلال حساب متوسط الحسابي لمجموع إجابتهم، حيث بلغ **(54,79)**، وهو أكبر من المتوسط الفرضي البالغ **(42)**.

وعليه فإننا نقبل فرضية البحث والتي تنص على أنه: **مستوى الذكاء الاجتماعي مرتفع لدى المرضى المزمنين**، ونرفض الفرضية البديلة التي تنص على أنه: **مستوى الذكاء الاجتماعي منخفض لدى المرضى المزمنين**.

### 2.1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

لفحص ودراسة الفرضية الثانية التي مفادها " **مستوى التماسك النفسي مرتفع لدى المرضى المزمنين.**"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المتوسط الحسابي لمقياس التماسك النفسي والأبعاد المكونة له، ومقارنته بالمتوسط الفرضي للمقياس ككل، والفرضي لأبعاد المقياس في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية، والجدول التالي يبين ذلك.

**الجدول رقم (16): يبين مستوى التماسك النفسي لدى المرضى المزمنين.**

| المتغير / الابعاد | المتوسط الحسابي | الإنحراف المعياري | المتوسط الفرضي | المستوى |
|---|---|---|---|---|
| التماسك النفسي | 44,65 | 7,39 | 42 | مرتفع |
| مشاعر الوضوح | 16,86 | 4,29 | 20 | مرتفع |
| مشاعر الطوعية والإدارة | 13,55 | 3,44 | 16 | مرتفع |
| مشاعر المعنى | 14,11 | 2,82 | 16 | مرتفع |

نلاحظ من الجدول ( **16**) بأن مستوى التماسك النفسي موجود لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي بلغت **(44,65)**، وهو يقع ضمن التصنيف الذي حدده المتوسط الفرضي في أن من تكون درجته أقل من قيمة المتوسط الفرضي**(42)**، وهي درجة تشير إلى أنه كلما حصل المبحوث على درجة أقل منه فهو يرى أن هنالك تماسك نفسي، وفيما يخص أبعاد مقياس التماسك النفسي فقد توصلت نتائج تحليل البيانات إلى أنه توجد مشاعر واضحا لدى المرضى المزمنين، بمتوسط حسابي قدره **(16,86)**، وهو أصغر من المتوسط الفرضي **(20)**، كما أكدت العينة المبحوث فيها من المرضى المزمنين إلى ارتفاع أنهم يقرون بوجود مشاعر طوعية والإدارة، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي الفعلي **(13,55)**، وهو أصغر من المتوسط الفرضي **(16)**، كما أظهرت البيانات المجمعة من عينة المرضى المزمنين إلى إدراكهم لمعنى مشاعرهم، وهذا من خلال حساب متوسط الحسابي لمجموع إجابتهم، حيث بلغ **(14,11)**، وهو أقل من المتوسط الفرضي البالغ **(42)**.

وعليه فإننا نقبل فرضية البحث والتي تنص على أنه: **مستوى التماسك النفسي مرتفع لدى المرضى المزمنين**، ونرفض الفرضية البحثية البديلة التي تنص على أنه: **مستوى التماسك النفسي منخفض لدى المرضى المزمنين.**

### 3.1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

لفحص ودراسة الفرضية الثالثة التي مفادها "**مستوى جودة الحياة منخفضة لدى المرضى المزمنين.**"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المتوسط الحسابي لمقياس جودة الحياة والأبعاد المكونة له، ومقارنته بالمتوسط الفرضي للمقياس ككل، والفرضي لأبعاد المقياس في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية، والجدول التالي يبين ذلك

**الجدول رقم (17): يبين مستوى جودة الحياة لدى المرضى المزمنين (الضغط، السكري، أمراض الكلى).**

| المتغير | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الفرضي | المستوى |
|---|---|---|---|---|
| جودة الحياة | 69,82 | 9,316 | 72 | منخفض |
| جودة الصحة الجسمية | 18,57 | 3,34 | 21 | منخفض |
| جودة الصحة النفسية | 17,07 | 3,59 | 18 | منخفض |
| جودة العلاقات الاجتماعية | 10,25 | 1,86 | 09 | مرتفع |
| جودة البيئة | 21,93 | 4,47 | 24 | منخفض |

نلاحظ من الجدول ( 17) بأن مستوى جودة الحياة منخفضة ككل لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي بلغت **(69,82)**، وهو يقع ضمن التصنيف الذي حدده المتوسط الفرضي في أن من تكون درجته أقل من قيمة المتوسط الفرضي**(72)**، وهي درجة تشير إلى أنه كلما حصل المبحوث على درجة أقل منه فهو يشعر بأن جودة الحياة التي يعيشها منخفضة، وفيما يخص أبعاد مقياس جودة الحياة فقد توصلت نتائج تحليل البيانات المجمعة من إجابات المبحوثين إلى أن مستوى جودة الحياة الصحية منخفضة لدى المرضى المزمنين، بمتوسط حسابي قدره **(18,57)**، وهو أصغر من المتوسط الفرضي **(21)**، كما أكدت العينة المبحوث فيها من المرضى المزمنين إلى انخفاض مستوى جودة الحياة النفسية، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي الفعلي **(17,07)**، وهو أصغر من المتوسط الفرضي **(18)**، كما أظهرت البيانات المجمعة بعد عملية التحليل الإحصائي على عينة من المرضى المزمنين إلى إدراكهم لجودة العلاقات الاجتماعية جاء مرتفع، وهذا من خلال حساب متوسط الحسابي لمجموع إجابتهم، حيث بلغ **(10,25)**، وهو أقل من المتوسط الفرضي البالغ **(09)**، وتم التوصل إلى أن تقديرات مستويات جودة البيئة جاءت منخفضة لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين، وهذا لأن قيمة المتوسط الحسابي الفعلي لمجموع إجاباتهم بلغ **(21,93)**، وهو أصغر من المتوسط الفرضي الذي تم تقديره بـ **(24)**.

وعليه فإننا نقبل فرضية البحث جزئيا والتي تنص على أنه: **مستوى جودة الحياة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، جودة البيئة) منخفضة لدى المرضى المزمنين**، ونرفض فرضية البحث جزئيا والتي تنص على أن: **مستوى جودة الحياة (جودة العلاقات الاجتماعية) منخفضة لدى المرضى المزمنين**، ونرفض الفرضية البحث البديلة التي تنص على أنه: **مستوى جودة الحياة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، جودة البيئة) مرتفعة لدى المرضى المزمنين**، ونقبل فرضية البحث البديلة جزئيا والتي تنص على أن: **مستوى جودة الحياة (جودة العلاقات الاجتماعية) مرتفعة لدى المرضى المزمنين.**

### 4.1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

لفحص ودراسة الفرضية الرابعة التي مفادها "**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين**"، حيث تم الاعتماد على معامل الانحدار البسيط، لمعرفة طبيعة العلاقة بين النتائج المتحصل عليها في مقياس الذكاء الاجتماعي، ومقياس التماسك النفسي المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية، والتي يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

**الجدول رقم ( 18 ): دلالة الارتباطية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى عينة الدراسة.**

| الذكاء الاجتماعي | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| المتغير | قيمة R | R-deux | R-deux ajusté | Béta | مستوى الدلالة |
| التماسك النفسي | 0.525 | %45,6 | %42,6 | | دالة عند مستوى الدلالة (0,01) |
| مشاعر الوضوح | | | | %33,3 | |
| مشاعر الطوعية والإدارة | | | | %39,8 | |
| مشاعر المعنى | | | | %31 | |

نلاحظ من الجدول رقم **(18 )** بأنه توجد علاقة إرتباطية الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدي عينة الدراسة من المرضى المزمنين، حيث أن قيمة معامل الارتباط **(R=0.525)**، وهي دالة عند مستوى الدلالة **(0,01)**، وجاء العلاقة طردية موجبة بمعنى أنه كلما ارتفعت مستويات الذكاء الاجتماعي لدى المرضى المزمنين أظهر المرضى تماسكا نفسيا، كما تبين أن للذكاء الاجتماعي قدرة في التنبؤ بالتماسك النفسي، حيث بلغت قيمة الانحدار **.(42.6%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته**(R=42.6%** ) من ظهور التماسك النفسي لدى المرضى المزمنين، كما تبين أن للذكاء الاجتماعي قدرة في التنبؤ بوضوح المشاعر، حيث بلغت قيمة الانحدار **.(33.3%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته**(R=33.3%** ) من وضوح المشاعر لدى المرضى المزمنين، وأظهرت عملية تحليل النتائج في أن الذكاء الاجتماعي له القدرة في التنبؤ بمشاعر الطوعية والإدارة حيث بلغت قيمة الانحدار **.(39.8%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته**(R=39.8%** ) من مشاعر الطوعية والإدارة لدى المرضى المزمنين، وتم التوصل إلى أن الذكاء الاجتماعي له قدرة في التنبؤ بمشاعر المعنى، حيث بلغت قيمة الانحدار **.(31%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته**(R=31%** ) من مشاعر المعنى لدى المرضى المزمنين

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص بأنه: " **توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين.**"، ونرفض فرضية البحث الصفرية التي تنص على أنه: " **لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين.**

### 5.1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

لفحص ودراسة الفرضية الخامسة التي مفادها "**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين**"، حيث تم الاعتماد على معامل الإنحدار البسيط، لمعرفة طبيعة العلاقة بين النتائج المتحصل عليها في مقياس الذكاء الاجتماعي، ومقياس جودة الحياة المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية، والتي يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

**الجدول رقم ( 19 ): دلالة الارتباطية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى عينة الدراسة.**

| الذكاء الاجتماعي | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| المتغير | قيمة R | R-deux | R-deux ajusté | Béta | مستوى الدلالة |
| جودة الحياة | 0.573 | %63 | %61,1 | | دالة عند مستوى الدلالة (0,01) |
| جودة الصحة الجسمية | | | | %40,3 | |
| جودة الصحة النفسية | | | | %42,5 | |
| جودة العلاقات الاجتماعية | | | | %46,5 | |
| جودة البيئة | | | | %45,8 | |

نلاحظ من الجدول رقم **(19 )** بأنه توجد علاقة إرتباطية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدي عينة الدراسة من المرضى المزمنين، حيث أن قيمة معامل الإرتباط **(R=0.573)**، وهي دالة عند مستوى الدلالة **(0,01)**، وجاء العلاقة طردية موجبة بمعنى أنه كلما إرتفعت مستويات الذكاء الاجتماعي لدى المرضى المزمنين أظهر المرضى رضاهم عن جودة الحياة التي يعيشونها، كما تبين أن للذكاء الاجتماعي قدرة في التنبؤ بجودة الحياة العامة، حيث بلغت قيمة الانحدار **.(61.1%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته**(R=61.1%** ) من مدى إيجابية التقييم الذاتي لمستوى جودة الحياة لدى المرضى المزمنين، كما تبين أن للذكاء الاجتماعي قدرة في التنبؤ بجودة الحياة الجسمية، حيث بلغت قيمة الانحدار **.(40.3%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته**(R=40.3%** ) من مدى إدراك المرضى المزمنين لجودة الحياة من الجانب الصحي، وأظهرت عملية تحليل النتائج في أن الذكاء الاجتماعي له القدرة في التنبؤ بجودة الحياة النفسية حيث بلغت قيمة الانحدار **.(42.5%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته **(R=42.5%)** من الإحساس بمدى جودة الحياة النفسية لدى المرضى المزمنين، وتم التوصل إلى أن الذكاء

الاجتماعي له قدرة في التنبؤ بجودة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها المرضى المزمنين، حيث بلغت قيمة الانحدار **.(46.5%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته**(R=46.5%)** من جودة العلاقات الاجتماعية التي ينسجها المرضى المزمنين، وأظهرت عملية تحليل البيانات المجمعة أن للذكاء الاجتماعي له قدرة في التنبؤ بجودة البيئة التي يعيش فيها المرضى المزمنين، حيث بلغت قيمة الانحدار **.(45.8%)** أي أن الذكاء الاجتماعي يفسر ويتنبؤ بما قيمته**(R=45.8%)** من مدى إدراك المرضى المزمنين لجودة البيئة التي يعيش فيها ويتصل بها.

وعليه فإننا نقبل بفرضية البحث التي تنص بأنه: " **توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين.**"، ونرفض فرضية البحث الصفرية التي تنص على أنه: " **لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين.**

### 6.1. عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

لفحص ودراسة الفرضية السادسة التي مفادها " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.**" ولتحقيق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين **(الذكور، الإناث)**، قمنا بحساب الفروق في مقياس الذكاء الاجتماعي والأبعاد المكونة له المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

**الجدول رقم (20) يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق حسب الجنس في مقياس الذكاء الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين.**

| | ذكور ن=43 | | إناث ن=57 | | درجة الحرية | ت المحسوبة | مستوى الدلالة | القرار |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | | | | |
| الذكاء الاجتماعي | 145,51 | 14,17 | 142,40 | 13,51 | 98 | 1,107 | 0,271 | غ دال |
| المهارات الاجتماعية | 44,86 | 4,753 | 43,33 | 4,91 | | 1,567 | 0,121 | غ دال |
| الوعي الاجتماعي | 45,41 | 5,553 | 44,61 | 5,70 | | 0,709 | 0,480 | غ دال |
| مهارات حل المشكل | 55,23 | 6,06 | 54,45 | 5,790 | | 0,646 | 0,520 | غ دال |

نلاحظ من الجدول رقم **(20 )** بأنه لا توجد فروق في مســـتوى الذكاء الاجتماعي لدى المرضـــى المزمنين تبعا لمتغير جنس **(ذكر، أنثى)**، وهذا لأن قيمة **(ت المحســـوبة =1,107 وهي غير دالة عند مســـتوى الدلالة (0.05)**، وتبين بخصـــوص بعد المهارات الاجتماعية لدى المرضـــى المزمنين تبعا لمتغير جنس المريض **(ذكر، أنثى)** في أنه لا توجد فروق، وهذا لأن قيمة **(ت المحســـوبة=1,567)**، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة **(0,05)**، كما تبين نفس الشيء مع النتيجتين السابقتين في أنه لا توجد فروق بين المرضى المزمنين ذكور وإناث في بعد الوعي الاجتماعي، حيث بلغت قيمة **(ت المحسوبة=0,709)**، وهي غير دالة عند مســـتوى الدلالة **(0,05)**، وبخصـــوص بعد مهارات حل المشـــكل، فقد تبين بأنه لا توجد فروق بين المرضـــى المزمنين **(الضـــغط، الســـكري، أمراض الكلى)** تبعا لمتغير نوع أو جنس، حيث بلغت قيمة **(ت المحسوبة=0,646)**، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة **(0,05)**.

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث التي تنص على بأنه: " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين،** ونقبل فرضية البحث الصفرية التي تنص على أنه: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.**

### 7.1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السابعة:

لفحص ودراسة الفرضية السابعة التي مفادها " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التماسك النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.**" ولتحقيق من صحة هذه الفرضية قمنا

بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين **(الذكور، الإناث)**، قمنا بحساب الفروق في مقياس التماسك النفسي، والأبعاد المكونة له، المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

**الجدول رقم (21) يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق حسب الجنس في مقياس التماسك الاجتماعي لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين.**

| | ذكور ن=47 | | إناث ن=53 | | درجة الحرية | ت المحسوبة | مستوى الدلالة | القرار |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | | | | |
| **التماسك الاجتماعي** | 45,90 | 6,75 | 43,70 | 7,76 | **98** | 1,515 | 0,133 | **غير دال** |
| **مشاعر الوضوح** | 16,30 | 4,32 | 17,30 | 4,25 | | −1,150 | 0,253 | **غير دال** |
| **مشاعر الطوعية والإدارة** | 13,23 | 3,46 | 13,80 | 3,429 | | −0,816 | 0,417 | **غير دال** |
| **مشاعر المعنى** | 13,93 | 2,67 | 14,25 | 2,94 | | −0,564 | 0,574 | **غير دال** |

نلاحظ من الجدول رقم **( 21)** بأنه لا توجد فروق في مستوى التماسك النفسي لدى عينة المرضى المزمنين تبعا لمتغير جنس **(ذكر، أنثى)**، وهذا لأن قيمة **(ت المحسوبة =1,515)** وهي غير دالة عند مستوى الدلالة **(0.05)**، وأظهرت البيانات المجمعة إحصائيا بخصوص بعد مشاعر الوضوح لدى المرضى المزمنين تبعا لمتغير جنس المريض **(ذكر، أنثى)** في أنه لا توجد فروق، وهذا لأن قيمة **(ت المحسوبة=1,150−)**، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة **(0,05)**، كما تبين نفس الشيء مع النتيجتين السابقيتين في أنه لا توجد فروق بين المرضى المزمنين ذكور وإناث في بعد مشاعر الطواعية والإدارة، حيث بلغت قيمة **(ت المحسوبة=0,816−)**، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة **(0,05)**، وبخصوص بعد مشاعر المعنى، فقد تبين من خلال التحليل للنتائج الكمية بأنه لا توجد فروق بين المرضى المزمنين **(الضغط، السكري، أمراض الكلى)** تبعا لمتغير نوع أو جنس، حيث بلغت قيمة **(ت = 0,546−)**، **وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05).**

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث التي تنص على بأنه: " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التماسك النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين،** ونقبل فرضية البحث الصفرية التي تنص على أنه: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التماسك النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.**

### 8.1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثامنة:

لفحص ودراسة الفرضية الثامنة التي مفادها " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.**" ولتحقيق من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المعالجة الإحصائية T-TEST لدلالة الفروق بعد التأكد من التجانس بين المجموعتين **(ذكور، إناث)**، قمنا بحساب الفروق في مقياس جودة الحياة والأبعاد المكونة له المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تحصلنا على النتائج التالية:

**الجدول رقم (22) يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق حسب الجنس في مقياس جودة الحياة لدى عينة الدراسة من المرضى المزمنين.**

| | ذكور ن=47 | | إناث ن=53 | | درجة الحرية | ت المحسوبة | مستوى الدلالة | القرار |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | | | | |
| **جودة الحياة** | **70,95** | **9,00** | **68,96** | **9,53** | **98** | **1,066** | **0,289** | **غير دال** |
| **جودة الصحة الجسمية** | **18,95** | **3,28** | **18,28** | **3,39** | | **1,000** | **0,320** | **غير دال** |
| **جودة الصحة النفسية** | **17,23** | **3,55** | **16,94** | **3,66** | | **0,392** | **0,696** | **غير دال** |
| **جودة العلاقات الاجتماعية** | **10,25** | **1,95** | **10,24** | **1,81** | | **0, 027** | **0,979** | **غير دال** |
| **جودة البيئة** | **24,51** | **4,44** | **23,49** | **4,49** | | **1,131** | **0,261** | **غير دال** |

نلاحظ من الجدول رقم (22 ) بأنه لا توجد فروق في مستوى جودة الحياة العامة لدى عينة المرضى المزمنين تبعا لمتغير جنس (**ذكر، أنثى**)، وهذا لأن قيمة (**ت المحسوبة =1,066**) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (**0.05**)، وأظهرت البيانات المجمعة إحصائيا بعد تحليلها بخصوص بعد جودة الحياة الجسمية لدى المرضـــى المزمنين تبعا لمتغير جنس المريض (**ذكر، أنثى**) في أنه لا توجد فروق، وهذا لأن قيمة (**ت المحســوبة=1,000**)، وهي غير دالة عند مســتوى الدلالة (**0,05**)، كما تبين أن هناك تطابق مع النتيجتين السابقيتين في أنه لا توجد فروق بين المرضى المزمنين ذكور وإناث في بعد جودة الصحة النفسية، حيث بلغت قيمة (**ت المحســوبة=0,392**)، وهي غير دالة عند مســتوى الدلالة (**0,05**)، وبخصــوص بعد جودة العلاقات الاجتماعية، فقد تبين من خلال التحليل للنتائج الكمية بأنه لا توجد فروق بين المرضى المزمنين (**الضــغط، الســكري، أمراض الكلى**) تبعا لمتغير نوع أو جنس، حيث بلغت قيمة (**ت المحســوبة=0,027**)، وهي غير دالة عند مســتوى الدلالة (**0,05**)، وتبين بعد القراءة الكيفية للنتائج الإحصـــائية المتعلقة ببعد جودة البيئة تبين بأنه لا توجد فروق بين الجنسين من المرضى المزمنين، وهذا لأن قيمة (**ت المحسوبة=1,131**)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (**0,05**).

وعليه فإننا نرفض فرضية البحث التي تنص على بأنه: " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين،** ونقبل فرضية البحث الصفرية التي تنص على أنه: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.**

**2- مناقشة نتائج الفرضيات مع الدراسات السابقة:**

**2-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى مع الدراسات السابقة:**

تنص الفرضية الأولى على أنه " مستوى الذكاء الاجتماعي مرتفع لدى المرضى المزمنين "في مستشفى محمد بوضياف بالمدية، ومن خلال تحليل ودراسة النتائج عن طريق البرنامج الإحصائي spss تم التوصل إلى أن الذكاء الاجتماعي مرتفع لدى المرضى المزمنين. وهذه النتيجة تتفق مع دراسة albretht and Goldsmith 2003 ) وكذلك مع دراسة(**الشمري 2020**) .التي تناولت الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المرضى السكري،

**2_2مناقشة نتائج الفرضية الثانية مع الدراسات السابقة :**

تنص الفرضية الثانية على أنه " مستوى التماسك النفسي مرتفع لدى المرضى المزمنين "من خلال تحليل ودراسة النتائج عن طريق البرنامج الإحصائي spss بالمتوسط الحسابي تم التوصل إلى أن التماسك النفسي مرتفع لدى المرضى المزمنين. وهذه نتيجة تختلف مع الدراسة السابقة **(نوار شهرزاد، (2023 بعنوان مشاعر التماسك النفسي لدى المرضى المصابين بالمرض المزمن، حيث توصلت الدراسة على جود مستوى منخفض من الشعور بالتماسك النفسي لدى المرضى.**

**2-3-مناقشة نتائج الفرضية الثالثة مع الدراسات السابقة:**

**تنص الفرضية الثالثة على أنه " مستوى جودة الحياة منخفض لدى المرضى المزمنين" من خلال تحليل ودراسة النتائج بالمتوسط الحسابي تم التوصل إلى أن جودة الحياة منخفضة لدى المرضى المزمنين. وهذه النتيجة تختلف مع الدراسة السابقة لدراسة يوسف وأخرون (2017)**، دراسة بعنوان جودة الحياة لدى مرض الفشل الكلوي وبتأثير الدعم الاجتماعي وكانت النتيجة أن الدعم الاجتماعي من الأسرة له تأثير كبير في رفع مستوى جودة الحياة.

**2-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة مع الدراسات السابقة:**

تنص الفرضية الرابعة على أنه " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين."

ومن خلال دراسة وتحليل النتائج بمعامل الإنحدار البسيط لمعرفة طبيعة العلاقة تبين أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين" . ونظرا لعدم التوصل إلى الدراسات السابقة مطابقة لموضوع البحث لم تستطيع مناقشة.

**2-5-مناقشة نتائج الفرضية الخامسة مع الدراسات السابقة:**

تنص الفرضية الخامسة على أنه "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين."

ومن خلال دراسة وتحليل النتائج بمعامل الإنحدار البسيط لمعرفة طبيعة العلاقة بين النتائج المتحصل عليها تبين أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين وهذه نتيجة تتفق مع دراسة (albrecht and Goldsmith 2003 تناولت هذه الدراسة

العلاقة بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة في سياق الضغط المزمن والتي توصلت إلى النتائج أن الذكاء الاجتماعي عامل تنبؤي قوي لجودة الحياة النفسية والاجتماعية الأشخاص، دور ذكاء الاجتماعي المرتفع كانوا أكثر قدرة على إدارة الضغوط والتفاعل مع المحيط.

**2-6-مناقشة نتائج الفرضية السادسة مع الدراسات السابقة :**

تنص الفرضية السادسة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين". وهذا بعد تطبيق المعالجة الإحصائية T.TEST لدلالة على الفروق.

ومن خلال دراسة وتحليل النتائج تبين أنها لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين" . ونظرا لعدم التوصل إلى الدراسات السابقة مطابقة لموضوع البحث يمكن تفسيرها هذه النتيجة في البحث الحالي على أنهم لا يوجد فروق في متغير الجنس.

**2-7-مناقشة نتائج الفرضية السابعة مع الدراسات السابقة :**

تنص الفرضية السابعة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التماسك النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين." وهذا بعد تطبيق المعالجة الإحصائية T.TEST لدلالة الفروق للتأكد من التجانس بين مجموعتين **(ذكور وإناث)** ومن خلال دراسة والتحليل يتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التماسك النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين. وعليه لا توجد دراسة سابقة مطابقة لموضوع البحث.

**2-8مناقشة نتائج الفرضية الثامنة مع الدراسات السابقة :**

تنص الفرضية الثامنة على أنه :توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين" . وهذا بعد تطبيق المعالجة الإحصائي T.TESTلدلالة الفروق للتأكد من التجانس بين المجموعتين **(ذكور وإناث)**. ومن خلال دراسة وتحليل النتائج تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير الجنس لدى مرضى المزمنين. ونظرا لعدم التوصل إلى دراسة مسابقة مطابقة لموضوع البحث. يمكن تفسيرها على أن الفروق لمتغير الجنس لا تحدث فرقا.

**3. الإستنتاج العام:**

أسست الدراسة الحالية على معرفة طبيعة العلاقة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي، وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين، وتشكلت عينة الدراسة من مرضى السكري، ومرضى الضغط، ومرضى الكلى، وبعد تجميع البيانات بعد تطبيق المقاييس، وتحليل النتائج تحليلا كميا أي إحصائيا، وكذلك تحليلا كيفيا تم التوصل إلى النتائج التالية:

1. مستوى الذكاء الاجتماعي مرتفع لدى المرضى المزمنين.
2. مستوى التماسك النفسي مرتفع لدى المرضى المزمنين.
3. مستوى جودة الحياة **(الصحة الجسمية، الصحة النفسية، جودة البيئة)** منخفضة لدى المرضى المزمنين، مستوى جودة الحياة **(جودة العلاقات الاجتماعية)** منخفضة لدى المرضى المزمنين.
4. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي لدى المرضى المزمنين.
5. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين.
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء الاجتماعي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التماسك النفسي تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى المرضى المزمنين

**4ـ الإقتراحات للدراسات المستقبلية:**

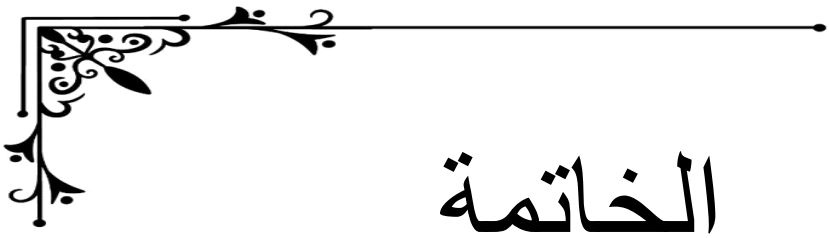
1- إجراء دراسات مقارنة بين مرضى مختلف أنواع الأمراض المزمنة مثل السرطان أمراض القلب، الروماتيدية، لفحص مدى إختلاف العلاقة بين الذكاء الاجتماعي والعوامل النفسية.

2- التوسع في استخدام المنهج المختلط النوعي والكمي لفهم أعمق لتجارب المرضى وعلاقتهم الاجتماعية.

3- دراسة أثر برامج تداخلية لتدريب الذكاء الاجتماعي على التماسك النفسي وجودة الحياة بإستخدام التصميم التجريبي.

4- فحص دور متغيرات وسيطة مثل: الدعم الاجتماعي، الصلابة النفسية، الرضا عن الذات في العلاقة بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة والتماسك النفسي.

5- دراسة الفروق حسب العمر ومستوى المعيشي والتعليمي في الذكاء الاجتماعي وتأثيره النفسي.



# الخاتمة



**الخاتمة:**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وجودة الحياة لدى عينة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة شملت أمراض السكري، ارتفاع الضغط الدم، القصور الكلوي.

وقد تكونت العينة من 100 مريضا ومريضة منهم **(43)** ذكور و**(57)** من الإناث، استخدمت الدراسة أدوات مقننة لقياس الذكاء الاجتماعي التماسك النفسي وجودة الحياة، وتم تحليل البيانات بإستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وقد اظهرت النتائج وجودة علاقة دالة إحصائية بين الذكاء الاجتماعي والتماسك النفسي وبين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة. وهذا ما يدل على أن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عال من الذكاء الاجتماعي يكونون أكثر قدرة على التكيف مع ظروف المرض، وأكثر تمسكا بمعنى الحياة، ولديهم استقرار نفسي أعلى ونظرة أكثر ايجابية نحو نوعية الحياة رغم التحديات الصحية التي يوجهونها. وتعكس هذه النتائج أهمية الذكاء الاجتماعي كأحد العوامل النفسية والاجتماعية الداعمة في حياة الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة. إذا يسهم في تسيير العلاقات الاجتماعية وتحسين التفاعل مع الآخرين وتعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية والانتماء وكلها عناصر تلعب دورا في دعم الصحة النفسية وتحسين جودة الحياة.

# قائمة
# المـــــراجع

## قائمة المراجع

### أولاً: المراجع باللغة العربية


1. أبو حطب، فؤاد (1995 .(أسس علم النفس .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
2. أبو حطب، فؤاد؛ وصادق، آمال (1990 .(علم النفس التربوي) ط4). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
3. أبو ماشي، علي سليمان (2001) .علم النفس الاجتماعي .الأردن: دار الشروق.
4. أيت حمودة، حكيمة (2008). إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسي لدى المرضى السيكوسوماتين .دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 09، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 2.
5. بن منظور، محمد بن مكرم (1990) .لسان العرب .بيروت: دار صادر.
6. جابر، عبد الحميد (1980) .علم النفس التربوي .القاهرة: دار النهضة العربية.
7. جبل، حسن سيد (1998 .(الصحة النفسية .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
8. الجلال، عبد العزيز السيد (1985) .الصحة النفسية .القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
9. حمدي، نجاح الرفاعي (2001) .تنمية وتعديل السلوك الاجتماعي للأطفال .الإسكندرية: مكتبة المعارف الحديثة.
10. الخولي، محمد البرادعي (1997) .الصحة النفسية من منظور إسلامي ومقارنتها بنظرياتها .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
11. الخوري، توفيق مرشد وآخرون (1998).(موسوعة الصحة النفسية) الجزء الثالث من 3 مجلدات). بيروت: متوسط المعرفة للطباعة والنشر.
12. الداهري، سيف (2008 .(علم النفس الاجتماعي .أبو ظبي: دار الكتاب الجامعي.
13. الرحو، يوسف محمود (2005 .(أسس علم النفس) ط1، ج1). عمان: دار الثقافة.
14. الريماوي، محمد عودة وآخرون (2004 .(علم النفس العام) ط3). عمان: دار المسيرة.
15. زهران، حامد عبد السلام (1984 .(الصحة النفسية والعلاج النفسي) ط5). القاهرة: عالم الكتب.
16. سعادة، جودت أحمد وآخرون (2000 .(علم النفس التربوي وتطبيقاته .عمان: دار الفكر.
17. الشرقاوي، أنور محمد وآخرون (د.ت.) .المرأة العاملة .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
18. عثمان، فاروق السيد وآخرون (2006).(القلق وإدارة الضغوط النفسية) (ط1). القاهرة: دار الفكر العربي.
19. عكاشة، أحمد (1981).(الصحة النفسية والعلاج النفسي) (ط3). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
20. العيسوي، عبد الرحمن (د.ت).المساندة الاجتماعية لمريض الفشل الكلوي (ج1). القاهرة: دار الكتاب الحديث.

21. فهمي، مصطفى (د.ت) .الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف .القاهرة: مكتبة الخانجي.
22. قطامي، محمد عبد الله (2005)علم النفس التربوي .عمان: دار المسيرة.
23. القذافي، رمضان محمد وآخرون (2001) علم النفس المعرفي .الإسكندرية: دار الوفاء.
24. المطيري، محموسة عقيل (2000) الصحة النفسية: مفهومها وأبعادها .الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
25. محمود، عبد الفتاح (1998) .الصحة النفسية في عالم متغير .القاهرة: دار الفكر العربي.
26. متولي، عبد الرحمن عدس (1997) .علم النفس التربوي .عمان: دار الفكر.
27. يوسفي، حدة (2017). الشعور بالتماسك كمورد صحي للوقاية من الضغوط النفسية .مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، العدد 21، مارس 2017، ص 53 وص 71.
28. يوسفي، حدة (2018). مشاعر التماسك النفسي كمفهوم وجداني جديد، قياس المفهوم .مجلة وحدة البحث في التنمية الموارد البشرية، المجلد 09، العدد 2 خاص، الجزء الأول، جويلية 2018

**ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية**

1. Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. Social Science & Medicine, 61(5), 943–964. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.025

2. Andelman, A., [Hostname, B], & [last name, C]. (1997). The Effects of quality of life on national elections. A106.

3. Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. Jossey-Bass.

4. Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass.

5. Antonovsky, A., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on response to stress situations. Journal of Social Psychology, 126, 213-225.

6. Bishop of (Lens). (2002). Faith and docetic xentia. Religious Studies, 38(4), 471-487.

7. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113

8. Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health, 60(5), 376–381. https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616

9. Farquhar, M. (1995). Definition of quality of life: a taxonomy. Journal of Advanced Nursing, 22(3), 502-508.

10. Ford, M. E., & Tisak, M. S. (1983). [عنوان المقال مفقود]. Journal of Educational Psychology,).

11. Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 39(2), 84–96. https://doi.org/10.1080/07481756.2006.11909778

12. Marlowe, H. A. (Year Missing). Social intelligence: Implications for Adult education (pp. 4.5-27).

13. Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 18(1), 32-38.

14. Meichenbaum, D. (1977). Changing conceptions of cognitive behavior (p. 81-).

15. Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. Development and Psychopathology, 24(2), 335–344. https://doi.org/10.1017/S0954579412000028

16. Schäfer, S. K., Becker, N., King, L., Horsch, A., & Michael, T. (2019). The relationship between sense of coherence and resilience: A systematic review and meta-analysis. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11(5), 548–556. https://doi.org/10.1037/tra0000454

17. Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. International Journal of Behavioral Medicine, 15(3), 194–200. https://doi.org/10.1080/10705500802222972

18. Thorndike, E. L. (1930). A constant error in psychological ratings. Journal of Applied Psychology, 4(1), 25-29.

19. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. Journal of Personality and Social Psychology, 86(2), 320–333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320

20. Van Breda, A. D. (2018). A critical review of resilience theory and its relevance for social work. Social Work, 54(1), 1–18. https://doi.org/10.15270/54-1-611

21. Widar, M., Ahlstrom, G., & Ek, A. C. (2004). Health-related quality of life in persons with long term pain after a stroke. Journal of Clinical Nursing, 13(4), 487-497.

22. Wiseman, P. M. (1977). Readings in Social Problems: Contemporary perspectives. Harper and Row.

## ثالثا مراجع الكترونية

### أ- الرسائل الجامعية

1. براهمية، ح.، بوعباس، م.، وشرقي، ك. (2024 .(جودة الحياة لدى الراشد المصاب بالسكري) مذكرة ماجستير). جامعة قالمةhttps://dspace.univ-guelma.dz .

2. بن مجاهد، ر.، عبد الحق، ف.، وعياشي، س. (2024 .(جودة الحياة لدى المصابين بداء السيلياك) مذكرة ماجستير). جامعة ورقلةhttps://dspace.univ-ouargla.dz .

3. الشمري، س. م. (2020 .(الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتماسك النفسي وجودة الحياة لدى عينة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة) رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك سعود.

**ب- المقالات العلمية في المجلات الدورية**

1. أحمد، ن. (2022). مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى معلمات مصابات بالسكري من النوع الثاني .مجلة جامعة المستقبل للدراسات الإنسانية، 9(1)، 105–126. https://jfust.journals.ekb.eg

2. البحيري، ن. (2014). تنمية الذكاء الاجتماعي لتخفيف قلق المستقبل لدى المتعافين من سرطان الدم .المجلة التربوية، جامعة عين شمس.

3. فالق، ف.، وعدوان، م. (2022). أثر الألم في جودة الحياة لدى مرضى السرطان .مجلة الدراسات النفسية والاجتماعية، 6(2)، 89–101. https://journals.univ-batna.dz

4. قريط، ن. (2020). نوعية الحياة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن في مشفى تشرين الجامعي .مجلة جامعة حماة، 6(4)، 179–202. https://hama-univ.edu.sy

5. المهداوي، م.، والعزاوي، ز. (2023). الإحساس بالتماسك النفسي لدى المرأة المصابة بالأمراض المزمنة .مجلة ديالى للعلوم الإنسانية، 72، 1–25. https://djhr.uodiyala.edu.iq

6. نوار، ب.، ونايت عبد السلام، م. (2023). الإحساس بالتماسك النفسي لدى المصابين بأمراض مزمنة .مجلة بحوث في علم النفس والاجتماع، 17(1)، 45– 69 https://www.asjp.cerist.dz/en/article/216271

# الملاحق

## الملاحق

### ملحق رقم 01 مقياس الذكاء الاجتماعي

| الرقم | العبـــــــــــــــــــارات | لا اوافق بشدة | لا اوافق | غير متاكد | اوافق | اوافق بشدة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | اشعر بالشك في شخصيات التي لا اعرفها أو التي أقابلها لأول مرة. | | | | | |
| 2 | تدهشني ردود فعل الآخرين على ما افعله. | | | | | |
| 3 | أفكر في إيجاد طرق ووسائل فعالة لحل المشكلة التي تواجهني. | | | | | |
| 4 | أجد نفسي في المواقف الاجتماعية المختلفة. | | | | | |
| 5 | أقوم باذاء الآخرين بدون إدراك ذلك. | | | | | |
| 6 | عندما تواجهني مشكلة أقارن كل الخيارات المطروحة لاختيار أفضلها. | | | | | |
| 7 | اقضي وقتا عصيبا في الانسجام مع الآخرين. | | | | | |
| 8 | يغضب مني الآخرون عندما أقول ما أفكر فيه تجاههم | | | | | |
| 9 | استطيع تحديد المشكلة التي تواجهني تحديدا دقيقا. | | | | | |
| 10 | لدي القدرة على لقاء الأشخاص للمرة الأولى والدخول معهم في حوارات. | | | | | |
| 11 | أجد صعوبة في فهم خيارات الآخرين لمساعدتي. | | | | | |
| 12 | عندما تواجهني مشكلة أضع خطة عمل والتزم بها | | | | | |
| 13 | يدهشني الآخرون بالأشياء التي يقومون بها | | | | | |
| 14 | أتعامل مع المشكلات بأسرع ما يمكن | | | | | |
| 15 | تواجهني صعوبات في إيجاد موضوعات للمحادثة مع الآخرين. | | | | | |
| 16 | لدي القدرة على معرفة أسباب غضب الآخرين مني. | | | | | |
| 17 | استخدم مهاراتي المعرفية والاجتماعية في حل ما يواجهني من مشكلات . | | | | | |
| 18 | أتقبل مناقشة الآخرين لأخطائي واعتراف بها | | | | | |
| 19 | اشعر بالانفعالات الآخرين تجاه أفعالي. | | | | | |
| 20 | أقوم بتحليل المشكلة التي تواجهني إلى عناصر حتى اتخذ قراري. | | | | | |
| 21 | يمكنني قيادة فريق والعمل الجماعي في مشروع ما. | | | | | |
| 22 | استطيع تغير وجهة نظر الآخرين نحو موضوع ما. | | | | | |
| 23 | تتولد لدي أفكار تساعدني في وضع حلول لما يواجهني من مشكلات . | | | | | |
| 24 | أحب سماع رأي الآخرين مهما كان مخالفا لرأيي. | | | | | |
| 25 | استطيع تحديد الأوقات التي يتغير فيها مزاجي. | | | | | |
| 26 | استخدم مايطرأ على الموقف المشكل من تغيرات لصالحي. | | | | | |
| 27 | يمكنني تفسير المواقف والأحداث بصورة يقبلها الآخرون. | | | | | |
| 28 | أناقش زملائي في انفعالاتي. | | | | | |
| 29 | امتلك القدرة على الاستدلال والاستنباط لبناء أحكامي وتوقعاتي حول المشكلة. | | | | | |
| 30 | يلجأ زملائي للمشورة واخذ رأيي عندما تواجههم مشكلات. | | | | | |
| 31 | استطيع الاستجابة لرغبات و انفعالات الآخرين. | | | | | |
| 32 | أقوم ببناء علاقات بين عناصر المشكلة للتغلب عليها. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 33 | يمكنني مناقشة أفكاري مع أفراد أسرتي وإقناعهم بوجهة نظري. | | | | | |
| 34 | انتبه لكل أفعالي أثناء مناقشتي وحواراتي مع الآخرين . | | | | | |
| 35 | أقارن نتائج المشكلة مع ما كنت أتوقع حدوثه. | | | | | |
| 36 | ابذل قصار جهدي لمساعدة الآخرين. | | | | | |
| 73 | لدي القدرة على التعبير عن انفعالاتي بشكل مناسب . | | | | | |
| 38 | أعطي الوقت الكافي للتعامل مع المشكلة. | | | | | |
| 39 | عندما أواجه مشكلة ما استحضر إلى ذهني المشكلات السابقة المشابهة لها. | | | | | |

## ملحق رقم 02 مقياس – الشعور بالتماسك النفسي لارون انتنوفسكي

البيانات الاولية

الجنس : .....السن : ..... الوظيفة :..... الحالة الاجتماعية .....

التعليمات:.امامك مجموعة من الاسئلة والمتعلقة بنواحي مختلفة من حياتك ، لكل سؤال 7 اجابات محتملة ، من فضلك اختر الرقم الذي يمثل اجابتك ، حيث يمثل رقم 1 ورقم 7 الاجابات الاقص ى.

اذا كانت الاجابة رقم 1 صحيحة بالنسبة اليك ضع دائرة حول رقم 1، واذا كانت الاجابة رقم 7 هي الاجابة الصحيحة بالنسبة لك ضع دائرة حول الرقم 7 ، واذا كنت تشعر بشيئ مختلف ضع دائرة حول الرقم الذي ترى بانه يعبر عما تشعر به ، يرجى منك اعطاء اجابة واحدة لكل سؤال.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- هل حقا لديك شعورا بعدم الاهتمام بما يجري من حولك؟ | | | | | | | | |
| نادرا او لا ابدا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | كثيرا جدا |
| 2- هل حدث لك بالماض ي وأن تفاجئت من تصرفات الناس الذين كنت تظن انك تعرفهم جيدا؟ | | | | | | | | |
| لم يحدث ابدا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | يحدث دائما |
| 3- هل حدث وان اصبت بخيبة أمل من الناس الذين كنت تعول عليهم ؟ | | | | | | | | |
| لم يحدث ابدا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | يحدث دائما |
| 4. حياتك حتى اللحظة تبدوا وكأنها | | | | | | | | |
| بلا أهداف اوغايات واضحة | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | أهداف وغايات واضحة للغاية |
| 5- هل لديك شعور بان ما يحدث لك غير عادل؟ | | | | | | | | |
| دائما | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | نادرا او لا ابدا |
| 6- هل تشعر بأنك في وضع غير اعتيادي و لا تعرف ماذا ستفعل ؟ | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| كثيرا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | نادرا او لا ابدا |
| 7-الأمور التي تقوم بها كل يوم هي: | | | | | | | | |
| مصدر للمتعة ورضا عميقين | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | - مصدرا للألم والملل |
| 8 . هل لديك مشاعر وأفكار مختلطة جدا ؟ | | | | | | | | |
| نادرا اولا ابدا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | كثيرا |
| 9. هل حدث و أن واجهت المشاعر التي كنت لا ترغب في أن تواجهها ؟ | | | | | | | | |
| نادرا او لا ابدا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | كثيرا |
| 10. العديد من الناس، حتى الذين يملكون شخصيات قوية، يشعرون أحيانا مثل الفاشلين( في بعض المواقف او في مواقف محددة) . كم عدد المرات التي شعرت بهذه الطريقة في الماضي؟ | | | | | | | | |
| ابدا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | كثيرا |
| 11. عندما وقعت بعض الأحداث، هل وجدت عموما: | | | | | | | | |
| انك بالغت او هونت من شأنها | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | انك قيمت الوضع بطريقة صحيحة ؟ |
| 12. هل تشعر غالبا بان هناك القليل من المعني في الأشياء التي تقوم بها في حياتك اليومية؟ | | | | | | | | |
| نادرا او لا ابدا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | كثيرا |
| 13- هل تشعر غالبا بانك غير متاكد من قدرتك على التحكم ؟ | | | | | | | | |
| نادرا جدا | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | كثيرا |

**ملحق رقم 03 جودة الحياة**

مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة "

**World Health Organization Quality Of Life**
**( WHO QOL – BREF )**

إعداد ( منظمة الصحة العالمية )

تعريب ( د0بشري اسماعيل أحمد ) 2008

| |
|---|
| الاســـــــــــــــــم ( اختيـــــــــــــــــــاري) : |
| ............................................................... ... |
| الجنس : ( ذكر ، أنثـى ) العمـر ( ) سنة |

**التعليمات :**

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على اتجاهك نحو الحياة ورأيك في بعض جوانبها ، ولا توجد إجابـة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة . فالمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك الشخصي عن البنود التالية0وأمام كل منها خمسة اختيارات وعليك تحديد اختيار واحد يناسبك بوضع علامة (√) عند هذا الاختيار ، ولاحظ جيداً أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند ، ولا تترك أي بند دون الإجابة عنه ، و اعلم أن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا يطلع عليها أحد سوى الباحثة ولأغراض البحث العلمي0

| م | العبـــــــــــــــــــــــــــــــــــــارة |
|---|---|
| 1 | ماهو تقديرك لنوعية الحياة ؟<br>(أ) سيئة جداً (ب) سيئة إلي حد ما (ج)جيدة إلـي حد ما (د) لا سيئة ولا جيدة (هـ) جيدة جداً |
| 2 | ما هو مدي رضاك عن حالتك الصحية ؟<br>(أ) راضي جداً (ب) راضي نوعاً ما (ج)غير راضي نوعاً ما (د) لا راضي ولا غير راضي (هـ) غير راضي أبداً |
| 3 | من رأيك إلي أي مدي يمكن أن يؤدي مرضك إلي عجزك عن القيام بالعمل ؟ |

| | |
|---|---|
| | (أ) لـيس دائمـاً (ب)بدرجـة قليلـة (ج)بدرجـة متوسـطة (د) كثيـراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 4 | حتي تستمر حياتك، ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها ؟ (أ) لـيس دائمـاً (ب)بدرجـة قليلـة (ج)بدرجـة متوسـطة (د) كثيـراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 5 | ما مدي استمتاعك بالحياة ؟ (أ) لـيس دائمـاً (ب)بدرجـة قليلـة (ج)بدرجـة متوسـطة (د) كثيـراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 6 | ما مدي شعورك بوجود معني لحياتك ؟ (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 7 | إلي أي مدي يمكنك تركيز عقلك ببساطة ؟ (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 8 | ما مدي شعورك بالأمن في الحياة ؟ (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 9 | ما مدي الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية ؟ (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 10 | هل لديك الكفاية و الفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة إليومية ؟ (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 11 | هل أنت متقبل لبنائك الجسدي ؟ (أ) سيئ جداً (ب) سيئ نوعاً ما (ج)جيد نوعاً ما (د) لا سيئ ولا جيد (هـ) جيد جداً |
| 12 | هل أنت كفء لإشباع احتياجاتك ؟ (أ) سيئ جداً (ب) سيئ نوعاً ما (ج)جيد نوعاً ما (د) لا سيئ ولا جيد (هـ) جيد جداً |
| 13 | ما مدي توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك إليومية ؟ (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 1 | إلي أي مدي تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء ؟ |

| | |
|---|---|
| 4 | (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 15 | كم أنت قادر علي التنقل هنا وهناك ؟ (أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |
| 16 | إلي أي مدي أنت راضي عن نومك ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 17 | ما مدي رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 18 | ما مدي رضاك عن قدرتك علي العمل ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 19 | ما مدي رضاك عن نفسك ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 20 | ما مدي رضاك عن علاقاتك الشخصية ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 21 | ما مدي رضاك عن حياتك الجنسية ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 22 | كم أنت راضياً عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 23 | ما مدي رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 24 | ما هو مدي رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع ؟ (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 25 | ما هو مدي رضاك عن مزاجك ورحلاتك ؟ |

| | |
|---|---|
| 5 | (أ) غير راضي أبداً (ب)سيء نوعاً ما (ج) لا راضي ولا غير راضي (د) جيد نوعاً ما (هـ) راضي جداً |
| 26 | كم مرة شعرت فيها بالحزن ، الاكتئاب ، والقلق ؟<br>(أ) ليس دائماً (ب)بدرجة قليلة (ج)بدرجة متوسطة (د) كثيراً (هـ) بدرجة بالغة |

## ملحق رقم 04 مخرجات spss

# Test T

**Statistiques sur échantillon uniques**

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|---|---|---|---|
| الذكاء_الإجتماعي | 100 | 143,7400 | 13,82109 | 1,38211 |
| المهارات_الإجتماعي | 100 | 43,9900 | 4,88348 | ,48835 |
| الوعي_الإجتماعي | 100 | 44,9600 | 5,62627 | ,56263 |
| مهارات_حل_المشكل | 100 | 54,7900 | 5,89520 | ,58952 |

**Test sur échantillon unique**

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | T | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| الذكاء_الإجتماعي | 104,000 | 99 | ,000 | 143,74000 | 140,9976 | 146,4824 |
| المهارات_الإجتماعي | 90,079 | 99 | ,000 | 43,99000 | 43,0210 | 44,9590 |
| الوعي_الإجتماعي | 79,911 | 99 | ,000 | 44,96000 | 43,8436 | 46,0764 |
| مهارات_حل_المشكل | 92,940 | 99 | ,000 | 54,79000 | 53,6203 | 55,9597 |

## Test T

**Statistiques sur échantillon uniques**

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|---|---|---|---|
| التماسك_النفسي | 100 | 44,6500 | 7,39420 | ,73942 |
| مشاعر_الوضوح | 99 | 16,8687 | 4,29201 | ,43136 |
| مشاعر_الطوعية_والإدارة | 99 | 13,5556 | 3,44111 | ,34585 |
| مشاعر_المعنى | 99 | 14,1111 | 2,82080 | ,28350 |

**Test sur échantillon unique**

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| التماسك_النفسي | 60,385 | 99 | ,000 | 44,65000 | 43,1828 | 46,1172 |
| مشاعر_الوضوح | 39,106 | 98 | ,000 | 16,86869 | 16,0127 | 17,7247 |
| مشاعر_الطوعية_والإدارة | 39,195 | 98 | ,000 | 13,55556 | 12,8692 | 14,2419 |
| مشاعر_المعنى | 49,774 | 98 | ,000 | 14,11111 | 13,5485 | 14,6737 |

## Test T

**Statistiques sur échantillon uniques**

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|---|---|---|---|
| جودة_الحياة | 100 | 69,8200 | 9,31641 | ,93164 |
| الصحة_الجسمية | 100 | 18,5700 | 3,34620 | ,33462 |
| الصحة_النفسية | 100 | 17,0700 | 3,59926 | ,35993 |
| العلاقات_الإجتماعية | 100 | 10,2500 | 1,86610 | ,18661 |
| البيئة | 100 | 21,9300 | 4,47948 | ,44795 |

**Test sur échantillon unique**

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| جودة_الحياة | 74,943 | 99 | ,000 | 69,82000 | 67,9714 | 71,6686 |
| الصحة_الجسمية | 55,496 | 99 | ,000 | 18,57000 | 17,9060 | 19,2340 |
| الصحة_النفسية | 47,426 | 99 | ,000 | 17,07000 | 16,3558 | 17,7842 |
| العلاقات_الإجتماعية | 54,927 | 99 | ,000 | 10,25000 | 9,8797 | 10,6203 |
| البيئة | 53,421 | 99 | ,000 | 23,93000 | 23,0412 | 24,8188 |

## Régression

**Variables introduites/éliminées**

| Modèle | Variables introduites | Variables éliminées | Méthode |
|---|---|---|---|
| 1 | مشاعر_المعنى, التماسك_النفسي, مشاعر_الوضوح, مشاعر_الطوعية_والإدارة | . | Introduire |

**Récapitulatif des modèles**

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ,525 | ,456 | ,426 | 13,96657 |

**ANOVA**

| Modèle | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Régression | 292,066 | 4 | 73,016 | 5,374 | ,000 |
| | Résidus | 18336,116 | 94 | 195,065 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | 18628,182 | 98 | | | |

**Coefficients**

| Modèle | | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | Ecart standard | Bêta | | |
| 1 | (Constante) | 146,182 | 12,764 | | 11,453 | ,000 |
| | التماسك_النفسي | 3,541 | ,198 | ,322 | 3,205 | ,000 |
| | مشاعر_الوضوح | 4,507 | ,338 | ,333 | -3,318 | ,000 |
| | مشاعر_الطوعية_والإدارة | 3,592 | ,447 | ,398 | 3,877 | ,000 |
| | مشاعر_المعنى | 4,538 | ,537 | ,310 | -4,001 | ,000 |

## Régression

**Variables introduites/éliminées**

| Modèle | Variables introduites | Variables éliminées | Méthode |
|---|---|---|---|
| 1 | البيئة, العلاقات_الإجتماعية, الصحة_الجسمية, الصحة_النفسية | . | Introduire |

**Récapitulatif des modèles**

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ,573 | ,630 | ,611 | 13,89508 |

**ANOVA**

| Modèle | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Régression | 569,270 | 4 | 142,318 | 9,737 | ,000 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Résidus | 18341,970 | 95 | 193,073 | | |
| | Total | 18911,240 | 99 | | | |

**Coefficients**

| Modèle | | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | Ecart standard | Bêta | | |
| 1 | (Constante) | 128,986 | 12,127 | | 10,636 | ,000 |
| | الصحة_الجسمية | 3,011 | ,453 | ,403 | -5,023 | ,000 |
| | الصحة_النفسية | 3,096 | ,485 | ,425 | -5,199 | ,000 |
| | العلاقات_الإجتماعية | 3,478 | ,789 | ,465 | 5,606 | ,000 |
| | البيئة | 3,489 | ,429 | ,458 | 6,140 | ,000 |

**Variables exclues**

| Modèle | | Bêta In | t | Sig. | Corrélation partielle | Statistiques de colinéarité |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Tolérance |
| 1 | جودة_الحياة | . | . | . | . | ,000 |

## Test T

**Statistiques de groupe**

| | الجنس | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|---|---|---|---|---|
| الذكاء_الإجتماعي | 1,00 | 43 | 145,5116 | 14,17639 | 2,16188 |
| | 2,00 | 57 | 142,4035 | 13,51832 | 1,79055 |
| المهارات_الإجتماعي | 1,00 | 43 | 44,8605 | 4,75385 | ,72496 |
| | 2,00 | 57 | 43,3333 | 4,91838 | ,65146 |
| الوعي_الإجتماعي | 1,00 | 43 | 45,4186 | 5,55163 | ,84662 |
| | 2,00 | 57 | 44,6140 | 5,70637 | ,75583 |
| مهارات_حل_المشكل | 1,00 | 43 | 55,2326 | 6,06645 | ,92512 |
| | 2,00 | 57 | 54,4561 | 5,79430 | ,76747 |

**Test des échantillons indépendants**

| | | Test de Levene sur l'égalité des variances | | Test t pour égalité des moyennes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | F | Sig. | t | ddl | Sig. (bilatéral) |
| الذكاء_الإجتماعي | Hypothèse de variances égales | ,443 | ,507 | 1,115 | 98 | ,268 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | 1,107 | 88,243 | ,271 |
| المهارات_الإجتماعي | Hypothèse de variances égales | ,001 | ,975 | 1,559 | 98 | ,122 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | 1,567 | 92,151 | ,121 |
| الوعي_الإجتماعي | Hypothèse de variances égales | ,115 | ,736 | ,706 | 98 | ,482 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | ,709 | 91,863 | ,480 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| مهارات_حل_المشكل | Hypothèse de variances égales | ,413 | ,522 | ,650 | 98 | ,517 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | ,646 | 88,327 | ,520 |

**Test des échantillons indépendants**

| | | Test t pour égalité des moyennes | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Différence moyenne | Différence erreur standard | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | Inférieur | Supérieur |
| الذكاء_الإجتماعي | Hypothèse de variances égales | 3,10812 | 2,78830 | -2,42517 | 8,64141 |
| | Hypothèse de variances inégales | 3,10812 | 2,80709 | -2,47018 | 8,68641 |
| المهارات_الإجتماعي | Hypothèse de variances égales | 1,52713 | ,97936 | -,41637 | 3,47063 |
| | Hypothèse de variances inégales | 1,52713 | ,97466 | -,40858 | 3,46284 |
| الوعي_الإجتماعي | Hypothèse de variances égales | ,80457 | 1,13934 | -1,45640 | 3,06554 |
| | Hypothèse de variances inégales | ,80457 | 1,13492 | -1,44951 | 3,05865 |
| مهارات_حل_المشكل | Hypothèse de variances égales | ,77642 | 1,19426 | -1,59354 | 3,14638 |
| | Hypothèse de variances inégales | ,77642 | 1,20203 | -1,61224 | 3,16507 |

## Test T

**Statistiques de groupe**

| | الجنس | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|---|---|---|---|---|
| التماسك_النفسي | 1,00 | 43 | 45,9070 | 6,75353 | 1,02990 |
| | 2,00 | 57 | 43,7018 | 7,76661 | 1,02871 |
| مشاعر_الوضوح | 1,00 | 43 | 16,3023 | 4,32344 | ,65932 |
| | 2,00 | 56 | 17,3036 | 4,25513 | ,56862 |
| مشاعر_الطوعية_والإدارة | 1,00 | 43 | 13,2326 | 3,46985 | ,52915 |
| | 2,00 | 56 | 13,8036 | 3,42939 | ,45827 |
| مشاعر_المعنى | 1,00 | 43 | 13,9302 | 2,67613 | ,40811 |
| | 2,00 | 56 | 14,2500 | 2,94341 | ,39333 |

**Test des échantillons indépendants**

| | | Test de Levene sur l'égalité des variances | | Test t pour égalité des moyennes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | F | Sig. | t | ddl | Sig. (bilatéral) |
| التماسك_النفسي | Hypothèse de variances égales | ,834 | ,363 | 1,485 | 98 | ,141 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | 1,515 | 95,968 | ,133 |
| مشاعر_الوضوح | Hypothèse de variances égales | ,110 | ,741 | -1,152 | 97 | ,252 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | -1,150 | 89,783 | ,253 |
| مشاعر_الطوعية_والإدارة | Hypothèse de variances égales | ,050 | ,824 | -,817 | 97 | ,416 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | -,816 | 89,978 | ,417 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| مشاعر_المعنى | Hypothèse de variances égales | ,366 | ,547 | -,557 | 97 | ,579 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | -,564 | 94,199 | ,574 |

**Test des échantillons indépendants**

| | | Test t pour égalité des moyennes | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Différence moyenne | Différence erreur standard | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | Inférieur | Supérieur |
| التماسك النفسي | Hypothèse de variances égales | 2,20522 | 1,48453 | -,74078 | 5,15122 |
| | Hypothèse de variances inégales | 2,20522 | 1,45566 | -,68426 | 5,09470 |
| مشاعر_الوضوح | Hypothèse de variances égales | -1,00125 | ,86881 | -2,72559 | ,72310 |
| | Hypothèse de variances inégales | -1,00125 | ,87065 | -2,73099 | ,72850 |
| مشاعر_الطوعية_والإدارة | Hypothèse de variances égales | -,57101 | ,69892 | -1,95817 | ,81615 |
| | Hypothèse de variances inégales | -,57101 | ,70001 | -1,96170 | ,81968 |
| مشاعر_المعنى | Hypothèse de variances égales | -,31977 | ,57398 | -1,45895 | ,81942 |
| | Hypothèse de variances inégales | -,31977 | ,56680 | -1,44512 | ,80559 |

## Test T

**Statistiques de groupe**

| | الجنس | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|---|---|---|---|---|
| جودة_الحياة | 1,00 | 43 | 70,9535 | 9,00252 | 1,37287 |
| | 2,00 | 57 | 68,9649 | 9,53558 | 1,26302 |
| الصحة_الجسمية | 1,00 | 43 | 18,9535 | 3,28020 | ,50023 |
| | 2,00 | 57 | 18,2807 | 3,39514 | ,44970 |
| الصحة_النفسية | 1,00 | 43 | 17,2326 | 3,55124 | ,54156 |
| | 2,00 | 57 | 16,9474 | 3,66168 | ,48500 |
| العلاقات_الإجتماعية | 1,00 | 43 | 10,2558 | 1,95293 | ,29782 |
| | 2,00 | 57 | 10,2456 | 1,81542 | ,24046 |
| البيئة | 1,00 | 43 | 24,5116 | 4,44207 | ,67741 |
| | 2,00 | 57 | 23,4912 | 4,49652 | ,59558 |

**Test des échantillons indépendants**

| | | Test de Levene sur l'égalité des variances | | Test t pour égalité des moyennes | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | F | Sig. | t | ddl | Sig. (bilatéral) |
| جودة_الحياة | Hypothèse de variances égales | ,552 | ,459 | 1,057 | 98 | ,293 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | 1,066 | 93,141 | ,289 |
| الصحة_الجسمية | Hypothèse de variances égales | ,052 | ,821 | ,995 | 98 | ,322 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | 1,000 | 92,169 | ,320 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| الصحة_النفسية | Hypothèse de variances égales | ,136 | ,713 | ,391 | 98 | ,697 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | ,392 | 92,002 | ,696 |
| العلاقات_الإجتماعية | Hypothèse de variances égales | ,177 | ,675 | ,027 | 98 | ,979 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | ,027 | 86,908 | ,979 |
| البيئة | Hypothèse de variances égales | ,185 | ,668 | 1,129 | 98 | ,262 |
| | Hypothèse de variances inégales | | | 1,131 | 91,170 | ,261 |

**Test des échantillons indépendants**

| | | Test t pour égalité des moyennes | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Différence moyenne | Différence erreur standard | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | Inférieur | Supérieur |
| جودة_الحياة | Hypothèse de variances égales | 1,98858 | 1,88070 | -1,74360 | 5,72075 |
| | Hypothèse de variances inégales | 1,98858 | 1,86547 | -1,71581 | 5,69296 |
| الصحة_الجسمية | Hypothèse de variances égales | ,67279 | ,67593 | -,66857 | 2,01415 |
| | Hypothèse de variances inégales | ,67279 | ,67265 | -,66311 | 2,00869 |
| الصحة_النفسية | Hypothèse de variances égales | ,28519 | ,73014 | -1,16376 | 1,73413 |
| | Hypothèse de variances inégales | ,28519 | ,72699 | -1,15867 | 1,72905 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| العلاقات_الإجتماعية | Hypothèse de variances égales | ,01020 | ,37885 | -,74161 | ,76201 |
| | Hypothèse de variances inégales | ,01020 | ,38277 | -,75062 | ,77102 |
| البيئة | Hypothèse de variances égales | 1,02040 | ,90355 | -,77267 | 2,81347 |
| | Hypothèse de variances inégales | 1,02040 | ,90200 | -,77126 | 2,81206 |