علاقة المشكلات السلوكية عند الأبناء بجودة الحياة لدى الأمهات

(دراسة وصفية تحليلية في وجود متغيرات: سن الأم وعملها ومستواها التعليمي)

أ. أمينة حرطاني
جامعة وهران 2- الجزائر

د. كريمة إزيدي*
جامعة وهران 2- الجزائر

استلم بتاريخ: 03-12-2015 تمت مراجعته بتاريخ: 11-01-2016 قبل للنشر بتاريخ: 01-02-2016

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى البحث في العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات والمشكلات السلوكية عند أبنائهن، وكذا البحث في إمكانية تأثر هذه العلاقة بمتغيرات: سن الأم وعملها ومستواها التعليمي. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم المنهج الوصفي. تمثلت أدوات الدراسة في استبيان جودة لحياة من إعداد الباحثتين ومقياس المشكلات السلوكية للأبناء (بعدما تم تكيفه على البيئة الجزائرية) أما عينة الدراسة فتمثلت في 165 تلميذ(ة) يتابعون دراستهم بالمدارس الابتدائية لولاية سيدي بلعباس (الجزائر) وتتراوح أعمارهم مابين 10 و13 سنة إلى جانب أمهاتهم (في المجموع 330 فردا). وقد توصلت الدراسة إلى أن غالبية الأمهات تحصلن على درجة مرتفعة من جودة الحياة، بينما تحصل غالبية أبنائهن على درجة منخفضة من المشكلات السلوكية. وأنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة. بالإضافة إلى أن العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات لا تتأثر بمتغيرات سن الأم وعملها ومستواها التعليمي. كما لا تختلف قوة العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات باختلاف الأبعاد المكونة لمتغير جودة الحياة.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، المشكلات السلوكية، العلاقات الأسرية، الرضا عن الحياة، الشعور بالسعادة.

Quality of life among mothers and its relationship with children's behavioral problems

A desriptive-analytical study in the light of variables: mother's age, job and academic level

Amina HARTANI
Oran 2 University- Algeria

Karima IZIDI*
Oran 2 University- Algeria

Abstract

This study aims to investigate the relationship between the quality of life among mothers and their children's behavioral problems. The study tries also to examine whether this relationship is affected by these variables: mother's age, her job and her academic level. The descriptive method was used in order to achieve the study objectives. A questionnaire about mother's quality of life and children's behavioral problems scale (adapted on the Algerian environment) were applied to a sample of 165 pupils (males and females) studying at primary schools in Sidi Bel Abbas (Algeria), aged between 10 and 13 besides their mothers (in total 330 persons). The study revealed that the majority of mothers obtained higher scores in quality of life while the majority of their children got lower scores in behavioral problems. Furthermore, there was a negative statistically significant correlation between the children's scores in behavioral problems and their mother's scores in quality of life. In addition, this relationship between children's behavioral problems and their mother's quality of life was not affected by their mother's age, job and academic level variables.

Finally, it was concluded that the power of the relationship between the children's behavioral problems and their mother's quality of life did not vary according to the dimensions of quality of life.

Keywords: Quality of life , Behavioral problems , Family relationships, satisfaction with life, feeling of happiness

* **E. Mail** : karimaizidi@gmail.com

مقدمة:

بدأ يسود مجال البحث في علم النفس والصحة النفسية تيار جديد ينتمي إلى علم النفس الإيجابي سرعان ما احتل مكان الصدارة بين البحوث، حيث بدأ العلماء يتطرقون إلى مواضيع لم تكن مطروقة من قبل، مثل السعادة والأمل والتفاؤل وجودة الحياة والثقة، مما أحدث نقلة نوعية في مجال الاهتمام البحثي، فلم يعد البحث قاصرا على مجرد تناول موضوعات تتعلق بعلم النفس المرضي كالقلق والخوف والاكتئاب والعدوان والانحراف...إلخ أو محاولة إصلاح الخلل في الشخصية، بل أصبح يتعداه إلى مجال أوسع حيث السعي نحو إبراز الجوانب الإيجابية ومكامن القوة في الشخصية. (عكاشة وسليم، 2010، 2)

لهذا أصبح متغير جودة الحياة Qualité of Life من أكثر المتغيرات تناولا في الفترة الأخيرة من خلال تحقيق التوافق والسعادة والرضا لدى الأفراد وبالتالي الصحة النفسية، خاصة في ضوء ما تتعرض له الأسرة من مشكلات قد تعيق طموحات أفرادها نتيجة التغيرات التي طرأت على النواحي الاجتماعية والأسرية والاقتصادية.

ويعد الاهتمام بجودة الحياة لدى المرأة "الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل للأسرة فالأم هي الحضن الدافئ والملاذ الآمن للأطفال والزوج، وبدونها لا تكون هناك أسرة، وبغيابها تفتقد الأسرة معاني الحب والدفء والرعاية، فهي التي تتحمل العبء الأكبر في الرعاية والاحتواء، لهذا فإن تعرضها لأي نوع من الاضطرابات النفسية والعصبية والجسدية يهز الكيان الأسري وبنيانه بأكمله، إذ تكون عاجزة عن حسن إدارة بيتها ورعاية زوجها وأطفالها. (عطاف ونظمي، 2011، 32)

وعلى هذا الأساس جاءت ضرورة البحث في موضوع جودة الحياة عند الأمهات تحديدا في علاقتها بالمشكلات السلوكية لدى أبنائهن.

مشكلة الدراسة:

مع تزايد البحوث والدراسات التي أجريت حول موضوع جودة الحياة بصفة عامة وبعلاقته بمتغيرات نفسية واجتماعية بصفة خاصة، فقد توجه اهتمام البعض منهم إلى دراسته لدى فئات وشرائح اجتماعية متعددة ومختلفة، حيث قام صالح (1990) بدراسة حول جودة الحياة لدى الطلبة على عينة بلغ حجمها 247 طالبا(ة) بهدف التعرف على العوامل المؤثرة في جودة الحياة، فتوصل إلى أن جودة الحياة ترتبط بمستوى المعيشة مثل: الدخل والاستهلاك والخدمات الاجتماعية المتاحة كما ترتبط بنمط الحياة التي يعيشها الفرد.

ومن جهته أجرى المحرزي وآخرون (2006) دراسة أسفرت عن وجود علاقة سالبة ودالة بين جودة الحياة والضغوط النفسية لدى عينة من طلبة جامعة السلطان قابوس. ومن نفس الجامعة قام العادلي (2006) (في شاهر،2007، 55) بدراسة على عينة من الطلبة لمعرفة مستوى الإحساس بجودة الحياة، وكذا طبيعة الفروق حسب متغيري الجنس والمستوى التعليمي. وفي نفس السياق تطرق شاهر(2007) إلى قياس جودة الحياة لدى649 طالبا من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية

وتأثير بعض المتغيرات عليها(المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي للأسرة). أشارت النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة جاء مرتفعا في بعدي الحياة الأسرية والحياة النفسية، ومنخفضا في بعدي جودة التعليم وإدارة الوقت، وأن العلاقة بين الدخل الأسري وجودة الحياة جاءت دالة في بعدي جودة التعليم والحياة الأسرية. (شاهر،2007 ،52) وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة البهادلي والمنسي (2007) لمعرفة مستوى جودة الحياة لدى طلبة كل من جامعة سلطنة عمان والجماهيرية الليبية. أما ابراهيم عبد الله (2008) فقد وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الأبعاد المكونة لمتغير جودة الحياة منها الصحة الجسمية وأنشطة الحياة اليومية والصحة النفسية، إضافة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الطلاب العاملين وغير العاملين في إدراك جودة الحياة وأبعادها، وذلك رغم أن العمل يعتبر إشباعا للحاجات النفسية والمادية وله أثر في تحسين مستوى جودة الحياة. كما توصل نفس الباحث إلى أنه توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى جودة الحياة وأبعادها لصالح الفئة العمرية الأكبر من 40 سنة، بالإضافة إلى كون عامل الصحة النفسية الذي يعتبر أقوى عامل للتنبؤ بمستوى جودة الحياة.

من جهة أخرى؛ فقد اهتم بعض الباحثين بدراسة جودة الحياة لدى شرائح اجتماعية متعددة ومختلفة كالمراهقين وأطفال من ذوي الاحتياجات وأوليائهم، كدراسة هاشم (1999) حول جودة الحياة لدى المعاقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة، والتي تتراوح أعمارهم بين 20–68 سنة، توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في جودة الحياة، سواء لدى المسنين أو طلاب الجامعة، وأن الأفراد من ذوي الإعاقة المتوسطة أقل إدراكا لجودة الحياة والرضا عن الحياة من الأفراد ذوي الإعاقة البسيطة، كما توصل إلى أن هناك علاقة ارتباطية طردية دالة بين التماسك الأسري وجودة الحياة.

وقامت كل من فوقية وآخرون (2006) بدراسة عن العوامل الأسرية والمدرسية والاجتماعية المنبئة بجودة الحياة لدى أطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، وعددهم 100 طفلا وطفلة وتوصلوا إلى أن مستوى جودة الحياة يختلف لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم باختلاف دخل الأسرة وهذا لصالح الأسر ذات الدخل المرتفع، وباختلاف الموقع الجغرافي لصالح أطفال الحضر، وعدم اختلاف مستوى جودة الحياة باختلاف المستوى التعليمي للوالدين.

كما بحث Benavente & others (2004) (في فوقية وآخرون، 2006، 22) عن جودة الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من مرض الصرع، وقد بلغ عدد المشاركين 66 مراهقا تتراوح أعمارهم بين 10 و19 سنة، وأكدت نتائج الدراسة أن هناك اختلافات في جودة الحياة وفقا للجنس والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

وهناك من الباحثين من اهتم بمدى تأثير بعض المتغيرات على مستوى جودة الحياة، وهذا ما أشار إليه كل من Sheck & Lee (2007) في دراستهما حول جودة الحياة الانفعالية والأسرية لدى المراهقين

في الأسر الفقيرة وغير الفقيرة في الصين، بعينة قدرها 285 طالبا بالمرحلة الثانوية. وتم التوصل إلى أن هناك تأثير للعامل الاقتصادي في الأسر الفقيرة على مستوى الإحساس بجودة الحياة وهو ما اتفقت عليه كل من دراسة Dail (1996) و دراسة جرير(2002) و دراسة الخزامي (2003) (في خضر ومبروك، 2011، 86) إلى أن جودة الحياة تتأثر بانخفاض الدخل الأسري وزيادة الضغوط الاقتصادية وكذا الأعباء الأسرية.

مما سبق يتضح أن الغالبية العظمى من الدراسات العربية وحتى الأجنبية، تناولت بالدراسة مفهوم جودة الحياة عند طلبة الجامعة وعند بعض الفئات الخاصة من المجتمع (المراهقين، أطفال ذوي صعوبات التعلم، المسنين)، كما اهتمت بعض الدراسات بمدى تأثير مجموعة من المتغيرات كالدخل الاقتصادي والموقع الجغرافي للأسرة والمستوى التعليمي للوالدين والعمل، ولكن بنوع من العموم دون التخصيص، إلا أنه لم يظهر ما يشير إلى تناول مفهوم جودة الحياة عند الأمهات باعتبارهن شريحة لا يجوز الاستهانة بها لما لهن من دور كبير وفعال في نمو الأسرة واستمراريتها وفي نشأة الأبناء وتقويم سلوكهم، ماعدا دراسة نافع وموسي (2004) حول تأثير برنامج تمرينات (اليوجا) وبرنامج للمشي التأملي على بعض الأعراض المصاحبة للسيدات في مرحلة ما قبل سن انقطاع الخصوبة وعلاقتها بمدى جودة الحياة لديهن، والتي أجريت على عينة قوامها 45 سيدة في المرحلة السنية (45–55 سنة) وتم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات بطريقة عشوائية قوام كل مجموعة 15 سيدة، علما أن الباحثان حرصا على تجانس المجموعات الثلاث من حيث المتغيرات البدنية والفسيولوجية والنفسية، وقاما بتطبيق برنامجي (اليوجا) والمشي التأملي مع القياس القبلي والبعدي. توصلت الدراسة إلى أنه كلما تحسنت الأعراض المصاحبة للسيدات في مرحلة ما قبل سن انقطاع الخصوبة كلما ازداد إحساسهن بمدى جودة الحياة. وهي نفس النتيجة التي توصل إليها كل من Forouhari & al. (2010) عندما قاموا بدراسة تجريبية على 62 امرأة من اللواتي يترددن على العيادة في شيراز (إيران) تتراوح أعمارهن ما بين 44 – 55 عامًا وخضعت المجموعة التجريبية فيها إلى برنامج تدريبي لمدة ثلاثة أشهر اشتمل على التعرف على الجوانب النفسية والجسدية والجنسية بعد انقطاع الطمث.

من جهة أخرى أظهرت نتائج دراسة Tierney (2006) (في عطاف وآخرون، 2011، 35) وجود ارتباط دال إحصائيا بين أعراض انقطاع الطمث والصحة الجنسية وجودة الحياة لدى عينة الدراسة وأن 20% من أزواج السيدات أظهروا أنهم يعانون من الإجهاد والضيق والمعاناة في العلاقات الأسرية والمحيط الاجتماعي.

ومما سبق، يتضح أن متغير جودة الحياة عند الأمهات لم يحظى باهتمام الباحثين، ما عدا نافع وآخرون (2004) و Forouhari et al. (2010) و Tierney (2006) الذين ركزوا في دراساتهم على المرحلة العمرية (45–55 سنة) دون مقارنتها بمرحلة ما قبل 45 سنة. لهذا ارتأت الباحثتين ضرورة دراسة موضوع جودة الحياة لدى الأمهات في مجتمعنا وبعلاقته بالمشكلات السلوكية لدى الأبناء.

وتأسيسا على ما سبق؛ يمكن التعبير عن مشكلة الدراسة في التساؤل التالي: هل توجد علاقة بين المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات؟ وهل تتأثر هذه العلاقة بمتغيرات سن الأم وعملها ومستواها التعليمي؟

وعليه؛ تسعى الدراسة الحالية للإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. كيف تتوزع عينة الدراسة حسب متغير جودة الحياة لدى الأمهات؟
2. كيف تتوزع عينة الدراسة حسب متغير المشكلات السلوكية عند الأبناء؟
3. هل توجد علاقة بين متغير المشكلات السلوكية عند الأبناء ومتغير جودة الحياة لدى الأمهات؟
4. هل تتأثر العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات بمتغير سن الأم؟
5. هل تتأثر العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات بمتغير عمل الأم؟
6. هل تتأثر العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات fالمستوى التعليمي للأم؟
7. هل تختلف قوة العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات باختلاف الأبعاد المكونة لمتغير جودة الحياة؟

الفرضيات:

للإجابة على تساؤلات الدراسة قامت الباحثتين بصياغة الفرضيات الأتية:

1. يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة.
2. تختلف شدة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة باختلاف سن الأم.
3. تختلف شدة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة باختلاف عمل الأم.
4. تختلف شدة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة بمتغير المستوى التعليمي للأم.
5. تختلف قوة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة باختلاف الأبعاد المكونة لجودة الحياة (الصحة الجسمية، العلاقات الأسرية، الشعور بالسعادة، الرضا عن الحياة، الدخل المادي، الصحة النفسية).

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة توزع عينة الدراسة حسب جودة الحياة لدى الأمهات والمشكلات السلوكية لدى الأبناء، وكذا البحث في العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات(كمتغير مستقل والمشكلات السلوكية لدى الأبناء كمتغير تابع) وهل تتأثر هذه العلاقة بمتغيرات سن الأم وعملها ومستواها التعليمي.

كما تهدف هذه الدراسة إلى البحث في قوة العلاقة بين متغير المشكلات السلوكية لدى الأبناء والأبعاد المكونة لمتغير جودة الحياة (الصحة الجسمية، العلاقات الأسرية، الشعور بالسعادة، الرضا عن الحياة، الدخل المادي، الصحة النفسية).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

1. إلقاء الضوء على موضوع هام يخص كل أسرة وهو علاقة جودة الحياة عند الأمهات بالمشكلات السلوكية لدى أبنائهن.
2. كما تظهر هذه الدراسة الدور الذي تلعبه نوعية حياة الأم في بلورة سلوك أبنائها، بالإضافة إلى أهمية المرحلة العمرية التي تتناولها الدراسة (تلاميذ المرحلة الابتدائية).
3. انعدام الدراسات التي تطرقت إلى موضوع الدراسة في البيئة الجزائرية وهذا في حدود علم الباحثتين.

حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة الحالية بالآتي:

- **الإطار المكاني:** المدارس الابتدائية الست التابعة للمقاطعة الأولى لمديرية التربية بسيدي بلعباس (مدرسة كل من عائشة أم المؤمنين وابن الرشد وشعيب محمد وابن البيطار والإدريسي ومحمودي محمد).
- **الإطار الزماني:** انطلقت الدراسة بتاريخ 28أفريل2013 واستغرق توزيع وجمع استبيان جودة الحياة على الأمهات والتطبيق الفردي لمقياس للمشكلات السلوكية على أبنائهن مدة 45 يوم.

التعريف الإجرائي للمصطلحات الأساسية في الدراسة:

1. **جودة الحياة:** ويعبّر عنها إجرائيا بالدرجة التي تتحصل عليها الأمهات من خلال إجاباتهن على فقرات مقياس جودة الحياة المعتمد في الدراسة الحالية والتي تنحصر في المجال[85، 232] وهو متغير مركب من 6 أبعاد هي:

- **الصحة الجسمية:** وهي تمتع الفرد بالسلامة الجسدية والخلو من الأمراض، ويعبر عنها في هذه الدراسة بالدرجة التي تتحصل عليها الأمهات من خلال إجابتهن على الفقرات المكونة لهذا البعد، وهي محصورة في المجال [11،44].

- **العلاقات الأسرية:** ويقصد بها إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين وتحقق الدعم الاجتماعي، ويعبر عنها في الدراسة الحالية بالدرجة التي تتحصل عليها الأمهات في هذا البعد، وهي محصورة ضمن المجال[11،44]
- **الشعور بالسعادة:** وهي الإحساس براحة البال والاطمئنان والرضا عمّا حققته الذات، ويعبر عنه في هذه الدراسة بالدرجة التي يمكن أن تتحصل عليها الأمهات في هذا البعد، وهي محصورة في المجال [9،36].
- **الرضا عن الحياة:** هو شعور الفرد بالرضا عن واقعه المعاش وعن حياته، ويعبر عنها في هذه الدراسة بالدرجة التي يمكن أن تتحصل عليها الأمهات في هذا البعد وهي محصورة ضمن المجال [7،28].
- **الدخل المادي:** هو حصول الفرد على قدر من المال يتيح له توفير متطلباته المعيشية، ويعبر عنها في الدراسة الحالية بالدرجة التي يمكن أن تتحصل عليها الأم في هذا البعد، وهي محصورة في المجال [9،36].
- **الصحة النفسية:** يقصد بها شعور الفرد بالاستقرار النفسي والسلامة العقلية وخلوه من الأمراض النفسية، ويعبر عنها في الدراسة الحالية بالدرجة التي تتحصل عليها الأمهات في هذا البعد وهي محصورة ضمن المجال[12،48].

2. **المشكلات السلوكية:** هي مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الأبناء على الفقرات المكونة للأداة المستخدمة لتكميم هذا المتغير، والتي تنحصر في المجال [59، 177].

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولا : جودة الحياة:

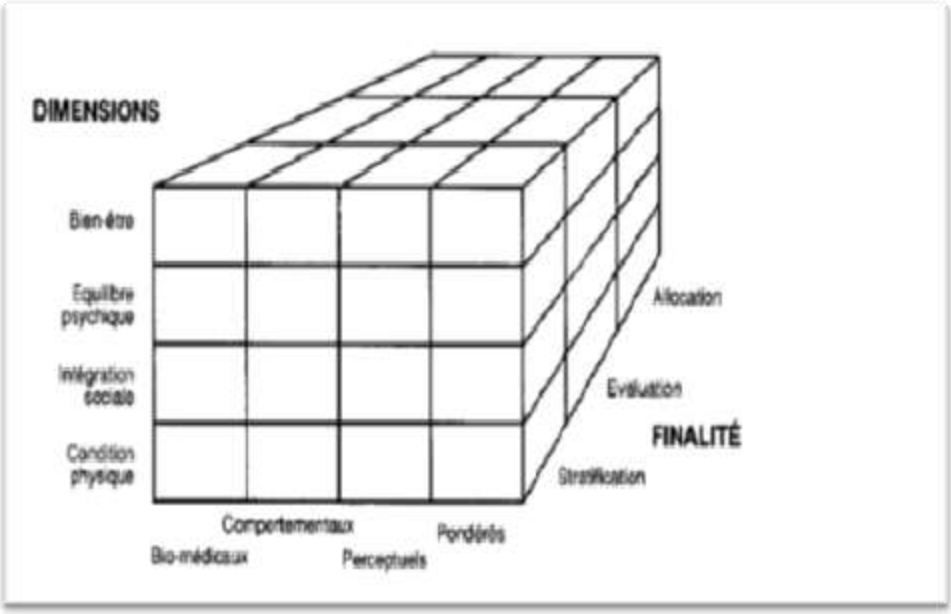
1. **تعريف جودة الحياة:** يأتي تعبير الجودة في أصل اللغة العربية من الفعل "جود" أي شيء " جيد" والجمع "جياد" وجيائد بالهمزة، ومنها أجاد الشيء أي أحسنه و"جودة تجويدا"، أي قدمه على أكمل وأحسن وجه ممكن (عزب، 2004، 585).

أما إصطلاحا فلم يحظ هذا المصطلح بإتفاق مستخدميه، إلا أنه عادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة: **البعد الذاتي، والبعد الموضوعي.** إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة. ويتضمن هذا الأخير مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل: أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية الاقتصادية، وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية. (أبو حلاوة، 2010، 3)

ويتوافق هذا التعريف نسبيا مع التعريف الذي وضعته المجموعة الدولية التابعة لمنظمة الصحة العالمية WHOQOL Group (1995) على أنها إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة وسياق الثقافة ونسق القيم التي يعيشون فيه، وفي علاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومستوياتهم، وأنه مفهوم واسع ومعقد يتأثر

بصحة الفرد الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله وعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها.

ويتبين ذلك جليا من خلال الشكل التالي:



شكل(1) مفهوم جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية OMS

(نقلا عن عبد المقصود وآخرون، 2010، 499)

وقد إشتمل مفهوم جودة الحياة في موسوعة علم النفس Encyclopedia of Psychology على مجموعة من الأبعاد لخصها كل من Webster & al(1999) على أنها سبعة محاور هي: التوازن الإنفعالي، الحالة الصحية للجسم، الإستقرار المهني، الإستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية وتواصل العلاقات الإجتماعية خارج نطاق العائلة، الإستقرار، التواؤم الجنسي.

(المحرزي وآخرون، 2006، 290)

ويصفها Hanshizume & Kanagwak(2001) درجة شعور الفرد بالسعادة النفسية Psychological Happiness الناتجة من رضاه بظروف حياته اليومية، ويوافقه جسام (2009) على أنها درجة رضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما أنها تشتمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كتلك، التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي، النشاطات ومدى انجاز الفرد للمواقف، ويتفق معه كذلك الكرخى (2011) عندما لخصها في شعور الفرد بالرضا والسعادة وبالقدرة على إشباع الحاجات في أبعاد الحياة الذاتية والموضوعية والتي تشمل: النمو الشخصي، السعادة البدنية والمادية، الاندماج الاجتماعي، والحقوق البشرية. (مبارك، د.ت، 720)

وقد اتفق كل من Anderson(2003), Bridges, Oliver, & Huxley, Hadi(1996) على أن جودة الحياة عبارة عن مفهوم تكاملي يتمثل في: السعادة Happiness، ومعنى الحياة

meaning of life، ونظام المعلومات البايولوجي The biological information system، والحياة الواقعية realizing life، وتحقيق الحاجات fulfillment of needs فضلاً عن العوامل الموضوعية الأخرى (Joseph & al ,1996, 32).

ويوضح الشكل التالي تفصيلا لتعريف Anderson (2003) لجودة الحياة.

شكل(2) يبين مفهوم جودة الحياة حسب أندرسون (نقلا عن مبارك، د.ت، 728)

ويتضح مما سبق أن مفهوم جودة الحياة قد توسع ليشمل كل جوانب الفرد الجسمية والنفسية والإجتماعية والعقلية والمادية، ويدخل في ذلك العمل وفاعلية الذات والإنفعالات الإيجابية والسلبية والتعليم والرضا الزواجي.

2- صعوبات تعريف جودة الحياة: على الرغم من شيوع استخدام مصطلح جودة الحياة بين الباحثين إلا أن إشكالية وضع تعريف محدد واحد متفق عليه لهذا المفهوم مازالت قائمة، وترجع الأسباب حسب الأشول(2005) إلى:

1. حداثة هذا المفهوم على مستوى التناول العلمي.
2. لا يرتبط هذا المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفرع من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين العلماء والباحثين بمختلف اختصاصاتهم. (كاظم والبهادلي، 2006، 69)
3. تطرق هذا المفهوم للاستخدام في العديد من العلوم، اذ يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كماHانه يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم. (Philips, 2006 ,2)

3- مؤشرات جودة الحياة: تتحكم في تحديد مؤشرات جودة الحياة عدة عوامل وهي تختلف من فرد لآخر وذلك حسب مايراه من معايير لتقييم حياته. وقد ظهر هذا الإختلاف جليا في تباين التعريف الإصطلاحي للمفهوم من طرف الباحثين:

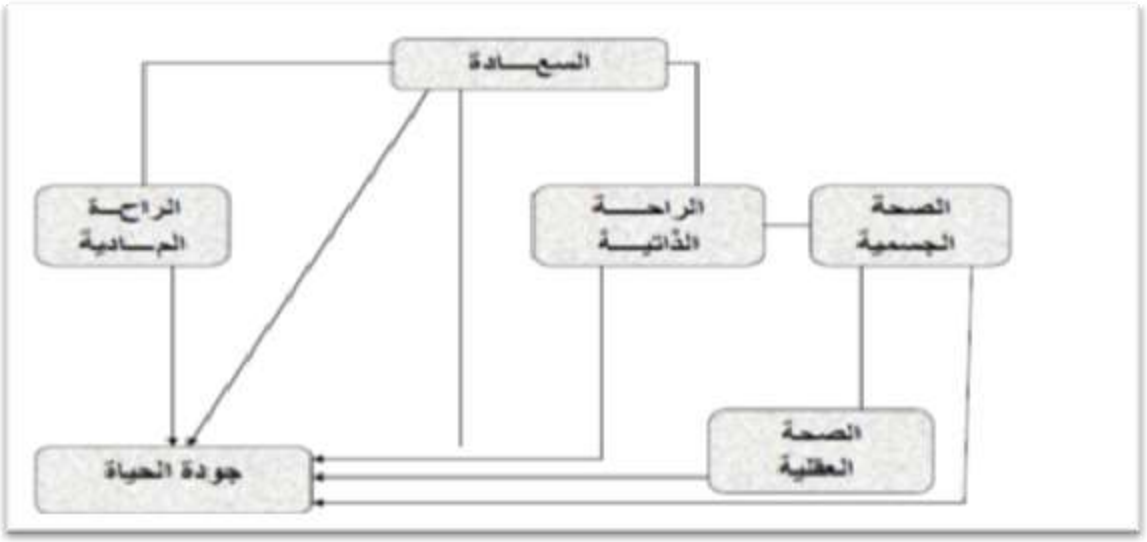
تتمثل مؤشرات جودة الحياة حسب بعض الباحثين في:

1. القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
2. القدرة على التحكم.
3. الصحة الجسمانية والعقلية.
4. الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
5. المعتقدات الدينية – القيم الثقافية والحضارية.
6. الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة. (الهمص، 2010، 45)

من جهته فقد حدد Fallowfied (1990) مؤشرات لجودة الحياة في مايلي:

1. **المؤشرات النفسية:** تتبدى في درجة شعور الفرد في القلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة والرضا.
2. **المؤشرات الاجتماعية:** تتضح من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
3. **المؤشرات المهنية:** وتتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبه لها، ومدى سهولة تنفيذ مهام وظيفته وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.
4. **المؤشرات الجسمية والبدنية:** ويقصد بها رضا الفرد عن حالته الصحية وقدرته على التعايش مع الآلام والنوم والشهية والقدرة الجنسية. (منسي وكاظم، 2010، 45)

كما اقترح Nordenfelt (1994) مخططا يبين فيه وجهة نظره، التي تتمثل في كون مفهوم جودة الحياة يكون بإدماج مختلف المؤشرات كالسعادة، التي هي ذات أصل فلسفي، والراحة المادية والوجود الذاتي ذوي الأصل الاجتماعي والنفسي، والصحة الجسمية ذات الأصل الطبي، بالإضافة إلى الصحة العقلية ويمكن إظهار ذلك من خلال الشكل التالي:



شكل(3) مؤشرات جودة الحياة حسب Nordenfelt

(نقلا عن عمران، 2009، 52)

بينما يرى Rosen(1995) أن جودة الحياة تتضمن أربعة أبعاد أساسية، ويؤكد فقط على المؤشرات الموضوعية التي تضمنها المقياس الذي أعده لهذا الغرض، وهي: الضغط النفسي المدرك العاطفة، الوحدة النفسية والرضا.

ويقدم كلاً من Felce & Berry (1995) نموذجا لجودة الحياة تتكامل فيه المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة، وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية، هي: الصلاحية الجسمية، الرفاهية المادية، الرفاهية الاجتماعية، الصلاحية الانفعالية، النمو والنشاط. (الهنداوي، 2011، 41)

أما Schalock(1996) فيشير إلى أنه ليس هناك حاجة إلى تصنيف متغيرات جودة الحياة إلى بعدين (موضوعي وذاتي)، بل اعتبره تصنيفا تنقصه بعض المرونة، حيث توجد متغيرات أخرى تخرج عن هذا التصنيف الثنائي لمفهوم جودة الحياة، والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة. (الهنداوي،2011، 41) لهذا قدم Schalock (2002) تحليلاً مفصلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات، والتي بدورها تنقسم إلى ثلاث مجالات فرعية متمثلة في:

- السعادة الوجدانية (الرضا، مفهوم الذات، انخفاض الضغوط)
- العلاقات بين شخصية (التفاعلات، العلاقات، الإسناد)
- السعادة المادية (الحالة المادية، العمل، المسكن)
- النمو الشخصي (التعليم، الكفاءة الشخصية، الأداء)
- السعادة البدنية (الصحة، الأنشطة اليومية، وقت الفراغ)
- تقرير المصير (الاستقلالية، الأهداف، الاختبارات)
- الاندماج الاجتماعي (التكامل، الترابط الاجتماعي، الأدوار المجتمعة)
- الحقوق البشرية والقانونية (الحقوق الفردية، حقوق الجماعة، القانون والعمليات الواجبة)

ثانيا: المشكلات السلوكية

1- تعريف السلوك المشكل: يعرف السلوك المشكل على أنه السلوك الذي يحكم عليه الآخرين بكونه غير فعال أو مدمر، أو أنه يضر بمصلحة الفرد نفسه ومصلحة المجتمع الذي يعيش فيه. (مصطفى، 2003، 14)

ويحدده Corsini (1999) على أنه السلوك الذي يمثل مشكلة للفرد نفسه، سواء كانت المشكلة ظاهرة أم كامنة (الحساسية الزائدة، الخجل، الخوف) أو السلوك الذي يمثل مشكلة للآخرين(العنف العدوان، التبلد الاجتماعي، الجريمة)

كما يرى أحمد والشربيني(1998) أن السلوك المشكل لدى الأطفال أخذ عدة مصطلحات تناولها العلماء والباحثون في مجال الطفولة، فنجد على سبيل المثال من يطلق مصطلح الطفل المشكل أو الطفل

المضطرب أو الاضطرابات السلوكية للأطفال، وحتى وإن اختلفت هذه المصطلحات في اللفظ إلا أنها جميعا تؤدي إلى معنى واحد. (مصطفى، 2011، 40)

2- تعريف المشكلات السلوكية: يواجه الباحث عند تعريفه للمشكلات السلوكية صعوبة في إيجاد تعريف يتفق عليه المهتمون، حيث أن كل شخص يعرفه برؤيته الخاصة. وهو ما يؤكده (الظاهر، 2004، 75) من أن المشاكل السلوكية ليست نوعاً واحدة أو درجة واحدة، وإنما هي أنواع متعددة وبدرجات متباينة وأن هذه الصعوبة ناتجة عن تعدد التعريفات واختلافها، فكل يعرف المشكلات السلوكية حسب اختصاصه(المعلم، الطبيب، رجل_القانون، الأخصائي النفسي،... إلخ)، وحسب الاتجاه أو المدرسة التي ينتمي إليها(السلوكية، التحليلية، البيئية، البيوفسيولوجية) وكذلك حسب المعيار أو المحك (الاجتماعي الإحصائي، النفسي...).

وتحاول الباحثتين وضع مجموعة من التعريفات التي تبناها بعض الباحثين وهذا حسب اختصاصهم:

- **من الناحية النفسية:** أشار كل من الدريني وغريب(1988) إلى أن المشكلة السلوكية تعد التعبير اللفظي الصريح والواضح المحدد عن حاجة غير مشبعة بلغت قدرًا من التوتر والإلحاح حتى أصبحت متغلبة على الشعور، وأصبحت لها أولوية خاصة في دائرة اهتمام الفرد. أما من وجهة نظر كل من سلامة(1984) وزكي (1985) فهو سلوك متكرر الحدوث غير مرغوب فيه، يثير استهجان البيئة الاجتماعية. (صابر، د.ت، 3)

أما حسب تعبير ابراهيم (1999، 112) فهو عبارة عن "سلوك غير سوي في درجة شدته وتكراره يسلكه الطفل نتيجة للتوترات النفسية والإحباطات التي يعاني منها، ولا يقدر على مواجهتها فتشكل إعاقة في مسار نموه وانحرافا عن معايير السلوك السوي، تثير قلق وانتباه المحيطين به".

- **من الناحية الاجتماعية:** اتفق كل من Hewet (1963)، Ross (1974)، Kauffman (1977) على أن المشكلات السلوكية هي عبارة عن سلوك غير مقبول اجتماعيا، سلوك متكرر، الراشدون الأسوياء في المحيط الذي ينتمي إليه الفرد هم من يحكم على نوعية السلوك، يتعرض الطفل لمشاكل خطيرة في حياته. (بشقة ، 2008، 8)

ويوضح Hallahan & Kauffman (1979) أن صعوبة الاتفاق على تعريف واضح محدد للاضطرابات السلوكية يرجع إلى عدد من الأسباب والعوامل يمكن إجمالها فيما يلي:

- الافتقار إلى وجود تعريف واضح ومحدد لمفهوم الصحة العقلية.
- الاختلاف في وجهات النظر بين الاتجاهات والنماذج النظرية والمفاهيمية ذات الاهتمام بالاضطرابات الانفعالية.
- صعوبة قياس الاضطرابات السلوكية.
- التباين بين الأنماط السلوكية لدى كل من الأطفال العاديين والأطفال المضطربين.
- الاختلاف بين أركان التنشئة الاجتماعية من حيث وظائفها ونوعية الخدمات التي تقدمها والأسس التي تتبعها في تصنيف الاضطرابات السلوكية.

- الاختلاف في التوقعات الاجتماعية والثقافية حول السلوك السوي وغير السوي.

3-خصائص الأطفال ذوي المشكلات السلوكية: لقد وضع brower (1969) قائمة بسمات الأطفال ذوي المشكلات السلوكية والتي تتمثل فيما يلي:

1- قصور في القدرة على التعلم التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية أو الحسية أو العصبية أو جوانب الصحة العامة.
2- إبداء سلوكيات غير مقبولة مقارنة بسلوك الأسوياء.
3- قصور في القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين.
4- ظهور السلوكات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف العادية.
5- مزاج عام أو شعور بعدم السعادة والاكتئاب.
6- النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية والآلام، والمخاوف والمشكلات المدرسية.
7- الاستمرارية والتوسع في السلوك المضطرب. (القبالي، 2008، 33)

ويضيف مطاوع (2006، 26) إلى أنه يمكن التعرف على الطفل الذي يعاني من المشكلات إذا انطوى سلوكه على واحد أو أكثر من الأعراض التالية:

1- التوتر الزائد عن الحد المعقول.
2- التناقض بين سلوك الفرد والمعايير الاجتماعية والخلقية.
3- السلوك العدائي المستمر.
4- محاولة جذب انتباه الآخرين.
5- الانشغال الزائد بميول معينة.
6- عدم الثقة في النفس والاعتماد على الغير.
7- التغيرات المفاجئة في سلوك الفرد بما يناقض ما هو معروف عنه.
8- العجز التعليمي الذي لا يرجع لعوامل أخرى كالضعف العقلي.
9- الحزن والتعاسة بدون سبب واضح.
10-السلوك الذي يؤدي إلى أية آثار ضارة تلحق بالفرد أو الجماعة.

الدراسات السابقة:

1- دراسة عطاف محمود أبو غالي وآخرون – فلسطين – 2011 :

عنوان الدراسة : " التغيرات الجسمية والنفسية المرتبطة بانقطاع الطمث وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من النساء الفلسطينيات". هدفت الدراسة إلى التعرف على التغيرات الجسمية والنفسية المرتبطة بانقطاع الطمث، وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من النساء الفلسطينيات. وقد تكونت عينة الدراسة من 243 امرأة فلسطينية في محافظتي خان يونس ورفح، متوسط أعمارهن حوالي51 سنة. وقد أظهرت

نتائج الدراسة أنه توجد علاقة سالبة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، بين مجالات مقياسي التغيرات الجسمية والنفسية المرتبطة بانقطاع الطمث وجودة الحياة لدى عينة الدراسة. كما أظهرت نتائج الدراسة أن أكثر فقرات التغيرات الجسمية شيوعاً، هي: أعاني من ألم في المفاصل والعضلات، والأمراض الروماتيزمية، بنسبة 65.5%، ويليها على التوالي الفقرات: أعاني من آلام في الظهر، بنسبة 64.5 % أعاني من هشاشة العظام، بنسبة 62%، بينما أكثر فقرات التغيرات النفسية شيوعا كانت أشعر بالتعب والإرهاق بنسبة 75.3 %، ويليها على التوالي: أعاني من العصبية والنرفزة، بنسبة 70.3 %، أعاني من القلق والتوتر، بنسبة 65.5%. كذلك أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مجالي التغيرات الجسمية والنفسية والدرجة الكلية؛ تعزى لمتغير العمر، بينما توجد فروق دالة إحصائياً في مجالات مقياس جودة الحياة النفسي، الاجتماعي، الجنسي، المجال العام لجودة الحياة والدرجة الكلية، لصالح الفئة العمرية 51 سنة فأكثر، في حين لا توجد فروق دالة إحصائياً في المجال الجسمي.

2- دراسة خميس ايمان أحمد – الأردن- 2010

عنوان **الدراسة : " جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال"** حيث هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين جودة الحياة من جهة، والرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال من جهة أخرى، وهذا في ضوء متغير الخبرة المهنية. وتم الاعتماد على المنهج الوصفي، حيث تكونت العينة من 292 من معلمات رياض الأطفال تم اختيارهم بطريقة عشوائية. واستخدم مقياس جودة الحياة، ومقياس الرضا الوظيفي، ومقياس قلق المستقبل. توصلت الدراسة إلى أن هناك ارتباط موجب بين جودة الحياة والرضا الوظيفي لصالح المعلمات ذوات الخبرة المهنية الأكثر من 10 سنوات، كما توصلت إلى أن هناك ارتباط عكسي بين جودة الحياة وقلق المستقبل لديهن أي أن المعلمات الأكثر قلقا تعانين من درجة منخفضة من جودة الحياة، وأن القلق يعتبر أكبر منبئ عن جودة الحياة.

3- دراسة صالح اسماعيل عبد الله الهمص – المحافظات الغربية بقطاع غزة – فلسطين -2010:

عنوان الدراسة: " قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة كما حاولت معرفة علاقة قلق الولادة بمتغير العمر، عدد حالات الولادة، نوع الأسرة، المؤهل العلمي. وتم الاعتماد على المنهج الوصفي، حيث اختيرت عينة البحث بطريقة عشوائية للأمهات اللواتي يترددن على المستشفى خلال الفترة 20 إلى 30 أكتوبر 2009 والتي قدرت بـ 82 أم، وطبق عليهن مقياسي القلق وجودة الحياة الذي أعده الباحث. توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأمهات الفلسطينيات اللاتي يذهبن إلى عملية الولادة غالبيتهن العظمى راضيات عن جودة الحياة التي يعشنها وأن أكثر جوانب الرضا تمت ملاحظتها في جانب الرضا عن العلاقات الشخصية، حيث بلغت نسبة الأمهات اللاتي عندهن رضا في هذا الجانب 80.89 %، كما تمت ملاحظة أن بعد مدى شعور الأم بأن حياتها ذات معنى كان أقل

الأبعاد في جودة الحياة، وبلغت النسبة فيها 64.25%، وذلك نظراً للحجم الهائل من الضغوط الذي تتعرض له الأم الفلسطينية.

4- دراسة الصبيح – المملكة العربية السعودية – 2009 :

عنوان الدراسة: "العلاقات الزوجية كما تدركها الأمهات وعلاقتها ببعض مشكلات أبنائهن السلوكية في رياض الأطفال". وهدفت إلى معرفة علاقة المشكلات السلوكية لدى الأبناء بالعلاقات الزوجية كما تدركها الأمهات. تم استخدام المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من 30 أما عاملة و30 أما غير عاملة من الحاصلات على مؤهلات علمية مختلفة، ولدى كل أم طفل(ة) تتراوح أعمارهم من 3 إلى 4 سنوات بمتوسط عمري قدره 3.7 سنة، تراوحت أعمار سيدات عينة البحث ما بين 32 و34 سنة وجميعهن يشتغلن بمهنة التدريس. وأسفرت النتائج على وجود ارتباط سالب دال إحصائيا بين العلاقات الزوجية المدركة من طرف الأمهات والمشكلات السلوكية لدى الأبناء: السرقة (-0.46*) الكذب(-0.47*)، العدوان(0.51*) والنشاط الزائد (-0.53*)..

5- دراسة Sekert- 1995:

عنوان الدراسة: "أثر عمل الأم على صحتها النفسية والزوجية والاجتماعية". حيث هدفت الدراسة إلى معرفة أثر عمل الأم على صحتها النفسية والزوجية والاجتماعية. تكونت عينة الدراسة من 983 أما من بينها 691 أما عاملة، اختيرت بطريقة عشوائية، واعتمدت الدراسة على أربعة مقاييس للصحة النفسية والعلاقات الزوجية والأسرية بشكل عام وعلاقات الأمهات مع أبنائهن. وبينت نتائج الدراسة عدم وجود أثر للرضا الوظيفي على الصحة النفسية والزوجية والاجتماعية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق بين الأمهات العاملات وغير العاملات في الصحة النفسية والزوجية والاجتماعية لصالح غير العاملات.

6- دراسة مبارك بشرى عناد – الكويت – (بدون سنة):

عنوان الدراسة:"جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج "وتوصلت الدراسة إلى أنه ليست هناك فروق دالة إحصائيا في جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن الزواج وفق متغير العمر(30 – 36) و(37- 45) سنة عكس متغير العمل، أي أن الشعور بجودة الحياة عند النساء العاملات هو أقل مما هو عند النساء ربات البيوت. بينما اختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة Pablen (2000) التي أشارت إلى أن الشعور بجودة الحياة يتغير بتغير المراحل العمرية للفرد، فكلما تقدم الفرد في العمر كلما توضحت وتمايزت لديه حالة الشعور بجودة الحياة. كما لم تتفق دراسة Mc Conatha & al (1998) مع ما توصلت إليه نتائج دراسة مبارك(د.ت) حيث تكونت عينة البحث من 327 فردا من الذكور والإناث تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات عمرية (19 .35 سنة، 36 .55 سنة 56 سنة فأكثر) ووجد أن الإناث الأكبر سنا كانوا أقل تحكما في حياتهن من صغار الراشدات، وأن ذلك ينعكس على إدراكهن لجودة الحياة، فكبيرات السيدات أقل إدراكا لجودة الحياة من صغارهن.

التعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال اطلاعنا على ما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج، وما خرجت به من توصيات حول جودة الحياة إلى أنه لا يؤثر متغير العمر في مستوى جودة الحياة لدى الأمهات وهو ما بينته كل من دراسة مبارك(د.ت) ودراسة عطاف محمود وآخرون(2011)، بينما لم تتفق نتائجهما مع نتائج كل من دراسة Pablen(2000) ودراسة ماك كوناث وآخرون Mc Conatha & al(1998) في كون أن النساء الأكبر سنا كانوا أقل تحكما في حياتهن من صغارهن، وأن ذلك ينعكس على إدراكهن لجودة الحياة. بينما اتضح للباحثتين من خلال الدراسات السابقة أن متغير العمل له تأثير على جودة الحياة لدى النساء، وهو ما اتفقت عليه الكثير من الدراسات؛ كدراسة كل من مبارك(د.ت) ونتائج دراسة Sekert(1995)، ونتائج دراسة خميس(2010).

أما في جانب الصحة النفسية؛ فقد وجدت دراسة الهمص(2010) أن الضغوط التي تتعرض لها الأمهات لا تؤثر في جودة الحياة لديهن، وهو ما اختلف مع ما توصلت اليه نتائج دراسة خميس(2010).

ومن خلال العرض المسبق للدراسات السابقة فإن دراسة الصبيح(2010) تعتبر الوحيدة من الدراسات التي تطرقت إلى أحد جوانب الدراسة الحالية، وذلك حسب حدود علم الباحثتين، حيث هدفت هذه الأخيرة إلى معرفة العلاقة بين العلاقة الزواجية والمشكلات السلوكية لدى الأبناء، وهو يصب فيما تهدف إليه دراستنا، بالإضافة إلى أن جميع هذه الدراسات لم تهتم بتأثر جودة الحياة لدى الأمهات بالمستوى التعليمي لديهن وبالجانب المادي وكذا العلاقات الاجتماعية، كما أنها خاصة بالمجتمع الفلسطيني.

إجراءات الدراسة الميدانية

منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وبالأخص التصميم الارتباطي Correlational design لدراسة العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات والمشكلات السلوكية لدى أبنائهن.

عينة الدراسة:

تكونت عينة من 330 فردا ممثلين في 165 تلميذا وأمهاتهم، وهذا بعد استبعاد الأمهات العازبات والأمهات المطلقات والأمهات الأرامل. كما تم استبعاد 130 استمارة غير مستوفاة من طرف الأمهات مما استدعى استبعاد 130 تلميذ(ة) (أبنائهن) من الدراسة. وجدول (1) يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية.

جدول رقم (01) يوضح خصائص عينة الدراسة

المتغيرات	الأمهات		الأبناء	
المستوى التعليمي	إبتدائي	37	السنة الرابعة	63
	متوسط	50		
	ثانوي	52	السنة الخامسة	102
	جامعي	26		
السن	من29 – 45	122	10 سنوات	64
			11سنة	71
	من 46–54	43	12سنة	24
			13 سنة	06
المهنة	عاملة	39		
	غير عاملة	126		
الجنس			الذكور	73
			الإناث	92
المجموع	165		165	

أدوات الدراسة:

1. **استبيان جودة الحياة:** تم إعداد أداة للتعرف على درجة جودة الحياة لدى الأمهات وذلك بعد مراجعة التراث السيكولوجي والدراسات السابقة، مثل دراسة كل من عبد العزيز (2011) ونعيسة(2010)، وخميس(2010) Émilie Cappe et all (2009)، وعبد الله(2008) Celia Keenaghan & Jean Kilroe(2005)، Juniper G.H.& all(1995).

إلى جانب الأخذ بمشورة ذوي الخبرة في المجال (الدكتور هشام إبراهيم عبد الله من جامعة الملك عبد العزيز بالمملكة العربية السعودية والدكتور تليوين الحبيب من جامعة وهران). إضافة إلى المقابلات التي تمت مع بعض الأمهات حتى تكون فقرات الاستبيان من واقعهن المعاش.

تكونت الأداة في صورتها الأولية من 62 فقرة موزعة على ستة أبعاد هي:

– الصحة الجسمية(11) فقرة، العلاقات الأسرية الاجتماعية(14) فقرة، الشعور بالسعادة والرضا(13) فقرة، الدخل المادي (10) فقرات والصحة النفسية(14) فقرة. وتم اعتماد السلم الرباعي كبدائل للإجابة وبالتالي يكون التصحيح كالتالي: دائما(4)– أحيانا(3) –نادرا(2) –أبدا (1) للفقرات ذات الاتجاه الموجب ودائما(1)– أحيانا(2) – نادرا(3) –أبدا(4) للفقرات ذات الاتجاه السالب.

الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

1. استبيان جودة الحياة لدى الأمهات:

- **صدق استبيان جودة الحياة:** تم التأكد من صدق الأداة عن طريق صدق المحكمين والاتساق الداخلي، حيث تم عرض الاستبيان المكون من 62 فقرة على 17 أستاذ(ة) مختص في علم النفس وعلوم التربية والقياس النفسي وباحث في مجال جودة الحياة بالجامعات داخل الجزائر وخارجها حيث بلغ عدد الأساتذة المحكمين من خارج الجزائر (10) أساتذة ينتمون إلى جامعة سيدي محمد بن عبد الله(المغرب) وجامعة الخرطوم (السودان) وجامعتي جازان والملك عبد العزيز (المملكة العربية السعودية) وجامعة البصرة (العراق) وجامعات المنيا والمنصورة والزقازيق (مصر).

وبناء على ملاحظات المحكمين، تم حذف 10 فقرات وتعديل صياغة بعضها وإضافة أخرى، وبعدها تم تقدير صدق الأداة بطريقة الاتساق الداخلي، وهذا باعتماد استجابة (50) أم على الأداة فاتخذت معاملات الارتباط قيم تراوحت ما بين0.59 و0.87 وهي درجات مقبولة (للعلم فقد أصبحت الأداة مكونة من 58 فقرة)

- **ثبات استبيان جودة الحياة:** بعد استبعاد الفقرات التي ثبت عدم توفرها على مستوى كاف من الصدق تم حساب ثبات الأداة بطريقتي التجزئة النصفية و(ألفا كرونباخ). وجدول (2) يوضح ذلك:

جدول (2) قيم معاملات ثبات استبيان جودة الحياة لدى الأمهات

البعـد	ألفا كرومباخ	جوثمان	سبيرمان– براون
الصحـة الجسميـة	0,79	0,82	0,82
العلاقات الأسريـة	0,75	0,63	0,64
الشعور بالسعادة	0,76	0,79	0,79
الرضا عن الحياة	0,72	0,63	0,64
الدخل المادي	0,59	0,58	0,76
الصحة النفسية	0,78	0,73	0,74

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات ثبات استبيان جودة الحياة لدى أمهات اتخذت قيم مقبولة وهذا بكل من طريقة (الفا كرونباخ) وطريقة (جوثمان) وطريقة(سبيرمان – براون)، وهذا مؤشر على أن الأداة تتمتع بمستوى صدق وثبات كافي يؤهلها لأن تكون صالحة سيكومتريا وتستخدم باطمئنان في هذه الدراسة.

2. مقياس "ش" للمشكلات السلوكية لدى الأبناء:

قام Herbert Quay & Donald Peterson(1987) بتصميم قائمة المشكلات السلوكية لدى الأطفال وتم تعديلها عام 1996 باسم المقياس "ش"، وتتكون القائمة في صورتها الأصلية من 89 بندا تقيس ستة أبعاد لمشكلات السلوك هي: سوء السلوك – العدوان الاجتماعي –مشكلات الانتباه –القلق السلوك العصابي – زيادة التوتر العضلي. ثم قام القرشي(1999) بتعريبها وتعديلها في صورة قائمة تقرير

ذاتي يجيب عنها الفرد للتعبير عن سلوكه وتصرفاته، واختصرت القائمة بعد تعديلها من 90 بندا إلى 64 وهذا بعد استبعاد بعد التوتر العضلي.

- **صدق مقياس "ش" في البيئة المصرية:** قام كل من القرشي وفرج (1999) باستخدام الصدق التمييزي للقائمة حيث تم تطبيقه على عينة تجريبية(ن= 219) من طلبة المراحل الابتدائية والمتوسطة والثانوية من الجنسين، ووجد الصدق التلازمي للقائمة بين صورتيها المختصرة والكاملة وبلغ 0.99.
- **ثبات مقياس "ش" في البيئة المصرية:** تم حساب ثبات المقياس في صورته النهائية المختصرة بطريقة (ألفا كرونباخ) وبلغ معامل الثبات 0.96.
- **صدق مقياس "ش" في البيئة الجزائرية:** تم عرض الأداة على 10 أساتذة مختصين في علم النفس وعلوم التربية والقياس النفسي، ينتمون إلى جامعة(سوق أهراس) وجامعة سعد دحلب (البليدة) وجامعة هواري بومدين(وهران)، وجامعة أبو بكر بلقايد(تلمسان). كما تم عرض الأداة على معلمة بمدرسة ابتدائية (وهران) للاستفادة من خبرتها الميدانية حول فهم التلاميذ لفقرات المقياس، وترتب عن ذلك إعادة صياغة بعض الفقرات لتناسب البيئة المحلية، وبعدها تم حساب الاتساق الداخلي، فتم استبعاد الفقرات التي تبين أنها تحصلت على معاملات ارتباط غير كافية وبذلك أصبح المقياس يتكون من 59 فقرة بعد أن كان يتكوّن من 64 فقرة.
- **ثبات المقياس في البيئة المحلية:** بعد استبعاد الفقرات التي ثبت عدم توفرها على مستوى كاف من الصدق تم حساب ثبات الأداة بطريقتي التجزئة النصفية و(ألفا كرونباخ).

وجدول(3) يوضح ذلك.

جدول(3) قيم معاملات ثبات مقياس "ش" المشكلات السلوكية لدى الأطفال (الصورة المعدلة)

البعـد	ألفا كرومباخ	جوتمان	سبيرمان- براون
سوء السلوك	0.85	0.90	0.90
تشتت الانتباه	0.70	0,70	0.71
العدوان الاجتماعي	0.84	0.77	0,81
القـلق	0.70	0.70	0.71
العصابيـة	0.62	0.69	0.69

أساليب المعالجة الإحصائية:

تم باستخدام برنامج SPSS النسخة 20 وبتوظيف لأساليب الأساليب الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري ومعامل الارتباط التتابعي (لبيرسون).

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

1 – عرض ومناقشة نتائج التساؤل الاستكشافي الأول:

ينص التساؤل الاستكشافي الأول على: كيف تتوزع الأمهات (عينة الدراسة) حسب متغير جودة الحياة؟

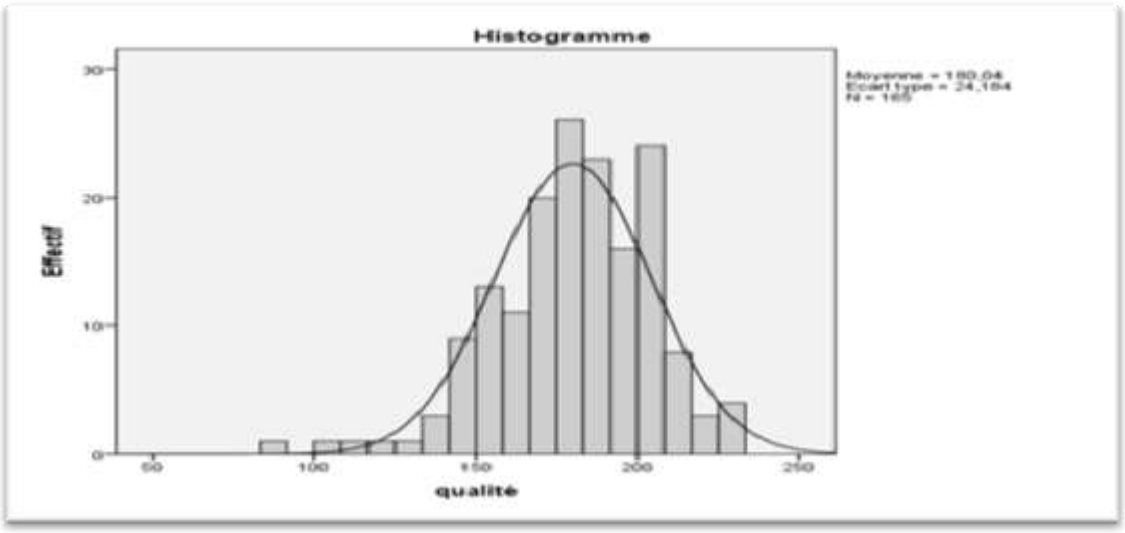
ونحاول الإجابة على هذا التساؤل من خلال الجدول التالي:

جدول(4) توزع الأمهات عينة الدراسة تبعا لمتغير جودة الحياة

	عدد الأمهات
≤ المتوسط	03
المتوسط	55
> المتوسط	107
المجموع	165

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن ثلاث أمهات فقط تحصلن على درجة أقل من المتوسط على مقياس جودة الحياة، بينما تحصلت 55 أم على درجة تعادل المتوسط، ووصل عدد الأمهات اللاتي تحصلن على درجة تفوق المتوسط 107 أم، حيث تراوحت الدرجات ما بين 174 – 232 درجة. كما أن أدنى درجة تحصلت عليها الأمهات على استبيان جودة الحياة قدرت بـ 88 درجة، بينما كانت أعلى درجة متحصل عليها هي 232 درجة.

ومن هذه النتائج يمكن استخلاص أن غالبية الأمهات عينة الدراسة لديهن درجة مرتفعة من جودة الحياة. ويظهر ذلك جليا من خلال التمثيل البياني التالي:



تمثيل بياني (1) توزع عينة الدراسة (أمهات) حسب متغير جودة الحياة

من خلال التمثيل البياني(1) نلاحظ أن معظم الأمهات عينة الدراسة يتمركزن في المجال المحصور بين 170–200، وهي تمثل درجة مرتفعة على مقياس جودة الحياة.

يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى خصائص عينة الدراسة من الأمهات؛ حيث تتميز غالبية الأمهات بمستوى تعليمي معتبر يمكنهن من مسايرة أوضاع الحياة، حيث وصل عدد الأمهات ذات المستوى التعليمي المتوسط 50، بينما عدد الأمهات ذات المستوى التعليمي الثانوي 52، أما ذوات المستوى الجامعي فقدر عددهن بـ 26، علما أنه لا توجد أمهات بدون مستوى تعليمي، مما ساعد على الفهم الجيد لمحتوى الاستبيان وبالتالي انعكس على النتائج.

وقد ترجع النتيجة إلى سن أفراد عينة الدراسة؛ حيث أن غالبية الأمهات سنهن أقل من 45 سنة وبالتالي لم يصلوا بعد لمرحلة انقطاع الطمث التي تعتبر من أصعب المراحل التي تمر بها المرأة لما تولده من اضطرابات تؤثر على الأم وعلى المحيطين بها، وهذا ما تؤيده دراسة نافع وموسي(2004) ودراسة Forouhari & al (2010) ودراسة Tierney (2006).

كما يمكن أن يكون العمل سببا في حصول غالبية الأمهات على درجة مرتفعة على مقياس متغير جودة الحياة، حيث أن أغلبيتهن ماكثات بالبيت، وهو ما أثبتته دراسة مبارك (د.ت)، حيث وجدت أن الشعور بجودة الحياة عند النساء العاملات هو أقل مما هو عند النساء غير العاملات ودراسة Sekert (1995).

2- عرض ومناقشة نتائج التساؤل الاستكشافي الثاني:

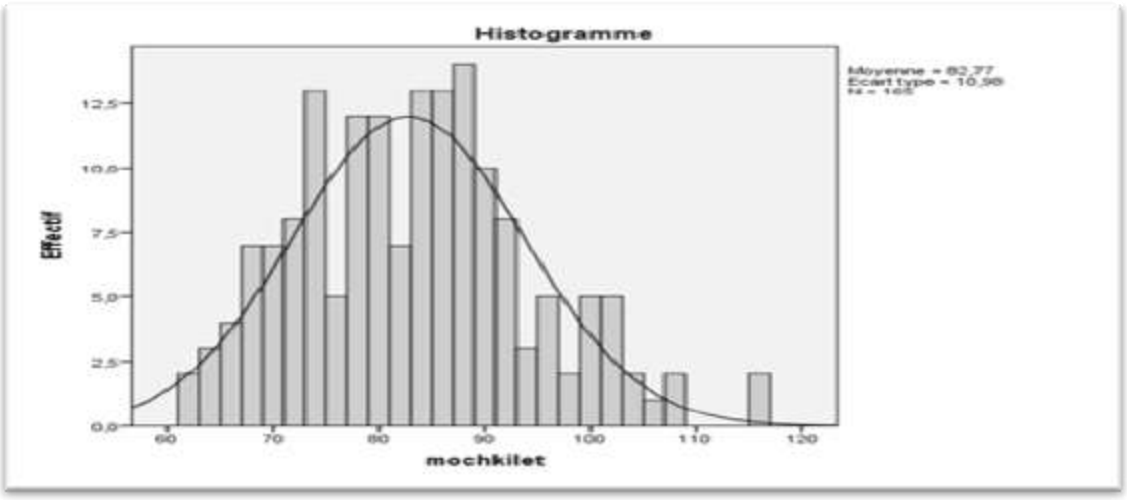
ينص التساؤل الاستكشافي الثاني على: كيف يتوزع الأبناء (عينة الدراسة) حسب متغير المشكلات السلوكية؟

نحاول الإجابة على هذا التساؤل من خلال الجدول التالي:

جدول(5) توزع الأبناء عينة الدراسة تبعا لمتغير المشكلات السلوكية

	عدد الأبناء
≤ المتوسط	165
المتوسط	00
> المتوسط	00
المجموع	165

يتضح من خلال جدول(5) أن كل الأبناء تحصلوا على درجة أقل من المتوسط عند استجابتهم لمقياس "ش"، حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 82.77 والانحراف المعياري بـ 10.98. علما أن الدرجة الدنيا النظرية للمقياس تقدر بـ 59 والوسطى 118، أما الدرجة القصوى فتقدر بـ177 والتمثيل البياني التالي يوضح ذلك:



تمثيل بياني(2) يبين توزع عينة الدراسة (أبناء) حسب متغير المشكلات السلوكية

من خلال التمثيل البياني(2) نلاحظ أن معظم الأبناء تحصّلوا على درجة منخفضة على مقياس المشكلات السلوكية، حيث تمركز معظمهم في المجال 79–85 درجة.

وقد يرجع ذلك إلى خصائص أفراد العينة من الأبناء، حيث أن جلّهم من الإناث، حيث بلغ عددهن 92 مقابل 73 من الذكور. وتسير الكثير من الدراسات في هذا الاتجاه، حيث أثبت أن الذكور يتميّزون بالمشكلات السلوكية على خلاف الفتيات، وهو ما أكدته دراسة الجنابي (1997) التي حاول من خلالها التعرف على المشكلات السلوكية لدى تلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية ومعرفة فيما إذا كان هناك أثر دال إحصائياً لمتغيرات (الالتحاق بالروضة والجنس والمستوى الدراسي)، توصلت الدراسة إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في ممارسة المشكلات السلوكية لدى التلاميذ تعزي إلى جنس التلميذ، وكان الذكور أكثر ممارسة للمشكلات السلوكية من الإناث. كما أن نتائج دراسة الربيعي(2009) حول المشكلات السلوكية لدى الأطفال في دور الأيتام بالعاصمة صنعاء تؤيد ذلك، حيث توصلت إلى أن أكثر المشكلات السلوكية كانت لدى الذكور هي متعلقة بالتمرد والانحراف الخفيف والعدوان والخجل والنشاط الزائد والاعتمادية واضطراب الكلام وهي نفسها المشكلات السلوكية محل الدراسة. وللعلم فإن أغلبية أفراد عينة الدراسة من الأبناء يبلغون من العمر ما بين 10 و 11 سنة وهي المرحلة التي تتسم بالهدوء والاستقرار عند الطفل، ويطلق على هذه المرحلة أيضاً مرحلة قبيل المراهقة Préadolescence بحيث يصبح السلوك أكثر جدية وتتميز ببطء في معدل النمو من حيث السرعة قياساً للمرحلة السابقة واللاحقة، ويبدأ وضوح التمايز بين الجنسين بشكل واضح. وتعتبر هذه المرحلة من أنسب المراحل لعملية التطبيع الاجتماعي حيث يتعلم الطفل المهارات اللازمة لشؤون الحياة والمعايير الأخلاقية، كما تترسخ عنده القيم والاتجاهات والرغبة في تحمل المسؤوليات وضبط الانفعالات بشكل أكبر.

كما يمكن أن تكون الفترة التي تم فيها تطبيق مقياس المشكلات السلوكية لدى الأبناء لها دور في التأثير على النتيجة المتحصل عليها، حيث كان أغلبية المتمدرسين يحضرون لشهادة التعليم الأساسي

وتركز أغلبية تفكيرهم حول الحصول على نتائج جيدة، ولا يتم ذلك إلا من خلال التحضير والتهيؤ الجيد وبالتالي الهدوء والتفكير الإيجابي الذي انعكس على سلوكياتهم.

كما قد يرجع ذلك إلى ارتفاع في المهارات الأكاديمية لديهم، حيث أكدت دراسة Blechman & al (1985) بالولايات المتحدة الأمريكية، والتي هدفت إلى معرفة المشكلات السلوكية وعلاقتها بالكفاءة الاجتماعية والأكاديمية في مرحلة الطفولة من الصف الثاني إلى الصف السادس الأساسي، حيث توصلت إلى أن التلاميذ ذوي المهارات والكفاءة المعرفية تحصلت على درجات منخفضة في مقياس المشكلات السلوكية (سعادة وآخرون، 2002، 549)

3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى: تنص الفرضية الأولى على وجود ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة.

تم اعتماد معامل ارتباط (بيرسون) لاختبارها، فجاءت النتائج كما هي مدونة في جدول(6):

جدول (6) الارتباط بين المشكلات السلوكية لدى الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات

المتغيرات	م	ع	ر	الدلالة
المشكلات السلوكية	82.77	10.98	- 0.23	0.01
جودة الحياة	180.04	24.18		

يتضح من الجدول(6) أنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات أمهاتهن على مقياس جودة الحياة، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـ (0.23 –) وهي دالة عند مستوى 0.01. وبناء على هذه النتيجة فإنه تقبل الفرضية.

تشير هذه النتيجة إلى أنه كلما ارتفعت جودة الحياة عند الأمهات كلما انخفضت المشكلات السلوكية عند أبنائهن، ويمكن تفسير ذلك من خلال تعريف Longest (2008) لمفهوم جودة الحياة والذي يظهر من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحية النفسية، مثل: الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي، والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية.

إذن فإن تمتع الأم بصحة جيدة ونجاح علاقتها الأسرية مع الأبناء والزوج والعائلة وشعورها بالرضا والسعادة يولد لديها صحة نفسية وشعورا بالارتياح النفسي، مما ينعكس على حياتها وتعاملها مع الأبناء ويساعد ذلك في إنشاء أسرة متوازنة يسودها الهدوء والاستقرار. وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة فوقية وآخرون (2006) من أن الأمهات اللاتي ارتفعت درجة جودة حياتهن أصبحن أكثر قدرة في التعامل مع أطفالهن، وهذا في حد ذاته يمكن أن يؤثر بالإيجاب على هؤلاء الأبناء وتضيف الباحثة إلى أن التغير الإيجابي والملحوظ للطفل يظهر من خلال سلوكياته التي تتسم بالاتزان حتى وإن وجدت فهي سلوكيات

خاصة بالمرحلة العمرية ومؤقتة، ولا يمكن مقارنتها بالمشكلات السلوكية التي تأثر في الأبناء من شتى النواحي.

وقد ترجع هذه النتيجة إلى وجود الأب (الزوج) لما له من أهمية في ارتفاع جودة الحياة لدى الأمهات وانخفاض المشكلات السلوكية لدى أبنائهن، وهو من بين مميزات عينة الدراسة. حيث بينت الكثير من الدراسات أن تأثر الأسرة بالضغوط والمعاناة يرجع إلى بنيتها وتماسكها، فبمقارنة الأسر التي تعيش فيها الأمهات وحيدات بالأسر التي تعيش فيها الأم والأب معا تبين أن الأم أقدر على مواجهة المشكلات في وجود الأب. حيث تلعب مشاركته الفعلية الجادة وتحمله المسئولية وتقديمه المساعدة والمساندة للأم دورا في التخفيف من وطأة الشعور بالضغوط، وبالتالي إحساس الأم (الزوجة) بالرضا عن الحياة وعن علاقتها الأسرية (قنطار، 1992، 186).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة بالتغيرات التي طرأت على الأدوار التقليدية للمرأة، واتساع شبكة علاقاتها الاجتماعية الذي يزيد من تقديرها لذاتها، وتخلصها من بعض الخصائص النفسية السلبية مثل: الخضوع والطاعة والإذعان والعجز، وبالتالي شعورها بالرضا عن الذات وتفاؤلها بالحياة ووعيها بمتطلبات المرحلة العمرية لأبنائها، وبالتالي تطور علاقتها بهم وانعكاسها على سلوكياتهم.

4.عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية: تنص الفرضية الثانية على: تختلف شدة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات الأمهات على مقياس جودة الحياة باختلاف سن الأم.

جدول(7) إمكانية تأثر الارتباط بين متغيري المشكلات السلوكية وجودة الحياة بسن الأم

المتغيرات		م	ع	ر	الدلالة
المشكلات لسلوكية (الأبناء)	جودة الحياة (الأمهات أقل أو =45 سنة)	179.24	25.45	- 0.23	عند 0.01
	جودة الحياة (الأمهات أكثر من 45 سنة)	182.33	20.26	- 0.26	عند 0.05

يتضح من خلال الجدول(7) أنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين درجات الأمهات اللاتي يقل سنهن عن 45 سنة على مقياس جودة الحياة ودرجات أبنائهن على مقياس المشكلات السلوكية حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـــ(0.23 -) وهي دالة عند 0.01. وأنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين درجات الأمهات اللاتي يزيد سنهن عن 45 سنة على مقياس جودة الحياة ودرجات أبنائهن على مقياس المشكلات السلوكية حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـــ (0.26-) ودال عند 0.05.

يستخلص من هذه النتيجة أنه لا تختلف شدة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات الأمهات على مقياس جودة الحياة باختلاف سن الأم، وبالتالي لا يمكن قبول هذه الفرضية.

تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إلية دراستي مبارك (د.ت) وهاشم (1999) حيث أسفرت عن عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية في جودة الحياة لدى النساء وفق متغير العمر. بينما تتعارض مع توصلت إليه دراسة Mc Conatha et al (1998) التي وجد فيها أن الإناث الأكبر سنا كانوا أقل تحكما في حياتهم من صغار الراشدين، ومع نتائج دراسة Pablen (2000) التي أشارت إلى أن الشعور بجودة الحياة يتغير بتغير المراحل العمرية للفرد، فكلما تقدم الفرد في العمر كلما توضحت وتمايزت لديه حالة الشعور بجودة الحياة. ولا تتفق النتيجة أيضا مع ما توصلت إليه دراسة خميس(2009) الذي وجد أنه تتأثر جودة الحياة لدى النساء في المرحلة السنية بسبب ما تتميز به هذه المرحلة من تغيرات هرمونية وفيزيولوجية ظاهرة في شكل أعراض جسمية ونفسية، كالتوتر والاكتئاب وانخفاض في تقدير الذات والقلق الذي اعتبره أكبر منبئ عن جودة الحياة، بالإضافة إلى الشعور بقلة الرضا عن الحياة مع اضطراب في العلاقة مع الإفراد المحيطين بها ومن بينهم الأبناء. وهذا ما توضح جليا من خلال دراسة نافع وموسي(2004)، حيث تبيّن أنه كلما تحسنت الأعراض المصاحبة للسيدات في مرحلة ما قبل سن انقطاع الخصوبة كلما ازداد إحساسهم بمدى جودة الحياة لديهن.

وقد يكون تقارب سن العينة من الأمهات سببا في عدم اختلاف شدة العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات اللاتي يقل ويزيد سنهن عن 45 سنة وبين المشكلات السلوكية لدى أبنائهن، حيث تراوح سن الأمهات اللاتي يقل أو يساوي سنهن 45 سنة ما بين 29- 45 سنة، بينما تراوح سن الأمهات اللاتي يزيد سنهن عن 45 سنة ما بين 46 و54 سنة. كما قد يكون عدم تكافؤ حجمي المجموعتين من الأمهات(أقل من أو يساوي 45 سنة وأكثر من 45سنة)، حيث بلغ عدد الأمهات اللاتي يقل أو يساوي سنهن 45 سنة 129 أما، بينما بلغ عدد الأمهات اللاتي يزيد سنهن عن 45 سنة 43 أما أي أقل من نصف المجموعة الأولى.

5.عرض ومناقشة الفرضية الثالثة: تنص الفرضية الثالثة على أنه تختلف شدة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات الأمهات على مقياس جودة الحياة باختلاف عمل الأم. وتتضمن هذه الفرضية فرضيتان فرعيتان تتمثل في:

جدول(8) إمكانية تأثر الارتباط بين متغيري المشكلات السلوكية وجودة الحياة بمتغير عمل الأم

المتغيـــــرات		م	ع	ر	الدلالة
المشكلات السلوكية (الأبناء)	جودة الحياة (الأمهات العاملات)	182.38	25.33	- 0.31	عند 0.01
	جودة الحياة (الأمهات غير العاملات)	179.32	23.87	- 0.20	عند 0.05

يتضح من خلال جدول(8) أنه يوجد ارتباط دال إحصائيا بين درجات الأمهات العاملات على مقياس جودة الحياة ودرجات أبنائهن على مقياس المشكلات السلوكية، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـ(0.31-) وهي دالة عند 0.05، وأنه يوجد ارتباط دال إحصائيا بين درجات الأمهات

غير العاملات على مقياس جودة الحياة ودرجات أبنائهن على مقياس المشكلات السلوكية، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـ(0.20-) ودال عند 0.01.

يستخلص من هذه النتيجة أنه لا تختلف شدة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات الأمهات على مقياس جودة الحياة باختلاف عمل الأم، وبالتالي لا يمكن قبول هذه الفرضية.

تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة عبد الله (2008) من أن العمل لا يشكل فرقا في جودة الحياة، وهو عكس ما أثبتته دراسة كل Edward & Roland(2001) إلى أن خروج المرأة لميدان العمل يزيد من مستواها الفكري وكذا من مهاراتها الحياتية اليومية، مما له الأثر الايجابي في التعامل مع الأبناء، كما أن طبيعة عمل الأم ومدى رضاها الوظيفي ينعكس على سلوكاتها مع الأولاد (كحلوت، 2011 ،94).

تضيف الباحثتين أنه بالرغم من أن العمل يقوم بإحداث فجوة بين الأم وأبنائها، إلا أن هذه الأخيرة (الأم) تعمل جاهدة على إنجاح علاقتها بهم وتماسكها مع الأسرة. ويتفق هذا التفسير مع ما توصلت إليه دراسة Eden (1993) عندما قام بدراسة العلاقة بين عمل الأم والعلاقات الأسرية وتأثير ذلك على مستوى التوافق الزواجي ومدى تأثر علاقة الأبناء مع الآباء، وتحديد الأمن النفسي وطبيعة الرابطة بين الطفل والأم، وقد بلغت عينة الدراسة 45 أم عاملة، وقد توصل الباحث إلى عدة نتائج كان من أهمها أن % 60 من الأمهات صنفوا بوجود علاقة آمنة مع أطفالهن (كحلوت، 2011، 92). ولا تتفق هذه النتيجة مع ما أثبتته دراسة مبارك (د.ت) على أن هناك فروق ذات دلالة معنوية في جودة الحياة وفق متغير العمل، أي أن الشعور بجودة الحياة عند النساء العاملات هو أقل مما هو عند النساء ربات البيوت. ولا تتفق هذه النتيجة أيضا مع ما توصلت إليه نتائج دراسة Perri (1996) التي أشارت إلى أن النساء العاملات هن أكثر شعوراً بجودة الحياة من أقرانهن غير العاملات، أي أن للعمل أثر في جودة الحياة لدى الأمهات، وبالتالي على علاقته بالمشكلات السلوكية لدى الأبناء. كما لا تتفق هذه النتيجة أيضا مع ما توصلت إليه دراسة Sekert (1995) حول أثر عمل الأم على الصحة النفسية والزواجية والاجتماعية وعلاقتها مع الأبناء، وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين الأمهات العاملات وغير العاملات في الصحة النفسية والزوجية والاجتماعية لصالح غير العاملات. وهو ما وجدته دراسة أحمد(1993) إلى أنه توجد فروق في درجة القلق، مستوى العدوان بين أبناء الأمهات العاملات وأبناء غير العاملات لصالح أبناء غير العاملات. (كحلوت، 2011، 96)

6.**عرض ومناقشة الفرضية السادسة:** تنص الفرضية السادسة على أنه تختلف شدة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات الأمهات على مقياس جودة الحياة بمتغير المستوى التعليمي للأم.

جدول(9) إمكانية تأثر الارتباط بين المشكلات السلوكية لدى الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات بالمستوى التعليمي للأمهات

الأساليب الإحصائية / المتغيرات			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل بيرسون "ر"	مستوى الدلالة
المشكلات السلوكية (الأبناء)	جودة الحياة (الأمهات)	الإبتدائي	176.95	22.16	- 0.29	دال 0.05
		المتوسط	171.68	27.67	- 0.19	غير دال
		الثانوي	183.73	21.02	- 0.19	غير دال
		الجامعي	193.15	19.10	- 0.27	غير دال

يتضح من خلال جدول(9) أنه الارتباط بين درجات الأمهات ذات المستوى التعليمي المتوسط والمستوى التعليمي الثانوي والمستوى التعليمي الجامعي على مقياس جودة الحياة ودرجات أبنائهن على مقياس المشكلات السلوكية لم يرق إلى مستوى الدلالة المعنوية. وبالتالي لا يمكن قبول الفرضيات الثلاثة الأخيرة الفرعية للفرضية رقم 6، في حين أسفرت النتائج المتحصل عليها إلى أنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين درجات الأمهات ذات المستوى التعليمي الابتدائي على مقياس جودة الحياة ودرجات أبنائهن على مقياس المشكلات السلوكية، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـ(0.29-) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05.

يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى خصائص عينة الدراسة من الأمهات ذات المستوى التعليمي المنخفض بسبب الضعف في قدرتهن على استيعاب العبارات الموجهة إليهن، أو أنهن ملأن الاستمارات بالاستعانة بأبنائهن، مما جعلهن متحفظات وتفتقر إجاباتهن للبعض من الصدق، خاصة وأن استبيان جودة الحياة لدى الأمهات يحتوي على فقرات خاصة بالرضا عن العلاقة الزواجية والأسرية.

لهذا يمكننا أن نستنتج من هذه النتائج المتحصل عليها أن المستوى التعليمي لا يؤثر في شدة العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات وبين المشكلات السلوكية لدى الأبناء.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أوردته دراسة كل من فوقية وآخرون(2006) في عدم وجود اختلاف بين مستوى جودة الحياة والمستوى التعليمي للوالدين.

7. **عرض ومناقشة الفرضية السابعة:** تنص الفرضية السابعة أنه تختلف قوة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات الأمهات على مقياس جودة الحياة باختلاف الأبعاد المكونة لجودة الحياة (الصحة الجسمية، العلاقات الأسرية، الشعور بالسعادة، الرضا عن الحياة، الدخل المادي، الصحة النفسية).

جدول (10) إمكانية تأثر الارتباط بين متغيري المشكلات السلوكية وجودة الحياة بالأبعاد المكونة لجودة الحياة

المتغيرات / الأساليب الإحصائية			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل بيرسون "ر"	مستوى الدلالة
المشكلات السلوكية (الأبناء)	جودة الحياة (الأمهات)	الصحة الجسمية	30.49	6.43	- 0.22	دال 0.01
		العلاقات الأسرية	39.13	4.73	- 0.13	دال 0.05
		الشعور بالسعادة	30.28	4.30	- 0.19	دال 0.01
		الرضا عن الحياة	21.47	4.47	- 0.14	دال 0.05
		الدخل المادي	25.84	6.29	- 0.07	دال
		الصحة النفسية	32.83	6.08	- 0.28	دال 0.01

يتضح من خلال جدول(10) أنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين الصحة الجسمية للأمهات وبين المشكلات السلوكية للأبناء، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـــ 0.22 عند مستوى الدلالة 0.01، وأنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين العلاقات الأسرية للأمهات وبين المشكلات السلوكية للأبناء، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـ0.13 عند مستوى الدلالة 0.05، وأنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين الشعور بالسعادة للأمهات وبين المشكلات السلوكية للأبناء، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـ0.19 عند مستوى الدلالة 0.01. وأنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين الرضا عن الحياة للأمهات وبين المشكلات السلوكية للأبناء، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـ0.14 عند مستوى الدلالة 0.05، وأنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين الصحة النفسية للأمهات وبين المشكلات السلوكية للأبناء، حيث قدرت قيمة "ر" (بيرسون) بـ0.28 عند مستوى الدلالة0.01 بينما لم يرق الارتباط بين الدخل المادي للأمهات وبين المشكلات السلوكية للأبناء إلى مستوى الدلالة المعنوية.

نستخلص من هذه النتيجة أنه تختلف قوة العلاقة بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية ودرجات الأمهات على مقياس جودة الحياة باختلاف الأبعاد المكونة لجودة الحياة ماعدا في بعد الدخل المادي، وبالتالي يمكن قبول هذه الفرضية جزئيا، حيث تتفق نتائج الفرضية الفرعية الأولى التي تنص على أنه يوجد ارتباط دال إحصائيا وعكسي بين الشعور بالسعادة للأمهات وبين المشكلات السلوكية للأبناء، مع ما أورد في دراسة هاشم (1999) ومع دراسة عبد الله (2008) كما تتفق هذه النتيجة أيضا مع ما توصلت إليه دراسة عطاف وآخرون (2011)، وبالتالي وحسب الدراسة الحالية فإنه كلما زادت الصحة الجسمية لدى الأمهات انخفضت المشكلات السلوكية عند أبنائهن.

تضيف الباحثتين أن صحة الأمهات تلعب دورا في سلوك الأبناء وذلك من خلال شعورها بالراحة وبقدرتها على خدمة أسرتها، وبالتالي إحساسها بالرضا عن حياتها، وهذا بدوره يساعد على نمو الأبناء نموا سليما يظهر جليا من خلال سلوكاتهم.

كما تتفق نتيجة الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على أنه كلما ارتفعت درجة العلاقات الأسرية عند الأمهات أدى ذلك إلى انخفاض في درجة المشكلات السلوكية لدى الأبناء مع دراسة صبيح(2009) إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بين العلاقات الزواجية المدركة من طرف الأم وبين المشكلات السلوكية لدى الأبناء.

تضيف الباحثتين إلى أنه تلعب العلاقات الأسرية دورا هاما في حياة الفرد وفي جودة حياته وهو ما توصلت إليه دراسة فوقية وآخرون(2006) في كون الحياة الأسرية من بين أهم العوامل المنبئة بجودة الحياة ودراسة هاشم (2001) بوجود علاقة ارتباطية طردية دالة بين التماسك الأسري وجودة الحياة وبالتالي إن نجاح الأمهات في علاقتهن مع الأسرة ينعكس إيجابيا على نفسية أبنائهن، ومن تم التقليل من ظهور مشكلات سلوكية لديهم. يرى البعض من الباحثين أن العلاقة الجيدة بين الوالدين والأبناء وكذلك التفاعلات الأسرية الجيدة تعتبر مؤشرا هاما لصحة الأبناء وتفادي السلوكيات غير السوية كما يمكن لهذه الأخيرة أن تخفض من التأثيرات الضارة الضاغطة عليه، وأن العلاقات الضعيفة تعتبر مؤشرا لوجود مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية لديه. وهو ما أثبتته دراسة Pool & al (1993) من أن العلاقات الأسرية المضطربة وعدم القدرة على حل المشكلات البينشخصية بين أفرادها يؤدي إلى حدوث القلق والاكتئاب لدى الأبناء، وتعتبر الأسرة نسقا متكاملا ومتوازنا للانفعالات بين أعضائها، وأن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية التي تظهر لدى أبنائها نتيجة للتفاعلات المضطربة داخل هذا النسق الأسري.

وتتفق نتيجة كل من الفرضية الجزئية الثالثة والرابعة والسادسة التي تنص على أن الأمهات اللاتي يشعرن بالسعادة والرضا عن الحياة وبالصحة النفسية تنخفض درجات أبنائهن في مقياس المشكلات السلوكية، مع ما توصلت إليه دراسة خميس(2009) حول أهمية العامل النفسي في جودة الحياة. وتتفق هذه النتيجة أيضا مع أظهرته دراسة Lawrence بوضوح إلى أن الآباء غير الراضين عن حياتهم الزواجية يعجزون عن تمكين أبنائهم من التكيف الجيد، فهؤلاء الآباء الذين يلفهم شقاء وتعاسة الحياة الزوجية لا يمكنهم توفير ظروف اجتماعية مستقرة وهادئة خالية من التوتر والعداء لأبنائهم فالجو العائلي المشحون بالتوتر يجعل معاملة الآباء لأبنائهم يسودها العداء والعنف، مما يجعل الأبناء يستجيبون لهذا الجو بالقوة والتحدي، أو بالانطواء، والابتعاد عن الاختلاط بالناس وصعوبة التكيف مع المجتمع. (عبد الله، 1980، 85)

كما تتفق نتيجة الفرضية الجزئية السادسة التي تنص على أن العامل المادي لا يؤثر في العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات وبين المشكلات السلوكية لدى الأبناء مع نتائج الدراسة التتبعية لتيليوين(2003) من أن الزيادة في المؤشرات المادية غير كافية لقياس جودة الحياة لدى الإفراد، وتتفق هذه النتيجة أيضا مع دراسة مطر(2006) حيث أظهرت أن مستوى الدخل لا يؤدي دورا كبيرا في مستوى السعادة اليومية. وتتعارض هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من Sheck et Lee (2007)

ودراسة Dail (1996) ومع دراسة جرير(2002) ودراسة الخزامي(2003) في كون انخفاض الدخل الأسري وزيادة الضغوط الاقتصادية وكذا الأعباء الأسرية تؤثر في مستوى الاحساس بجودة الحياة.

نستخلص من نتائج هذه الفرضية الجزئية أن الأمهات سواء كن من أسر ذات دخل جيد أو دخل محدود فهن يعملن جاهدات على إنجاح علاقاتهن بأبنائهن وتوفير لهم الجو المناسب الذي يساعد على النمو السليم، وبالتالي السلوك المتزن.

خاتمة:

من خلال ما سبق ومن خلال النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة يمكننا أن نخلص أنه كلما ارتفعت جودة الحياة عند الأمهات كلما انخفضت المشكلات السلوكية عند أبنائهن، أي تمتع الأم بصحة جيدة ونجاح علاقتها الأسرية مع الأبناء والزوج وشعورها بالرضا والسعادة يولد لديها صحة نفسية وشعورا بالارتياح النفسي مما ينعكس ذلك على حياتها وتعاملها مع الأبناء، ويساعد ذلك في إنشاء أسرة متوازنة يسودها الهدوء والاستقرار، وبالتالي خلو الأبناء من المشكلات السلوكية.

كما أن سن الأم ومستواها التعليمي حسب نتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة لا يعتبر عائقا في علاقتها بأبنائها، وحتى خروجها لميدان العمل لا يمثل فجوة بينها وبين أبنائها، بل بالعكس، تعمل الأم العاملة جاهدة على إنجاح علاقتها بهم وتماسكها مع الأسرة وتوسيع آفاقها الفكرية ومهاراتها اليومية.

وفي الأخير يمكننا القول بأن الأمهات ومهما اختلفت خصائصهن وظروفهن في الحياة فهن لا يتخلين عن دورهن الأساسي وهو تربية أبنائهن والسعي إلى تحقيق التوازن لهم في جميع المستويات.

توصيات واقتراحات:

من خلال نتائج الدراسة حول جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لدى الأبناء وجراء الدراسة الميدانية (الاستطلاعية والأساسية) التي تمت مرورا بجميع مراحل البحث تم التوصل إلى مجموعة من التوصيات والاقتراحات، التي ترى الباحثتين ضرورة البحث فيها لما لها من أثر على الموضوع الحالي والتي تتمثل فيما يلي:

- جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لدى أبنائها في ضوء المتغيرات التالية: سن وعمل والمستوى التعليمي للأب.
- جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لدى أبنائها في ضوء المكانة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي للأسرة.
- جودة الحياة لدى الوالدين وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لدى أبنائها في ضوء المستوى التعليمي للوالدين.
- جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لدى أبنائها في ضوء العيش مع الأسرة الكبيرة والنووية.
- أثر الرضا عن الحياة لدى الآباء على المشكلات السلوكية لدى الأبناء.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

خميس، أيمان أحمد(2010). جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الاطفال. **المؤتمر العلمي الثالث بعنوان تربية المعلم العربي**. كلية علوم التربية. الأردن. انعقد في 4/8-4-2010.

شاهر، خالد سليمان(2007). قياس جودة الحياة لدى عينة من طلال جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها. ***مجلة رسالة الخليج العربي***. (117). 117-155.

عطاف، محمود أبو غالي ونظمي، عودة أبو مصطفى(2011). التغيرات الجسمية والنفسية المرتبطة بانقطاع الطمث وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من النساء الفلسطينيات . ***مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*** 27(3).29-68.

عكاشة، فتحي وسليم، عبد العزيز(2010). العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية. **المؤتمر العلمي حول جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية**. كلية التربية بجامعة كفر الشيخ. انعقد في 13 -2010/04/14.

فوقية، سيد عبد الفتاح ومحمد، حسين سعيد(2006). العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف. **المؤتمر العلمي الرابع حول دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة**. كلية التربية ببني سويف. مصر. 3-4 ماي 2006

كاظم، على مهدي والبهادلي، عبد الخالق(2006). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين " دراسة ثقافية مقارنة ". ***مجلة العلمية لأكاديمية الدنماركية العربية المفتوح***.(3). 67-8

مبارك، بشرى عناد(د.ت). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. ***مجلة كلية الآداب***. جامعة ديالي. (99). 52-215.

منسي، محمد عبد الحليم وكاظم، علة مهدي(2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة جامعة سلطنة عمان . ***مجلة أمارباك العلمية***.1(1).41-60.

نافع، نشوى محمود وموسي، سلوى سيد(2004). دراسة مقارنة بين تأثير برنامج لتمرينات اليوجا وبرنامج للمشي التأملي على بعض الأعراض المصاحبة للسيدات في مرحلة ما قبل سن انقطاع الخصوبة وعلاقتها بمدى جودة الحياة لديهن. ***المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضية***. (42). 320-386.

نعيسة، رغداء على(2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين. ***مجلة جامعة دمشق***. 28(1).145-181.

هاشم، سامي محمد(2001). جودة الحياة لدى المعاقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعة. ***مجلة الإرشاد النفسي***. 9(13).125-180

هشام، ابراهيم عبد الله(2008). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. ***مجلة الدراسات التربوية والنفسية***. 14(4). 137- 188.

الهمص، صالح إسماعيل عبد الله(2010). **قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقتها بجودة الحياة**. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية: فلسطين.

المراجع الأجنبية:

Cottraux , j(2001).les therapies comportementales et cognitives. 3édition. Paris : Masson.

David ,Ph(2006). Quality of life(concept, policy, practice), Routledj : taylor and francis – group . first editing .London and new york.

Delbrouck ,m .(2007).psychopathologie (manuel a l'usage du médecin et psychothérapeute). Québec : de Boeck

Celia, K and Kilroe, Ms(2005). A Study on the Quality of Life Tool KIDSCREEN for children and adolescents in Ireland, The National Children's Strategy Research Series ,

Juniper, E and Guyatt,G and Feeny, D and Ferrie, J and Griffith, L and Townsendnd, M. (1996). Measuring quality of life in the parents of children with asthma. *Quality of Life Research* .Vo15 .pp. 27-34

Émilie, C & Marion, René & Carmen, D& Jean-Louis ,A (2010) .qualité de vie et processus d'apaptation des parents d'un enfant ayant un trouble d'envahissant du développement. *Revue francophone de la déficience intellectuelle* . vol 21. 125-133

Hartman, A (2007) .Étude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent », Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie. univercité de haut – Bretagne Rennes II

Joseph ,O & Peter H, &Keith, B & Hadi ,M (1996) .Quality of Life and Mental Health Services Routledj . first édditin ,london and new york

Mark ,R (2003) . Research Qualité of life . first édditin .London: SAGE Publication

Mazet,ph&Houzel,d (1994).psychiatry de l'enfant et de l'adolescent.paris : maloine

Peter, Fayers, M & David ,M(2006) . Quality of Life "The assessment analysis and interpretation of patient-reported outcomes . Second edition. England.

Prutkin ,j (2002) .A History of Quality of Life Measurements .these of doctorate, Yale University School of Medicine. New Haven.

Robert, L (1992) .La qualité de vie panorama et mise en perspective. Paris : John Libbey Eurotext.

Tiliouine ,H (2003). Personal Wellbeing Index in Algeria . Encyclopedia of Quality of Life Research . Chapter No: 3989 Title Name: EQLR Date:29/12/12 Time:07:46:23 Page Number: 2