IRAQI Academic Scientific Journals
العراقية المجلات الاكاديمية العلمية
مجلة جامعة الكوت للعلوم الإنسانية
ISSN (E): 2707 – 5648 II ISSN (P): 2707 – 563x
www.kutcollegejournal1.alkutcollege.edu.iq
k.u.c.j.hum@alkutcollege.edu.iq
عدد خاص لبحوث المؤتمر العلمي الدولي السادس للإبداع والابتكار للمدة من 16 - 17 نيسان 2025

# التقيم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات

م. م. امنه طالب شاكر [1] ، أ. د. زهراء عبدالمهدي محمد علي [1]

**المستخلص**

يعرف التقييم المعرفي للصحة هو عبارة عن اجراءات يتخذها الفرد من اجل تقييم حالته الصحية ومواجهتها ومن ثم العودة الى الوضع الطبيعي هو الضغط النفسي المحتمل الذي تصبح الأحداث مهمة عندما، يواجه الأفراد أزمات مثل تغيير حالتهم الصحية.

1. قياس مدى انتشار التقييم المعرفي للصحة.
2. الكشف عن التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات.
3. التعرف على الفروق في التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير الجنس
4. التعرف على الفروق في التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير الحالة الاجتماعية.
5. التعرف على الفروق في التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير العمر .
6. التعرف على الفروق في التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير التحصيل الدراسي.

ما التقييم المعرفي للصحة قد بلغ معامل الثبات في معادلة ألفا كرونباخ(0.562 ) والتجزئة النصفية (0.176) وفي اعادة الاختبار (0.812)

1. تشير معطيات جدول الانتشار الى 15.5% من افراد العينة لديهم تقييم معرفي عالي للصحة و16.1% منهم لديهم تقييم معرفي منخفض للصحة وان 4. 68% لديهم تقييم معرفي متوسط للصحة.
2. ان عينة البحث سجلت درجة مرتفعة في التقييم المعرفي للصحة ودالة إحصائيا.
3. لاتوجد فروق ذات دلالة احصائيا في مستوى التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات بحسب متغير الجنس.
4. لاتوجد فروق ذات دلالة احصائيا في مستوى التقييم المعرفي للصحة بحسب الحالة الاجتماعية بين الممرضين والممرضات العزاب والمتزوجين.
5. لاتوجد فروق ذات دلالة احصائيا في مستوى التقييم المعرفي للصحة بحسب متغير العمر.
6. ليس هناك فروق ذات دلالة احصائيا في مستوى التقييم المعرفي للصحة بحسب متغير التحصيل الدراسي للممرضين والممرضات.

**الكلمات المفتاحية:** التقييم، المعرفي، الصحة النفسية

**انتساب الباحثين**

[1] كلية الآداب، جامعة بغداد، العراق، بغداد، 10001

[2] كلية الآداب، جامعة المستنصرية، العراق، بغداد، 10001

[1] aminatalibsh@gmail.com
[2]dr.aljameel22@uomustansiriyah.edu.lq

[1] **المؤلف المراسل**

**معلومات البحث**
**تأريخ النشر:** تشرين الاول 2025

**Affiliations of Authors**
[1] College of Arts, Univ. Baghdad, Iraq, Baghdad, 10001

[2] College of Arts, Univ Al-Mustansiriya, Iraq, Baghdad, 10001

[1] aminatalibsh@gmail.com
[2]dr.aljameel22@uomustansiriyah.edu.lq

[1] **Corresponding Author**

**Paper Info.**
**Published:** Oct. 2025

## Cognitive Assessment of Health

**Amina Talib shaker [1] , Zahraa Abdal Mahdi Muhammed Al [2]**

**Abstract**

The cognitive assessment of health, it is the measures taken by the individual in order to evaluate his health condition, confront it, and then return to normal. also, it is the potential psychological pressure that becomes important events when individuals face crises, such as changing their health condition

1. Measure the prevalence of cognitive assessment of health.
2. Detect the cognitive assessment of health among nurses.
3. Identify differences in the cognitive assessment of health among nurses according to gender.
4. Identify differences in the cognitive assessment of health among nurses according to marital status.
5. Identify differences in nurses' cognitive assessment of health based on age.
6. Identify differences in nurses' cognitive assessment of health based on educational attainment.

The reliability coefficient for the cognitive assessment of health was 0.562, the split-half coefficient was 0.176, and the test-retest coefficient was 0.812.

1. The prevalence table data indicate that 15.5% of the sample had a high cognitive assessment of health, 16.1% had a low cognitive assessment of health, and 4.68% had an average cognitive assessment of health.
2. The research sample recorded a high score in the cognitive assessment of health, which was statistically significant.
3. There were no statistically significant differences in the level of cognitive assessment of health among male and female nurses based on gender.
4. There were no statistically significant differences in the level of cognitive assessment of health based on marital status between single and married nurses.
5. There were no statistically significant differences in the level of cognitive assessment of health based on age.
6. There are no statistically significant differences in the level of cognitive assessment of health according to the educational attainment variable for male and female nurses.

**Keywords**: Cognitive Appraisal, Psychology, health

**المقدمة**

تعتبر العمليات المعرفية المتضمنة في تقييم مثير أو حدث هي مصدر أو سبب إثارة الانفعالات كما أن هناك إجماع قوي في التراث الادبي بأن نوع الانفعال المستثار بفعل حدث ما، وشدة الاستجابة له ترتبطان بنتيجة عمليات التقييم المعرفي، وهي تتم بطريقة جداً سريعة وآلية في مستوى منخفض من الجهاز العصبي المركزي أو بطريقة مرتقبة وواعية تتضمن بصفة أكبر المناطق الدماغية وحسب نظريات التقييم المعرفي، تتحدد الانفعالات الذي يشعر به الفرد أمام حدث معين بتقييمه المعرفي ومدى ملائمته لحسن حالة الفرد وقدرته على التحكم بنتائج الحدث. وتؤكد هذه النظريات وتشير الى العلاقة بين التقييم المعرفي وأساليب مواجهة والضغوط المدركة وفقاً لنموذج المعاملات الخاص (لازاروس 1966) حيث فسر الإجهاد **CA** و**CS** للضغط والتكيف، يكمن الادراك بشكل عام بعد تحديد الحافز على أنه عامل وتطبيق استراتيجيات المواجهة، الى تقليل ضغط التوتر أو إعادة التقييم المعرفي للصحة، وإعادة بدء العملية حتى يتم تقليل التوتر وفقاً لذلك، يتم تحديد الإجهاد النفسي (Lazarus,1991,p.46)حيث تشير المشاعر مؤشراً مهماً للتوتر المدرك في المرحلة الأولى، خاصة أن الأفراد مازالوا لم يتكيفوا شخصياً مع تحديات المستقبلية، كما ان الإنكار مؤشرا هاما للإجهاد الملحوظ بأن المعنى الشخصي الذي يعطيه الفرد لمثيرات غامضة في محيطه هي التي تحدد الانفعال الذي يشعر به، وهذا عبر التقييم المعرفي (Scherer,2001,p.396) تعتمد نظرية ألاحداث الانفعالية ل وايس وكروبنزانو (Cropanzano & Weiss1996) حيث ترى بأن إثارة الحالات الوجدانية التي ترجع إلى محيط العمل بصفة عامة بقدر ما ترجع إلى الاحداث الخاصة التي يعيشها ويفسرها ويعطيها معنى الفرد في العمل. وحدد الباحثان الية الانفعالات في العمل بتقييم أولي كأهمية وملائمة حدث معين لراحة العامل، وبتقييم ثانوي لقدرته على التحكم في نتائج هذا الحدث. ويرى جارسيا بريتو ((Garcia &Prieto,2006

**مشكلة البحث وأهميته**

تعتبر الصحة هي حاجة إنسانية أساسية وهي ضرورية لنجاح الأفراد والمجتمعات تعتمد على عوامل عديدة مثل العوامل الاجتماعية والوعي وحتى السمات الشخصية وبما أن صحة الأفراد لها دوراً هاماً جداً في البنية الصحية للمجتمعات، ويمكن توسيعها من خلال التخطيط والتدريب وخلافاً لما كان عليه الحال في الماضي عندما كانت الأنظمة الصحية تركز بشكل رئيسي على علاج الأمراض، فإنها تركز الآن على الوقاية والصحة العامة يتم توفير الصحة من خلال تحسين نمط الحياة بما في ذلك التغذية والنشاط البدني وإدارة التوتر والمسؤولية الصحية والنمو الروحي، بالإضافة إلى إزالة العوامل التي لها تأثير سلبي على مستوى صحة الإنسان.

حيث كانت بعض المخاطر التي يتعرض لها الممرضين والممرضات اثناء تأدية مهنة التمريض هي احتمال حدوث ضرر أو تأثير سيء على صحة العاملين أو المرضى صحيا أي شيء يمكن أن يسبب إصابة أو اعتلالاً صحياً في مكان العمل أو بالقرب منه، اما الخطر هو احتمال أن يسبب نوع من المخاطر إصابة أو اعتلالاً صحياً لأي شخص في مكان العمل أو بالقرب منه، و يزداد مستوى الخطر بازدياد شدة المخاطر ومدة التعرض وتواتره. (Alvaro et **al,2010,p.34**)، كما يتعرض العاملين في مهنة التمريض إلى الكثير من خطر الإصابة الكيميائية داخل مكان العمل

نتيجة التعامل مع الأدوية الخطرة وبعض منتجات التنظيف التجارية كالمطهرات والمعقمات ومبيدات الآفات، لذا فإن العاملين في هذا المجال يجب عليهم التعرف على أفضل الطرق لوقاية أنفسهم والمرضى وزملائهم في العمل والمجتمع والبيئة من خطر التعرض لتلك المخاطر والاصابة بها يكون الممرض عرضة للعديد من المواقف والحوادث المؤلمة في كافة الأوقات، إذ يتعامل مع تلك الأحداث المؤلمة وهذا يصيبه بالتوتر ويؤدي إلى حدوث اضطراب ما بعد الصدمة مما يؤدي إلى إصابته بالصدمات النفسية من أجل الحفاظ على العاملين في مهنة التمريض من خطر القصاصات الكيميائية تقوم المستشفيات بعمل بروتوكول للموظفين للالتزام به للحد من تلك المخاطر، والحد من حدوث أي حوادث أو مشكلات، حيث لا تستعجل المستشفى على الممرض أو تثقل كاهله عند تعامله مع تلك المواد الكيميائية الخطرة وتعطي له الوقت الكافي له ليكون في مأمن من خطر الإصابة الكيميائية،وبما انه عينة البحث الحالي من بين القطاعات الاكثر حساسية وذلك لما تقدمه من خدمات صحية تهدف الى شفاء المرضى والتخفيف عنهم وتحسين الصحة العامة للافراد وبحسب تعريف منظمة الصحة العالمية تعرف الصحة على انها حالة كاملة من الرفاهية الجسمية والعقلية والاجتماعية وبالرغم من كل ما يقدمه الممرضون في هذا القطاع الحكومي الى ان عملهم لا يخلو من الضغوط وبعض المشكلات والمواقف الصعبة التي تواجههم وتعرقل بعض الاحيان عملهم في توصيل الرسالة الانسانية والمعنوية للـــــــمجتمع **et al,2013,p.14)** Hobfoll).

أوضحت دراسة لينكولن أن التقييم المعرفي والتدخل المعرفي للأشخاص المصابين بالتصلب المتعدد هدفت الدراسة تقييم فوائد تقديم خدمات علم النفس المتمثلة بالتقييم المعرفي ودواعي التدخل، للمرضى الذين يعانون من مرض التصلب المتعدد، اجريت الدراسة عينة عشوائية مكونة من 240 مريضا من المصابين بهذا المرض مع تقسيمهم الى ثلاث مجموعات (ضابطة، التقييم، العلاج) تلقوا تقييما معرفيا مفصلا وتمت متابعتهم خلال فترة 4-8 اشهر باستخدام استبيانات تخص الصحة العامة والانشطة اليومية الحياتية والذاكرة اليومية حيث توصلت الدراسة إلى ان هناك اختلافات قليلة ذات دلالة احصائية بين مجموعتي التقييم والعلاج عن المجموعة الضابطة؛ في حين لم تكشف الدراسة عن أي اثار مهمة للتقييم المعرفي لدى الاشخاص المصابين .Lincoln et al) (2002،

ولذلك يختلف التقييم المعرفي للصحة بالنسبة للممرضين والممرضات باختلاف طبيعة المهمة المكلف بها اثناء اداء العمل ولاسيما فيما يتعلق بالمصير الحياتي للفرد وبسبب ذلك ينشأ الضغط المهني الذي يؤثر سلباً على الاداء ومن ثم ينعكس على حياتهم الشخصية وصحتهم في بعض الاحيان يلجئون الى وسائل لتخفيف العبء ودرجة التأثر بالضغوط بحيث يستعين بمجموعة من الاستراتيجيات للتخفيف من حدة هذه المواقف فبمجرد تعرضه لمشكلة معينة ما عليه الا ان يتكيف مه الوضع الجديد بالنسبة له وذلك على المستوى البيولوجي والنفسي وتعد نظرية لازاروس التي تهدف الى التفاعل الديناميكي بين العوامل المحيطة والنشاط المعرفي عند الفرد لفهم وتحديد مصادر الضغط التي تؤثر على تقييمة المعرفي لصحته ،من المعروف ان القطاع الصحي هو بيئة عمل يحدث فيها الاجهاد في العمل والانطفاء والتعب المزمن والتغيب عن العمل وارتفاع معدل التناوب على المهام وايضا يظهر تدني بمستوى الخدمات بسبب الاجهاد في العمل وتتضمن العوامل التي تسبب الاجهاد كلا من المتطلبات الفعلية للوظيفة وطريقة تنظيم العمل تعطى اولوية كبرى لأجراءات الحد من الاجهاد في بيئة العمل الى التغيرات التنظيمية التي تحسن ظروف العمل وتتحكم بمتطلبات العمل وتعطى مزيداً من الدعم للعاملين في قطاع الصحة حيث اجريت دراسة في عام 2009 على عدد من العاملين في الصحة في الرياض للتغيب عن العمل الناجم عن الاعتلالات الصحية وجدت ان (377) عاملا (12.1%) كانت لديهم (416) حالة تغيب عن اداء العمل لاسباب صحية وكانت بسبب الاضطرابات العضلية الهيكلية، في حين اشارت رابطة الممرضات الامريكية الى الممرضات يحصلن على اجازات مرضية بسبب الالام الجسدية التي يعانين منها اثناء العمل بنسبة(30%) في حين (40%) منهن يعاني من اصابات الظهر (68) من الاصابات المسببة للعجز الصحي.

كما أجريت دراسة استقصاء في عام (2010) في نيجيريا على عينة من العاملين في الصحة الممرضين الممرضات الى ان الاغلبية (84.4 % من118) مستجيباً عانت من اضطرابات عضلية هيكلية مرتبطة بالعمل وكانت عوامل الخطورة واضحة بنسبة (55.1%) ومعالجة عدد كبير من المرضى في يوم واحد كانت النسبة (44.9%) (Tinubu et al ،2010)).

**ثالثاً: حدود البحث: Limits of the Research**

يتحدد البحث الحالي بالممرضين والممرضات من الذكور والأناث العاملين في المستشفيات الحكومية للمحافظات الاتية (بغداد، الانبار، النجف الاشرف ، ديالى، كركوك) لسنة (2022-2023).

**تحديد المصطلحات**

1. التقييم المعرفي للصحة **Cognıtıve Appraısal of Health (1984) Lazarus and Folkman)** وهو عبارة عن اجراءات يتخذها الفرد من اجل تقييم حالته الصحية ومواجهتها ومن ثم العودة الى الوضع الطبيعي هو الضغط النفسي المحتمل الذي تصبح الأحداث مهمة عندما، يواجه الأفراد أزمات مثل تغيير حالتهم الصحية. تبنت الباحثة تعريف (Lazarus and Folkman1984) تعريفاً نظرياً بناءاً على تبني الباحثة للاطار النظري.

**التعريف الإجرائي للتقييم المعرفي للصحة**

تبنت الباحثة مقياس للتقييم المعرفي للصحة الذي يعود إلى (Lazarus and Folkman1984) بعد أن ترجم إلى اللغة العربية، وقد ثبت أنه صالح للبيئة العراقية وهذا يتالف من (18) فقرة وقد عرض على لجنة من المحكمين اقروا بصلاحيته للبيئة العراقية كما ان الباحثة استخرجت الخائص السيكومترية للمقياس، وذلك بأستخراج (الصدق الظاهري) وبعد عرضه على لجنة من المحكمين اقروا بصلاحية لقياس الظاهرة قيد الدراسة.

**الفصل الثاني الاطار النظري**

**نظرية التعامل مع الضغوط-Lazarus&Folkman1984) 1991)**

قدم كل من (لازاروس وفولكمان) انموذجاً او نظرية لكيفية التعامل مع الضغوط والتي افترضت عن التقييم المعرفي والتغلب على وسائل الضغط تؤثر في صحة الفرد وان النتائج التكيفية المرتبطة به نتيجة عن اهمال الفرد لصحته النفسية والخاصية الارتباطية تبدو واضحة في تعريف الضغط على انه علاقة بين الشخص والبيئة التي تم تقييمها عن طريق الفرد على أنها مرهقة أو تفوق موارده وعلى إنها تعرض حياته للخطر، ولذا قد تشكل المثيرات والاحداث مصدر ضغط لشخص في حين هي عادية عند أخر وذلك على وفق التقييم المعرفي للفرد لكل حدث من الأحداث التي يمر بها(الدراجي،2007،ص:49).

لذا فان استخدام الفرد اساليب تكيفية مع البيئة يكون بهدف الوصول الى نتيجة للحدث فإذا كانت النتيجة مرضية ايجابية فأنها تؤدي الى انفعال ايجابي والى فعالية الاستراتيجية واذا كانت النتيجة غير مرضية سلبية فأنها تؤدي الى الضيق والتعامل المجهد ( (218-216.Folkman,1997,p

كما وتعتبر نظرية لازاروس هي النظرية المعرفية للضغوط النفسية التي عرفها بأنها علاقة خاصة بين الفرد والبيئة والتي قومها الفرد كضريبة او تجاوز على موارده وتعرض رفاهيته للخطر. ويرى لازاروس (Lazarus) بأن الضغط كعملية فعالة تظهر للعيان والتي تتكون من سوابق سببية للعمليات الوسيطة وتأثيرات السوابق هي متغيرات الفرد مثل المتطلبات التقييدات الظرفية (Situational Constraints)

وان العمليات الوسيطة تشير الى تقييم الطلبات والموارد ومعاناة الضغوط والمجابهة، والتي تتسبب في كل من التأثيرات المباشرة مثل (المرض، والتغيرات الفسيولوجية) والتأثيرات الطويلة المدى فيما يتعلق بالرفاهية النفسية والصحة الجسمية، والوظيفة الاجتماعية، وتضم العمليات المعرفية عمليتين متزامنتين في الوقت ذاته ويطلق على الاولى التقييم الاولي (الطلب) والثانية التقييم الثانوي (الموارد)، ونتائج التقييم تقسم الى صنفين (اصناف التحدي والتهديد، والضرر والخسارة)، اولاً: يشير تقييم الطلب الى تقييم الفرد للظروف او الحالة وهي اخطار محتملة الوقوع، وثانياً: تقييم الموارد يشير الى الخيارات المتاحة للفرد في لتعامل مع المطالب تحت الطلب، ويقوم الفرد بتقييم كفاءته والدعم الاجتماعي والماديات والموارد الاخرى التي يمكن ان تساعد على إعادة التكيف مع الظروف وإعادة التوازن بين الفرد والبيئة. وهنا يمكن ان تحدث ثلاثة اصناف من النتائج كنتيجة لتقييم الطلب والموارد، فالصنف الاول يقوم الموقف كونه تحدي عندما تُحشد النشاطات البدنية والعقلية، وفي تقويم التحدي قد يرى الشخص فرصة لإثبات ذاته وتوقع الربح، والنمو الشخصي من المخاطرة والموقف أُختبر بأنه مستساغ، ومشوق، ومهم اذ يشعر الفرد المتحمس والواثق في قدرته على تلبية الطلبات، والصنف الثاني يقوم الموقف فيه على انه تهديد، والذي يحدث عندما يدرك الفرد الخطر، وتوقع اصابات جسدية، اما الصنف الثالث فهو تقييم الضرر او الخسارة الذي قد يكون لتقييم الافراد، والمواضيع المهمة، وتقدير الذات او المكانة الاجتماعية للأفراد (Reuter&Schwarzer,2009,pp.500-502)

طور ريتشارد لازاروس نموذجاً شاملاً لفهم تقييم الافراد للضغوط والتعامل معها ركز في هذا الانموذج على عملية التقدير المعرفي وهي العملية التي يقوم بها الفرد لتقييم الموقف المجهد وتحديد ما اذا كان يهدد رفاهيته ثم قسم لازاروس عملية التقدير المعرفي الى مستويين رئيسيين:

المستوى الاول:-وهو مرحلة التهديد حيث تمثل في أستقبال الأفراد للمواقف الضاغطة على أنها أحداث ضارة ومهددة لذاته.

المستوى الثاني:-وهي مرحلة التعامل حيث يقوم الفرد بفحص مصادر التعامل المتاحة له وفي هذا المستوى يقوم الفرد بالعملية التفاعلية بينه وبين البيئة التي يعيش فيها تتم المواجهة من خلال تفاعل الانسان مع الموقف الضاغط في البيئة المحيطة مع محاولات للتعامل معها وإيجاد حلول لمواجهتها (Frydenberg,et.al:2004,p.2-3)

حيث تؤدي عملية التقدير المعرفي الى احدى النتائج الثلاث التالية:

- التكيف: إذا شعر الفرد بأنه قادر على التحكم في الموقف ولديه الموارد المتاحة للتعامل معه فسوف يتكيف مع الموقف بفعالية.

- التحكم:إذا شعر الفرد بأنه غير قادر على التحكم في الموقف فسوف يحاول التحكم في عواطفه وردود افعاله تجاه الموقف.

- الدفاع: إذا شعر الفرد بأنه غير قادر على التحكم في الموقف او عواطفه فسوف يلجأ الى اليات دفاعية مثل الانكار والاسقاط، قد تختلف عملية التقدير المعرفي من شخص لأخر اعتماداً على العوامل الشخصية والظرفية.

ويرى فولكمان أن الافراد يستخدمون اساليب تكيفهم مع بيئتهم في ضوء تقييمهم للمواقف المعرفية فعندما تقيم على انها تقييم اولي (تهديدTheatتحديChallengeخسارةLoss) فأنها تتطلب اساليب معرفية للتعامل معها من اجل تنظيم الضيق وتغيير معنى الموقف فيما يتصل بذلك تعزيز إحساس الفرد بسيطرته على صحته ويطلق عليها التعامل المركز على الانفعال ((Coping,Emotion-Focusedأو معالجة المشكلة التي سببتها الأزمة بتعزيز إدراك السيطرة في الظروف غير المسيطر عليها ظاهرياً ويطلق على هذه (التعامل المركز على المشكلة) (Coping,pProblem-Focused) لذا فإن استخدام الفرد أساليب تكيفية مع البيئة يكون بهدف الوصول الى نتيجة للحدث فإذا كانت النتيجة مرضية (ايجابية) فإنها تؤدي الى انفعال ايجابي وانها فعالية الاستراتيجية وإذا كانت النتيجة غير مرضية (سلبية) فإنها تؤدي الى الضيق والتعامل الاضافي((Folkman,1997,p.218

وقد قوم فولكمان ولازاروس(Folkman&Lazarus) 1988كيف تؤثر حالات التعامل المتنوعة على مشاعر (الخوف/قلق)،(وسخط/غضب)،(وواثق ومستمتع/سعيد). كلاً التعامل والنتيجة تم تقويمها بتقارير دراسة الماضي فوجدا ان التخطيط لحل مشكلة رافقته الثقة ومقياسها المتعة/ السعادة في حين ان التعامل عن طريق المواجهة والابتعاد ارتبطت ايجابيا بمقياس الاشمئزاز وارتبطت سلبياً بالثقة والسعادة. _والشكل (1) يوضح ذلك.

وتشمل عملية التقييم المعرفي التي تعد نواة النظرية مرحلتين :

- التقييم الاولي: وفيه يقيم الفرد الأحداث المتعلقة بسعادته هل تشكل حدثاً ضاغطاً أم أنها لاتشكل حدثاً ضاغطاً. ويشمل التهديد والتحدي والخسارة.

- التقييم الثانوي: وفيه يقيم الفرد موارده وخيارات التعامل ومواجهة الضغط النفسي وتشمل موارد مواجهة الاحداث مثل الكفاءة الذاتية والسيطرة على التطلعات (التوقعات) وتقسم الى:-

- أ-موارد جسدية: هي صحة الفرد وطاقته وقدرته على التحمل.

- ب-موارد اجتماعية: هي علاقة الفرد الاجتماعية والمساندة الاجتماعية.

- ج-موارد نفسية: هي المعتقدات وتقدير الذات ومهارات حل المشكلات.

- د-موارد مالية: هي الأشياء الملموسة مثل المال والدوات والمعدات وكلتا المرحلتين السابقتين تتأثر بعدد من العوامل منها: طبيعة المنبه نفسه،خصائص الفرد الشخصية،الخبرة السابقة للمنبه،المستوى الثقافي للفرد،تقييم الفرد لأمكاناته، مستوى ذكاء الفرد (العبيدي،2020،ص:51)

وهناك جوانب في نظرية لازاروس وفولكمان ،للحدث الضاغط وينقسم الى:-

- أحداث ضاغطة خارجية: وهي الاحداث المحيطة بالفرد في البيئة الخارجية والتي تحدث دون ارادة او دخل من الفرد.

- أحداث ضاغطة داخلية: وهي نابعة من داخل الفرد وتتكون من خلال ادراكه للعالم الخارجي.

عمليات التقييم وينقسم الى:-

- عملية تقييم اوليةPrımary Appraısal:-وفيها يقييم الفرد كون الحدث الضاغط مهدد ام لا.

- عملية تقييم ثانوية-Seconder Appraisal: وفيها يفكر الفرد فيما يستطيع فعله وذلك من خلال أساليب واستراتيجيات المواجهة المتوفرة لديه.

- عملية المواجهة وفيها يستخدم الفرد الأساليب المتوفرة لديه لمواجهة الحدث الضاغط وتصنف عملية المواجهة:-

1- تعامل مركز على المشكلة **Problem Focused Coping**

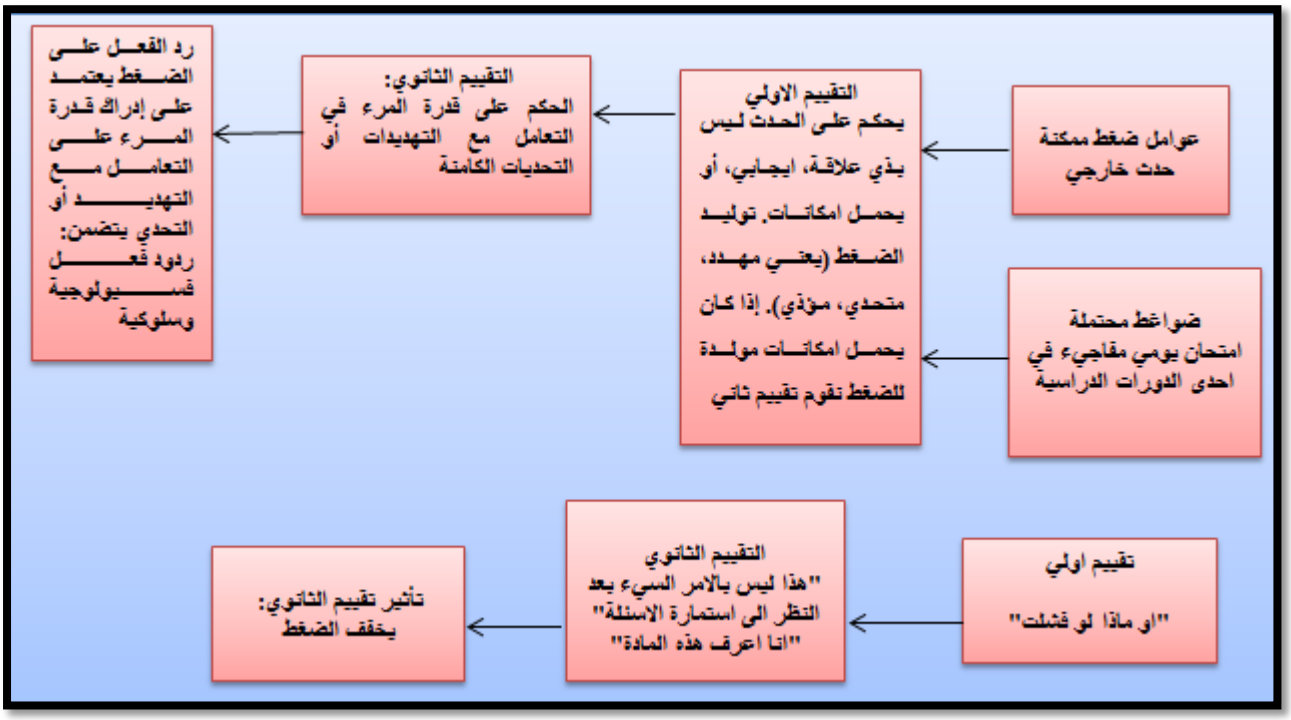
هي الأجراءات السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد لمواجهة الحدث الضاغط ومن هذه الأساليب المواجهة طلب المساندة والتخطيط لحل المشكلة وقمع النشاطات والمتعارضة.

2- تعامل مركز على الانفعال **Emotive Focused Coping**

هي الأجراءات السلوكية والمعرفية التي تستهدف تنظيم انفعالاتنا اتجاه المواقف الضاغطة ومن هذه الأساليب التحكم الذاتي واعادة تاويل ايجابي وتقبل المسؤولية والهروب والتجنب والشكل(1) يوضح نموذج لازاروس-فولكمان في رد فعل الفرد في التعامل مع العوامل المولدة للضغط

وكذلك حدد كل من اربعة انماط التعامل

- العقل المباشر:- ويعرف انه السلوك المباشر الذي ينشغل فيه الفرد لتعامل مع الحدث الضاغط او مع ردود فعل الفرد للحدث.
- كف الفعل:- هو وقف عملية التوتر الأولية المؤدية الى التهديد بكف الفعل.
- الاجراءات الذاتية (نفسية):- وهذه تساعد الفرد على التقرير بين الفعل المباشر او كف الفعل والموضوعات الخرى للفعل وتزود الفرد بالطمأنية لتحسين معنوياته والعوامل التي تؤثر على الفرد لاختيار نمط التعامل____ (Lazarus&Folkman,2000,p.637)




**الشكل (1) نموذج لازاروس-فولكمان في رد فعل الفرد في التعامل مع العوامل المولدة للضغط**

**الفصل الثالث منهجية البحث واجراءاته**

**أولاً: اداة البحث التقييم المعرفي للصحة**

**منهجية البحث وإجراءاته**

يشمل هذا الفصل منهجية البحث الحالي وإجراءاته من حيث تحديد منهجية البحث المتبعة وتحديد مجتمعه ووصفه واختيار العينة وإجراءات تحليل فقرات مقياس الالتزام المفرط ومقياس التقييم المعرفي للصحة ومقياس مركز السيطرة الصحي (الداخلي _ الخارجي) بالتحقق من صدق ترجمة المقاييس من اللغة الإنكليزية إلى اللغة العربية وتحليل الفقرات منطقيا وإحصائيا، ومن ثم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس، فضلاً عن ذكر الطرائق والوسائل الإحصائية المستعملة فيه وعلى النحو الاتي:

**أولاً: منهجية البحث Research Methodology**

يفيد المنهج الوصفي لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة، وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم، حيث يتم وصف الظاهرة أو الموضوع بمجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل اعتماداً على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلاً كافياً ودقيقاً، لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث(ملحم، 2000: ص 324).

ويساعد المنهج الوصفي المقارن في تحديد أوجه التشابه والإختلاف بين الظواهر لكي تكشف العوامل أو الظروف التي تصاحب أحداثا أو ظروفا أو عمليات أو ممارسات معينة، وتعد في بعض الأحيان الطريقة الوحيدة التي يمكن اتخاذها للتصدي لمشكلة من المشكلات (شحاته، 2008: ص196). لذلك اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي المقارن لتحقيق أهداف البحث.

**ثانياً: مجتمع البحث: Population of Research**

يقصد بمجتمع البحث المجموعة الكلية من العناصر التي سيعى الباحث الى ان يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بمشكلة البحث الحالي ، وقد تكون مجتمع البحث من الممرضين والممرضات في محافظات العراق ،(بغداد-النجف-ديالى-الانبار-كركوك) ،والبالغ عددهم الكلي (88,016) ممرض وممرضة للعام (2022-2023) كما وقد بلغ المجتمع الإحصائيّ في محافظة بغداد الكرخ والرصافة (15,351) ممرض وممرضة، موزعين بحسب الدائرة ويشكلون نسبة (17,48%) في حين عدد الممرضين والممرضات في محافظة النجف الاشرف (6486) ممرض وممرضة ويشكلون نسبة (40,79%) في حين عدد الممرضين والممرضات في محافظة الانبار (3491) ممرض وممرضة ويشكلون نسبة (18,24%) في حين عدد الممرضين والممرضات في محافظة ديالى (5847) ممرض وممرضة ويشكلون نسبة (33,05%) في حين عدد الممرضين والممرضات في محافظة كركوك (4785) ممرض وممرضة ويشكلون نسبة (27,72%). ويتضمن الجدول (1) اعداد الممرضين والممرضات في جميع المحافظات التي تم التطبيق فيها لعام 2022-2023 ويشير الجدول (1) الى ذلك.

**الجدول (1) اعداد الممرضين والممرضات في جميع المحافظات التي تم التطبيق فيها تبعاً للجنس**

| ت | الدوائر الصحية والمحافظات | الجنس | | المجموع |
|---|---|---|---|---|
| | | الذكور | الإناث | |
| 1 | دائرة صحة بغداد-الكرخ | 1141 | 4849 | 5990 |
| 2 | دائرة صحة بغداد-الرصافة | 2160 | 3955 | 6115 |
| 3 | دائرة صحة النجف الاشرف | 3108 | 3378 | 6486 |
| 4 | دائرة صحة الانبار | 1597 | 1894 | 3491 |
| 5 | دائرة صحة ديالى | 2807 | 3040 | 5847 |
| 6 | دائرة صحة كركوك | 1934 | 2851 | 4785 |
| | المجموع | 12747 | 19967 | 32714 |

- ثانياً: عينة البحث **Sample Research**

يقصد بالعينة "هي جزء من المجتمع الكلي التي يلجأ إليها الباحث العلمي لأجل تطبيق مجموعة من المقاييس لغرض الوصول إلى نتائج وحقائق يمكن تعميمها على المجتمع الدراسي المقصود" (نوري، 2017، ص33). وتصنيفا لهدف البحث اتبعت الباحثة اختيار عينة البحث بالطريقة الطبقية العشوائية المتساويةStratified Random Sample ، لأن مجتمع البحث الممرضين والممرضات مكون من عدة طبقات ذكور وإناث. ويجري اللجوء إلى هذه الطريقة عندما نريد أن نمثل طبقات المجتمع متساوياً نسبيًا في العينة لكي تكون ممثلة له ( Goodwin ,2010,p470.). لذلك جرى اختيار عينة البحث من (5) محافظات موزعة بحسب المستشفيات اختيرت عشوائيًا من مجتمع البحث الذي يتكون من (5) دوائر تابعة لوزارة الصحة العراقية، اخذين في الحسبان الاختيار التناسبي الامثل للجنس (ذكور، إناث)، بما يتناسب مع عدد كل منهما في المحافظات الـ(5) المختارة عشوائيًا (بطريقة المتساوية) وبما يتناسب أيضًا مع عددهم في كل مستشفى من إذ الجنس، إذ بلغت عينة البحث (1000) ممرض وممرضة، كان عدد الذكور (500 ) ممرض،

أما عدد الإناث فقد بلغ (500) ممرضة .وكما موضح في جدول ( 2).(3).

**الجدول (2) اعداد الممرضين والممرضات في المحافظات التي تم التطبيق فيها بحسب المستشفيات وتبعاً للجنس**

| ت | الدوائر الصحية | الجنس | | المجموع |
|---|---|---|---|---|
| | دائرة صحة بغداد-الكرخ | الذكور | الإناث | |
| 1 | مستشفى الامامين الكاظمين(ع) | 125 | 437 | 562 |
| 2 | مستشفى الكرامة | 76 | 212 | 288 |
| 3 | مركز ابن البيطار التخصصي لجراحة القلب | 52 | 119 | 171 |
| 4 | مستشفى اليرموك التعليمي | 94 | 543 | 637 |
| | المجموع | 347 | 1,311 | 658،1 |
| ت | دائرة صحة بغداد-الرصافة | الجنس | | المجموع |
| | | الذكور | الاناث | |
| 6 | مستشفى ابن الهيثم للعيون | 44 | 44 | 88 |
| 7 | مستشفى ابن النفيس | 76 | 143 | 219 |
| 8 | مستشفى الشيخ زايد | 58 | 125 | 183 |
| 9 | مستشفى الواسطي | 44 | 72 | 116 |
| | المجموع | 222 | 384 | 606 |
| ت | دائرة صحة النجف | الجنس | | المجموع |
| | | الذكور | الاناث | |
| 10 | مستشفى النجف التعليمي العام | 220 | 344 | 564 |
| 11 | مستشفى الحكيم العام | 280 | 276 | 556 |
| | المجموع | 500 | 620 | 1120 |

**جدول (3) :توزيع افراد عينة البحث تبعا للجنس و العمر والتحصيل الدراسي والحالة الاجتماعية**

| ت | الدوائر الصحية | الجنس | | المجموع |
|---|---|---|---|---|
| | دائرة صحة ديالى | الذكور | الإناث | |
| 1 | مستشفى بعقوبة التعليمي | 588 | 380 | 968 |
| | المجموع | 588 | 380 | 968 |
| ت | دائرة صحة الانبار | الجنس | | المجموع |
| | | الذكور | الاناث | |
| 6 | مستشفى الفلوجة التعليمي | 95 | 115 | 210 |
| 7 | مستشفى النساء والاطفال | 70 | 100 | 170 |
| | المجموع | 165 | 215 | 380 |
| ت | دائرة صحة كركوك | الجنس | | المجموع |
| | | الذكور | الاناث | |
| 10 | مستشفى كركوك التعليمي العام | 404 | 590 | 994 |
| 11 | مستشفى الاطفال العام | 146 | 125 | 271 |

| المجموع | 550 | 715 | 1265 |
|---|---|---|---|

*جرى التطبيق على العينة المتاحة للباحثة في أثناء تطبيق المقياس

| الجنس | التحصيل الدراسي | | الحالة الاجتماعية | | | العمر | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | كلية فأدنى | كلية فأعلى | متزوج/ة | اعزب/عزباء | 45فأدنى | 45فأعلى | المجموع |
| العينة | 350 | 650 | 498 | 502 | 861 | 139 | 1000 |
| المجموع | 1000 | | 1000 | | 1000 | | |

**مقياس التقييم المعرفي للصحة : Cognıtıve Appraısal of Health**

1. مقياس التقييم المعرفي للصحة**Lazarus & Folkman** لازاروس وفولكمان 1984وتم تطبيقه في عام 2004 وترجم عدة لغات منها الاسبانية الذي يتكون من (20) فقرة لقياس التقييم المعرفي للصحة لدى طلبة الجامعة وكان عدد افراد العينة (397).
2. مقياس التقييم المعرفي للصحة: **Lazarus & Folkman**وتم تطوير المقياس من قبل **Peacock and Wong (1990)** وتم تطبيقه في **2019**تطبيقه على عينة من موظفين البالغ عددهم (187) يعملون في مختلف المنظمات في نيوزلندا ضمن العديد من الصناعات والمهن يتكون من (18) فقرة ومقسمة بمجالات وكانت بدائله خماسية صيغت على طريقة ليكرت وتاخذ الاوزان من (1-5).

**مقياس التقييم المعرفي للصحة: Cognıtıve Appraısal of Health**

وبناءً على ما سبق فقد جرى تبني مقياس التقييم المعرفي للصحة في البحث الحالي لقياس التقييم المعرفي للصحة وذلك للاسباب الآتية:

- أنه يعد من المقاييس التي جرى تطويرها حديثًا والتي وظفت من مصمم المقياس لازاروس وفولكمان في دراساته الحديثة.
- أنه من المقاييس التي طبقت على مجتمعات واسعة ومتنوعة منها طلبة الجامعة والمرضى
- ولذلك تبنت الباحثة هذا المقياس، وفيما يأتي الخطوات التي قامت بها الباحثة لاستخراج الخصائص السيكومترية لمقياس التقييم المعرفي للصحة وهي:

- صدق الترجمة لمقياس التقييم المعرفي للصحة **Cognıtıve Appraısal of Health**اتبعت الباحثة الاجراءات اللازمة لترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، وفيما يأتي عرض لهذه الخطوات:
  - قامت الباحثة بترجمة النسخة الاصلية للمقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية على مختصين في اللغة الانجليزية ووحدت في ترجمة واحدة.
  - اعطيت النسخة الموحدة إلى خبير ثالث في اللغة الانجليزية لإعادة ترجمتها من اللغة العربية إلى اللغة الانجليزية مرة أُخرى.
  - جرى عرض النسختان (الاصلية والمترجمة) على خبير في اللغة الانجليزية للتحقق من مقدار الاتفاق في الترجمة ما بين النسختين، فأشار إلى أن الاتفاق عاليا بين نسختي المقياس.

- **وصف المقياس بصورته الاصلية:** Cognıtıve Appraısal of Health

تكون المقياس بصورته الأولية من (20) فقرة وكانت الفقرات مع الظاهرة.

- نوع البدائل وطريقة تصحيح مقياس التقييم المعرفي للصحة: استعمل في البحث الحالي بدائل خماسية للمقياس وكالآتي( ينطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً، ينطبق عليّ بدرجة كبيرة، ينطبق عليّ بدرجة متوسطة ،ينطبق عليّ بدرجة قليلة، لا ينطبق عليّ ابداً) ، وجرى تصحيح اجابات افراد العينة على المقياس على وفق الأوزان الخماسية وبذلك أعطيت الدرجات للاستجابات على الفقرات في ضوء اختيار المستجيب لاحدى البدائل الخماسية على الآتي في الفقرات حيث تعطى الدرجات: (ينطبق عليّ بدرجة كبيرة جداً =5 ، ينطبق عليّ

بدرجة كبيرة =4، ينطبق عليّ بدرجة متوسطة =3، ينطبق عليّ بدرجة قليلة =2، لاينطبق عليّ ابداً =1).

- عرض مقياس التقييم المعرفي للصحة على المحكمين (صلاحية الفقرات):

أشار ايبل (Eble، 1972) الى ان الباحث اذا اراد التأكد من صلاحية فقرات المقياس يقوم بعرضها على عدد من المحكمين لتقرير مدى صلاحيتها في قياس الصفة المراد قياسها ( Eble , 555.1972,p).

لقد قامت الباحثة بعد الانتهاء من التحقق من ترجمة المقياس، إذ عرضت المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس إذ بلغ عددهم (10) محكما ، موضح فيه عنوان الدراسة والتعريف النظري المعتمد منها، و العينة التي سيطبق عليها المقياس، إذ طلبت الباحثة من المحكمين ابداء ارائهم وملاحظاتهم بشأن المقياس ومدى صلاحية فقراته وتعليماته وبدائله، واعتمدت الباحثة نسبة الاتفاق (80%) فأكثر لقبول الفقرة ومدى صلاحيتها وعليه جرى الابقاء على (20) فقرة. والجدول (4) يوضح ذلك.

وفي ضوء آراء المحكمين جرت الموافقة على تعليمات المقياس وتصحيحها وجرت الموافقة على بدائل المقياس كما جرت الموافقة على (20) فقرة.

1. تعليمات مقياس التقييم المعرفي للصحة: **Cognıtıve Appraısal of Health**

تعد تعليمات المقياس بمنزلة الدليل الذي يسترشد به المستجيب أثناء اجابته عن فقرات المقياس إذ يجب أن تكون تعليمات الاختبار واضحة وسهلة الفهم وفي حدود المستوى العلمي والثقافي للعينة المعد الاختبار للتطبيق عليها وأيضًا ينبغي اللجوء إلى اعطاء امثلة توضيحية تساعد في فهم المقياس وكيفية الاجابة عنه (عوض، 1998، ص69 ).

وقد حرصت الباحثة في صياغتها لتعليمات المقياس على أن تكون واضحة ودقيقة وبسيطة وحرصت أيضًا على عدم ذكر ماذا يقيس المقياس، إذ طلب من المستجيب أن يؤشر على أحد البدائل الخمسة لفقرات المقياس والاجابة عنها بكل صدق وموضوعية مع اعطاءه مثال يوضح كيفية اختيار بديل واحد من خمسة بدائل، كما جرت الاشارة إلى عدم وجود اجابات صحيحة وأُخرى خاطئة بقدر ما هو معبر عن شعورهم وأنه لا داع لذكر الاسم وأن الاجابة لن يطلع عليها أحد سوى الباحثة لأن الاجابة ستوظف للاغراض العلمية البحتة. وقد طلبت الباحثة من العينة الاجابة عن المتغيرات الديمغرافية والبحثية وقد جرى الحصول على معلومات تخص الممرضين مثل (الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والتحصيل الدراسي).

2. التجربة الاستطلاعية:

للتاكد من مدى وضوح تعليمات وفقرات المقياس وبدائل الاستجابة ومعدل الوقت اللازم الذي يستغرقه المفحوص للاجابة، إذ يجب أن يطبق على عينة استطلاعية (الزوبعي وآخرون، 1987، ص 73). لذا جرى تطبيق مقياس التقييم المعرفي للصحة على عينة بلغ عددها (70) ممرض وممرضة بواقع (25) ذكر و(45) انثى، وجرى اختيار العينة من (مستشفى اليرموك التعليمي، ومستشفى ابن الهيثم للعيون ومركز ابن البيطار التخصصي لجراحة القلب )، وبعد ملاحظة الاستجابات تبين ان التعليمات والفقرات والبدائل كانت واضحة ومفهومة، وتبين أن مدى الوقت الذي يستغرقه المفحوص في الاجابة عن المقياس يتراوح من 9-15 دقيقة.والجدول 4 يوضح ذلك:

**الجدول (4): العينة الاستطلاعية للمقياس**

| ت | المستشفى | الذكور | الاناث | المجموع |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **مستشفى اليرموك التعليمي** | 16 | 12 | 28 |
| 2 | **مستشفى ابن الهيثم للعيون** | 8 | 10 | 18 |
| 3 | **مركز ابن البيطار للقلب** | 15 | 9 | 24 |
| | **المجموع** | 39 | 31 | 70 |

**استخراج القوة التمييزية لفقرات المقياس**

تمييز الفقرات لمقياس التقييم المعرفي للصحة **Cognıtıve Appraısal of Health**

اشار ايبل ((Ebel,1972 تعد عملية تحليل الفقرات على درجة عالية من الاهمية لما تؤديه من فوائد تساعد في الخروج بأدوات قياس فعالة تعمل على قياس السمات والظواهر الانسانية قياسا دقيقًا ويمكن تعريف تحليل الفقرات بأنها العملية التي تتعلق بأستقصاء

الخصائص الاحصائية لاستجابات افراد العينة عن كل فقرة من فقرات المقياس، وأن الهدف الاساسي من تحليل الفقرات هو الحصول على بيانات يجرى بموجبها حساب القوة التمييزية لفقرات المقياس، والقوة التمييزية تعني مدى قدرة الفقرة على التمييز بين الافراد المميزين في الصفة التي يقيسها المقياس وبين الافراد الضعاف في الصفة نفسها فهي تعمل على الابقاء على الفقرات الجيدة في المقياس (392.Eble,1972,p). ولتحقيق ذلك اعتمدت الباحثة اسلوب المجموعتين المتطرفتين، إذ يجرى في هذا الاسلوب اختيار مجموعتين متطرفتين من الافراد بناءً على الدرجات الكلية التي حصلوا عليها في المقياس ويجرى تحليل كل فقرة من فقرات المقياس بأستعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفرق بين المجموعتين العليا والدنيا. أ- طريقة المجموعتين المتطرفتين :( **Extreme Group Method)**

تتطلب المقاييس النفسية حساب القوة التمييزية (Discrimination power) لفقراتها لغرض استبعاد الفقرات التي لا تميز بين الافراد والابقاء على الفقرات التي تميز بين الافراد (500.Chisel,1980,p).

لذلك اكد كيلي (Kelly،1939) عند تحليل فقرات المقياس انه يجب الاعتماد على النسبة (27%) من الافراد في كل من المجموعتين المتطرفتين العليا والدنيا (284.Kelly,1939,p). ويقصد بالقوة التمييزية قدرة الفقرة على التمييز بين الافراد الذين حصلوا على اعلى الدرجات من الاختبار وبين الذين حصلوا على ادنى الدرجات في الاختبار نفسه (Lord&Norick،1968).

وفسر ايبل (Eble،1972) اساساً تفضيل نسبة (27%) كونه يحقق افضل حل وسط بين هدفين متضادين مرغوبين في آن واحد وهي الحصول على اكبر حجم واقصى تباين ممكن للمجموعتين المتطرفتين (390.Eble,1972,p)).

لأجل حساب القوة التمييزية لكل فقرة من فقرات المقياس قامت الباحثة بالخطوات الآتية:

1. تطبيق المقياس على عينة التحليل البالغة (1000) ممرض وممرضة ومن ثم تحديد الدرجة الكلية لكل استمارة.
2. ترتيب الاستمارات تنازليًا بحسب درجتها الكلية من الأعلى إلى الأدنى.
3. تعيين (27%) من الاستمارات الحاصلة على أعلى الدرجات و(27%) من الاستمارات الحاصلة على أدنى الدرجات واللتان تمثلان مجموعتان بأكبر حجم وأقصى تمايز ممكن (Anastasi، 1979: 208)، إذ بلغ عدد الاستمارات في كل مجموعة (270) استمارة.
4. استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المفحوصين لكل مجموعة عن كل فقرة من فقرات المقياس ثم تطبيق الاختبار التائي (T. test) لعينتين مستقلتين لاختبار الفروق بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لكل فقرة عند مستوى دلالة (0.05) وقد تبين أَنَّ جميع الفقرات مميزة والجدول رقم (14) يوضح الاتي:
5. استخراج الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المفحوصين لكل مجموعة عن كل فقرة من فقرات المقياس ثم تطبيق الاختبار التائي (T. test) لعينتين مستقلتين لاختبار الفروق بين درجات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لكل فقرة عند مستوى دلالة (0.05) وقد تبين أَنَّ جميع الفقرات مميزة عدا الفقرات (1-5-7-10) والجدول رقم (5) يبين ذلك.

**الجدول (5) يوضح القوة التمييزية لمقياس التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات بطريقة بأستعمال أسلوب المجموعتين المتطرفتين**

| تسلسل الفقرات | المجموعة | العدد | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة اختبار t |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | المجموعة العليا | 270 | 2.7815 | 1.34151 | 1.774 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.5704 | 1.42229 | |
| 2 | المجموعة العليا | 270 | 3.6333 | 1.27414 | 9.822 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.5741 | 1.23158 | |
| 3 | المجموعة العليا | 270 | 2.8333 | 1.37354 | 2.004 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.5963 | 1.37557 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | المجموعة العليا | 270 | 3.2222 | 1.36699 | 8.771 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.2444 | 1.21922 | |
| 5 | المجموعة العليا | 270 | 2.4741 | 1.36515 | -1.535 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.6444 | 1.21004 | |
| 6 | المجموعة العليا | 270 | 3.0074 | 1.38498 | 3.415 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.6185 | 1.25800 | |
| 7 | المجموعة العليا | 270 | 3.1667 | 1.36812 | 1.373 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.0111 | 1.26280 | |
| 8 | المجموعة العليا | 270 | 4.1630 | 1.02900 | 11.311 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.0222 | 1.29894 | |
| 9 | المجموعة العليا | 270 | 3.8333 | 1.31265 | 10.748 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.6148 | 1.32174 | |
| 10 | المجموعة العليا | 270 | 3.1963 | 1.35871 | 0.908 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.0889 | 1.39018 | |
| 11 | المجموعة العليا | 270 | 2.9556 | 1.30408 | 3.739 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.5296 | 1.34311 | |
| 12 | المجموعة العليا | 270 | 3.4963 | 1.36811 | 8.388 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 2.5407 | 1.27756 | |
| 13 | المجموعة العليا | 270 | 4.2074 | 0.89689 | 11.963 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.1148 | 1.20322 | |
| 14 | المجموعة العليا | 270 | 3.6778 | 1.43375 | 4.826 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.0963 | 1.36539 | |
| 15 | المجموعة العليا | 270 | 4.1741 | 1.00707 | 12.273 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.0259 | 1.16136 | |
| 16 | المجموعة العليا | 270 | 4.4370 | 0.90523 | 14.292 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.1111 | 1.22651 | |
| 17 | المجموعة العليا | 270 | 4.6444 | 0.69482 | 12.221 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.6519 | 1.13948 | |
| 18 | المجموعة العليا | 270 | 4.2889 | 0.92762 | 12.072 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.2296 | 1.10383 | |
| 19 | المجموعة العليا | 270 | 4.4000 | 0.81528 | 14.426 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.0778 | 1.26633 | |
| 20 | المجموعة العليا | 270 | 4.3074 | 0.96304 | 13.589 |
| | المجموعة الدنيا | 270 | 3.0037 | 1.24804 | |

- القيمة (ت) الجدولية تساوي (1.96) عند درجة حرية (538) ومستوى دلالة (0.05).

- اسلوب علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس:

**(Internal :Consistency Method)**

اشار الين (Allen،1979) الى استعمال طريقة الاتساق الداخلي او ما يسمى بعلاقة الفقرة بالمجموع الكلي، لذلك تعد هذه الطريقة تحقيقاً للاتساق الداخلي في المقاييس النفسية لان ذلك يعد اشارة الى تجانس فقرات المقياس في قياس الظاهرة السلوكية وهذا يعني ان كل فقرة من فقرات المقياس تسير في المسار نفسه الذي يسير فيه المقياس كله (125.Allen&Yen,1979,p).

والفقرات الاكثر جودة هي تلك التي ترتبط بدرجة اعلى مع درجة المقياس الكلية (270.Nunnally,1978,p). وباستعمال البيانات ذاتها التي اعتمدت في طريقة المجموعتين المتطرفتين حسب معامل ارتباط بيرسون(Person Correlation Coefficient) لاستخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية له للمقياس باستعمال عينة التحليل ذاتها للفقرات والبالغة (1000) ممرضا وممرضة فتبين أَنَّ جميع الفقرات ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس ارتباطًا ذا دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، وعند اختبار دلالة معاملات الارتباط باستعمال الحقيبة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) اظهرت النتائج ان جميع معاملات الارتباط ذات دلالة احصائية، علماً ان القيمة الجدولية هي (0،098)عند مستوى دلالة (0،05) ودرجة حرية (998)، فتبين أَنَّ جميع الفقرات ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس ارتباطًا ذا دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) عدا الفقرات (5-7) والجدول (6-7)يوضح الاتي:

**جدول (6) يوضح قيم معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات**

| ت | معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس | النتيجة | ت | معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس | النتيجة |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0.092** | دالة | 11 | 0.155** | دالة |
| 2 | 0.355** | دالة | 12 | 0.289** | دالة |
| 3 | 0.091** | دالة | 13 | 0.405** | دالة |
| 4 | 0.299** | دالة | 14 | 0.150** | دالة |
| 5 | -0.054 | دالة | 15 | 0.425** | دالة |
| 6 | 0.101** | دالة | 16 | 0.488** | دالة |
| 7 | 0.059 | دالة | 17 | 0.439** | دالة |
| 8 | 0.395** | دالة | 18 | 0.413** | دالة |
| 9 | 0.364** | دالة | 19 | 0.478** | دالة |
| 10 | 0.072* | دالة | 20 | 0.460** | دالة |

- * الإشارة تعني ان الفقرة دالة عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 998
- ** الإشارة تعني ان الفقرة دالة عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 998

وبموجب معيار التمييز وعلاقة الفقرة بالمجموع الكلي فقد بلغ عدد الفقرات مقياس التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات 16 فقرة بعد حذف الفقرات (1-5-7-10)

**جدول (7) يوضح معامل ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه**

| ف | البعد | معامل ارتباط الفقرة | النتيجة | ف | البعد | معامل ارتباط الفقرة | النتيجة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | بالمجال | | | | بالمجال | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | التهديد | 0.675** | دالة | 17 | التقييم الثانوي | 0.676** | دالة |
| 3 | | 0.323** | دالة | 18 | | 0.737** | دالة |
| 4 | | 0.735** | دالة | 19 | | 0.754** | دالة |
| 6 | التحدي | 0.779** | دالة | 20 | | 0.709** | دالة |
| 8 | | 0.733** | دالة | | | | |
| 9 | الخسارة | 0.692** | دالة | | | | |
| 11 | | 0.369** | دالة | | | | |
| 12 | | 0.656** | دالة | | | | |
| 13 | الكفاءة الذاتية | 0.639** | دالة | | | | |
| 14 | | 0.452** | دالة | | | | |
| 15 | | 0.647** | دالة | | | | |
| 16 | | 0.707** | دالة | | | | |

- * الإشارة تعني ان الفقرة دالة عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 998
- ** الإشارة تعني ان الفقرة دالة عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 998
- قيمة معامل الارتباط الحرجة عند درجة حرية 398 ومستوى دلالة 0.05 تبلغ 0.098

رابعا : معامل ارتباط مصفوفة الابعاد مع الدرجة الكلية للمقياس ومع بعضها البعض: ولتحقيق ذلك تم استعمال معامل ارتباط بيرسون لقياس العلاقة الخطية بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس ومع بعضها البعض. ان الغرض من هذا الاجراء هو للتعرف على مدى تجانس الابعاد واشتراكها في قياس المفهوم المعد لها فضلا عن التعرف على مدى استقلالية الابعاد عن بعضها البعض .وقد اتضح ان معاملات ارتباط كل مجال بالدرجة الكلية للمقياس كانت دالة إحصائية مما يشير الى وجود درجة عالية من التجانس في قياس المفهوم الذي يقسه كل مجال مع المفهوم العام للمقياس ،كما كشفت معاملات الارتباط عن وجود استقلالية بين المجالات الخاصة بالمقياس والجدول (8) يوضح الاتي:

**جدول (8) يوضح معامل ارتباط مصفوفة الابعاد مع الدرجة الكلية للمقياس ومع بعضها البعض**

| الابعاد | التقييم المعرفي للصحة | التهديد | التحدي | الخسارة | الكفاءة الذاتية | السيطرة على التطلعات |
|---|---|---|---|---|---|---|
| التقييم المعرفي | 1 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| للصحة | | | | | | |
| التهديد | 0.456** | 1 | | | | |
| التحدي | 0.531** | 0.146** | 1 | | | |
| الخسارة | 0.513** | 0.345** | 0.216** | 1 | | |
| الكفاءة الذاتية | 0.622** | -0.039 | 0.136** | 0.035 | 1 | |
| السيطرة على التطلعات | 0.676** | 0.008 | 0.215** | 0.025 | 0.414** | 1 |

- * الإشارة تعني ان الفقرة دالة عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 998
- ** الإشارة تعني ان الفقرة دالة عند مستوى دلالة 0.01 ودرجة حرية 998
- قيمة معامل الارتباط الحرجة عند درجة حرية 398 ومستوى دلالة 0.05 تبلغ 0.098

ومن الجدول يتضح ان اغلب معاملات الارتباط بين الابعاد بعضها البعض او مع الدرجة الكلية كانت دالة إحصائية عند درجة حرية 998 ومستوى دلالة 0.05 حيث تبلغ القيمة الحرجة لها 0.098

**مؤشر الثبات** Reliability:

يقصد بمفهوم الثبات هو ثبات درجات المقياس ومدى خلوها من الاخطاء غير المنتظمة التي تشوب المقياس، فدرجات المقياس تكون ثابتة اذا كان المقياس يقيس سمة معينة قياساً متسقاً في الظروف المتباينة التي تؤدي الى اخطاء المقياس، فالثبات بهذا المعنى يعني الاتساق او الدقة في القياس (علام،2000،ص:131).

الثبات بطريقة معامل (الفا كرونباخ) للاتساق الداخلي ( **Stability Way Alfa Cronbach Cofficient Forinternal Consistency**):

وجد كرونباخ (Cronbach) ان معامل الثبات بهذه الطريقة يعد مؤشراً للتكافؤ اي يعطي قيمة تقديرية جيدة لمعامل التكافؤ الى جانب الاتساق الداخلي او التجانس (علام،2000،ص:165).

ولاستخراج الثبات بهذه الطريقة قامت الباحثة بالاستعانة بمعامل الفا كرونباخ لقياس الاتساق الداخلي للمقياس الحالي فجاءت النتائج بعد تطبيق المقياس على عينة التحليل ذاتها المؤلفة من (1000) فرد بلغ معامل الثبات لمقياس التقييم المعرفي للصحة بهذه الطريقة (0،562) وهو معامل ارتباط جيد وبهذا يمكن الركون الى ثبات المقياس وجدول (9) يوضح الاتي معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ للاتساق الداخلي.

**جدول (9) يوضح قيم الثبات**

| ت | الطريقة | عدد افراد العينة | عدد الفقرات | معامل الثبات |
|---|---|---|---|---|
| .1 | الفا كرونباخ | 1000 | 16 | 0.562 |
| .2 | التجزئة النصفية | 1000 | 16 | 0.176 |
| .3 | إعادة الاختبار | 40 | 16 | 0.812 |

- وهو معامل ثبات يمكن الركون اليه
- طريقة الاختبار أعادة الاختبار ( **Test-Retest Method):** تتضمن هذه الطريقة تطبيق المقياس على عينة ممثلة من الأفراد ثم إعادة تطبيق المقياس عليها مرة أُخرى بعد مرور مدة مناسبة من الزمن ويرى ادمز (Adams ،1964). إن إعادة تطبيق المقياس لمعرفة ثباته يفترض أن يكون في في أثناء مدة لا تقل عن اسبوعين ( Adams .(58.,1964,p

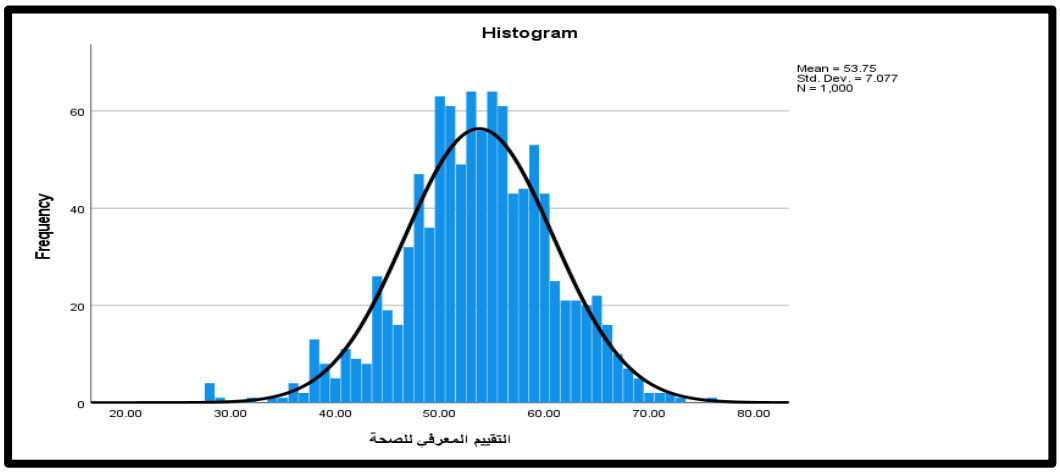
ولقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس التقييم المعرفي بهذه الطريقة على عينة مكونة من (70) ممرض وممرضة. وبعد مرور اسبوعين من التطبيق الأول للمقياس قامت الباحثة بإعادة تطبيق المقياس مرة أُخرى وعلى العينة ذاتها، وبعد استعمال معامل ارتباط بيرسونPerson Correlation Coefficient لمعرفة طبيعة العلاقة بين درجات التطبيق الأول والثاني، ظهرت قيمة الثبات للمقياس وهو معامل ثبات جيد يمكن الركون إليه.

المؤشرات الاحصائية لمقياس التقييم المعرفي للصحة بالنظر لما اشارت اليه ادبيات القياس النفسي والتربوي في ان الظواهر النفسية والاجتماعية ممكن ان تتوزع اعتدالياً بين افراد المجتمع المدروس، ولذلك فان استخراج المؤشرات الاحصائية للاختبار تبين مدى تقارب توزيع درجات افراد العينة من التوزيع الطبيعي ، وتم الحصول على تلك المؤشرات من خلال تطبيق الحقيبة الاحصائية للعلوم الاجتماعية((SPSS لجميع افراد عينة البحث والبالغ عددهم 1000 ممرض وممرضة، والجدول (10)، يبين المؤشرات الإحصائية ، لعينة البحث لمقياس التقييم المعرفي للصحة.

**الجدول (10) يوضح المؤشرات الاحصائية لمقياس التقييم المعرفي للصحة**

| ت | المؤشر | قيمته | ت | المؤشر | قيمته |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Valid N العدد | 1000 | 8. | Skewness الالتواء | -0.266 |
| 2. | Missing المفقود | 0 | 9. | Std. Error of Skewness الخطأ المعياري للالتواء | 0.077 |
| 3. | Mean الوسط الحسابي | 53.7510 | 10. | Kurtosis التفرطح | 0.540 |
| 4. | Median الوسيط | 54.0000 | 11. | Std. Error of Kurtosis الخطأ المعياري للتفرطح | 0.155 |
| 5. | Mode المنوال | 53.00[a] | 12. | Range المدى | 48.00 |
| 6. | Std. Deviation الانحراف المعياري | 7.07708 | 13. | Minimum اقل درجة | 28.00 |
| 7. | Variance التباين | 50.085 | 14. | Maximum اعلى درجة | 76.00 |
| Sum المجموع | | | | | 53751.00 |

ومن مؤشرات التفرطح والالتواء التي تم استخراجها لمقياس التقييم المعرفي للصحة والتي تقترب من القيمة المعيارية للتوزيع الاعتدالي، ومن خلال التقارب الموجود بين درجات الوسط، والوسيط، والمنوال، ممكن ان نستنتج ان تقارب خصائص توزيع درجات افراد عينة البحث الحالي من خصائص التوزيع الاعتدالي، مما يعطي مؤشراً على تمثيل العينة للمجتمع المدروس وبالتالي امكانية تعميم النتائج، والمدرج التكراري وكما موضح في الشكل(2) يوضح التقييم المعرفي للصحة.




**الشكل (2) التقييم المعرفي للصحة**

الهدف الاول : قياس مدى انتشار التقييم المعرفي للصحة من اجل الحصول على تصور كمي لكيفية انتشار التقييم المعرفي للصحة تم اعتماد الوسط الحسابي مضافا اليه انحراف معياري واحد كمؤشر لفئة ذوي التقييم المعرفي للصحة العالي والوسط الحسابي مطروحا منه انحراف معياري واحد للفئة ذوي التقييم المعرفي للصحة المنخفض والفئة الثالثة هي التي تقع بين الفئتين انفتي الذكر. والجدول **(11)** يوضح ذلك

**جدول (11) يوضح انتشار التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات**

| العينة | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الفئة العليا | | الفئة الوسطى | | الفئة الدنيا | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة | التكرار | النسبة |
| التقييم المعرفي للصحة | 53.751 | 7.077 | 155 | 15.5 | 684 | 86.4 | 161 | 16.1 |

- **الفئة العليا أي الافراد الذين درجاتهم على المقياس تزيد عن متوسط حسابي + انحراف معياري واحد**
- **الفئة الدنيا أي الافراد الذين تقل درجاتهم على المقياس عن متوسط حسابي – انحراف معياري واحد**
- **الفئة الوسطى أي الافراد الذين تقع درجاتهم بين الفئتين**

تشير معطيات جدول الانتشار الى 15.5% من افراد العينة لديهم تقييم معرفي عالي للصحة و16.1% منهم لديهم تقييم معرفي منخفض للصحة وان 68. 4% لديهم تقييم معرفي متوسط للصحة.

اوضحت دراسة **(Lathan,2016)** تفاعلت العوامل النفسية الاجتماعية بطرق معقدة للتأثير على التقييم المعرفي للصحة ويرى فولكمان أن الافراد يستخدمون اساليب تكيفهم مع بيئتهم في ضوء تقييمهم للمواقف المعرفية فعندما تقيم على انها تقييم اولي (تهديدTheat تحديChallenge خسارةLoss) فأنها تتطلب اساليب معرفية للتعامل معها من اجل تنظيم الضيق وتغيير معنى الموقف فيما يتصل بذلك تعزيز إحساس الفرد بسيطرته على صحته ويطلق عليها التعامل المركز على الانفعال (Coping,Emotion-Focusedأو معالجة المشكلة التي سببتها الأزمة بتعزيز إدراك السيطرة في الظروف غير المسيطر عليها ظاهرياً ويطلق على هذه (التعامل المركز على المشكلة) (Coping,pProblem-Focused لذا فإن استخدام الفرد أساليب تكيفية مع البيئة يكون بهدف الوصول الى نتيجة للحدث فإذا كانت

النتيجة مرضية (ايجابية) فإنها تؤدي الى انفعال ايجابي وانها فعالية الاستراتيجية وإذا كانت النتيجة غير مرضية (سلبية) فإنها تؤدي الى الضيق والتعامل الاضافي.

الهدف الاول: الكشف عن التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات.

لقد اظهرت نتائج البحث بعد تطبيق مقياس التقييم المعرفي للصحة على عينة البحث التطبيقية البالغة1000 ممرض وممرضة . ان متوسط درجات التقييم المعرفي للصحة لدى المشمولين بالبحث هو (53.7510) بانحراف معياري مقداره (7.07708) وعند مقارنة هذا المتوسط بالمتوسط الف رضي للمقياس (*) والبالغ (48). يلاحظ انه اكبر من المتوسط الفرضي للمقياس. وعند اختبار الفرق بين المتوسطين باستعمال معادلة الاختبار التائي لعينة واحدة ، تبين انه ذي دلالة معنوية عند مستوى (0.05) وبدرجة حرية (999) ولصالح المتوسط الحسابي، وكما موضح في الجدول ادناه.

**جدول (12) يوضح الاختبار التائي لعينتين مستقلتين للتعرف على الفروق في قياس التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات**

| المقياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الفرضي | قيمة اختبار t لدلالة الفروق | النتيجة |
|---|---|---|---|---|---|
| التقييم المعرفي للصحة | 53.75 10 | 7.07708 | 48 | 25.697 | دالة |

- درجة الحرية –1N=999
- القيمة التائية الجدولية للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة 0.05=1.980

ويمكن تفسير هذه النتيجة الى ان ان ذوي شهادة الدبلوم فأدنى هم يمتلون خبرات تطبيقية قبل ممارسة العمل في الميدان الصحي ولان اعمارهم تكون اصغر في مرحلة الدراسة فتكون الخبرات المتراكمة هي سبب في الالتزام والجهد وايضا ذوي الدبلوم فأدنى يتطلب تشغيلهم بطريقة اسرع من ذوي البكالوريوس فأعلى بحكم الممارسة للمهنة والتحكم في ادائهم فهم يبذلون جهوداً كبيرة لينالوا الاستحسان من قبل مدرائهم اتفقت مع نتائج دراسة ( **Rennesund and Saksvik,2010)**

أظهرت النتائج أن التقييم المعرفي للصحة يرتبط بشكل إيجابي بتجارب التوتر، وأن الكفاءة الذاتية ترتبط سلباً بالضغوط المرتبطة بالعمل. وترتبط المعايير التي تحكم الأداء وحجم الإنتاج والحضور وضغط العمل في مكان العمل بشكل مباشر وإيجابي بتجارب ضغوط العمل على المستوى الفردي. ولم يكن هناك تأثيرا تفاعليا كبيرا لمعايير أداء العمل، كما لم نجد تأثيرات رئيسية أو تفاعلية عبر المستويات للفعالية التنظيمية على الإجهاد. الشكل (8) يوضح ذلك.

الهدف الثاني: التعرف على الفروق في التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير الجنس .

ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، حيث ظهر ان قيمة الفرق بين متوسطي درجات الذكور والاناث في الاختبار التائي لمقياس التقييم المعرفي للصحة كانت اصغر من القيمة جدولية للاختبار عند مستوى دلالة 0.05 . مما يشير الى انه ليس هناك فروق ذات دلالة احصائيا في مستوى التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات. وجدول**(13)** يوضح ذلك

**جدول (13) يوضح الاختبار التائي لعينتين مستقلتين للتعرف على الفروق في قياس التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير الجنس**

| المتغير | الجنس | العدد | الوسط الحسابي | الانحراف | قيمة الاختبار |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| التقييم المعرفي للصحة | الذكور | 500 | 53.9480 | 6.56563 | 0.880 |
| | الاناث | 500 | 53.5540 | 7.55548 | |

- درجة الحرية N1+N2-2=998
- القيمة التائية الجدولية للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة 0.05=1.980

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء النظرية المتبناة ولذا قد تشكل المثيرات والاحداث مصدر ضغط لشخص في حين هي عادية عند أخر وذلك على وفق التقييم المعرفي للفرد لكل حدث من الأحداث التي يمر بها كما وتعتبر نظرية لازاروس هي النظرية المعرفية للضغوط النفسية التي عرفها بأنها علاقة خاصة بين الفرد والبيئة والتي قومها الفرد كضريبة او تجاوز على موارده وتعرض رفاهيته للخطر، اختلفت نتيجة البحث مع دراسة Mak،2009 وأظهرت النتائج وجود مواقع مشتركة ومحددة في المخ تقوم بتنظيم الانفعالات السلبية والإيجابية كما أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين في تنظيم الانفعالات لصالح الذكور مما يشير إلى أن الإناث أكثر عرضه للإصابة بالإكتئاب حيث اشارت دراسات الانفعال والتقييم المعرفي لازاروس وفولكمان (1984) ان الذكور اكثر تقييماً للصحة من الاناث.

الهدف الثالث: التعرف على الفروق في التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير الحالة الاجتماعية.
ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، حيث ظهر ان قيمة الفرق بين متوسطي درجات المتزوجين والعزاب في الاختبار التائي لمقياس التقييم المعرفي للصحة كانت اصغر من القيمة جدولية للاختبار عند مستوى دلالة 0.05 . مما يشير الى انه ليس هناك فروق ذات دلالة احصائيا في مستوى التقييم المعرفي للصحة بحسب الحالة الاجتماعية بين الممرضين والممرضات العزاب والمتزوجين.

**جدول (14) يوضح الاختبار التائي لعينتين مستقلتين للتعرف على الفروق في قياس التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير الحالة الاجتماعية**

| المتغير | الحالة الاجتماعية | العدد | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة الاختبار التائي |
|---|---|---|---|---|---|
| التقييم المعرفي للصحة | اعزب | 502 | 53.3606 | 7.34843 | 1.753- |
| | متزوج | 498 | 54.1446 | 6.77722 | |

- درجة الحرية N1+N2-2=998
- القيمة التائية الجدولية للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة 0.05=1.980

ويمكن تفسير هذه النتيجة وفق الاطار النظري المتبناة لنظرية التعامل مع الضغوط التكيف إذا شعر الفرد بأنه قادر على التحكم في الموقف ولديه الموارد المتاحة للتعامل معه فسوف يتكيف مع الموقف بفعالية، الدفاع إذا شعر الفرد بأنه غير قادر على التحكم في الموقف او عواطفه فسوف يلجأ الى اليات دفاعية مثل الانكار والاسقاط، قد تختلف عملية التقدير المعرفي من شخص لأخر اعتماداً على العوامل الشخصية والظرفية وبما ان النتائج في البحث الحالي اوضحت انه لاتوجد اختلافات بين الذكور والاناث هذا بمعنى ان العينة متساوية في طريقة التحكم وفق الجهد والخسارة والتهديد الذي يواجههم يومياً في تقديم خدمة الرعاية للمرضى.

الهدف الخامس: التعرف على الفروق في التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير العمر.

ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، حيث ظهر ان قيمة الفرق بين متوسطي درجات العمر في الاختبار التائي لمقياس التقييم المعرفي للصحة كانت اصغر من القيمة جدولية للاختبار عند مستوى دلالة 0.05 . مما يشير الى انه ليس هناك فروق ذات دلالة احصائيا في مستوى التقييم المعرفي للصحة بحسب متغير العمر. وكما موضح ادناه

**جدول (15) يوضح الاختبار التائي لعينتين مستقلتين للتعرف على الفروق في قياس التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير العمر**

| المتغير | العمر | العدد | الوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة الاختبار التائي |
|---|---|---|---|---|---|
| التقييم المعرفي للصحة | 46 سنة فأعلى | 139 | 53.6115 | 7.72678 | 0.250- |
| | 45 سنة فأدنى | 861 | 53.7735 | 6.97111 | |

- درجة الحرية N1+N2-2=998
- القيمة التائية الجدولية للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة 0.05=1.980

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الاطار النظري ويستخدم الفرد الاجراءات الفردية والذاتية وهذه تساعد الفرد على التقرير بين الفعل المباشر او كف الفعل والموضوعات الخرى للفعل وتزود الفرد بالطمأنية لتحسين معنوياته والعوامل التي تؤثر على الفرد لاختيار نمط التعامل حين تعد فترات الإستثارة القصيرة الناجمة عن الإجهاد أستجابة تكيفية صحية لعدم التوافق بين الحاجات الفردية والعوامل البيئية.

الهدفالرابع: التعرف على الفروق في التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير التحصيل الدراسي .

ولتحقيق هذا الهدف تم استعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، حيث ظهر ان قيمة الفرق بين متوسطي درجات التحصيل الدراسي في الاختبار التائي لمقياس التقييم المعرفي للصحة كانت اصغر من القيمة جدولية للاختبار عند مستوى دلالة (0.05) . مما يشير الى انه ليس هناك فروق ذات دلالة احصائيا في مستوى التقييم المعرفي للصحة بحسب متغير التحصيل الدراسي للممرضين والممرضات.وكما موضح في الجدول (16).

**جدول (16) يوضح الاختبار التائي لعينتين مستقلتين للتعرف على الفروق في قياس التقييم المعرفي للصحة لدى الممرضين والممرضات على وفق متغير التحصيل الدراسي.**

| المتغير | التحصيل الدراسي | العدد | الوسط | الانحراف | قيمة |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | المعياري | الاختبار التائي |
| التقييم المعرفي للصحة | دبلوم فأدنى | 350 | 54.1171 | 7.05447 | 1.201 |
| | بكلوريوس فأعلى | 650 | 53.5538 | 7.08681 | |

- **درجة الحرية N1+N2-2=998**
- **القيمة التائية الجدولية للاختبار ذي النهايتين عند مستوى دلالة 0.05=1.980**

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الاطار النظري توصف استجابة الإجهاد بأنها استجابة إنذار طبيعية وصحية وضرورية وهذا هو سبب وجود استجابة الإجهاد في جميع الأفراد وفي جميع الثقافات إذ إن الاستجابة للإجهاد هي جزء من الوراثة البيولوجية. وتحدث كلما كان هناك تناقض بين ماهو متوقع (القيمة المحددة) وما يحدث بالفعل (القيمة الفعلية)، أي أنه ينطوي على مقاومة المعلومات الحسية الحالية مع معلومات الدماغ المخزنة، هذه العملية تكون سريعة جداً، كما هي الحال في الاستجابة الموجهة للتغيرات الكبيرة وغير المتوقعة في البيئة وقد ينطوي على تقييمات معرفية معقدة للغاية للمواقف وعواقبها المحتملة التي يمكن أن تترتب عليها من نتائج تستند بدورها إلى تجارب سابقة في المواقف المماثلة اي ان عينة البحث تعرضت لنفس الاجهاد في العمل فلم يعد هناك فارق طبقي في مستوى الثقافة والتبادل في الخبرات.

**التوصيات**

1. إقامة ندوات وورش عمل بالتنسيق مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
2. تصميم اماكن ترفيهية داخل المستشفيات لتخفيف عن الجهد المبذول وعبء العمل "اتحسين بيئة العمل".
3. تشجيع البحث العلمي من خلال دعم الدراسات التي تركز على العلاقة بين المعرفة الصحية والأداء المهني للممرضين مما يساهم في تطوير استراتيجيات فعالة لتحسين التقييم لديهم.

**المقترحات**

1. إجراء دراسة مماثلة للتقييم المعرفي للصحة وعلاقتها بالاكتئاب.
2. اجراء دراسة علمية تتناول طبيعة عمل الممرضين والممرضات في ردهة الانعاش.
3. التقييم المعرفي لدى كبار السن ودراسة تأثير الشيخوخة على الوظائف الادراكية وكيفية تحسين التقييمات الصحية لهم.

**المصادر**


- Alvaro et **al,2010,p.34)** (Alvaro et **al,2010,p.34)** azarus, R., Gruen, R., & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping health status, and the psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 571-570.
- Anastasi, A. (1979)Psychological Testing, (Ued.), new york. Macmillan publishing CO., INC.p.192.
- Eble, R.L. (1972). Essentials of Education Measurements, Engle wood clifes, prentice-hall, INC. new jersey,p.555.
- Folkman, S. (1997) : Meaning Ful events as coping with chronic stress , " New York Plenum press .
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Garcia-Prieto, P., Tran, V., Wranik., T. (2006). Theories of cognitive evaluation and emotion differentiation: a key to understanding emotional experience at work. In: N. Delobbe, O
- Hobfoll S. E., Stevens N. R., Gerhart J. I., Clift, A. T., Vechiu, C. V., Verela, V.,…Fung, H. (2013). Traumatic stress, health, and strategies for multi-level bio-psycho-social interventions. In K. Moore, K. Kaniasty, P. Buchwald, and A. Ses´e (Eds.), *Stress and Anxiety: Applications to Health and Well-Being, Work Stressors, and Assessment* (pp. 8–16). Berlin: Logos.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.
- Lincoln NB, Dent A, Harding J, Wyman N, Nicol C, Bloomhardt LD, Playford ED. Evaluation of cognitive assessment and cognitive intervention for people with multiple sclerosis, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 2002;72:93-98.
- Nunnally, J.C.; Jum,C. (1972), Educational measurement and evaluation, Mc Graw-Hill Book, co New York, USA
- Scherer, K.R. & Tran, V. (2001). Effects of emotion on the process of organization learning. In M. Dierkes, A.B. Antal, J. child & I. Nonaka (eds.), Handbook of organizational learning and Knowledge, Oxford : Oxford University Press, pp.369-392.
- Schwarzer,R. & Taubert, S (2002). Tenacious Goal Pursuits and Striving Toward Personal Growth: Proactive Coping. in Frydenberg, E. (Ed.), Beyond Coping: Meeting Goals, Visions, and Challenges (pp.19-35). New york: o xford university press.
- Tinubu et al.2010. Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses in Ibadan , South-west Nigeria:a cross-sectional survey. BMC Musculoskeletal Disorders Available at:http://www.biomed central.com/1471-2474/11/12
- شحاته، حسن (2008): المرجع في مناهج البحث التربوية والنفسية، مكتبة الدار العربية للكتاب، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- ملحم، سامي محمد (2000). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الاردن-عمان.