

جامعة مولود معمري - تيزي وزو
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية



المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج الدوائي
لدى المرضى المصابين بالباركنسون.
دراسة ميدانية بالعيادة متعددة الخدمات لولاية تيزي وزو

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

- - تواتي مريم

إعداد الطالبتين:

- سعدي علي سهام
- حمادي هند

السنة الجامعية 2021-2022

شكر

الحمد لله كثيرا طيبا مبارك فيه سبحانه لا نحمي ثناء عليه أنت كما أثنيت على نفسك
خلقت فأبدعت، وأعطيت فأففيت، فلا حصر لنحمك ولا حدود فضلك وصلى الله وسلم
على أشرف عبادك وأكمل خلقك خاتم المرسلين ومعلم المعلمين نبينا ورسولنا محمد بن عبد
الله الأمير غير من علم وأفضل من نصح.

شكرا لكل من زرع لنا أزهار التفاؤل في دروب العلم
"كم عالما فإن لم تستطع، فكن متعلما، فإن لم تستطع فأحب العلماء، فإن لم تستطع فلا
تبغضهم".

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع وثمره جمهدي إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما وحفظهما الله واللذان سهرا على تربيته وغمراني بحبهما ولم يبخلا عني بشيء.
إلى من أعتز وافتخر بهم وأحملهم في قلبي أخواتي هناء، شياء، هبة الله وإلى كل من كان في جانبي طوال مشواري الدراسي وإلى صديقتي سعاد، وأستاذتي "م. تواتي" وجميع من شارك في هذا العمل المتواضع وجزيل الشكر والتقدير للأخصائية ز. خربوش التي لم تبخل علينا خلال لتربص الميداني، والحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا البحث وأنا أخطو الخطوات الأخيرة في الحياة الجامعية.

هند

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى أعلى ما عندي ما املك والذي العزيزين حفظهم الله وأدام الله في صحتهما.

إلى أخواتي وأخواني كل واحد باسمه يونس، دليلة، يوسف، صارة.
إلى كل من كان بجانبني طوال مشواري الدراسي خاصة عمّتي الغالية "جواهر" وأستاذتي "م. تواتي" وجميع من شارك في هذا العمل المتواضع وجزيل الشكر والتقدير للأخصائية ز. خريوش التي لم تبخل علينا خلال مشوارنا الميداني.
والحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا البحث وأن أخطوا الخطوات الأخيرة في المسار الجامعي.

سهام

ملخص البحث.

يهدف البحث الحالي إلى دراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالباركنسون، ومن أجل تحقيق هذه الفرضية، تم صياغتها إلى ثلاثة فرضيات، منها الفرضية الأساسية التي تسعى للكشف عن ما إذا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج، ومنها فرضيتين جزئيتين الأولى تسعى للكشف عن ما إذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب الجنس لدى مرضى الباركنسون، والفرضية الجزئية الثانية تسعى للكشف عن ما إذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب السن لدى مرضى الباركنسون.

تدخل هذه الدراسة في إطار الدراسات الوصفية الارتباطية المقارنة أقيمت على عينة قوامها 30 من مرضى الباركنسون، الذين يتوافدون على مصلحة الطب الأعصاب بالمستشفى العمومي لولاية تيزي وزو.

وقد تم الاستعانة بمقياس المساندة الاجتماعية الذي وضعه سارازون وجماعته، والمقنن على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة شهرزاد نوار (2003)، وكذلك إستبيان تقبل العلاج من طرف الباحث حسين زيد (2021).

أسفرت نتائج تحليل معطيات هذه الدراسة إلى تحقيق الفرضية الأولى بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون، وكذلك إلى عدم تحقيق الفرضية الجزئية الأولى في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب الجنس لدى مرضى المصابين بالباركنسون، كما عدم تحقيق الفرضية الجزئية الثانية في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب السن لدى المرضى المصابين بالباركنسون.

Résumé

Ce travail de recherche vise à étudier le soutien social et sa relation avec l'acceptation du traitement chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. L'Hypothèse principale cherche à détecter s'il existe des différences statistiquement significatives dans le soutien social selon le sexe chez les patients atteints de la maladie de Parkinson, les hypothèses partielles, dont la première, cherche à détecter s'il existe des différences statistiquement significatives dans le soutien social selon l'âge chez les patients atteints de la maladie de Parkinson. Et la deuxième, cherche à détecter s'il existe des différences statistiquement significatives dans le soutien social selon le genre chez les patients atteints de la maladie de Parkinson.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'études descriptives corrélationnelles comparatives menées sur un échantillon de 30 patients parkinsoniens, qui fréquentent le Service de Neurologie de la Clinique Etatique, Nouvelle Ville de TiziOuzou.

L'échelle d'accompagnement social développée par Sarazon et son groupe, qui a été codifiée sur le milieu algérien par le chercheur ShahrazadNawar (2003), ainsi que le questionnaire d'acceptation du traitement, ont été utilisés par le chercheur Hocine Zaied.

Les résultats de l'analyse des données de cette étude ont conduit à la réalisation de l'hypothèse principale, de l'existence d'une relation statistique significative entre le soutien social et l'acceptation du traitement chez les patients atteints de la maladie de Parkinson, ainsi qu'à l'échec de la réalisation des hypothèses partielles.

فهرس الموضوعات

شكر

الإهداء

ملخص الدراسة.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس الملاحق

17 مقدمة.

الفصل التمهيدي: الإطار العام لإشكالية البحث.

22 1- الإشكالية

27 2- الفرضيات

27 3- تحديد المصطلحات.

28 4- أهداف الدراسة.

28 5- أهمية الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الثاني: المساندة الإجتماعية.

31 تمهيد.

32 1- تعريف المساندة الاجتماعية

33 2- نشأة مفهوم المساندة الاجتماعية

35	3- أهمية المساعدة الإجتماعية.....
36	4- أشكال المساعدة الاجتماعية.....
36	4-1- المساعدة الانفعالية أو الوجدانية.....
37	4-2- المساعدة الأدائية أو المادية.....
37	4-3- المساعدة بالمعلومات أو الدعم المعلوماتي.....
37	4-4- المساعدة التقييمية.....
37	4-5- مساعدة الأصدقاء.....
39	5- النظريات المفسرة للمساعدة الاجتماعية.....
39	5-1- النظرية البنائية.....
39	5-2- النظرية الوظيفية.....
39	5-3- النظرية المقارنة الاجتماعية.....
40	5-4- نظرية التبادل الاجتماعي.....
41	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث: تقبل العلاج

43	تمهيد.....
44	1- تعريف تقبل العلاج.....
44	1-1- التعريف اللغوي.....
44	1-2- التعريف الاصطلاحي.....
45	2- عوامل تقبل العلاج.....
45	2-1- العوامل المرتبطة بالدواء.....
46	2-2- عوامل مرتبطة بالطبيب أو المعالج.....
47	2-3- عوامل مرتبطة بالمريض.....

3-مراحل تقبّل العلاج.....47

خلاصة.....50

الفصل الرابع: الباركنسون

تمهيد.....52

1- تعريف مرض باركنسون.....52

1-1- حسب تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS).....52

1-2- تعريف طبي عصبي لمرض الباركنسون.....53

2- الأسباب العضوية لمرض باركنسون.....53

2-1- البنية العصبية للعقد القاعدية أو النوى الرمادية المركزية.....53

2-2- نظام النوى الرمادية المركزية.....55

3- مراحل تطور مرض الباركنسون.....57

3-1- المستوى الأول من تطوّر مرض باركنسون.....58

3-2- المستوى الثاني من تطوّر مرض باركنسون.....58

3-3- المستوى الثالث من تطوّر مرض الباركنسون.....58

3-4- المستوى الرابع من تطوّر مرض الباركنسون.....59

3-5- المستوى الخامس من تطوّر مرض باركنسون.....59

4- المعاش النفسي لمرضى الباركنسون.....59

5- دور الأخصائي النفسي في تكفل بمرضى الباركنسون.....60

خلاصة.....61

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للبحث.

تمهيد.....	64
1- الدراسة الاستطلاعية.....	64
2- الدراسة الأساسية.....	65
3- منهج البحث.....	65
4- مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية.....	66
5- عينة البحث.....	67
6- أدوات ووسائل البحث.....	70
6-1- مقياس المساندة الاجتماعية.....	70
6-2- استبيان تقبل العلاج.....	72
7- الأساليب الإحصائية.....	74
7-1- الأساليب الإحصائية المستعملة في تمثيل خصائص الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.....	74
7-2- الأساليب الإحصائية المستعملة للتحقق من فرضيات البحث ومعالجة النتائج.....	75
خلاصة.....	80

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

تمهيد.....	82
1- عرض نتائج الإحصاء الوصفي.....	83
1-1- مستويات متغير المساندة الاجتماعية.....	83
1-2- مستويات متغير تقبل العلاج.....	85

86	.....3-1- مستويات متغير تقبل العلاج.....
88	.....2- عرض وتحليل النتائج.....
88	.....2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.....
89	.....2-1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
90	.....2-1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
91	.....3- تفسير ومناقشة النتائج.....
91	.....3-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....
91	.....3-1-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
92	.....3-1-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
92	.....4- مناقشة عامة.....
95	.....5- إستنتاج عام.....
97	.....خاتمة.....

قائمة المراجع.

الملاحق.

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
45	دراسة العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء وبين عدد المرضى المقبلين على العلاج	01
46	دراسة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج	02
57	مراحل تطور مرض باركنسون حسب سلم هثن وبار	03
65	يمثل مجتمع الدراسة	04
68	توزيع عينة البحث حسب الجنس	05
69	توزيع عينة البحث حسب السن	06
83	التكرارات والنسب المئوية لنتائج تقدير مستويات "بعد" توفر المساندة الاجتماعية لدى عينة البحث	07
84	نتائج الإحصاء الوصفي لمتغير توفر المساندة الاجتماعية	08
85	التكرارات والنسبة المئوية لنتائج تقدير مستويات بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية لدى عينة البحث	09
86	نتائج الإحصاء الوصفي لبعد الرضا عن المساندة الاجتماعية لدى عينة البحث	10
86	تتلخص مستويات تقبل العلاج	11
87	نتائج الإحصاء الوصفي لمتغير تقبل العلاج لدى عينة البحث	12
88	توزيع متغيري المساندة الاجتماعية الكلي وتقبل العلاج	13
89	معامل الارتباط بين المساعدة الاجتماعية وتقبل العلاج	14
89	دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير الجنس	15
90	دلالة الفروق وفقا لمتغير السن	16

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
38	مخطط المساندة حسب (كارت، 1987)	01
49	مراحل تقبل العلاج حسب (بروشكاودوكليمونت)	02
54	يبين مكونات النوى الرمادية المركزية حسب (بير، كنزر، وباراديزو)	03
55	يبين مكونات النوى الرمادية	04
56	النظام الوظيفي للنوى الرمادية المركزية التخصصات الوظيفية	05
68	دائرة نسبية تمثل مستويات بعد توفر المساندة الاجتماعية	06
69	أعمدة بيانية تمثل خصائص عينة البحث حسب السن	07
85	دائرة نسبية تمثل بعد الرضا عن المساندة الاجتماعية	08
87	دائرة نسبية تمثل مستويات متغير تقبل العلاج	09

فهرس الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
111	مقياس المساندة الاجتماعية	01
114	"إستبيان تقبل العلاج"	02
161	ملحق برنامج SPSS	03

مقدمة

إن الظروف المعيشية الصعبة أنتجت مناخات إنفعالية شديدة، ومع ازدياد ضغوط الحياة بصفة مستمرة والسعي الدائم وراء الماديات الضرورية في العصر الحالي والإحباطات التي تواجهها بصفة كبيرة ويومية إزداد ظهور عدد من الحالات المرضية التي لها جذور نفسية، وبات واضح للعيان أن العلاقة التي تربط النفس بالجسد هي علاقة تفاعل وتكامل، إذا إشتكت النفس إشتكى الجسد والعكس صحيح.

ومن بين الأمراض الخطيرة الناتجة عن هذا الوضع، والتي عرفت إنتشارا كبيرا في العصر الحديث مرض الباركنسون أو الشلل الرعاشي، الفئات العمرية من 50 سنة فما فوق، والجزائر كغيرها من البلدان تمتاز بانتشار هذا المرض أيضا، والإحصائيات المقدمة من طرف وزارة الصحة دليل على ذلك مما دفع بعض منهم كالأطباء والباحثين للحديث عن مرض الباركنسون.

فالباركنسون مرض خطير لا يهدد حياة المريض فحسب، بل يؤثر على صحته الجسدية والنفسية حيث يصيب الجهاز العصبي وأكثر ما يمس البالغين إبتداء من سن الخمسين فما فوق والذي جاء في المرتبة الثانية بعد مرض الزهايمر حيث تزداد احتمال الإصابة بهذا المرض مع تقدم العمر، حيث يصنف هذا من الأمراض ما قبل الشيخوخة ويتميز عن باقي الأمراض بالرعشة التي تبدأ بأحد الذراعين ويمتد إلى الساق من نفس الجانب وبالتصلب الذي ينتاب عضلات الجسم والجمود الذي يطرأ على الوجه ويكسوه كأنه قناع، وبالمشية المنحنية إلى الأمام وكأن المريض سيقع فيسرع خطاه كي يتفادى الوقوع. (Bonnet, 2006, p186).

تعتبر الإصابة بمرض الباركنسون أمر يصعب تقبله من طرف المريض، مما يجعله مصاحبا لعدة تأثيرات وتغييرات على الجانب النفسي كظهور القلق والإكتئاب والتوتر النفسي لدى الفرد المصاب.

إن العلاج لدى المرضى المصابين بالباركنسون أو الشلل الرعاشي لا يختزل فقط في الفحوصات الطبية وفي العلاج الطبي والأدوية، إذا يلعب العلاج النفسي دورا لا يستهان به في سيرورة المرض وفي مراحل علاجه العضوي، فلقد تبينت أكثر من أي وقت مضى أهمية العلاج النفسي في ذلك، مما دفع بالمسؤولين عن الصحة الاهتمام بالعلاج النفسي داخل المراكز الإستشفائية.

إن العلاج النفسي لمرضى الباركنسون لا يقتصر فقط على ما يقدم من طرف المختصين النفسانيين في المحيط الاستشفائي بل يدخل في إطار شامل وأعم والمتمثل في المساندة الاجتماعية، هذه المساندة يمكن أن توفر أيضا للمريض من خلال مراكز وجمعيات، من خلال شبكته الاجتماعية المتوفرة في محيطه الاجتماعي، أو من خلال أفراد أسرته الذين يتسامون معه العيش الأسري إن المساندة الاجتماعية مصدر هام من مصادر الدعم الفعال الذي يحتاجه الإنسان، ويؤثر حجم المساندة الاجتماعية ومستوى الرضا في كيفية إدراك الفرد لحل مشاكل الحياة المختلفة، وفي إختيار الأساليب الناجحة للتعامل مع هذه المشكلات، خاصة عندما يكون هذا الأخير فريسة للإضطرابات النفسية.

حيث قمنا بهاته الدراسة حول "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون"، وذلك بغية معرفة حقيقة العلاقة بين المساعدة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون فتطرقنا في دراستنا إلى ستة فصول وقسمت إلى جانبين:

الجانب النظري الذي يشمل أربع فصول:

الفصل الأول: ويتضمن الإطار العام للدراسة المتمثلة في الإشكالية، والدراسات السابقة التي تناولت الموضوع وتحديد وتعريف المصطلحات وفيه تصاغ الفرضيات، وأهمية الدراسة وأهداف الدراسة.

الفصل الثاني: خصص للمساندة الاجتماعية نشأتها وتعريفها وأهمية أشكال المساندة الاجتماعية، النظريات المفسرة لها.

الفصل الثالث: وقد تم عرض في هذا الفصل تقبل العلاج، تعريفه وعوامل تقبله، ومراحله.

الفصل الرابع: نجد في هذا الفصل مرض الباركنسون أو الشلل العضلي الذي تناولنا تعريفه، أسبابه، مراحل تطور هذا المرض، والمعاش النفسي لدى مرضى الباركنسون، ودور الأخصائي النفسي في تقديم المساندة لهم.

الجانب التطبيقي الذي يتضمن فصلين:

الفصل الخامس: الجانب المنهجي ويتم فيه تقديم المنهج المستعمل في الدراسة مكان إجراء الدراسة، مجموعة الدراسة الاستطلاعية، أدوات البحث، معايير إختيار مجموعة البحث.

الفصل السادس: ويتضمن عرض نتائج المتحصل عليها من ميدان البحث وفيه يتم مناقشة الفرضيات من خلال النتائج المتحصل عليها.

الجانب التمهيدي

الفصل التمهيدي

الإطار العام لإشكالية البحث

- إشكالية البحث.
- فرضيات البحث.
- تحديد المصطلحات.
- أهداف البحث.
- أهمية البحث.

الإشكالية.

يتميز العصر الذي نعيش فيه بالضغوط النفسية نظرا للأوضاع والأحداث المثيرة التي يتميز بها حيث أن التطور أدى إلى تغيرات إجتماعية واقتصادية وهذا التغيير في حياة الفرد أدى إلى ظهور أمراض مزمنة ذات جذور نفسية حيث تعتبر الأمراض المزمنة من أهم أسباب الوفاة في العصر الحديث، وهذه الأمراض تؤثر سلبا على صحة الإنسان من الجانب الجسمي والنفسي، حيث تعدّ هذه الأمراض مجال خصب في دراسة الباحثين في جميع المجالات لمعرفة في السنوات الأخيرة.

حيث تتجلى هذه الأمراض في عدة أنواع متميزة ومختلفة ومنها مرض الباركنسون أو مرض الرعاش الذي يعتبر فقدان لمادة الدوبامين وهو ناقل عصبي يتحكم بإرسال الإشارات العصبية من الدماغ إلى كافة أنحاء الجسم ويتم تصنيعه في منطقة المهاد المنطقة السوداء في المخ، إذا حصل خلل في هذه الخلايا ينتج مرض الباركنسون، وهذا المرض أكثر ما يمس البالغين ابتداء من سن الخمسين، سمّي هذا المرض نسبة إلى طبيب بريطاني يدعى "جيمس باركنسون" الذي كان أول من وصف أعراض المرض وصفا دقيقا في عام (1817م) والتي تتمثل في ارتعاش اليدين، تصلب العضلات، بطء الحركة وعدم القدرة على حفظ توازن الجسم.

يرتبط تشخيص الباركنسون على أعراضه من خلال الملاحظة الإكلينيكية من طرف طبيب الأعصاب، حيث لدى مرض الباركنسون ما يعرف بقلة الحركة، الحركة: الإرادية والتصلب العضلي، يظهر هذان العرضان في بداية المرض بنسبة عشرين إلى ثلاثين في المائة، تؤدي قلة الحركة الإرادية والتصلب العضلي في بداية المرض إلى شعور المصاب بانزعاج وظيفي ملحوظ أثناء قيام المريض بمختلف الوظائف الحركية اليومية كحلق الذقن، صعود السلالم (زعطوط رمضان، 2014، ص 06).

يعتمد التشخيص في الواقع على مقابلة الطبيب والمريض وعلى الفحص السريري للمريض للبحث عن الأعراض. ونظرا للمعاناة النفسية التي يعانيها مريض الباركنسون واحتماليته العالية للإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، فقد عمد العديد من الباحثين إلى البحث عن العوامل التي يمكن أن تعين المريض في التخفيف من وطأة هذه الآثار وتساعد على التحمل والمواجهة (Bonnet, 2006, p 10).

حيث تعد البيئة الاجتماعية مجالا هاما لتوفير المساندة والمؤازرة للفرد نظرا لكونها تشمل مجموعة من المصادر التي يمكن للفرد أن يلجأ إليها طلباً للمساندة مثل الأسرة والأقارب والأصدقاء، وزملاء العمل أو الدراسة، وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم أهمية خاصة في حياة الفرد حيث يمكن لهم أن يوفرُوا له المساندة والأمن الذي يحتاجه كل إنسان مصاب أو غير مصاب.

فتعتبر المساندة الاجتماعية عامل وسيط بين ضغوط المرض والتوافق الاجتماعي للفرد حيث تعمل هذه المساندة على تخفيف من وطأ المعاناة من المواقف الضاغطة. ويقصد بالمساندة إجتماعية هي تقييم الفرد للسند الذي يتلقاه والذي يمكن أن يكون أكثر أو أقل رضا عنه، بالإضافة إلى أنه أكثر من السند الفعلي المتاح للفرد فهو إدراك الفرد لهذا السند الاجتماعي في الوضعيات الصعبة والذي يلعب دور في مواجهة هذه الأحداث. (Briancon, 2003, p111)

تكمن أهمية المساندة الاجتماعية عند المريض المزمن في مساعدته على تقبل العلاج، ذلك لأن تقبل العلاج عند المرضى المزمنين يعتبر مشكلا بحد ذاته إذا تشير دراسات المنظمة العالمية للصحة (OMS) إلى أن قرابة 50% فقط من المرضى المزمنين في البلدان المتطورة، وأقل من هذه النسبة أي أقل من 50% من هؤلاء المرضى في البلدان النامية، يتقبلون علاجهم ويلتزمون به، في المقابل فإن نسب المرضى المزمنين غير متقبلي العلاج في البلدان المتطورة والنامية، تتراوح بين 55%-50، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن تقبل علاج الأمراض المزمنة، لا يستوجب الاهتمام بتأثير طبيعة المرضى والعلاج

فقط، بل يستدعي الإلمام بالتفاعلات التي تشمل في وقت واحد جوانب شخصية المريض ومعايشته للمرض والعلاج تحت تأثير العوامل الاجتماعية المساعدة.

(Thiery, 2007, pp268-269)

من هنا نجد دراسة قارة (2009)، بعنوان "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي"، حيث تألفت عينة الدراسة من 100 مريض ومريضة بمدينة باتنة طبق عليهم مقياس المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج، وأهم النتائج التي توصل إليها الباحث، توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبين تقبل العلاج، وتوجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته، وبين تقبل العلاج، كما توجد علاقة دالة إحصائياً بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف طبيبه المعالج، وبين تقبل العلاج. في حين تتمثل دراسة سليمان جريو (2017) تحت عنوان "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري"، التي قد اشتملت على عينة قوامها 76 فرد ذكر وأنثى من فئة مرضى السكري بمدينة مسيلة، استخدمت الدراسة استبيانين، استبيان المساندة الاجتماعية واستبيان تقبل العلاج لدى مرضى السكري وأسفرت النتائج كالتالي، توجد علاقة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى السكري، درجة المساندة لدى مرضى السكري مرتفعة، لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المساندة الاجتماعية للمتغيرات المختارة لدى مرضى السكري، لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المساندة الاجتماعية لمتغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة العلاج، توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري لمتغيرات السن، نوع العلاج. كما جاءت دراسة وليد وآخرون (2005) بعنوان "معدل تقبل العلاج بين المرضى ذوي الأمراض المزمنة"، تمت معاينة 321 مريضاً في شمال فلسطين باستخدام استبيان مدرج لقياس تقبل العلاج، وأهم النتائج أشارت إلى أن هناك 6,5% عدم تقبل 52,4% تقبل ضعيف 42,1%

تقبل جيد، نسبة تقبل العلاج له علاقة مع نسبة الأمية، عدم الوعي الصحي والدوائي في العينة التي تمت دراستها، مكان الإقامة والجنس ليس لهما تأثير على نسبة تقبل العلاج في حين أن العمر ومستوى التعليم ونوع المرض لهما تأثير على مدى تقبل العلاج، مرضى السكري كان لديهم نسبة تقبل العلاج أعلى من نسبة مرضى ارتفاع ضغط الدم. أما بالنسبة لدراسة شحاتة (2013) تحت عنوان "المساندة الاجتماعية في حالة الإصابة بالمرض المزمن"، شملت عينة الدراسة على (222) مفردة من المرضى المصابين بالأمراض المزمنة من (مرضى السرطان، مرضى القلب، مرضى القصر الكلوي، مرضى السكري)، استخدم الباحث مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة ومقياس أزمة الإصابة بالمرض، وأهم النتائج التي توصل إليها الباحث تمثلت في وجود مستوى مرتفع من الأزمة لدى المرضى إثر إصابتهم بالمرض المزمن، مستوى منخفض من المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض، وتمت علاقة ارتباطية عكسية دالة بين مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى المريض. كما بينت دراسة هاريس وبراون (1970) "أن للمساندة الاجتماعية الضعيفة علاقة بالمشكلات الصحية النفسية"، ولقد أكدت هذه الحقيقة دراسة قام بها فريق من الباحثين الأوروبيين في 17 بلد أوروبي وتم التوصل إلى أن هناك علاقة قوية بين السند الاجتماعي الصحة النفسية، إذ اتضح أن نسبة الأفراد الذين يواجهون ضغوطات نفسية تتقلص كلما إزداد السند الاجتماعي، وهذه العلاقة القوية كانت ذات دلالة في (14) بلد من بين (17)، بحيث أشار التقرير إلى أن البلدان التي كان فيها السند الاجتماعي قوي مثل السويد قد قدّمت تقارير على وجود مستويات منخفضة من الضغوطات النفسية، وبالعكس بالنسبة لباقي الدول الأخرى. ومن الدراسات الرائدة أيضا دراسة بريكمان وسيمت (1979) تمثلت في "استكشاف العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتأثيرها على الصحة"، حيث قام الباحثين بتقييم السند الاجتماعي لدى (4700) ذكر وأنتى من سكان كاليفورنيا تراوحت أعمارهم ما بين 30 إلى 60 عاما وتم تتبعهم لمدة 9 سنوات ولقد لاحظوا بأن الارتفاع في السند الاجتماعي

يسمح بالتنبؤ بانخفاض في معدل الوفيات، كما تشير هذه الدراسة إلى أن المضاعفات الناتجة منذ الولادة كانت أقل عند النساء المستفيدات من سند اجتماعي مرتفع، أما دراسة رپرستون سنة (1984) فجاءت "حول العلاج الجماعي لمرضى الباركنسون لمراقبة الأبراكينسيا الفصية وعملية التنفس، النطق وإيقاع الكلام" لدى مجموعتين من مرضى الباركنسون مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية كلاهما تحتوي على 12 فردا تتراوح المدة الزمنية من 30 إلى 40 دقيقة مرتين في الأسبوع حيث قاموا بتطبيق التمارين خلال فترة صباحية وفترة مسائية من خلال القراءة، الحوار مشاهدة تسجيلات فيديو اعتمدوا على تقييم النتائج هي شبكة تحليلية إكلينيكية وتوصلوا إلى تحسين في مختلف الاضطرابات وتحسين في التواصل، وكما جاء في دراسة وآل سنة (1993) حول الكفالة الموجهة للعمل على تحسين قدرة المريض على الترقيم والكلام لدى مجموعة مكونة من ستة وعشرون مريضا مصاب بالباركنسون حين قاموا بتطبيق البرنامج خلال خمسة عشرة يوما من خلال التقييم القبلي والبعدي وتوصلوا التحسن واضح في الأداء الحركي أثناء الكلام.

يوجد العديد من الأمراض التي تسبب الأبراكينسيا من بينهم الأمراض الاضمحلالية، والصدمات الدماغية وهناك من يعاني من ابراكينسيا الكلام أو الأفعال.

ومنه نطرح التساؤل الرئيسي التالي:

- هل توجد علاقة دالة احصائيا بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى

الباركنسون؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب الجنس؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية في تقبل العلاج حسب السن؟

2-الفرضيات:**الفرضية العامة:**

1-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون.

الفرضيات الجزئية:**• الفرضية الجزئية الأولى:**

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب الجنس.

• الفرضية الجزئية الثانية:

3-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج حسب السن.

3- تحديد المصطلحات:**3-1-المساندة الاجتماعية.**

• **إصطلاحاً:**تعرف المساندة الاجتماعية على أنها مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، تتسم على أنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمد إليه السند.

• **إجرائياً:** هي كل ما يدعم الإنسان ويقف بجانبه مادياً أو معنوياً سواء كان الدعم من الأسرة، أو الأصدقاء أو الطاقم الطبي بالنسبة لمرضى الباركنسون وهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من خلال إجابته على بنود مقياس المساندة الاجتماعية لـ سارازون (1983)، والذي تم تقنيه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة شهرزاد نوار (2013).

3-2- تقبل العلاج.

• **اصطلاحاً:** سلوك ديناميكي مكيف من طرف المريض للوصول إلى الأهداف المسطرة بين المريض وممتهني الصحة، وذلك استناداً على التآلف بين المريض والمعالج حول الدواء المقدم لضمان استمرارية تناوله.

• **اجرائيا:** هو التزام وانتظام المريض فيما يخص اتباعه لتعليمات وإرشادات الطبيب أو المعالج المتمثلة في أخذ الدواء بانتظام والمواعيد الطبية وغيرها من السلوكيات، وهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص من خلال إجابته على بنود مقياس تقبل العلاج.

3-3- الباركنسون: مرض إنحلالي تحت قشري له صلة بفقدان مميز من الخلايا العصبية من المادة السوداء في الدماغ، وهي الخلايا الدوبامية وهي مسؤولة عن إدارة حركة الجسم وأعراضه تتميز بالإرتعاش، تصلب وفقدان الإلتزان وبطء الحركة (Hergueta, 2006, p6)

4- أهداف الدراسة.

معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون.

- التعرف على درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى الباركنسون.
- التعرف على درجة تقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون.
- معرفة إذا ما يوجد فروق في درجة تقبل العلاج حسب السن.
- معرف ما إذا توجد علاقة في توفر المساندة الاجتماعية حسب الجنس.
- تسليط الضوء على دراسة مرض الباركنسون، نظرا لانتشاره في الآونة الأخيرة.

5- أهمية الدراسة.

يكتسي موضوع الدراسة أهمية بالغة، نظرا لتطرقنا لأحد المواضيع الهامة والمرتبطة بدرجة كبيرة بحياة الفرد، إضافة إلى كونها من المواضيع الحديثة المتناولة في علم النفس، فأهمية المساندة الاجتماعية تتجلى في انعكاسها الإيجابي على صحة الأفراد من خلال وظائفها المختلفة، فالمساندة على تقبل العلاج الذي يحد من المضاعفات المرضية للفئة المتناولة في الدراسة، وهي فئة المرضى المصابين بالباركنسون، ومن هنا تكمن أهمية الدراسة لتناولها مفاهيم موجودة في المحيط الاجتماعي، لكن قيمتها والإحساس بأهميتها مهملان.

الجانب النظري

الفصل الثاني

المساندة الاجتماعية

تمهيد

- 1- تعريف المساندة الاجتماعية.
 - 2- نشأة مفهوم المساندة الاجتماعية:
 - 3- أهمية المساندة الاجتماعية.
 - 4- أشكال المساندة الاجتماعية.
 - 5- النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:
- خلاصة الفصل.

تمهيد.

تعتبر الروابط الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين منذ الأزل من المظاهر الحياتية التي تبعث لتحقيق الرضا الانفعالي كما يمكن أن تخفف من تأثير الضغط وتساعد الفرد على التعامل مع الأحداث وتخفف مما يمكن أن يقود إليه الضغط من سوء الصحة النفسية التي تحتاج إلى دعم ومساندة من قبل الآخرين. فتعتبر المساندة الاجتماعية من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفها وفقا لتوجهاتهم. حيث تعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا مهما من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي التي يحتاجها الفرد في حياته اليومية بحيث يؤثر حجمها ومستوى الرضا منها في كيفية إدراك المريض للتعاشيش مع مرضه وأساليب مواجهته وتعامل مع المرض.

1- تعريف المساندة الاجتماعية.

حضى مفهوم المساندة الاجتماعية إهتمام العديد من الباحثين في علم النفس وعلماء النفس فقد اختلفوا حول إعطاء تعريف شامل مانع وهذا لتتنوع توجهاتهم النظرية، فقد سعي هؤلاء إلى إعطاء تعريفات عديدة ومتنوعة للمساندة الاجتماعية كل حسب وجهته التي ينتمي إليها، ومن أمثلتهم على سبيل الذكر لا الحصر نجد كل من:

"كايلان" (1981) فيقصد بالمساندة الاجتماعية ذلك النظام الذي يتضمن الروابط والتفاعلات الاجتماعية طويلة المدى مع الآخرين الذين يمكن الاعتماد عليهم والوثوق بهم ليمنحوا الفرد السند العاطفي، ويقدموا له العون ويكونوا ملاذا له وقت الشدة (Caplan, 1981, p13).

بينما يعرفها "ليا في" 1983 على أنها إمكانية وجود أشخاص مقربين كالأسرة أو الأصدقاء أو الزوجة أو الجيران يحبون الفرد ويهتمون به ويقفون عند الحاجة (Leavy, 1983, p30).

كما أضاف كل من "كوهانويليس" 1985 بأن المساندة الاجتماعية تعني متطلبات الفرد بمساندة ودعم البيئة المحيطة به سواء من أفراد أو جماعات تخفف من أحداث الحياة الضاغطة (المرض) التي يتعرض لها، وتمكّنه من المشاركة الاجتماعية الفاعلة في مواجهة هذه الأحداث والتكيف معها (تقبل المرض). (Cohen, 1985, p336,375).

وعن "ليونار" 1994 فيذهب للقول أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات المتاحة للفرد، التي يمكن استخدامها في أوقار الضيق والتي تهدف إلى تدعيم صحة ورفاهية متلقي المساندة (Allen 1990, p63).

وكما عرفها أيضا "كوترونا" على أنها إشباع الحاجات الأساسية للفرد من حب واحترام وتقدير وتفهم، وتواصل وتعاطف ومشاركة الاهتمامات وتقديم النصيحة، وتقديم المعلومات وذلك من الأشخاص ذوي الأهمية في حياة الفرد خاصة وقت حدوث الأزمات أو الضغوط (Cutron 1996, p10).

أما مرسى إبراهيم كمال سنة 2000 فيعرف الحكم الاجتماعي على أنه مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان في مواقف يحتاج فيها إلى المساعدة والمؤازرة سواء كانت مواقف سراء نجاح وتفوق أو مواقف الضراء فشل وتأزم، فالإنسان يحتاج في مواقف السراء إلى من يشاركه أفراحه وسعادته بالنجاح، ويشعره بالاستحسان والتقدير لهذا النجاح والتوفيق، فيزداد به سعادة وسرور ويحتاج إلى مواقف الضراء إلى من يوانسه ويخفف عنه ألام الإحباط ويأخذ بيده في مواقف العوائق والصعوبات ويلتمس به عذرا في الأخطاء، ويشاركه الأحزان في المصائب ويساعده في الشدائد، ويشد آزره في الأزمات والنكبات ويشجعه على التحمل والصبر والإحتساب في هذه المواقف فيتخلص الشخص من مشاعر الجزع واليأس والسخط والحزن والخوف والغضب والظلم قبل أن تؤديه نفسيا وجسميا ويحمي نفسه من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة أو تظهر لمدة قصيرة وتختفي قبل أن تضعف أجهزة المناعة النفسية والجسمية عند المصدوم.

(أيت حمودة، 2007، ص ص 113، 127).

2- نشأة مفهوم المساندة الاجتماعية.

تعتبر ظاهرة التعلق الاجتماعي ذات دلالة على أهمية الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في حياة البشر، ومنذ نماذج سجون بسلفانيا ومرورا ببحوث "هارلو" سنة 1958 وكذا أبحاث باولي على الوليد وكذا "سبتييز"، اعتبر الحرمان الاجتماعي من أسوء الكوارث النفسية والاجتماعية التي يمكن أن يتعرض لها الفرد، فالأفراد الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية حميمة يعيشون عمر أطول من غيرهم، كما أن معاناتهم من الكرب أقل مقارنة بمن يعيشون في عزلة إجتماعية نتيجة لفقر الشبكة الاجتماعية (زعطوط، 2014، ص58).

فلقد كان دور العلاقات الاجتماعية ومساهمتهما في الرفاهية الذاتية والصحة موضوع التأملات والدراسات منذ أكثر من قرن، ففي سنة (1897) افترض "دوركايم" بالفعل بأن تمزق الروابط الإجتماعية ينتج عنه فقدان المصادر الإجتماعية وضعف المعايير والأدوار الاجتماعية، وتظهر الدراسة التي قام بها حول الانتحار بأنه ينتشر كثيرا لدى الأفراد الذين

يملكون روابط إجتماعية أول، كما لاحظ أيضا كل من "بارك" و"بورغس" سنة (1962) وهما من علماء البيئة الاجتماعية الأوائل ارتفاح في المشاكل السلوكية بين السكان المتشردين.

في حين أنّ أول الدراسات التجريبية على المساندة الاجتماعية التي ذهبت إلى معالجة هذا المفهوم اعتبرته متعدد الأبعاد ، ومن الدراسات التي حاولت وصف مكوناته وتقييم مساهمته في مختلف التدابير المرتبطة بالصحة العقلية مساهمات "ويس" (1973) المثيرة للإهتمام بشكل خاص لفهم أهمية العلاقات الإجتماعية في الاحتفاظ بالتوازن عند الفرد وهو يصف خمسة وظائف أساسية ناجمة عن هذه العلاقات لضمان التوازن هي: المساندة العاطفية والاندماج الإجتماعي، والفرصة ليشعر بأنه فعال وضروري تأكيد قيمته، والحصول على المساعدة العملية والمالية.

ويعني الإندماج العاطفي القدرة على التعبير عن المشاعر والحصول على التغذية الرجعية ويحدث في العلاقات الحميمة والمستقرة كما هو الحال مع الزوج أو أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء الجيدين.

كما يتم الاندماج الاجتماعي عندما يتشارك الشركاء انشغالاتهم من خلال تبادل الأفكار والمعلومات حول الحالات التي يملكون فيها قواسم مشتركة أو الأهداف باتفاق من الطرفين مما يتيح لهم تطوير رؤية مشتركة من تجربتهم والخروج كمعالم معيارية. ونجد هذا النوع من العلاقات بين الزملاء والأصدقاء.

وفيما يخص الفرصة ليشعر بأنه فعال من خلال المساهمة في الرفاهية الذاتية للفرد التي تسمح بتطوير الشعور بأنه مهم ويعتبر نموذجا للعلاقة ولكن يمكن أن نجده أيضا في العديد من العلاقات الاجتماعية الأخرى، أما تأكيد قيمته فيأتي من العلاقات التي تثبت الكفاءة لتحقيق دور محدد بطريقة سلمية، والذي يمكن أن يكون دورا عائليا أو دورا في مكان العمل.

وأخيراً، المساندة العلمية والمادية يمكن أن تؤثر من مجموعة متنوعة من العلاقات في الظروف التي تتطلب مساعدة عاجلة، ولكن هي أكثر نموذجية وتأتي من علاقات الجوار والقرابة (Caron, 2005, pp15-17).

وبعد مفهوم المساندة الاجتماعية مفهوماً حديثاً نسبياً، حيث تناولته العلوم الإنسانية وعلماء الاجتماع في إطار بحثهم للعلاقات الاجتماعية، فظهر مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية يمثل البداية الحقيقية لظهور مفهوم المساندة الاجتماعية لأن إدراك الفرد وتقييمه لدرجة المساندة الاجتماعية تعتمد على إدراكه لشبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، والتي تمثل الأطر العامة التي تضم مصادر الدعم والثقة لأي شخص تعتبر المساندة الاجتماعية من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفها وفقاً لتوجهاتهم النظرية، فلقد تناول علماء الاجتماع هذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية، الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية والذي يطلق عليه البعض مسمى الموارد أو الإمكانيات الاجتماعية، بينما يحدده البعض على أنه إمدادات اجتماعية. (فايد، 2001، ص ص 337-338)

3- أهمية المساندة الاجتماعية.

لقد أكد "ويس" أن مفهوم المساندة الاجتماعية من كونها متغيراً ملطفاً للعلاقة بين المشقة النفسية والإصابة بالمرض على أساس أن المساندة الاجتماعية ترتبط بصورة سلبية بالمرض، فكلما تلقى الشخص الدعم الانفعالي والوجداني والتقدير من جانب أفراد أسرته وأصدقائه وزملائه وزملاء العمل قل تبعاً لذلك نسبة إصابته بالمرض. (Bunk, 1992, p412)

ويشير كلٌّ من "كوتروناوروسال 1990" إلى أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية تقدير الشخص لذاته وتشجيعه على مقاومة الضغوط التي تفرضها عليه أحداث الحياة المؤلمة ويتفق هذا الرأي مع التصور الذي اقترحه "ألبي" لنموذج المساندة الاجتماعية المتصل بالوقاية، وفي سياقها يرى أن احتمالات الاضطراب النفسي تقل عندما تقوى قدرة

الشخص على مقاومة أحداث الحياة السلبية، وعندما يتلقى من المساندة الاجتماعية من أهله واصدقائه وزملائه ما يساعده على تجاوز الأزمات والمحن. (دياب، 2006، ص92)

وفي سياق ذاته، أظهر "هوس وآل" أن العلاقات الاجتماعية ودرجة الحوار والإندماج التي يشعر بها الفرد اتجاه الآخرين تمثل مؤشرات قوية للصحة، ويشير "ستوب" 1996 أنّ السند الاجتماعي، من المصادر الأساسية في مواجهة ضغوط الحياة، فوجود أشخاص يمكن اللجوء إليهم والوثوق بهم قادرين على تقديم الدعم والمساعدة والاهتمام ذات أهمية بالغة للحفاظ على الصحة النفسية والجسدية وهي أيضا من المؤشرات المساعدة على إتباع الفرد للسلوك الصحي. (نوار، 2013، ص142)

كما يوضح "بريهام" إلى أن أهمية المساندة الاجتماعية لذاته، وتشجيعه على مقاومة أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها في الحياة اليومية. (علي، 2000، ص9)

في حين خلص التراث السيكولوجي حسب "محمد بيومي خنيل" 1996 إلى تحديد وظيفتين أساسيتين للمساندة الاجتماعية وهما الوظيفة الوقائية ضد التأثيرات السلبية للضغوط على الصحة النفسية والجسدية للفرد، والوظيفة العلاجية للمساندة الحقيقية التي يتلقاها الفرد حينما يقع تحت الضغط فالعوامل النفسية الاجتماعية تؤثر على مجرى المرض الجسدي. (نوار، 2013، ص141)

4- أشكال المساندة الاجتماعية.

يشير هوس حسب عماد علي عبد الرزاق إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدّة أشكال هي: (عماد، 1998، ص15).

4-1- المساندة الانفعالية أو الوجدانية.

وهو إظهار التعاطف والاهتمام والمودة، والمحبة والثقة، والتقبل والتشجيع، والرعاية، والحنان الذي يقدم للفرد من قبل أفراد العائلة والأصدقاء خاصة في أوقات الضغط عندما يشعر الفرد بالكآبة والحزن والقلق، حيث يشعر الفرد بقيمته.

4-2- المساندة الأدائية أو المادية:

هو تقديم المساعدة المالية أو السلع أو الخدمات ويسمى أيضا بالدعم الفعال، وهذا الشكل من أشكال الدعم الاجتماعي يشمل الطرق المادية المباشرة لمساعدة الناس بعضهم البعض، وتتنطوي على المساعدة في العمل والمساعدة بالمال.

4-3- المساندة بالمعلومات أو الدعم المعلوماتي.

هو تقديم النصيحة والتوجيه والإقتراحات والمعلومات المفيدة للشخص وهذا النوع من المعلومات من شأنه أن يساعد الآخرين في حل مشاكلهم، فمثلا إذا أراد الفرد أن يجري فحصا طبيا مزعجا، فيمكن للشخص الذي تعرض للفحص نفسه أن يزوده بالمعلومات حول الطريقة التي سيتم بها الفحص بالضبط، وكم من الوقت ستستمر المضايقة بسبب الفحص، وغيرها من الأمور المتعلقة بالموضوع، ويمكن للشخص الذي يواجه صعوبات في وظيفته أن يحصل على معلومات من زملائه في العمل حول أفضل الطرق التي يمكن له أن يتبعها لتنظيم وقته، أو إنجاز المهام بالشكل السليم، أو في كيفية التعامل مع رسائه بخصوص تغيير بعض المظاهر المتعلقة بعمله.

4-4- المساندة التقييمية.

والتي تنطوي على التغذية الرجعية المتعلقة بآراء الفرد أو سلوكه، وتتضمن مساعدة الفرد على تحقيق فهم أفضل للحدث الضاغط وللإستراتيجيات التي يجب حشدها للتعامل معه، ومن خلال تبادل التقييمات يستطيع الفرد الذي يواجه حدثا ضاغطا أن يقرر مقدار التهديد الذي يسببه الحدث الضاغط ويستطيع الاستفادة من المقترحات حول كيفية إدارة الموقف. (تايلور، 2008، ص445)

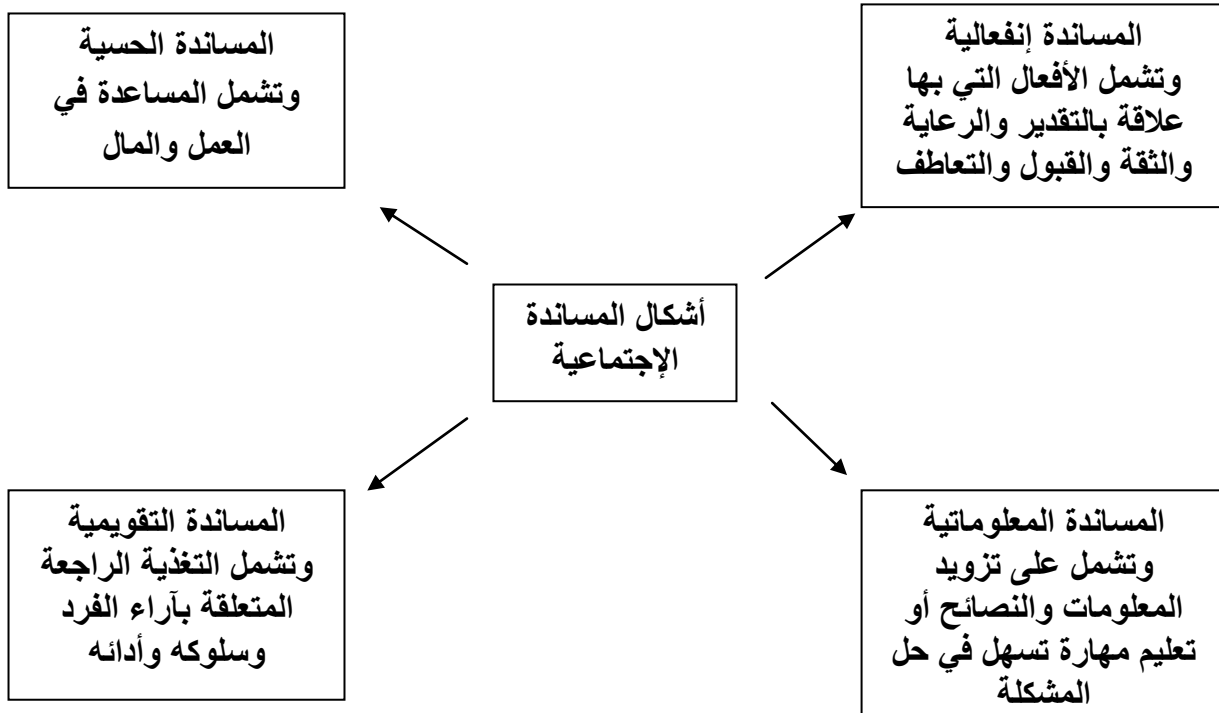
4-5- مساندة الأصدقاء.

والتي تنطوي على ما يمكن أن يقدمه الأصدقاء لبعضهم البعض وقت الشدة، وهذا النوع من الدعم يشعر الفرد بالإنتماء الاجتماعي ويسمى أيضا بدعم الانتماء، ويمكن ملاحظته بوجود الأصدقاء والإنخراط في الأنشطة الاجتماعية المشتركة معهم.

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

ويرى عماد محمد مخيمر بأن المساندة الاجتماعية تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة (الأم، الأب، الأشقاء) وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في جماعات الرفاق والأسرة، وفي مرحلة الرشد تتمثل المساندة في الزوج أو الزوجة وكذلك علاقات العمل والأبناء. (عماد، 1997، ص105)

بناء على ما سبق يمكن القول بأن المساندة الاجتماعية تستلزم وجود أشخاص مقربين من الفرد يحبونه ويقدرونه، ويرغبونه، ويعتبرونه، ذو قيمة، ويمكن الاعتماد عليهم وقت الحاجة والضييق، وهي تتوقف على مدى إدراك ورضا الفرد عنها، والمساندة الاجتماعية تتخذ أشكالاً مختلفة وهي تختلف باختلاف المراحل العمرية التي يمر بها الفرد في حياته والتي يمكن توضيحها بالشكل التالي:



شكل رقم (01): مخطط المساندة حسب (كارت، 1987) نقلا عن (فوزية الكردي، 2012، ص14).

5- النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.

5-1- النظرية البنائية.

يشير "كايلن" وآخرون إلى أن علماء المدرسة البنائية ركزوا على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمه، وتعدد مصادرها وتوسيع مجالاتها لتوظيفها في خدمة الفرد ولمساعدته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ووقايته من أي آثار نفسية سلبية يواجهها في البيئة المحيطة.

ويرى "دك" و"سلفر" أن النظرية البنائية تهتم أيضا بدراسة الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية، وتعدد مصادرها وتأثيرها الفعال في التوافق النفسي والاجتماعي في البيئة المحيطة بالفرد، وأن الاتجاه البنائي في دراسته للمساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، وتلعب دورا في تعزيز المواجهة الإيجابية لهذه الأحداث دون إحداث أي آثار سلبية على الصحة النفسية للفرد.

5-2- النظرية الوظيفية.

يشير كل من "دك" و"سلفر" إلى أن المساندة الاجتماعية هي تلك المعلومات التي تؤدي إلى اعتقاد الفرد بأنه محبوب من المحيطين به، ويشعر بأنه محاط بالرعاية من الآخرين وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة ويحس بالتقدير والاحترام من مصادر المساندة القريبة منه، ويحس أيضا بواجباته والتزاماته الاجتماعية مع المحيطين به. (علي، 2003، ص 53، 55)

5-3- النظرية المقارنة الاجتماعية.

يشير "بيونك" وآخرون وفقا لواجهة نظر هذه النظرية أن الأشخاص قد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم، أو يفضلونهم، حيث أن هذا النمط من الاندماج يقدم لهم تفاعلات سارة، ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم وكما يرى أيضا أن الأفراد الذين يعانون من أحداث الضاغطة يلتصقون بآخرين أفضل

منهم ولكنهم يحيطون بصفة خاصة في محاولاتهم للوصول إلى مصادر المساندة التي يرغبونها، فيشعرون بضغط أحيانا تكون أكثر حدة. (فايد، 1998، ص ص153، 192)

5-4- نظرية التبادل الاجتماعي.

يرى "إيلينور" أن هذه النظرية تتسم بإتجاهها النظري الذي ينبئ بإمتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة، وعادة ما يكون تقديم المساعدات المادية والنفسية والأدائية متداخلة في العلاقات التبادلية بين الأفراد، ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة. (علي، 1997، ص56)

خلاصة الفصل.

المساندة الاجتماعية مفهوم متعدّد الأبعاد يجعل من الصعب توحيد تعريف محدّد له وبشكل عام هي كل ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني عاطفي، مادي، معلوماتي وتقديري من الأشخاص الفعالين الموجودين ضمن الشبكة الاجتماعية المحيطة بالفرد والموجودة تلقائياً في محيطه الاجتماعي، مصادرها تتنوّع بين الرسمية جمعيات أطباء نفسانيون، مؤسسات الخدمات الاجتماعية... وغير الرسمية (الأصدقاء، العائلة، الجيران... إلخ) والتي تهدف إلى تخفيف الضغوط وتنمية الثقة بالنفس، وتنمية استراتيجيات المواجهة والرقابة والعلاج والمساعدة في تقبل العلاج.

الفصل الثالث

تقبل العلاج

تمهيد

1- تعريف تقبل العلاج.

2- عوامل تقبل العلاج.

3- مراحل تقبل العلاج:

خلاصة الفصل.

تمهيد.

جاء مصطلح تقبل العلاج من الممارسات الدينية الذي يعني فعل المراقبة، وإتباع قاعدة في المسائل الدينية، وطاعة الله وممارسة الشعائر. (Janini, 2012, p8)

أدى علاج الأمراض الخطيرة والمزمنة إلى العديد من الأبحاث حول تقبل العلاج الذي يعتبر جانب هام من السلوك الصحي المرضى، استنادا إلى العمل في علم نفس الصحة كشف هذا المفهوم عن ردود أفعال مختلفة حول الوصفات الطبية ونوعها وكذلك مدة العلاج. (Fischer, 2002, p227)

لذلك يجب النظر في تقبل العلاج وتحديد كمال للمواجهة بين المتطلبات الطبيّة والموارد التي يمكن للفرد تطويرها، وتعيينها للتكيف مع وضعه كمرضى، وهكذا فإن مفهوم تقبل العلاج يكشف عن تعقده فيما يتعلق بتعريفه، وكذلك الأهمية التي يكتسبها من خلال علاقة المريض بمرضه ومراجعة الطبيب. (Tarquino, 2007, p4)

1- تعريف تقبل العلاج.

1-1- التعريف اللغوي: هو الالتزام بوصفه أو بقانون أو الامتثال لقاعدة سلوكية أو دينية. (Gamier, 2008, p955)

1-2- التعريف الاصطلاحي.

عرفه Hayes 1979 بمثابة درجة اتفاق سلوكات المريض مع الإرشادات المتعلقة بالدواء أو الصحة. (Fisher, 2002, p229)

ويعرف تقبل العلاج على أنه درجة الانسجام (الموافقة) بين السلوك الفرد فيما يتعلق بتناول الجرعات الدوائية، إتباع الحصة أو تعديل أسلوب الحياة والوصفات والتوصيات الطبية. (Marcelli, 2008, p634)

وترى تورات تورقي (2002) أن تقبل العلاج هو: مفهوم يدل على قدرات الفرد على أخذ دوائه حسب التعليمات المقدمة له، وتتأثر هذه القدرات سلبيا أو إيجابيا بمجموعة من العوامل المساهمة، المتفاعلة فيما بينها والتي يمكن أن تكون:

- معرفية: التمللات، المعلومات، التوقعات، الدافعية
- سلوكية: العادات، التنظيم، كيفية التصرف.
- إنفعالية: القلق، الإجهاد، الحياة العاطفية، الحالة الإنفعالية السلبية
- إجتماعية: تشمل ظروف الحياة، مستوى المساندة الإجتماعية الوسم (الفضح) نوعية التكفل الصحي والاجتماعي. (Tourette, 2002, p3)

تعتبره المنظمة العالمية للصحة (OMS) بمثابة الإجراء الذي تماثل بموجبه سلوكات المريض، المتعلقة بتناول أدويته، الالتزام بالحماية الغذائية وتعديل أسلوب الحياة توصيات القائم على الرعاية الصحية (الطبيب، المريض). (Celis, 2008, p8)

فتقبل العلاج إذا هو سلوك صحي يتعلق بتطابق عدد من الممارسات كتناول الأدوية وإتباع الحماية الغذائية وممارسة التمارين الرياضية وغيرها من السلوكات الصحية التي تدخل

ضمن تطابق تعديل أسلوب الحياة، مع توصيات وتعليمات القائم على الرعاية الصحية للمريض. (Celis, 2008, p8)

2- عوامل تقبل العلاج.

عوامل تقبل العلاج حسب المنظمة العالمية للصحة OMS: تتلخص عوامل تقبل العلاج حسب OMS (2003) كالتالي:

- عوامل مرتبطة بالدواء والعلاج
 - عوامل مرتبطة بالطبيب أو الخلية الطبية
 - عوامل مرتبطة بالمريض.
- 2-1- العوامل المرتبطة بالدواء : والتي تتمثل في:

- الآثار الجانبية للدواء
- فشل المعالجة السابقة (تغيرات دخيلة في النظام العلاجي المتبع مسبقاً)
- عدد مرات تناول الدواء في اليوم: هناك دراسة أظهرت العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء في اليوم، وبين عدد المرضى المقبلين على العلاج، فكانت النتائج كالتالي: (DeBlic, 2007, p421)

جدول رقم(01): دراسة العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء وبين عدد المرضى المقبلين على العلاج.

عدد مرات تناول الدواء	نسبة المرضى المقبلين على العلاج
4 مرات	18%
3مرات	34%
مرتين	71%

- أي أنه كلما نقص عدد مرات تناول الدواء في اليوم كلما زادت نسبة المريض لعلاجه.

- طرق تناول واستخدام الدواء، بينت دراسة أن المرضى الذين يستخدمون دواءهم عن طريق الفم يظهرون تقبلا كبيرا للعلاج مقارنة بالمرضى الذين يستخدمون الدواء عن طريق الاستنشاق. (De Blic, 2007, p422)

- طول مدة العلاج في إطار تجربة إكلينيكية على أطفال تراوحت أعمارهم بين سن 7-16 سنة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج فكانت النتائج كالتالي (Jonasson, 2000, p83)

جدول رقم (02): دراسة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج

مدة العلاج	نسبة الأطفال المقبلين على العلاج
3 أشهر	77%
9 أشهر	54%
27 شهرا	48%

أي كلما طالت مدة العلاج، كلما نقصت نسبة الأطفال المقبلين للعلاج.

2-2- عوامل مرتبطة بالطبيب أو المعالج.

تقرير OMS (2003) أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب أو المعالج من شأنها أن تعزز من عملية تقبل العلاج عند المريض وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في عملية العلاج، ويجب على الطبيب إشراك المريض في الخطة العلاجية، وأن يسود هذه العلاقة نوع من التق ورضا بين الطبيب والمريض حول إختيار الحمية الغذائية، ونظام التغذية الذي سيخضع له المريض وحول اختبار الوسائل العلاجية البديلة.

ففي دراسة على 2509 مريضا مصابا بالربو من بينهم 721 طفلا حول عوامل تقبل هؤلاء المرضى للدواء المستنشق فكانت العوامل المعززة لتقبل هذا الدواء هي: (De Blic,)

(2007, p421)

- طبيعة الشروحات المقدمة من طرف الطبيب فيما يخص الخطة العلاجية
- الوقت المستغرق في عملية الفحص
- إحساس المريض بأن الطبيب أشركه في عملية اختيار الدواء وطريقة استخدامه
- إنتظام الزيارات
- الشروحات المقدمة من طرف الطبيب حول الآثار غير المرغوب فيها للدواء
- التكلّم مع المريض حول الصعوبات التي تواجهه في تناول الدواء، بطريقة غير ثابتة
- فنوعية العلاقة بين الطبيب والمريض يجب أن تحوي عنصرين أساسيين حتى تكون درجة تقبل المريض للعلاج عالية وحتى يتقضى المضاعفات المرضية.
- إشراك المريض أثناء عملية الفحص والتشخيص وذلك من خلال إعطائه معلومات حول المرض وحول الدواء وحول الخطة العلاجية التي ستتبع.
- تفاوض بين الطبيب والمريض حول السلوكيات والأنظمة الجديدة التي سيتبعها المريض.

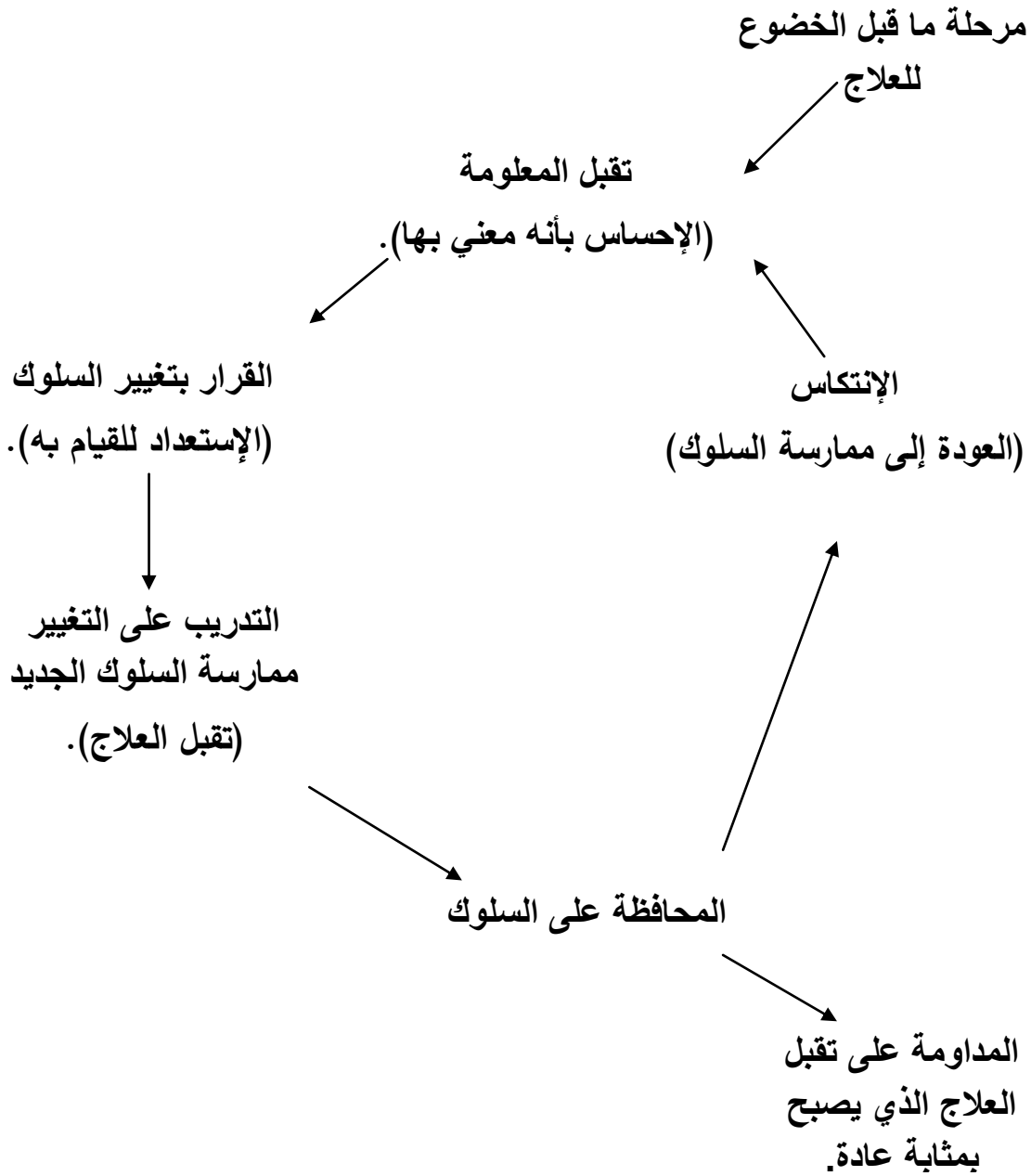
2-3- عوامل مرتبطة بالمريض: من بين هذه العوامل نجد:

- المرضى في حالات عدم الاستقرار (بدون عمل، مشاكل اجتماعية واقتصادية) فهم يظهرون صعوبات في تقبل العلاج
- سن المريض كلّما تقدّم المريض في السن كلّما نقص تقبله للعلاج. (Debarr, 2004, p74)

3-مراحل تقبل العلاج.

يعد تقبل العلاج سلوكي صحيا معقدا بشكل خاص في الأمراض المزمنة، ويفرض تغيرات دائمة قد يكون من الصعب على المريض الالتزام بها، وفق الدقة والانتظام الأمثلين لذلك يتم بدء تنبيهه من جديد وفقا لما حدّد "بروشكاودوكليمنت حيث يمرّ المريض بمايلي:

- 1- مرحلة ما قبل العلاج: ويكون فيها المريض رافضا للمرض والعلاج وهنا لا يشعر المريض أنه معني بالمعلومات المتعلقة بالعلاج.
- 2- الحصول على المعلومة من قبل القائم على الرعاية الصحية حول تأكيد تشخيص المرض وطبيعة وإمكانية تطوره أو الشفاء منه ونوع العلاج المعتمد وفعاليتة وآثاره الجانبية.
- 3- تقبل المعلومات المقدمة حول المرض والعلاج
- 4- إتخاذ القرار ببدء التغيير والاستعداد لممارسته.
- 5- البدء في تبني التغييرات بممارسة السلوك الجديد المتمثل في الخضوع للنظام والعلاج للنظام والعلاج والإلتزام به.
- 6- الاحتفاظ بالسلوك الجديد وممارسته ليصبح عادة من بين عادات المريض. (Jaque, 2002, p18)



الشكل رقم (02): مراحل تقبل العلاج حسب "بروشكاودوكليمونت"

(De Blic, 2007, p422)

خلاصة.

تقبل علاج مرض الباركنسون ضرورة لاجدال حول وجوبها وذلك لضمان تخفيف من حدة معاناة المريض، وتحسين التنبؤ بمآل مرضه، وكذلك التقليل قدر الإمكان من فرض إنتشار المرض بصورة سريعة في أعضاء الجسم، لذلك لا بد من الحرص على التكفل بالعوامل التي من شأنها عرقلة استجابات المريض لإيجابية العلاج، خاصة فيما يتعلق بمعتقداته حول المرض وإمكانيات الشفاء، وتمثلاته للعلاج من خلال التركيز على دعم جوانب شخصية وتعزيز إدراكه لكفاءته الذاتية، وتقديم الدعم الاجتماعي الضروري مما يرفع مستويات تقبله للعلاج ويمنحه القدرة على تحمل أعراض المرض وسلبيات العلاج.

الفصل الرابع

الباركنسون

تمهيد

- 1- تعريف مرض باركنسون.
 - 2- الأسباب العضوية لمرض باركنسون:
 - 3- مراحل تطور مرض الباركنسون:
 - 4- المعاش النفسي لمرضى الباركنسون.
 - 5- دور الأخصائي النفسي في التكفل بمرضى الباركنسون.
- خلاصة الفصل.

تمهيد.

أصبحت فئة المصابين بمرض الباركنسون تشغل بال الباحثين والأطباء الاجتماعيين في الوقت الآني مما دفعهم إلى التوسيع في الدراسات والبحوث وذلك لما يخلفه مرض الباركنسون من آثار على نفسية المصاب ومكانته الاجتماعية، وإعاقة حركته وتواصله، سنحاول التطرق إلى معرفة ما هو الباركنسون، أعراضه وتشخيصه وفق بيولوجية هذا المرض وطريقة التكفل به.

1- تعريف مرض باركنسون.

يعرف "سيلامي" مرض باركنسون على أنه: داء الجملة العصبية المحركة فوق الهرميّة، الذي وصفه الطبيب الإنجليزي باركنسون، وضعا رائقا بإسم الشلل الارتعاش فيبدو المرضى أنّهم يعانون بالفعل من شلل ارتعاش، فهم يعرضون مظهر روبوتات يهزها إهتزاز إيقاعي، جسم ينزع إلى أنه يتوقع على ذاته ووجه لامع ومتخثر كأنه قناع وفي وسطه الحركة القلقة لعيني لها وقع كبير في النفس وأسلوب في الانتقال المتسارع إلى الأمام بخطى متسارعة كما لو أنّهم يجرون وراء مركز ثقلهم (سلامي، 2000، ص 23)

ومن جهة أخرى بيّن بلوتون وزيقلر 1995 أنّه نتيجة لغياب الدراسات التشريحية آنذاك، كان باركنسون يظن أنّ هذا المرض يظهر نتيجة لاصابات تقع عند نقطة إتصال الجزء العلوي للمنظمة العنقية للنخاع الشوكي والجزء السفلي للبلصلة السيسائية بينما كان العديد من العلماء ومن بينهم لوي في سنة 1913 وفون عام 1920 يرجعون السبب في ظهور مرض باركنسون إلى إصابة تتمركز في النوى الرماديّة القاعدية. (Zieglebm,1995, p21)

1-1- حسب تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS).

إنه داء مجهول السبب وهو من الأمراض التنكسية التي تصيب العقد القاعدي في الدماغ وتنتظر بتدفقات مختلفة من بطئ الحركة، تصلب ورعاش وفقد منعكسات الوضعية وهو داء مزمن، تطوره المستمر يتجه نحو الأسوأ. (مجد، 1992، ص 85)

1-2- تعريف طبي عصبي لمرض الباركنسون.

هو فقدان لمادة الدوبامين وهو ناقل عصبي يتحكم بإرسال الإشارات العصبية من الدماغ إلى كافة أنحاء الجسم ويتم تصنيعه في منطقة المهاد المنطقة السوداء في المخ، إذا حصل خلل في هذه الخلايا ينتج مرض الباركنسون.

2- الأسباب العضوية لمرض باركنسون.

يعتبر مرض الباركنسون من بين الأمراض الاضمحالية للعقد القاعدية الأكثر إنتشاراً، فهو راجع لإضمحلال تدريجي للخلايا العصبية وبالخصوص الخلايا العصبية الدوبامينية للكثلة السوداء (Dujardin, 2008, p122)

بمعنى الخلايا العصبية التي تستعمل الدوبامين كناقل عصبي، ترسل الكثلة السوداء، امتدادات إلى بنية عصبية أخرى تدعى الجسم المثلموهما ينتميان في نفس الوقت إلى نظام معقد يدعى النوى الرمادية المركزية، الذي يقوم أساساً بتقديم تسيير الحركات ومعالجة المعلومات الحركية التي تصل إلى الدماغ عن طريق الجسم المثلم (Bonnet, 2006, pp5-6)

2-1- البنية العصبية للعقد القاعدية أو النوى الرمادية المركزية.

هناك خلاف بين العلماء فيها يخص إستعمال مصطلحي: العقد القاعدية والنوى الرمادية المركزية حيث يعتبر كل من بيز، كنزر، وبار ديزو أنه يشمل مصطلح النوى الرمادية المركزية كل من:

- المهاد؛
- العقدية القاعدية التي تتكوّن بدورها من:
 - النواة المذنبة؛
 - البطامة؛
 - الجسم الشاحب ؛
 - النوى تحت المهادية؛

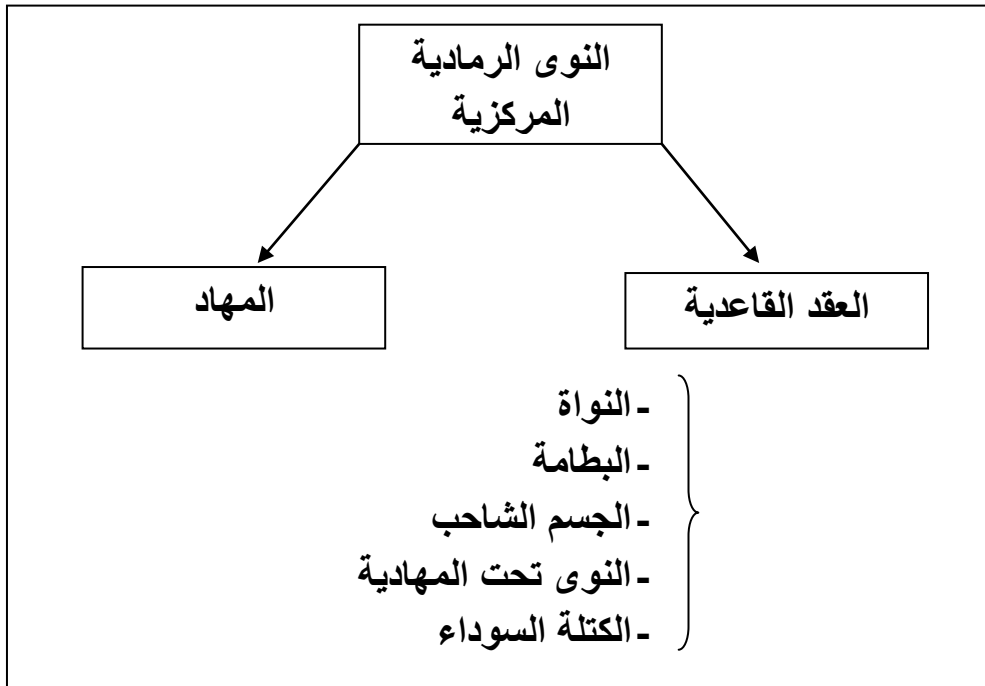
- الكتلة السوداء. (Beau, 2001, p494)

بينما يرى كل من "د جعدن" و"دفيح" أنه تتكوّن النوى الرمادية المركزية من:

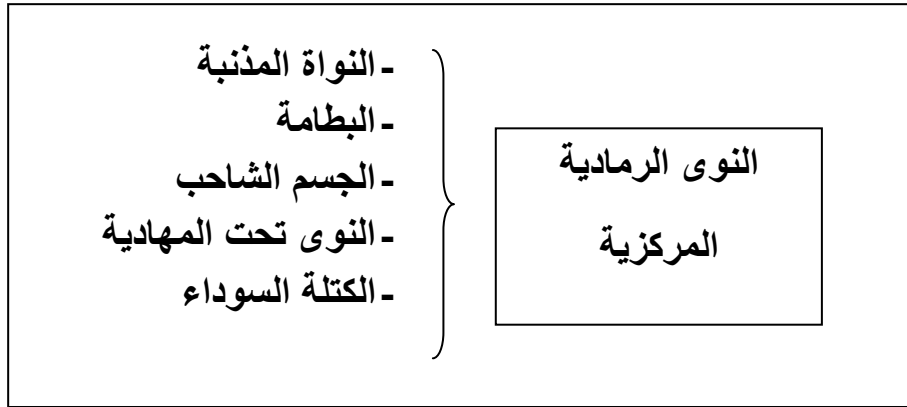
- النواة المدنبة؛
- البطامة؛
- الجسم الشاحب؛
- النواة تحت المهادية؛
- الكتلة السوداء.

بمعنى أنه بالنسبة لهذان الباحثان تتمثل مكوّنات النوى الرمادية المركزية، في نفس مكوّنات العقد الأساسية التي نكرها كل من "بير" "كنزر"، وباراديزو. وهذا قد مثلت كل هذه

المعطيات في الرسم التخطيطي الموالي: (Dujardin, 2001, p3)



الشكل رقم (03): يبيّن مكوّنات النوى الرمادية المركزية حسب "بير"، "كنزر"، و"باراديزو".



الشكل رقم (04): يبين مكونات النوى الرمادية

حسب "جعدن" و"جفيغ"، من خلال هذين الرسمين التخطيطيين، نلاحظ أنه يقابل مصطلح العقد القاعدية عن "بير" وزملاء، مصطلح النوى الرمادية المركزية عند "دجعدن" و"دفيغ" واستنادا برأي "كال" الذي يقول لنّ مصطلح العقد الأساسية، مصطلح غامض وغير محدد التعريف ، فضلى إتباع مصطلح النوى الرمادية المركزية.(Kahil, 1981, p202)

تبعاً "لدجعدن" و"دفيغ" من المادة الرمادية التي تقع وسط المادة البيضاء المحيطة وهي مشكلة أساساً من:

- النواة المذنبة؛
- البطامة؛
- الجسم الشاحب؛
- بالإضافة إلى النوى تحت المهادية والكتلة السوداء.

يشكل كل هذه العناصر بنيات تحقشرية.

2-2- نظام النوى الرمادية المركزية.

يشير كل من "دجعدن" و"دفيغ" أنه لا بد من الرجوع إلى القشرة الدماغية لفهم نظام

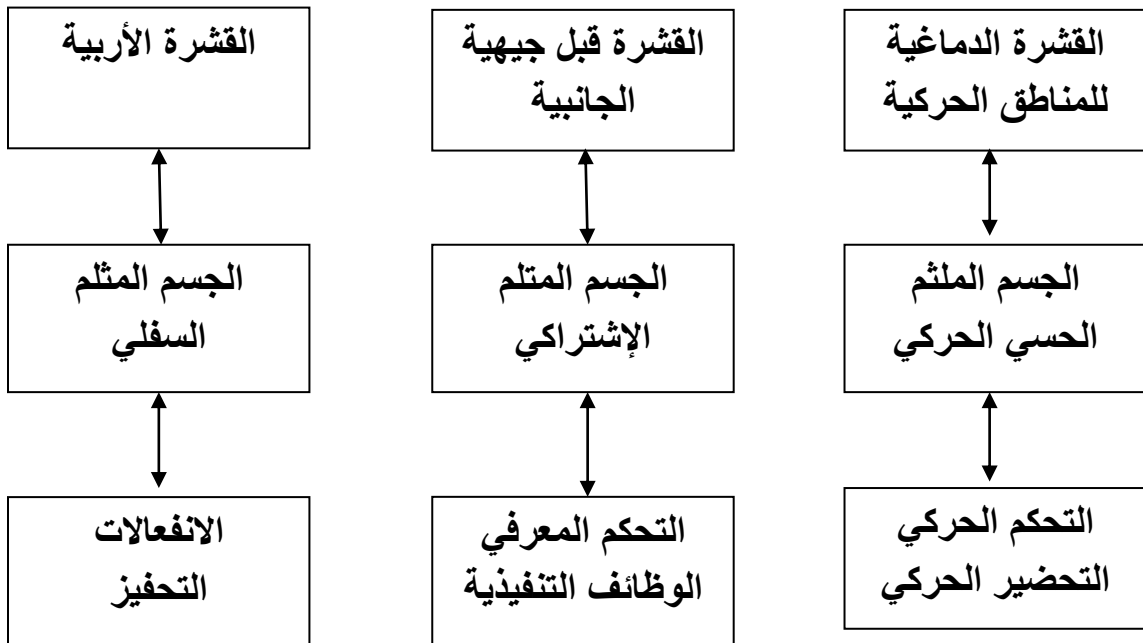
النوى الرمادية المركزية.

فالارتباط القشري الثلمي يسمح بتركيب وانتقاء المعلومات القشرية حيث يعلم الجسم المثلم بالبرامج الحركية المختارة عن طريق القشرة الدماغية.

ويقوم اتصال الجسم المثلم، الجسم الساحب-الكتلة السوداء بإعداد معلومات مكيفة مع المهاد ترسل إلى القشرة الدماغية حيث تعمل على تسوية التسابقات والتضافات اللازمة لتأسيس وإنجاز مهمة حركية معينة. (Dujardin, 2000, p5)

تشير "دجغن" من وجهة أخرى أنه هناك نماذج عديدة إقترحت شرح النظام الوظيفي للنوى الرمادية المركزية وبالرغم من اختلافها إلا أنها تتفق على وجود 3 أنواع رئيسية من الدورات:

- الدورة الحركية: تتدخل في التحكم وتحضير الحركة؛
- الدورة الاشتراكية: تتدخل في العمليات المعرفية؛
- الدورة الأربية: تتدخل في التحكم في الانفعالات والتحفيز. (Dujardin, 2008, pp121-122)



الشكل رقم (05): النظام الوظيفي للنوى الرمادية المركزية التخصصات الوظيفية

3- مراحل تطور مرض الباركنسون.

بعد سلم هُنن وبار، حسب بلونونوزيقلر، السلم الأكثر استعمالاً لتقييم تطور مرض باركنسون، حيث أعدّه الباحثان وبار سنة 1976 على عيّنة متكونة من 856 حالة، ويتميز بـفلة حساسيته، حيث لا يمكن استعماله لوحده فقط لتقييم فعالية علاج ضد مرض باركنسون، إلاّ أنّه قيّم لتصنيف ووضع عينة مدرجة في محاولة علاجه، يتكون هذا السلم من 5 مستويات يعرضها زينوليوزها (2006) في الجدول الآتي:

جدول رقم (03): مراحل تطور مرض باركنسون حسب سلم هُنن وبار (Zagndir, 2005, p130)

غياب الأعراض البركنسونية	مستوى (0)
أعراض أحادية الجانب لا تؤدي إلى إعاقات في الحياة اليومية	مستوى 1
أعراض أحادية الجانب مع اضطراب محوري	مستوى 1,5
أعراض مسيطرة على جانب واحد تؤدي إلى إعاقات نوعاً ما	مستوى 2
أعراض خفيفة ثنائية الجانب مع عدم استقرار في الوضعية إلاّ أنّ المريض يقرأ مشكلاً	مستوى 2,5
تصبح الأعراض ثنائية الجانب مع عدم استقرار الوضعية، إلاّ أنّ المريض يبقى مستقل	مستوى 3
إعاقات حادة بإمكانية المريض المشي إلاّ أنّه يفقد جزئياً استقلالته	مستوى 4
يصبح المريض على كريس متحرك أو مطرح الفراش، يفقد كلياً إشكالية.	مستوى 5

فيما يلي مرض لهذه المستويات الخمس وفقاً لوصف يوتي وزملاؤه 1994 ويجب الإشارة إلى أنّه لم يذكر هذين الباحثين لمستويين 1,5 و 2,5 في وصفهم وذلك لأسباب لم

نتوصل للكشف عنها إلا أننا نفترض أنّ هذين المستويين يمثلان مرحلتين متداخلتين وانتقالييتين سواء مع المستويين 1 و 2 فيما يتعلّق بالمستوى 2,5 والمستويين 2 و 3 فيما يخص المستوى 2,5 وبالتالي يصعب التعرف عليهما.

3-1- المستوى الأول من تطوّر مرض باركنسون.

- تظهر الأعراض أحادية الجانب
- يستمر هذا المستوى خلال حوالي 3 سنوات أين تنتقل الأعراض من الأعضاء العلوية إلى الأعضاء السفلية في نفس جانب الجسم.
- تظهر إنزعاجات خفيفة غير معيقة لا يجبر على العلاج ممّا يفسر غياب تشخيص هذا المرض في هذا المستوى (Petit, 1994, p454).

3-2- المستوى الثاني من تطوّر مرض باركنسون.

- تصبح الأعراض في هذا المستوى ثنائية الجانب، غير أنه يبقى نصف الجسم الذي ظهرت عليه أولى الأعراض، الأكثر تضرراً.
- تصبح الهيئة الوضعية المحورية منحنية نوعاً ما مع ميل إلى ضم الأعضاء وغياب عدم الاستقرار الوضعي رغم تغيير طريقة المشي.
- تظهر كل الأمراض الكلاسيكية خفيفة وهي: غياب الملامح لوجهية إنخفاض في ارتفاع الصوت، تناطئ الإشارات الحركية ونقص في الحركات قبل اللجوء إلى العلاج، كان هذا المستوى يدوم 3 سنوات، حيث تصبح الإعاقة الحركية واضحة غير أنّها معتدلة، فيبدأ العلاج عادة خلال هذا المستوى.

3-3- المستوى الثالث من تطوّر مرض الباركنسون.

- يعد هذا المستوى يكونه المرحلة المرضية ويتميز ب:
- ظهور عدم الاستقرار الوضعي، حيث يعبر المريض عن عدم إحساس بالأمان أثناء المشي خاصة عند تغييره للإتجاه أو عند التفاتهما إلى الوراء.

• تودد المريض في الصعود على كرسي أو سلم كما يتقادر المشي في المساحات الغير مستوية.

• إحتفاظ المريض باستقلاليته واستمراره على مزاولة مهنته (على حسب نوعها) غير أنّ الأعراض البركنسونية أصبحت واضحة للبيان.

قدّر هُنَّ وبار مدة معاناة المريض من هذا الداء عند وصوله إلى هذا المستوى بمدّة

7 سنوات (Zicler, 1995, p52-60)

3-4- المستوى الرابع من تطوّر مرض الباركنسون.

عند وصوله إلى هذا المستوى، يفقد المريض استقلاليته غير أنّه يبقى قادرا على التنقل والوقوف بالرغم من انتشار الأعراض وزيادة خطورتها، فيحتاج المريض لمساعدة عند الإلباس، الغسل وأحيانا عند الأكل، في هذه المرحلة يكون المرض قد دام حوالي 9 سنوات تقريبا.

3-5- المستوى الخامس من تطوّر مرض باركنسون.

يفقد المريض كليا إستقلاليته وغالبا ما يصبح عند هذا المستوى مطرح التراث أو على كرسي متحرك وبدون أي مساعدة يصبح المريض دنفيا يحتاج المرضى عند وصولهم إلى هذا المستوى لعناية ممّرضة تحميهم من تعقيدات الاضطجاع، المرور بفترات من الجفاف وتضاعف الخصب حسب هُنَّ وبار عند هذا المستوى يكون المرض قد استمر منذ 14 سنة. (Braun, 2000, p491)

4- المعاش النفسي لمرضى الباركنسون.

يصاحب مرض الباركنسون الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية الذي تجعل المريض يشكر في حياته، فنجد المصاب في حالة من التوتر ويشكو من أعراض إكتئاب وقلق طفيفة وذلك يعود لأسباب منها اجتماعية وراثية او مرضية، حيث نجد الفرد يميل إلى العزلة وتعابير وجهه لا تخلو من الغرابة وقلما تعكس عاطفة المريض وهذا ما نسميه في

أعراض باركنسون بالوجه المثلث أو المقنع، حيث تكثر ملاحظة الاكتئاب العيادي في المرضى المصابين بمرض الباركنسون وما يقل عن 15% منهم يتعاطون عقاقير مضادة للاكتئاب في بداية تشخيصهم وترتفع هذه النسبة إلى 25% بعد ذلك، ولكن بعض العقاقير لديها مضاعفات جانبية مثل التقيؤ، الهلوسة البصرية، ولكن الدراسات الميدانية تكشف أيضا بأن ما يقل عن 70% من المرضى المصابين بالاكتئاب مع مرضى الباركنسون لا يتعاطون عقارا مضادا للاكتئاب.

وخلال تجربتنا اليدانية التي أجريت مع مرضى الباركنسون، فجميع إختبارات القلق كانت بنسبة مرتفعة، هذا ما يدل أن مرضى الباركنسون يعانون من القلق، وذلك حسب نتائج مقياس تايلور للقلق لبعض المرضى الذي أسفر على نتيجة من [30 ما فوق] وكذلك الفحص المختصر للحالة العقلية MMSE لتقييم حدة الاضطرابات، وأخيرا اختبار الاكتئاب لهاملتون الذي أسفر على نتيجة من 18 ما فوق أي إكتئاب شديد.

5- دور الأخصائي النفسي لمرض الباركنسون.

- العمل على مساعدة مرضى الباركنسون وإدماجهم نفسيًا.
- التكفل النفسي للمرضى.
- العمل على كسب الثقة والطمأنينة عند مرضى الباركنسون.
- العمل على الاستقرار النفسي للمريض وتقبل المرض قصد العلاج.
- العمل على تخفيف من حدة القلق وإكتئاب من خلال المرافقة النفسية.
- العمل على إدماجهم مع البيئة الاجتماعية لأنهم يميلون إلى العزلة.

خلاصة.

إنّ مرض باركنسون إصابة عصبية معروفة منذ حوالي قرنين بأعراضها الخاصة المتمثلة في الثلاثية الإكلينيكية: قلة الحركة، الصلابة، وخاصة الارتجاج، وبالرغم من توصل المجهودات التشريحية الإكلينيكية الصارمة إلى تعيين أوّلاً، مكان الإصابة المتواجدة في الكتلة السوداء وثانياً آلية المرض نقص في مادة الدوبامين، إلاّ أنّه يبقى تشخيص مرض الباركنسون في أساسه إكلينيكي دون اللّجوء إلى الاختبارات المكملّة في طب الأعصاب.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد.

- 1- الدراسة الاستطلاعية
- 2- منهج البحث
- 3- مكان وزمان إجراء البحث
- 4- عينة البحث
- 5- أدوات البحث

خلاصة الفصل.

تمهيد.

تعتمد البحوث العلمية جميعها على منهجية بحث متبعة، يراد خلالها الوصول إلى نتائج علمية، فبعد ما تم الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه الإطار العام للإشكالية من حيث بناءها صياغة الفرضيات، أساليب إختيار الموضوع، الهدف من البحث وأهميته، تحديد المفاهيم الأساسية، وبعدها التطرق إلى متغيرات البحث الحالي بشكل مفصل والمتمثلة في المساندة الاجتماعية، تقبل العلاج، الباركنسون، سنتطرق إذن في هذا الفصل إلى عرض الإجراءات المنهجية للبحث التي تم اتباعها من أجل تحقيق الدراسة المتمثلة في الدراسة الإستطلاعية، منهج البحث، الدراسة الأساسية والأدوات المستعملة والأساليب الإحصائية.

1- الدراسة الاستطلاعية.

بعد تحديد الفئة المراد دراستها في الدراسة الحالية وهي فئة مرضى الباركنسون أو ما يعرف بالشلل الرعاشي، ولتحقيق بحثنا المتمثل في المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون.

ركزنا مجهوداتنا في الاتصال بالمصالح المتخصصة في هذا النوع من الأمراض إذ قمنا بزيارة المركز الاستشفائي الجامعي "نذير محمد" في تيزي وزو لكنّ لم نجد العينة المراد دراستها، لذا إنتقلنا إلى وحدة بالوا بالضبط مصلحة طب الأعصاب، أين تلقينا القبول من طرف المختصة النفسانية وبعد إكمال الإجراءات الإدارية التي تلقينا فيها صعوبة في بداية الأمر بعد ذلك إلتحقنا بمصلحة طب الأعصاب التي تتواجد فيها حالات الباركنسون والتي تعد نوعا ما من الحالات القليلة وهذا ما لاحظناه خلال فترة البحث الميداني فنقص العينة كان يعيق دراستنا، هذا ما أدى بالمختصة النفسانية إلى إرشادنا إلى المستشفى العمومي في تيزي وزو، مصلحة الأعصاب، أين تتم المعاينة والفحوصات اليومية والتي كانت تعمل فيها أيضا حيث تلقينا المساندة والدعم من طرف الأخصائية النفسانية خلال المرحلة الميدانية، أين كنا نتعامل بصفة يومية مع مرضى الباركنسون حيث لم نجد صعوبة في التعامل مع المرضى على غرار بعض منهم الذين تجاوزوا سن 70 سنة، لأنّه كما يعرف هذا النوع من

المرض يصيب الأشخاص بين المرحلة العمرية 50 ما فوق. فكبار السن لا يستطيعون الكلام الكثير وخاصة في هذا النوع من الحالات، حيث طبقنا سلم على مفحوص وكان هناك تجاوبو كانتالبنود سهلة ومفهومة، ومن هنا انطلقنا في الدراسة الأساسية.

2- الدراسة الأساسية.

بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية والتي تمّ ذكرها في عنصر سابق، والتي تعتبر أول خطوة للتقدم والتعرف على الميدان بصفة عميقة حيث تمّ إنجاز الدراسة الأساسية كما يلي:

يقصد بمجتمع الدراسة الأساسية جميع العناصر والأفراد التي لديهم خصائص مشتركة، يمكن ملاحظتها وقياسها، فمجتمع الدراسة هو الهدف الأساسي من الدراسة حسب الباحثة "رجاء محمود أبو علام 2006"، حيث أن الباحث يعمّم في النهاية النتائج عليه ويمكن القول أننا لا ندرس عينات، وإنما ندرس مجتمعات، وما العينة التي نختارها إلا وسيلة لدراسة خصائص المجتمع. (أبوعلام، 2006، ص ص151، 154)

فحجم مجتمع دراستنا تتكوّن من 30 حالة مصابة بمرض الباركنسون.

جدول رقم(04): يمثل مجتمع الدراسة.

البيانات	الحالة	السن
الجنس		
ذكور	24	بين 50 حتى 81
إناث	06	بين 50 حتى 85

3- منهج البحث.

اعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي الذي يلائم طبيعة الظاهرة التي نحن بصدد دراستها وهي المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون.

يعرف المنهج الوصفي من طرف هوني في مجال العلوم الاجتماعية على أنه المنهج الذي يجب أن يكون مقتصرا أو مختصا لبحث الظواهر والوقائع بما أنه يتضمن دراسة الحقائق الوصفية لمجموعة من الأوضاع. (الغوال، 1982، ص ص 58-59).

فهذا المنهج لا يصف الظاهرة المراد دراستها فقط ولكنّه يحلل ويفسر، ويقارن، فهو يعيد الظاهرة وصفا دقيقا ويفسرها تفسيراً علمياً ويعتمد في ذلك على جمع البيانات الخاصة بالظاهرة المدروسة باستخدام الملاحظة أو المقابلة أو الاختبارات بما يتلاءم مع الموضوع. (بوحوش، 2001، ص118)

4- مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية.

تم إجراء الدراسة الأساسية على مستوى المستشفى العمومي في تيزي وزو وبالضبط مصلحة طب الأعصاب للمعاينة والفحوصات اليومية لمرضى الأعصاب والتي لا تبعد كثيرا عن الوحدة الأم "تذير محمد".

- مصلحة الأعصاب هي مصلحة طبية تتكفل بالمرضى المصابين بمرض الأعصاب ونجد منها فئة مرضى الباركنسون.

- وأما عن زمان إجراء البحث فقد تمّ يوم 24 جويلية 2022 إلى غاية 6 أكتوبر 2022.

5- عينة البحث.

لقد تم اختيار عينة بحثنا بالإعتماد على طريقة العينة المقصودة لأنه ليس كل أفراد مجتمع البحث لهم نفس الفرصة في الظهور، فهي عينة يتم إختيارها بشكل غير عشوائي ووفقا لمعايير معينة.

يعرفها الباحث كمال محمد المغربي على أساس أن هذه الطريقة تستخدم في حالة معرفة الباحث للمعالم الإحصائية للمجتمع وخصائصها، لأن العينة المقصودة تتكون من مفردات تمثل المجتمع الأصلي تمثيلا جيّدا، وهنا يقوم الباحث بإختيار مناطق معينة تتميز بتمثيلها لخصائص المجتمع مزايها. (المغربي، 2007، ص147)

لقد تم إختيارنا لعينة بحثنا وفق المعايير التالي:

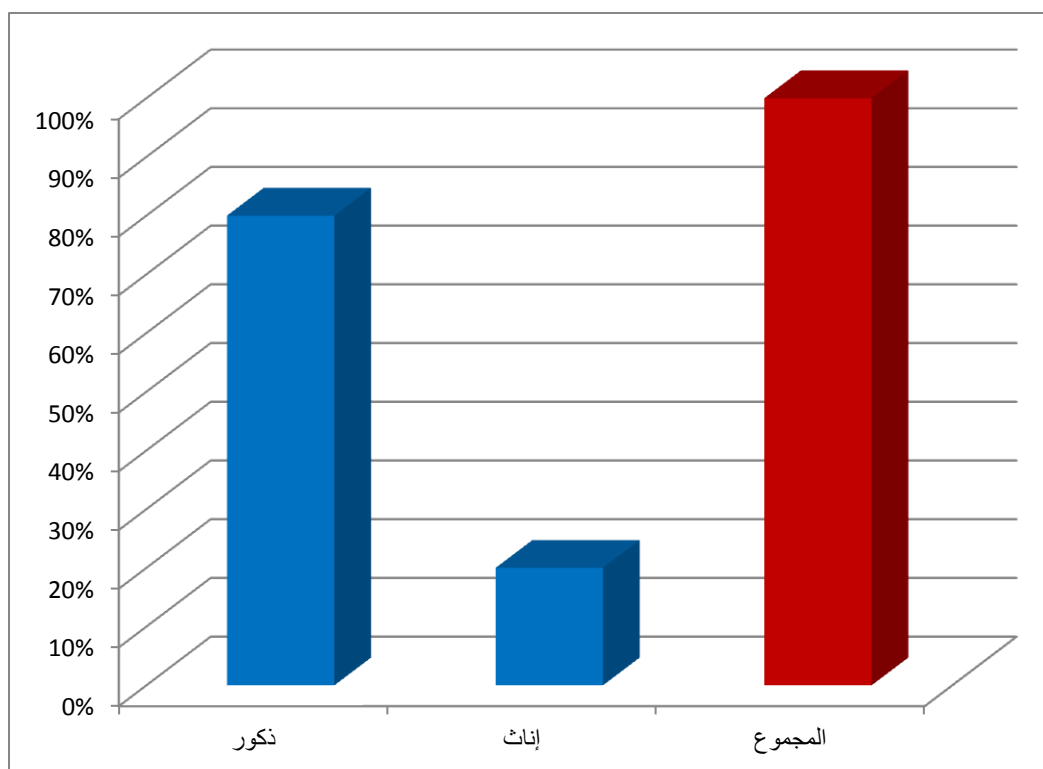
- أن تشمل عينة بحثنا خصيصا فئة المرضى المصابين بالباركنسون

إن إختيار حجم العينة بشكل دقيق ومناسب يعطي نتائج متشابهة إلى حد كبير للنتائج التي يمكن الحصول عليها عند دراسة كامل مجتمع الدراسة، وبشكل عام كلما كان حجم العينة كبير كلما زاد تمثيلنا بخصائص مجتمع موضوع الدراسة، لذلك يمكن تعميم النتائج التي يتم التوصل إليها من خلال دراسة العينة على مجتمع الدراسة الأصلي. (أنجرس، 2006، ص301).

سنتطرق في هذا العنصر إلى ذكر أهم الخصائص التي تتميز بها عينة الدراسة الأساسية، ويتم عرضها في جداول وتمثيلها بيانيا عن طريق أعمدة بيانية حتى تبدو واضحة سهلة الاستيعاب من طرف القارئ.

جدول رقم (05) : توزيع عينة البحث حسب الجنس.

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات الجنس
%80	24	ذكور
%20	6	إناث
%100	30	المجموع

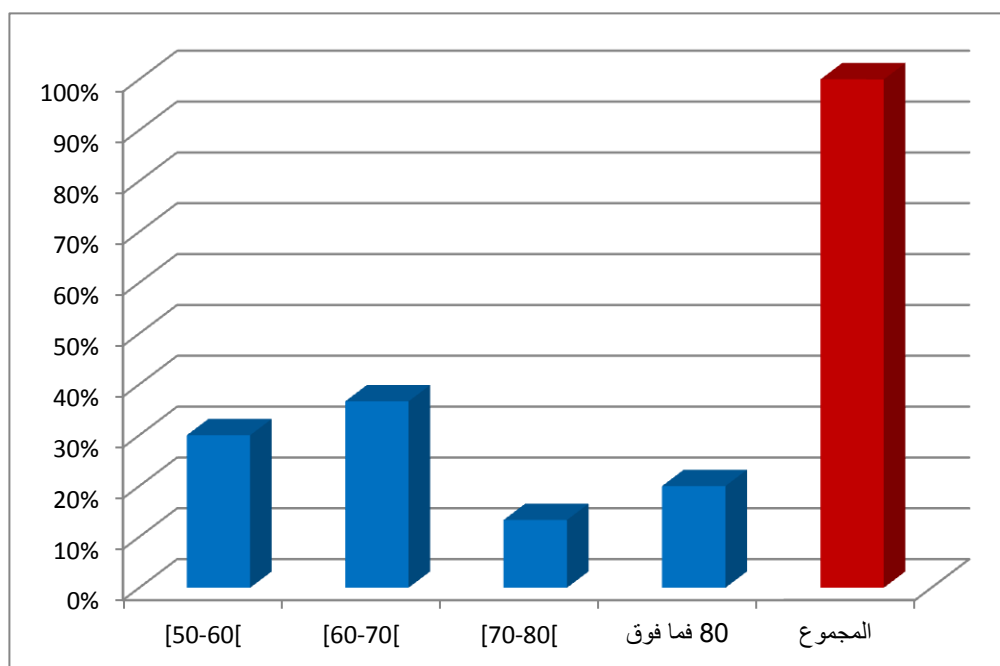


شكل رقم (06): أعمدة بيانية تمثل خصائص عينة البحث حسب الجنس

من الجدول رقم (05) والشكل رقم (06) نلاحظ أن نسبة الإناث البالغة 20% بتكرار 6 أقل من نسبة الذكور البالغة 80% بتكرار 24، حيث بينت الدراسات المسبقة أن الفئة الأكثر عرضة لمرض الباركنسون هم فئة الذكور بنسبة كبيرة عن الإناث.

جدول رقم (06): توزيع عينة البحث حسب السن

النسبة المئوية	التكرارات	البيانات السن
30%	9	[60-50]
36,66%	11	[70-60]
13,33%	4	[80-70]
20%	6	80 فما فوق
100%	30	المجموع



شكل رقم (07): أعمدة بيانية تمثل خصائص عينة البحث حسب السن.

من الجدول رقم (06) والشكل رقم (07) نلاحظ أن نسبة الفئة العمرية [60-50] سنة تمثل نسبة 30% بتكرار 9، تليها فئة [70-60] سنة بنسبة 36,66% بتكرار 11 وفئة [80-70] سنة بنسبة 13,33% بتكرار 4، و[80-] سنة فما فوق بنسبة 20% بتكرار 6، حيث نلاحظ أن الفئة العمرية 50 إلى 70 سنة هم أكبر عدد من أفراد العينة الأساسية.

6- أدوات ووسائل البحث.

يسعى كل باحث لجمع معلومات من الميدان وهذا بإعتماده على مجموعة من الوسائل الأدوات التي تمكنه من الحصول على البيانات والمعلومات عن موضوع بحثه ودراسته.

ومثلت بالنسبة لدراستنا في مقياس المساندة الاجتماعية وإستبيان تقبل العلاج.

6-1- مقياس المساندة الاجتماعية.

صمّم مقياس المساندة الاجتماعية من طرف الباحث ساراسون، ليفين، باشام،

ساراسون (Sarason, 1983)

يشمل المقياس على طبعتين:

- الطبعة الأولى تحتوي على 27 بند، والطبعة الثانية التي تعتبر طبعة مصغرة للمقياس الأصلي وتحتوي على 12 بند وقاموا بتعريفه وتقنيه على البيئة العربية والجزائرية.

ويقوم هذا المقياس بقياس بعدين رئيسين "توفر المساندة" و"الرضا عن المساندة".

توفر المساندة أو عدد الأشخاص المتاحين للمساندة وهو تقدير الفرد لعدد الأشخاص الذين يمكن أن يقدموا المساندة أثناء الحاجة أي عدد الأشخاص الذي يمكن للفرد أن يعتمد عليهم أثناء الحاجة.

مدى الرضا عن المساندة هي الكفالة المدركة من طرف الفرد بين المساندة التي

يتلقاها لاحتياجاته.

وقد تمّ بناء المقياس على أساس عرض مجموعة من المواقف وعددها 12 موقفا

يطلب من المفحوص في إجابته على كل موقف أن يذكر عدد الأشخاص الذين يمكنهم أن

يقدموا له المساندة أو العون في مثل هذا الموقف، وذلك في حدود تسعة أشخاص يحددهم

باستخدام حرفين يشيران لإسم كل فرد مثل: ف.ج ثم يطلب من المفحوص أن يحدّد مدى

رضاه عن علاقته بهؤلاء الأشخاص وذلك بإختيار إجابة واحدة من بين ستة إجابات هي:

- غير راغب على الإطلاق؛
- غير راض؛
- غير راض بدرجة قليلة؛
- راضي ؛
- راض بدرجة كبيرة.

يصح مقياس المساندة الاجتماعية من خلال إعطاء درجة من 0 إلى 09 لكل أسئلة البعد الأول بحيث أدنى درجة للبعد الأول هي 0 وأقصى درجة هي 54 وتعطي درجة من 0 إلى 06 درجات لكل سؤال من أسئلة البعد الثاني حيث أدنى درجة البعد الثاني هي 0 وأقصى درجة هي 36. (Marilliou, 2003, p44)

فأدنى درجة للمقياس الكلي للمساندة الاجتماعية هي 0 وأقصى درجة للمقياس هي 90 والأسلوب المستعمل لتقدير درجة توفر المساندة الاجتماعية والرضا عنها هو أسلوب الدرجة الفاصلة، والتي تتوزع حسب سلمين كما يلي:

السلم الأول:

- 00-17 نقطة: توفر المساندة ضعيف
- 18-35 نقطة: توفر المساندة متوسط
- 36-54 نقطة: توفر المساندة شديدة.

السلم الثاني:

- 11-20 نقطة: غير راض عن المساندة الاجتماعية
- 12-24 نقطة: تقريبا راض عن المساندة الاجتماعية
- 25-36 نقطة: جد راض عن المساندة الاجتماعية. (الشناوي، 1994، ص 42-43)

6-2- استبيان تقبل العلاج.

استبيان تقبل العلاج هو استبيان يتميز بمحاور مختلفة تقيس تقبل الدواء والالتزام بالارشادات والتعليمات الطبية وبالسلوكات الصحية والابتعاد على سلوكات الخطر وعن الضغوط الذي تم تقنيه من طرف "حسين زيد"، حيث يتكوّن من 22 بند و4 محاور.

يتضمن استبيان تقبل العلاج 22 بند موزعة على 4 محاور. (زايد، 2021، ص177)

المحور الأول: تناول الدواء: ويحتوي على العبارات:

- أتناول دوائي في الأوقات التي حدّدها لي طبيبي
- التزم بالجرعات التي وصفها لي طبيبي.
- أشتري كل الأدوية التي وصفها لي طبيبي.
- أستمر في تناول دوائي كما وصفه لي طبيبي.
- أحمل دوائي عندما أسافر.
- أستمر في تناول دوائي حتى إنّ تحسنت حالتي الصحيّة.

المحور الثاني: المواعيد الطبية: وتحتوي على العبارات:

- ألتزم بالمواعيد التي أזור فيها طبيبي
- أجري الفحوص (تحاليل أشعة) التي يطلبها مني طبيبي.
- أזור طبيبي كلّما ظهرت علي أعراض مرضية جديدة.
- أستشير طبيبي عما يجب أن أقوم به للحفاظ على استقرار ضغط دمي
- أقيس ضغط دمي بانتظام.
- ألتزم باتباع تعليمات طبيبي.

المحور الثالث: طبيعة الغذاء وتحتوي على العبارات:

- أتجنب الأطعمة زائدة الملح.
- أتناول الخضروات.
- أتناول الفواكه.

- أتجنب تناول الطعام في محالات الأكل السريع.
- أتجنب الأطعمة زائدة الدهون.

المحور الرابع: نمط الحياة ويحتوي على العبارات:

- أتجنب تناول المشروبات المنبهة القهوة، الشاي.
- أعمل على خفض وزني كلما شعرت أنه زاد.
- أمارس بعض الأنشطة الرياضية لتحسين صحتي.
- أتجنب التدخين.
- أتجنب المواقف التي تسبب لي الضغوط.

تم وضع تعليمية استبيان تبيّن الغرض منه وطريقة الإجابة على بنوده وهي: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتحدّث عن مدى إلتزامك وإتباعك لإرشادات وتعليمات طبيبك المعالج.

- أقرأ كل عبارة على حدّة، ثم أجب عنها بوضع (x) أمام العبارةوتحت كلمة لا، أو قليلا أو كثيرا، وذلك حسب إنطباق مضمون العبارة عليك، أجب عن كل العبارات لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

يصحح استبيان تقبل العلاج هو الآخر بطريقة الشرح في وجود الخاصية لدى

المفحوص حيث تبدأ من الأقل وجودا إلى الأكثر وجودا لها. (زايد، 2021، ص178)

يتكوّن الاستبيان من 22 عبارة تصحّح كلّها في إتجاه واحد ويعبر المفحوص عن تقبله للعلاج من خلال الإجابة على كلّ عبارات الإستبيان ضمن ثلاثة اختيارات وهي "لا" وتنال صفر و"قليلا" وتنال درجة واحدة، وينال المفحوص درجتين إذا أجاب "بكثيرا" ومن أجل تقدير درجة المفحوص على استبيان تقبل العلاج، يتمّ جمع العلامات الخاصة بالبدل "قليلا" أمام كلّ العبارات ويضرب حاصل جمعها في واحد، ويتمّ جمع العلامات الخاصة بالبدل كثيرا أمام كلّ العبارات، ويضرب حاصل جمعها في اثنين، أمّا العلامات التي

يضعها المفحوص أمام كل عبارة من عبارات الاستبيان وتحت البديل "لا" فإنها تهمل لأن درجتها صغيرة وتقدر الدرجة النظرية لكل مفحوص على الاستبيان بين صفر و 44 فكلما انخفضت درجات المفحوص عن المتوسط يعني إنخفاض تقبل العلاج وارتفاع الدرجة عن المتوسط يعني ارتفاع تقبل العلاج. (زايد، 2021، ص179)

7- الأساليب الإحصائية المستعملة:

لا يمكن لأي باحث أن يستغني عن الطرق والأساليب الإحصائية مهما كان نوع الدراسة التي يقوم بها، لأن التقنيات الإحصائية تساعده في التحقق من فرضياته ومعالجة النتائج بصورة كمية دقيقة لتكون الدراسة أكثر موضوعية وعلمية.

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس تقبل العلاج وتمثلت الأساليب الإحصائية في:

7-1- الأساليب الإحصائية المستعملة في تمثيل خصائص الدراسة الإستطلاعية والدراسة الأساسية:

- التكرار:

التكرارات هي عدد المرات التي تكرر فيها الظاهرة أو المشاهدة المعينة، فمثلا إذا كان المتغير يتعلق بالجنس ذكور-إناث فإن التكرار يعني في هذه الحالة عدد الذكور وعدد الإناث الخاص بمجتمع الدراسة المختارة. (أبو علي، 2000، ص25)

- النسبة المئوية:

يلجأ الباحث أحيانا إلى استخراج النسب المئوية، وللنسب المئوية أهميتها في العمليات الإحصائية وخاصة عند حساب الفروق بين النسبيتين ودلالة هذه الفروق.

- قانون النسبة المئوية:

$$\text{النسبة المئوية} = \frac{\text{مجموع التكرارات}}{\text{المجموع الكلي للعينة}} \times 100 \text{ (السيد أحمد، 1998، ص 747).}$$

ويستعمل الرمز % من اجل التعبير عن هذه النسبة.

2-7- الأساليب الإحصائية المستعملة للتحقق من فرضيات البحث ومعالجة النتائج:

- الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (برنامج الـ"SPSS")

يقول الباحث "محمد بوعلاق" (2009): في يومنا هذا يتم إجراء أغلب الاختبارات من

خلال برامج إحصائية قياسية على سبيل المثال "SPSS".

تعني كلمة "SPSS" الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية، وهو برنامج آلي يستخدم لإجراء عمليات إحصائية كثيرة بشكل أسهل، فالقيام بالحسابات اليدوية لهذه الإحصائيات ليس سهلا خاصة إذا كان حجم البيانات كبيرا، ولكن بإستخدام برنامج النظام الإحصائي SPSS، تصبح جميع هذه التحليلات سهلة، ويتم من خلال التعامل مع البرنامج لكسب الكثير من الوقت والجهد والموضوعية والدقة في النتائج. (صالح النجار، 2007، ص 285)

ففي هذه البرامج يتم إعطاء إحصائية قيمة "P" مع النتائج المعطاة، ويتم مقارنة القيمة

الإحصائية المعطاة مع مستوى دلالة معين (0,01، 0,05، 0,1).

في حالة كون قيمة "P" أصغر من واحد من المستويات الدلالية الثلاثية يتم رفض

الفرضية الصفرية، ويعتبر الفرضية البديلة ذات دلالة إحصائية، أما في حالة كون قيمة "P"

أكبر من 0,01، 0,05 أو 0,1 فيتم رفض الفرضية البديلة ويحتفظ بالفرضية الصفرية

(بوعلاق، 2009، ص 33).

واستعنا ببرنامج "SPSS" من أجل تحليل البيانات، والوصول إلى نتائج من أجل كسب الوقت والجهد والموضوعية والدقة في النتائج، وذلك بعد تفرغ بيانات مقياس المساندة الإجتماعية، وإستبيان تقبل العلاج بعد تطبيقهما على عينة الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية حسب النتائج المتحصل عليها من المستجيبين.

• المتوسط الحسابي:

المتوسط الحسابي لقيم متغيرها، هو مجموع قيم ذلك المتغير مقسوما على عدد هذه القيم، فهو معلومة رقمية تتجمع حولها سلسلة من القيم، يمكن من خلالها الحكم على بقية قيم المجموعة (بوعلاق، 2009، ص40).

والمتوسط الحسابي هو حاصل قسمة مجموع قيم التوزيع على عددها.

م: المتوسط الحسابي

ن: عدد أفراد العينة

مج س: مجموع القيم

(فريد كامل، 2006، ص105)

- الانحراف المعياري:

هو مقياس للتشتت وهو الجذر التربيعي للتباين، ويفضل إستخدامه بدلا من التباين لأن وحدة القياس فيه مساوية لوحدة القياس للبيانات الأصلية وبالتالي يمكن التفكير فيه كمتوسط للمسافات بين القيم والمتوسط الحسابي (محمد بوعلاق، 2009، ص40).

ويمكن حساب الانحراف المعياري على النحو التالي:

$$\sqrt{\frac{\quad}{n}}$$

بحيث: ع: الانحراف المعياري

م: المتوسط الحسابي

س: الدرجة الخام

ن: عدد أفراد العينة

مج: مجموع القيم

(صالح النجار، 2007، ص 139)

- معامل ارتباط بيرسون:

يعد معامل ارتباط بيرسون كأحد المؤشرات الإحصائية البارامترية لدراسة قوة واتجاه العلاقة بين متغيرين كميين (س وع) أحدهما مستقل وثانيهما تابع. وقيمة هذا المعامل تتراوح بين (+1 إلى -1) وتدل القيمة الخطية (+1 أو -1) لمعامل ارتباط "بيرسون" على وجود علاقة تامة بين المتغيرين، وبالمقابل تدل قيمته المساوية 0، على انعدام وجود علاقة خطية بين المتغيرين المدروسين، وكلما اقتربت قيمة معامل "بيرسون" من (+1) أو من (-1) دل ذلك على وجود علاقة قوية بينهما وإذا اقتربت من (0) دل ذلك على ضعف العلاقة (بوعلاق، 2009، ص 79).

ويتم حساب معامل ارتباط بيرسون بالمعادلة التالية:

$$r = \frac{n \sum s \times e - \sum s \times \sum e}{\sqrt{[n \sum s^2 - (\sum s)^2][n \sum e^2 - (\sum e)^2]}}$$

بحيث:

ر: معامل ارتباط بيرسن

ن: عدد أفراد العينة

مج س: مجموع درجات المتغير الأول

مج ص: مجموع درجات المتغير الثاني. (أبو زينة، 2006، ص 165-166).

- الاختبار التائي T:

يستعمل هذا الاختبار لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات المرتبطة وغير المترتبة للعينات المتساوية وغير المتساوية، وتوجد مجموعة من النماذج لإختبار "T" ولكل نموذج مجال استخدامه (بوعلاق، 2009، ص 145).

وفي دراستنا الحالية استعملنا الاختبار التائي لدراسة الفروق بين الجنسين لكلا المتغيرين المدروسين، ولعدم تجانس حجم الذكور مع حجم الإناث، فإننا استعملنا إختبار "T" لعينتين مستقلتين وغير متساويتين في الحجم.

وحسب محمد بوعلاق (2009) فإن هذا البرنامج يخضع لنفس الشروط التي يتطلبها أي اختبار بارامتري وهو يقوم على مقارنة متوسطي عينتين اختيرتا بطريقة عشوائية ولهما تباينين متساويين، وتكون العينات مستقلتان عندما لا يكون الفرد الواحد موجودا في كلتا العينتين مثل اختبار علامات فوجين من الطلبة في امتحان واحد يتضمن نفس الأسئلة.

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

بحيث:

X1: متوسط العينة الأولى

X2: متوسط العينة الثانية

N1: حجم العينة الأولى

N2: حجم العينة الثانية

S1: تباين العينة الأولى

S2 : تباين العينة الثانية.

خلاصة.

تناولنا في هذا الفصل الخطوات المنهجية التي من خلالها يمكن للباحث الوصول إلى نتائج، لهذا فإن هذا الجزء من البحث يعرض خطوات وتقنيات منهجية علمية اعتمدنا عليها في دراستنا من أجل وضع الدراسة في صفحة علمية وتأكيد الجانب النظري الذي انطلقنا منه.

وتشمل هذه الخطوات في إعادة التذكير بفرضيات الدراسة، التطرق إلى حيثيات الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستعمل في الدراسة، مكان وزمان إجراء البحث، عينة البحث، أدوات ووسائل البحث.

الفصل السادس

تحليل ومناقشة النتائج

تمهيد.

- 1- عرض نتائج الإحصاء الوصفي للدراسة.
- 2- عرض وتحليل النتائج.
- 3- تفسير ومناقشة النتائج.
- 4- مناقشة عامة.
- 5- إستنتاج عام.

تمهيد.

تم في الفصل السابق التطرق إلى الإجراءات التطبيقية للدراسة الميدانية في حين سيتم في هذا الفصل التطرق إلى مختلف النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق إجراءات الدراسة واستعمال الأدوات الإحصائية اللازمة، بمعنى آخر عرض وتحليل نتائج كل فرضية على حدى وتوضيح مدى قبولها أو رفضها.

وفي الأخير سيتم تفسير النتائج المتحصل عليها ومناقشتها بناء على نتائج الدراسات السابقة ومحاولة إجراء المقارنة النظرية بالنسبة للدراسة الحالية.

1- عرض نتائج الإحصاء الوصفي للدراسة:

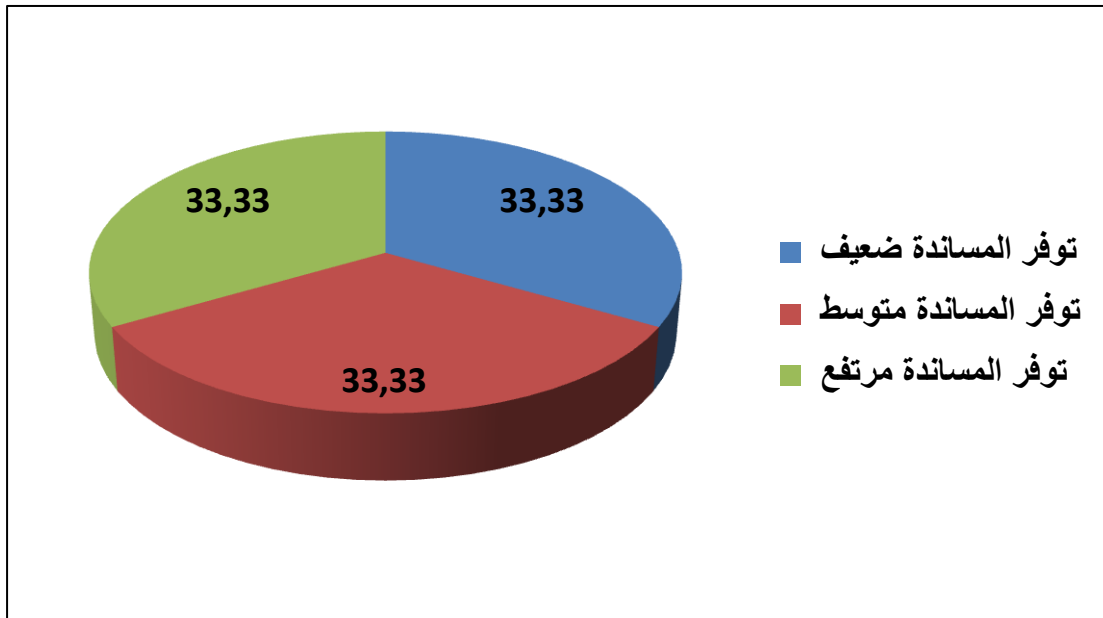
إرتأى الباحث قبل عرض وتحليل نتائج فرضيات البحث أن يقدم مستويات كل من تقبل العلاج والمساندة الاجتماعية.

وتتلخص مستويات المساندة الاجتماعية في الجداول الموالية

1-1- مستويات بعد توفر المساندة الاجتماعية.

جدول رقم (07): التكرارات والنسب المئوية لنتائج تقدير مستويات "بعد" توفر المساندة الاجتماعية لدى عينة البحث.

النسبة المئوية	التكرارات	المجالات	البيانات المستويات
%33.33	10	[17-00]	توفر المساندة ضعيف
%33,33	10	[35-18]	توفر المساندة متوسط
%33,33	10	[54-36]	توفر المساندة مرتفع
%33,33	30	[54-00]	المجموع



شكل رقم (06): دائرة نسبية تمثل مستويات بعد توفر المساندة الاجتماعية

من الجدول رقم (07) والشكل (06) نلاحظ أن نسبة بعد توفر المساندة الاجتماعية جاءت بمستويات متناوبة حيث أن توفر المساندة ضعف بالنسبة 33,33% تكرار "10" وتوفر المساندة متوسط بالنسبة 33,33% تكرارا "10" وتوفر المساندة مرتفع بالنسبة 33,33% تكرار "10".

ولقد تم تدعيم هذه النتائج من خلال توضيح خصائص الإحصاء الوصفي لدى عينة البحث لبعده توفر المساندة الاجتماعية كما هي ممثلة في الجدول الآتي.
جدول رقم (08): نتائج الإحصاء الوصفي لمتغير توفر المساندة الاجتماعية.

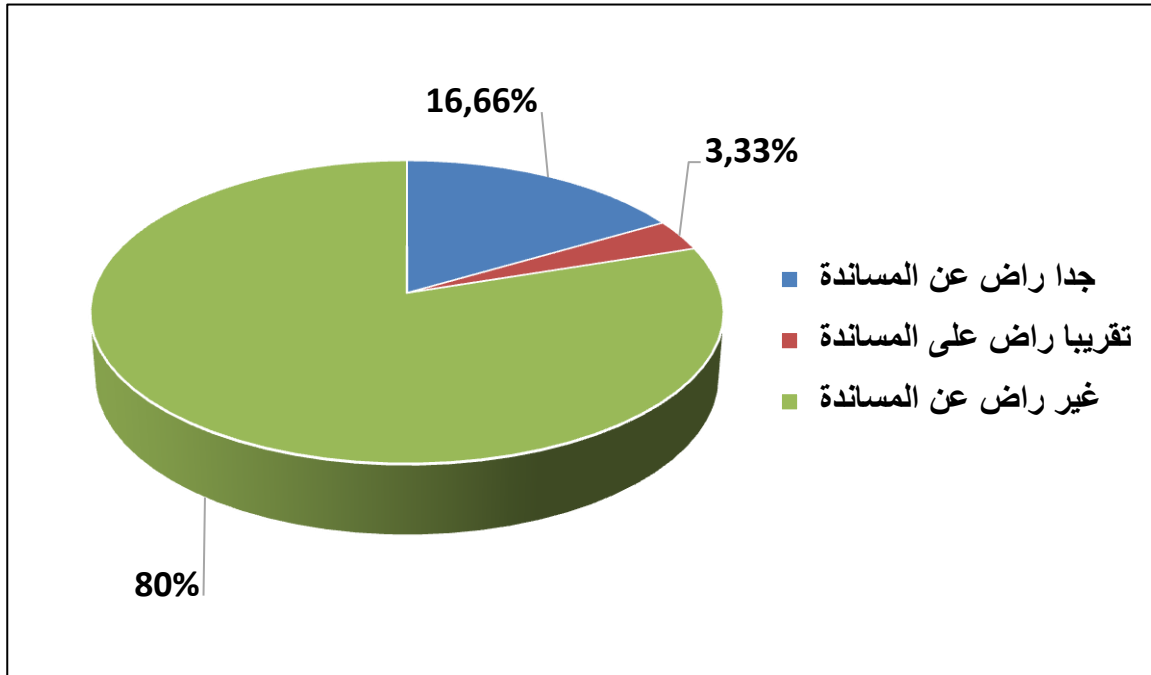
البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أدنى درجة	أعلى درجة	الفرق بين أدنى وأعلى درجة.
بعد توفر المساندة	30	31,9	14,96	1	47	46

من الجدول رقم (08) لنتائج الإحصاء الوصفي لبعده توفر المساندة الاجتماعية نلاحظ أن المتوسط الحسابي لهذا البعد لدى عينة البحث الحالية مرتفع مقارنة بالمتوسط المرجعي الذي هو 27.

1-2 - مستويات بعد الرضا عن المساعدة الاجتماعية.

جدول رقم (09): التكرارات والنسبة المئوية لنتائج تقدير مستويات بعد الرضا عن المساعدة الاجتماعية لدى عينة البحث.

النسبة المئوية	التكرارات	المجالات	البيانات المستويات
3.33%	1	[11-06]	غير راض عن المساعدة
16,66%	5	[24-12]	تقريبا راض عن المساعدة
80%	24	[36-25]	جدا راض عن المساعدة
100%	30	[36-06]	المجموع



شكل رقم (08) دائرة نسبية تمثل بعد الرضا عن المساعدة الاجتماعية

من خلال الجدول رقم (09) والشكل رقم (08) نلاحظ أن نسبة بعد الرضا عن المساعدة تتمركز عن المستوى راض جدا وذلك بـ 80% وبتكرار 24، تليها نسبة تقريبا راض عن المساعدة بـ 16,66% بتكرار 5، بينما بلغت نسبة مستوى غير راض عن المساعدة 3,33% وبتكرار 1.

ولقد تم تدعيم هذه النتائج من خلال توضيح خصائص الإحصاء الوصفي لدى عينة بحثت لبعده الرضا عن المساعدة الاجتماعية كما هي ممثلة في الجدول الموالي

جدول رقم (10): نتائج الإحصاء الوصفي لبعده الرضا عن المساعدة الاجتماعية لدى عينة البحث.

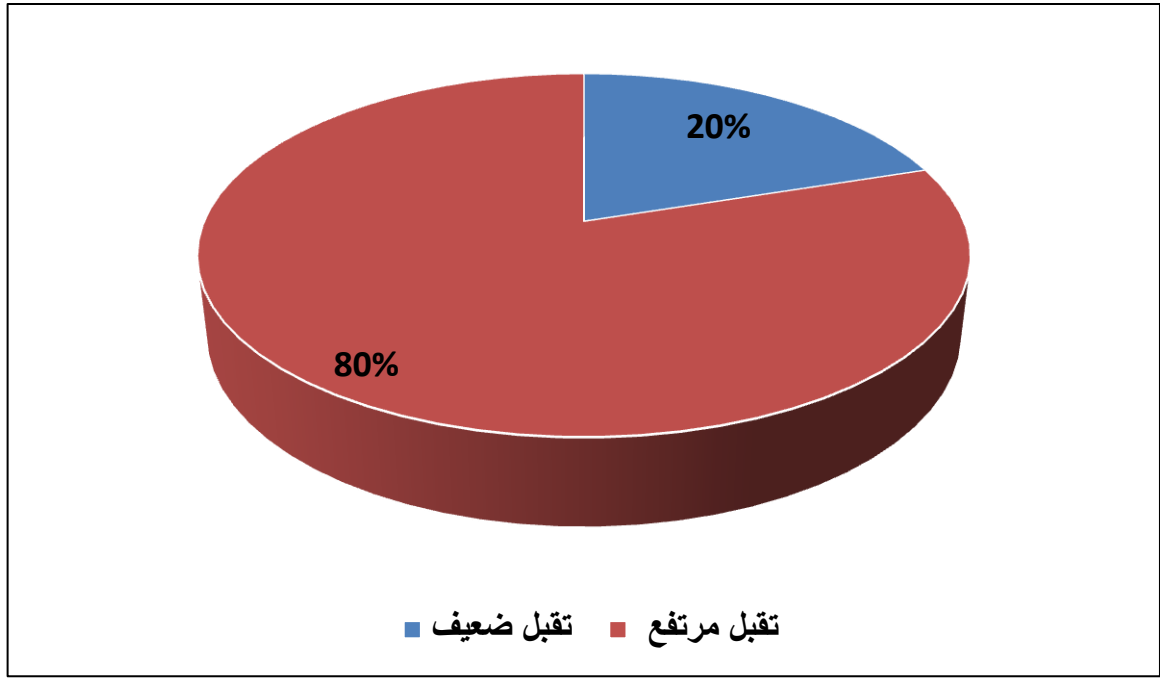
البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أدنى درجة	أعلى درجة	الفرق بين أدنى وأعلى درجة.
بعده الرضا عن المساعدة	30	27,37	7,76	8	36	28

من الجدول رقم (10) لنتائج الإحصاء الوصفي لبعده الرضا توفر المساعدة الاجتماعية. نلاحظ أن المتوسط الحسابي لهذا البعد لدى عينة البحث الحالية بلغ 27,37 وهو متوسط مرتفع مقارنة بالمتوسط المرجعي لبعده الرضا عن المساعدة الذي هو 21.

1-3- مستويات متغير تقبل العلاج.

جدول رقم (11) : تلخص مستويات تقبل العلاج فيما يلي:

النسبة المئوية	التكرارات	المجالات	البيانات / المستويات
20%	6	[44-00]	تقبل العلاج منخفض
80%	24	[44 مافوق]	تقبل العلاج مرتفع
100%	30	[44-00]	المجموع



شكل رقم (09) دائرة نسبية تمثل مستويات متغير تقبل العلاج.

من خلال الجدول رقم (11) والشكل رقم (09) نلاحظ أن نسب مستويات تقبل العلاج موزعة بشكل متباعد، حيث أنّ أكبر نسبة إستحوذ عليها مستوى تقبل العلاج المرتفع بـ 80% وبتكرار 24، ثم تليها تقبل العلاج المرتفع بـ 80% وبتكرار 6 وقد تم تدعيم هذه النتائج من خلال توضيح خصائص عينة بحثنا لمتغير تقبل العلاج كما هي ممثلة في الجدول الموالي:

جدول رقم (12) نتائج الإحصاء الوصفي لمتغير تقبل العلاج لدى عينة البحث.

البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أدنى درجة	أعلى درجة	الفرق بين أدنى وأعلى درجة.
تقبل العلاج	30	53,11	17,67	23	73	50

من الجدول رقم (12) لنتائج الإحصاء الوصفي لمتغير تقبل العلاج لدى عينة البحث، نلاحظ أن المتوسط الحسابي لهذا المتغير بلغ 53,11 وهو متوسط مرتفع مقارنة بالمتوسط المرجعي لاستبيان تقبل العلاج الذي هو 22.

2- عرض وتحليل النتائج.

بعد تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية واستبيان تقبل العلاج تمّ جمع المعطيات وفرزها وفق الإطار المنهجي المحدد في الفصل السابق تم تبويب البيانات في جداول لتوضح انتائج المتوصل إليها.

2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون.

من أجل الحصول على نتائج أكثر دقة في تحليل نتائج الفرضية الأولى أو العامة إرتأينا التحقق منها بطريقة إحصائية حيث قمنا باستعمال معامل الارتباط "بيرسون" لاختبار طبيعة العلاقة بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية الكلي واستبيان تقبل العلاج وبذلك تم توزيع متغيري الدراسة كالتالي:

جدول رقم (13) : توزيع متغيري المساندة الاجتماعية الكلي وتقبل العلاج.

البيانات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المساندة الاجتماعية	30	59,27	22,72
تقبل العلاج	30	53,11	17,67

وقد جاء معامل الارتباط بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج بعد إخضاع معطيات الدراسة للمعالجة الإحصائية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (14) معامل الارتباط بين المساعدة الاجتماعية وتقبل العلاج.

القرار	مستوى الدلالة المعتمد	مستوى الدلالة المحسوب	قيمة معامل الارتباط	العينة	متغير الدراسة
توجد علاقة دالة	0,01	0,000	0,336	30	المساندة الاجتماعية
				30	تقبل العلاج

نلاحظ من الجدول رقم (14) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0,000) أصغر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,01)، وهذا يعني أنه توجد علاقة دالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالباركنسون، ويظهر ذلك من خلال قيمة معامل الارتباط التي تساوي 0,336.

2-1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب الجنس لدى مرضى الباركنسون.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية للجنسين وبعدها قمنا بإختبار T لمعرفة دلالة الفروق في نتائج المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير الجنس، والنتائج مدونة في الجدول التالي:

جدول رقم (15) دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية وفقا لمتغير الجنس.

المقياس	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوب	القرار
المساندة الاجتماعية	ذكر	24	56,41	19,04	28	1,724	0,100	غير دال
	أنثى	6	70,66	13,86				

يتبين من الجدول رقم (15) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0,10) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0,05) مما يعني أنه لا توجد فروق ذات إحصائية بين الذكور والإناث فيها بعض متغير المساندة الاجتماعية لدى مرضى الباركنسون وبلغت القيمة التائية 1,724.

2-1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج حسب السن لدى مرضى الباركنسون.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب متوسطات الدرجات وكذلك حساب الانحرافات المعيارية السن، وبعدها قمنا بإختبار T لمعرفة دلالة الفروق في نتائج تقبل العلاج تبعاً لمتغير السن والنتائج مدونة في الجدول الآتي:

جدول رقم (16) دلالة الفروق وفقاً لمتغير السن.

المقياس	السن	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة المحسوب	القرار
تقبل العلاج	<85	30	52,62	8,46	28	0,509	0,615	غير دال

يتبين من خلال الجدول رقم (16) أن مستوى الدلالة المحسوب والمقدر بـ (0,615) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا والمقدر بـ (0,05) مما يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير السن فيما يخص متغير تقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون وبلغت القيمة التائية 0,509.

3- تفسير ومناقشة النتائج.**3-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.**

تشير الفرضية الأولى أن هناك علاقة إرتباطية بين متغير المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون.

- من خلال النتائج السابقة تبين أن هناك علاقة إرتباط بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01)، مما يدل أنه كلما كانت درجة المساندة الاجتماعية مرتفعة ارتفعت معها درجة تقبل العلاج.

وهذه النتيجة جاءت متوافقة مع دراسة قارة (2009) من جامعة باتنة، التي تحمل عنوان "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي"، على 100 عينة حيث أسفرت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي وبين تقبل العلاج.

وهذه النتيجة تتفق مع ما جاء في تقرير OMS (2003) حول تقبل العلاج على مدى الطويل، فيما يخص عوامل تقبل العلاج التي ذكرت منها أن العوامل المساندة الاجتماعية تلعب دوراً إلى جانب عوامل أخرى لتقبل المريض للعلاج.

3-1-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى.

تشير الفرضية الجزئية الأولى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب متغير الجنس لدى مرضى الباركنسون.

من خلال النتائج السابقة لنتائج الدلالة الإحصائية بين الجنسين تبين أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0,100) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد بـ (0,05) فالفرضية المطروحة غير محققة. وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب متغير الجنس لدى مرضى الباركنسون.

وهذه الفرضية جاءت منطبقة مع نتائج دراسة سليمان جريو (2017) تحت عنوان "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري" على عينة قوامها 76

مفردة (ذكر وأنثى) بمسيلة التي أسفرت على نتيجة لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة المساندة الاجتماعية بنسبة لمتغير الجنس.

وهذا ما اتفق مع دراسة أحمان (2012) التي توصلت في دراستها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزي لمتغير الجنس في متغير المساندة الاجتماعية.

3-1-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية.

تشير الفرضية الجزئية الثانية أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج حسب متغير السن لدى مرضى الباركنسون.

من خلال النتائج المسبقة لنتائج الدلالة الإحصائية حسب تغير السن تبين أن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي (0,615) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد والمقدر بـ (0,05) فالفرضية المطروحة غير محققة. وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج حسب متغير السن لدى مرضى الباركنسون.

وجاءت هذه النتيجة متوافقة مع نتيجة تايلور وباتل (2000) حول العوامل التي تؤثر لدى مرضى ضغط الدم المرتفع على عينة تكونت من 102 مريض ومريضة، تتراوح أعمارهم ما بين 31 سنة فأقل إلى 71 سنة فأكثر التي أظهرت على عدم وجود فروق بين الأعمار بتقبل العلاج.

وهذه النتيجة جاءت معارضة للنتيجة سليمان جريو (2015) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائية في درجة تقبل العلاج لدى مرضى سكري تعزي لمتغيرات (سن، نوع العلاج).

4- مناقشة عامة.

أعدت الدراسة الحالية بصدد الكشف عن العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون مع إلقاء الضوء على دلالات الفروق في تقبل العلاج حسب السن والمساندة الاجتماعية حسب الجنس، بسبب التغيرات السريعة التي شهدتها مجتمعنا في شتى مجالات الحياة.

فبعد عرض وتحليل النتائج المتواصل إليها، وذلك من خلال نفي أو تأكيد فرضيات الدراسة تم تفسير هذه النتائج ومناقشتها بالإعتماد على مختلف الدراسات المنجزة من طرف الباحثين التي لها صلة بالموضوع، وكذا ما تم الحصول عليه من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت في إطار هذه الدراسة.

وقد توصلنا في دراستنا هذه إلى إستخلاص جملة من النتائج ننجزها فيما يلي: وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون، وهذه النتيجة تتوافق مع نتائج التي توصلت إليها دراسة قارة (2009) التي قامت بها حول المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، قد أظهرت نتائجها بوجود علاقة دالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسية وبين تقبل العلاج، حيث ترجع هذه النتيجة إلى أنّ حياة المرضى المصابين بالباركنسون مليئة بالدعم البيئي المحيط بالفرد (الأسرة، الزوجة، الأصدقاء...)، والتي من شأنها التخفيف من أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها وتمكينه من المشاركة الاجتماعية الفاعلة في مواجهة المرض والتكيف معه، وتساعده على تقبل العلاج.

لذا نجد أنّ المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل الكثير من المعاناة النفسية، كما تحفز على تقبل العلاج بسهولة وتعايشه مع المرض في حياة عادية، نظرا لما لها من أهمية على تأثير إيجابي على صحة المريض الجسدية والنفسية، تساعده على تقبل العلاج أي الالتزام بالدواء والإرشادات الطبية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب الجنس لدى المرضى المصابين بالباركنسون، وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة الدراسة التي توصل إليها سليمان جريو (2017) تحت عنوان "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالسكري" إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة المساندة بالنسبة لمتغير الجنس.

وتعزى هذه النتيجة إلى أن مرضى الباركنسون يتمتعون بالسند لكلا الجنسين، مما يؤدي إلى إشباع الحاجات الأساسية لهم من حب واحترام وتقدير وتفهم وتواصل وتعاطف، ومشاركة الاهتمامات وتقديم النصح والعون في وقت حدوث الأزمات أو الضغوط.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتقبل العلاج حسب السن وإنّ النتيجة التي تم التوصل إليها في إطار هذه الدراسة تتماشى مع نتائج الدراسة التي قامت بها تايلور وباتل (2000) في دراستها بعنوان "العوامل التي تؤثر في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع" التي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق بين الأعمال في تقبل العلاج.

وتعود هذه النتيجة إلى أن مرضى باركنسون يسعون دائماً إلى تعايشهم مع المرض رغم سنهم يقاومون صعوبات الحياة الضاغطة، كما أيضاً يتحدثون المرض وذلك باتباعهم الإرشادات الطبية المنصوح بها، والتزامهم بالدواء في الوقت المناسب.

وبناء مما سبق، تبرز أهمية هذه الدراسة في كونها دراسة وصفية مقارنة، إهتمت بدراسة المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون، وهي من المواضيع الهامة والمرتبطة بدرجة كبيرة بحياة الفرد التي من شأنها أن تكون دعم لحياة المصاب وتقبله بشكل إعتيادي للمرض.

5- إستنتاج عام.

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين المساعدة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون، كما هدفت إلى الكشف عن الفروق في المساعدة الاجتماعية حسب متغير الجنس لدى مرضى باركنسون وأيضا ما إذا هناك فروق في تقبل العلاج حسب متغير السن لدى مرضى الباركنسون وتوصلت إلى النتائج التالية.

نتائج الفرضية الأولى.

- 1- وجود علاقة إرتباطية بين المساعدة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون
- 2- عدم وجود فروق في المساعدة الاجتماعية حسب متغير الجنس
- 3- عدم وجود فروق في تقبل العلاج حسب متغير السن

خاتمة

خاتمة.

يعتبر مرض الباركنسون من الأمراض الخطيرة في العصر الذي نعيش فيه، والمنتشر بنسب لا يستهان بها في دول العالم بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة.

لا تقتلص الآثار التي يسببها مرض الباركنسون على مستوى الجسماني العضوي فقط، فتأثيرات المرض بحد ذاته بسبب التعقيدات العضوية التي يسببها والأعراض الجانبية لمرض الباركنسون منها الرعاش، تصلب العضلات، بطأ الحركة.

فقد شاع الكرب النفسي لدى مرضى الباركنسون حسبما اطلعنا عليه من خلال دراستنا وما أثبتته دراسات كثيرة على المستوى المحلي والعالمي، مما استلزم العناية الفائقة لهؤلاء المرضى ليس فقط على المستوى الطبي لكن على المستوى النفسي بالراحة النفسية للمريض، لذلك جاء الإهتمام بالمساندة الاجتماعية من أولويات البحث ولتخفيف من عبء هذا المرض، لذلك يجب الإلمام بجميع أنواع المساندة الإجتماعية خصوصا بالدعم الوجداني، التقديري، النصائحي، المعلوماتي والمادي الذي يتلقاه الفرد من العناصر الفعالة في المحيط الاجتماعي ضرورية ومفيدة خاصة عند المرضى المزمنين (مرضى الباركنسون)، فهي تساعدهم على إعادة الثقة بأنفسهم وعلى تنمية إستراتيجيات مواجهة فعالة على تقبل العلاج الذي يعتبر مفهوما يشير إلى الإنتظام والالتزام من المريض بالدواء، تعليمات، إرشادات طبية، بما فيها السلوكات الصحية.

لذلك تم البحث في ما إذا كانت توجد علاقة بين المساندة الإجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون، وما إذا كانت توجد فروق في مساندة اجتماعية وتقبل العلاج حسب الجنس والسن، لذلك قمنا بصياغة الفرضيات على النحو التالي: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون، ما إذا كانت توجد فروق في المساندة الاجتماعية حسب الجنس، ما إذا كانت توجد فروق في تقبل العلاج حسب السن.

ومن أجل التحقق من الفرضيات المصاغة، اعتمدنا على المنهج الإحصائي للتحقق من فرضيات العلاقة والمنهج الوصفي المقارن من أجل التحقق من فرضيات الفروق، واعتمدنا على عينة قوامها 30 مريض ومريضة مصاب بمرض الباركنسون، وبذلك اعتمدنا على مقياس المساندة الاجتماعية واستبيان تقبل العلاج، ولهدف تحليل البيانات ومناقشتها وتفسيرها اعتمدنا على البرنامج الإحصائي في العلوم الاجتماعية (SPSS). وبعد تفرغها وتحليلها توصلنا إلى النتائج التالية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون، وإلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى الباركنسون حسب السن والجنس.

فجاءت نتائج البحث لتبين أهمية المساندة الاجتماعية في تقبل العلاج لدى المصاب بمرض الباركنسون، فالتكفل بهذه الفئة لا يقتصر فقط على الجانب الدوائي وإنما لابد من إغارة الإهتمام بالجانب النفسي.

التوصيات والاقتراحات:

أ- بالنسبة للخلية الطبية:

- التحسيس بأهمية المساندة الاجتماعية للمريض خاصة المريض المزمن.
- إنشاء مراكز وطنية متخصصة بدراسة آليات تكفل بالمرضى المزمنين منهم فئة مرضى الباركنسون.
- توظيف أخصائيين في علم النفس في المصالح المختلفة للتكفل بالمرضى المزمنين.

ب- بالنسبة للطلبة:

- بنسبة للطلبة الاختصاص المساهمة في التكفل بالمرضى المزمنين من خلال إعداد دراسات وبحوث حول العوامل البيوسيكوسوسيولوجية المساهمة في الصحة والمرض.

قائمة المراجع

I- الكتب باللّغة العربية.

أ- الكتب.

1. أنور محمد الشرقاوي (1992)، علم النفس المعرفي المعاصر طبعة الأولى مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة.
2. بوروبي رجاح فريدة (2012)، السكن وعلاقته بتركيبه العائلة الجزائرية وظهور الضغوط فيها.
3. تيلي تايلور (2008) ترجمة وسام درويش بريك وآخرون، علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع عمان، الأردن.
4. رجاء محمود أبوعلام (2006)، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، القاهرة، دار النشر للجامعات العتيبة الخامسة.
5. سيلامي نوربير (ترجمة: وجيه أسعد)، (2009) "المعجم الموسوعي في علم النفس"، الجزء الخامس، دمشق، وزارة الثقافة، 2000.
6. صلاح مصطفى الفوال (1982)، منهجية العلوم الاجتماعية، القاهرة، عالم الكتب.
7. علي عبد السلام علي (2003) تعريف وإعداد مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة، مكتبة النهضة العربية والأنجلو مصرية، القاهرة، الطبعة الأولى.
8. علي عبد السلام علي (1997) المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما ندركها العاملات المتزوجات، دراسات نفسية، المجلد السابع، العدد الثاني.

9. عمار بوحوش وآخرون (1979)، العمال الجزائريون في فرنسا الجزائر، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية.
10. غريب السيد أحمد (1998)، الإحصاء والقياس في البحث الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، الجزء الأول.
11. فاتن عبد الحليم أبو علي (2000)، مبادئ الإحصاء الوصفي، الأردن، دار الفكر.
12. فايد حسين علي (2001) دراسات في الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الأولى، الاسكندرية.
13. فايد حسين علي محمد (1998) الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة.
14. فريد كامل أبو زينة وآخرون (2006)، مناهج البحث العلمي والإحصاء في البحث العلمي، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
15. محمد محروس الشناوي؛ محمد السيد عبد الرحمان (1994)، المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية، القاهرة، الأنجلو-مصرية.
16. مروان عبد المجيد إبراهيم (2000)، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
17. مروى محمد شحاتة عبد الرحمان (2016)، مقياس إدراك المساندة الاجتماعية للمسنين، دار المنظومة.
18. موريس أنجرس، بوزيد صحراوي آخرون (2006)، منهجية البحث في العلوم الإنسانية، الجزائر، دار القصبه للنشر، الطبعة الثانية.
19. نبيل جمعة صالح النجار (2007)، الإحصاء في التربية والعلوم الانسانية مع تطبيقات برمجية Spss.

ب- محاضرات والرسائل الجامعية

20. أسماء إبراهيم (2001) المساندة الاجتماعية التقليدية وغير التقليدية في حالات الشكل، دراسة ميدانية، المؤتمر السنوي الثامن، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة.
21. حسين زيد (2021)، مذكرة لنيل شهادة دكتوراة، طور ثالث في شعبة علم النفس، بعنوان "الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة كمتغيرين دالين على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع".
22. زرزو أحمد(2016) محاضرات في المنهجية، جامعة العربي بن مهيدي، أم البوقي.
23. زعطوط رمضان (2014) نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، رسالة دكتوراه تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
24. شهرزاد نوار (2013) علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحيح ودورها في التخفيف من الألم العضوي، أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
25. فوزية إبراهيم رباح الكردي(2012)، الاسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية، رسالة مقدمة إلى كلية الآداب والتربية، قسم اللوم النفسية والتربوية والاجتماعية كجزء من متطلبات شهادة الماجستير في علم النفس تحت إشراف فرات كاظم عبد الحسين، المملكة العربية السعودية (2012).
26. مروان عبد الله دياب(2006) دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة مقدمة لقسم علم

النفس بكلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة كمتطلب تكميلي لنيل شهادة الماجستير في علم النفس.

ج- المقالات

27. حكيمة أيت حمودة (2007) سمة القلق وعلاقتها بإدراك الضغوط النفسية، قسم علم النفس، جامعة الجزائر، العدد (1).
28. شهرزاد نوار (2013) دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحيح والألم العضوي لدى مرضى السكري، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 13، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
29. عماد عبد الرزاق (1998) المساندة الاجتماعية كتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية، مجلة الدراسات النفسية، المجلد (8) العدد (1).
30. عماد مخير (1997) الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الإكتئاب لدى الشاب الجامعي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (7)، العدد (17)، القاهرة.

د- المراجع باللغة الأجنبية.

31. Allen N et Meyer. J (1990), the measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization journal of occupational psychological.
32. Bear M.F Gonnors B.W. Paradisom A traduit par Nieoullona) (2001) Neurosciences A la ecouverte du cerveau Usapadel.
33. Bonnet AM Hergueta (2006) la maladie de parkinson au jour le jour, Paris, John libbeyEurotext, l'évolution de la culture et de la congntion, Bruxelles, De Boeck, université.

34. Braun. C M.J Neuropsychologie du développement Paris Flammarion.
35. Buunk B Hoorens. V (1992), social support and stress, the model of social comparison and social exchange process, British journal of Clinical psychology Vol (31).
36. Caplan, G. (1981), Master of stress : psycho-social aspects, the American journal of psychiatry.
37. Caron J. et Guay, S(2005) soutien social et santé mentale concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens, santé mentale au quebec, vol 30, No 2.
38. Celis, H Benda J : Gzerwonogora.c (2008) observant un traitement de langue durée : un grand déficit pour le médecin et le patient-Bruxelles : édition pascal Mertens.
39. Cohen: S wills. T (1985): stress social support and buffering hypothesis psychological bulletin, vol (98) No (2).
40. Cutron, C (1996) social support in couples, London, sage publication.
41. De Blic (2007) observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique, Revue générale.
42. Debarr. K.A (2004) A review of current health education theories California Journal of health promotion. Vol 2.
43. Dujardin K Defebvre 1 (2001) Neuropsychologie de la maladie de parkinson et des syndromes apparentes, Paris Masson p 130.
44. Dujardink (2008) Troubles des fonctions exécutives et pathologies dégénératives des ganglions de la base in : Fonctions exécutives et pathologies neurologique et psychiatrique Marseille, Solal.
45. Garnien V : Karoubi L(2007) Dictionnaire Larousse maxipoche 2008 France Editions Larousse.
46. Jacque C Thurin J.M (2002) Stress immunité et physiologie du système nerveux. Médecine, sciences 18.1160.6.

47. Jonasson, G Karlsen.K.HMowinrckel p (2000) asthma drug adherence in a long terme clinical trial archdis child.
48. Kahil (1981) Anatomie (système nerveux et organes des sens Tomes 3, Paris 6eme Flammarion 2eme edition.
49. Leavy, R (1983), social support and psychological –ldisoeder, A review journal of community psychology, vol (3), USA.
50. Marcelli D ; Braconnier A 2008 Adolescence et psyopathologie (7eme edition), Paris : Masson.
51. Marilon Bruchon ; Schweitzer et al (2003), Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQR) une adaptation française psychologie française.
52. Petit H Allain H. Vermersch P 1994 la maladie de parkinson clinique et thérapeutique, Paris Masson.
53. Seron x, Vander Linden M Andres p (1999) la lobe frontal : al recherche de ses specificites fonctionnelle in Neuropsychologie des lobes Frontaux, Marseille, Solal.
54. Tarquinio, C; Tarquinio, M.P (2007) 1 observance thérapeutique déterminant et modèle théorique, pratiques psychologique.
55. Tourette Turgis, C rebillon M. (2002) intervention en counseling sur l observance thérapeutique : le modèle Motiv concept, strategie, resultats Paris comment dire.
56. Vauder Heydin. J. ; Bouillez. J., « Traiter le parkinson prise en charge globale et multiplidisciplinaire du patient parkinsonien, Belgique, 1er édition De Boeck.
57. Zagnoli F Roubert F (2006) Maladie de Parkinson Paris Doin, 2eme edition.
58. Ziegler et son traitement, Paris, Frisson.Roche 2eme edition.

ملاحق

ملحق رقم 01: مقياس المساندة الاجتماعية

التعليمة: إليك هذه الأسئلة وحاول الإجابة عنها وذلك:

1- بذكر وترتيب الأشخاص الذين يمكنك أن تعتمد عليهم لمساعدتك مع وضع العلاقة التي

ترتبطك بهم بين قوسين، مع العلم أن كل رقم يجب أن يمثل شخص واحد

2- ضع علامة () على الإجابة التي تتلاءم ورضاك عن المساندة المتحصل عنها.

ملاحظة: إذا لم تتحصل في إحدى الأسئلة على المساعدة استعمل الإجابة (لا أحد)، لكن

قيم رغم ذلك رضاك عنها، يرجى الإجابة بكل صدق، وتبقى إجابتك في سرية تامة.

1- على من يمكنك أن تؤمنه على المعلومات التي تشغلك أو تجعلك مضطربا

(لا أحد) -1 -4 -7

-2 -5 -8

-3 -6 -9

2- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

(لا أحد) -1 -4 -7

-2 -5 -8

-3 -6 -9

3- من هم الأشخاص الذين يمكنك حقيقة أن تعتمد عليهم عندما تحتاج لمساعدة؟

(لا أحد) -1 -4 -7

-2 -5 -8

-3 -6 -9

4- هل أنت راض عن المساعدة المتحصل عليها؟

1- غير راض تماما 2- غير راضي 3- تقريبا

4- تقريبا راضي 5- راضي 6- راضي جدا

5- عندما تكون تحت ضغط أو متوتر على من يمكنك أن تعتمد حتى لا تشعر بالراحة؟

- | | | |
|----|----|-------------|
| -7 | -4 | -1 (لا أحد) |
| -8 | -5 | -2 |
| -9 | -6 | -3 |

6- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

- 1- غير راض تماما 2- غير راضي 3- تقريبا
- 4- تقريبا راضي 5- راضي 6- راضي جدا

7- من يقبلك أنت بعيوبك ومميزاتك؟

- 1- غير راض تماما 2- غير راضي 3- تقريبا
- 4- تقريبا راضي 5- راضي 6- راضي جدا

8- هل أنت راضي على المساعدة المتحصل عليها؟

- 1- غير راض تماما 2- غير راضي 3- تقريبا
- 4- تقريبا راضي 5- راضي 6- راضي جدا

9- عندما يحدث لك شيء ما، على من تعتمد ليهتم بك؟

- | | | |
|----|----|-------------|
| -7 | -4 | -1 (لا أحد) |
| -8 | -5 | -2 |
| -9 | -6 | -3 |

10- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

- 1- غير راض تماما 2- غير راضي 3- تقريبا
- 4- تقريبا راضي 5- راضي 6- راضي جدا

11- عندما تستسلم لليأس، على من يمكنك حقيقة أن تعتمد عليه لمساعدتك حتى تشعر بالراحة.

-7 -4 -1 (لا أحد)

-8 -5 -2

-9 -6 -3

12- هل أنت راضي عن المساعدة المتحصل عليها؟

1- غير راض تماما 2- غير راضي 3- تقريبا

4- تقريبا راضي 5- راضي 6- راضي جدا

ملحق رقم 02: "إستبيان تقبل العلاج"

التعليمة.

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتحدث عن مدى التزامك وإتباعك لإرشادات وتعليمات طبيبك المعالج. إقرأ كل عبارة على حدة، ثم أجب عنها بوضع علامة أمام العبارة وتحت كلمة: لا أو قليلا أو كثيرا، وذلك حسب انطباق مضمون العبارة عليك أجب عن كل العبارات.

لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

الرقم	العبارات	لا	قليلا	كثيرا
01	أتناول دوائي في الأوقات التي حددها لي طبيبي			
02	التزم بالمواعيد التي أזור فيها طبيبي			
03	أتجنب الأطعمة زائدة الملح			
04	أتجنب تناول المشروبات المنبهة القهوة، الشاي			
05	التزم بالجرعات التي وصفها لي طبيبي			
06	أجرى الفحوص (تحاليل وأشعة) التي يطلبها مني طبيبي			
07	أتناول الخضروات			
08	أعمل على خفض وزني كلما شعرت أنه زاد			
09	أشتري كل الأدوية التي وصفها لي طبيبي			
10	أזור طبيبي كلما ظهرت على أعراض مرضية جديدة			
11	أتناول الفواكه			
12	أمارس بعض الأنشطة الرياضية لتحسين صحتي			
13	استمر في تناول دوائي كما وصفه لي طبيبي			
14	استشير طبيبي عما يجب أن أقوم به للحفاظ على استقرار			

DESCRIPTIVES VARIABLES=q1
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q1	30	1	10	5,43	2,609
N valide (listwise)	30				

DESCRIPTIVES VARIABLES=q2
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q3	30	1	9	5,47	2,529
N valide (listwise)	30				

DESCRIPTIVES VARIABLES=q4
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q5	30	1	9	4,93	2,303
N valide (listwise)	30				

DESCRIPTIVES VARIABLES=q6
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q7	30	1	10	5,77	2,800
N valide (listwise)	30				

DESCRIPTIVES VARIABLES=q8

الملاحق

```
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

```
[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav
```

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q8	30	1	6	4,47	1,570
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=q9  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

→ Descriptives

```
[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav
```

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q9	30	1	9	5,10	2,604
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=q10  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

```
[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav
```

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q10	30	1	6	4,57	1,406
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=q11  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

```
[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav
```

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q11	30	2	9	5,20	2,124
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=q12
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
q12	30	1	6	4,60	1,163
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a1
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a1	30	2	3	2,77	,430
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a2
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a2	30	2	3	2,73	,450
N valide (listwise)	30				

DESCRIPTIVES VARIABLES=a3
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a3	30	1	3	1,87	,730
N valide (listwise)	30				

DESCRIPTIVES VARIABLES=a4
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a4	30	1	3	2,17	,699
N valide (listwise)	30				

DESCRIPTIVES VARIABLES=a5
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a6	30	2	3	2,37	,490
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a7
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a7	30	1	3	2,47	,629
N valide (listwise)	30				

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a5	30	2	33	3,67	5,561
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a6
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a6	30	2	3	2,37	,490
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a7
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a7	30	1	3	2,47	,629
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a8
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a8	30	1	3	1,50	,682
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a9
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a9	30	1	3	2,70	,535
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a10  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a10	30	1	3	2,30	,596
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a11  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a11	30	1	3	2,67	,547
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a12  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a12	30	1	3	1,47	,730
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a13
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a13	29	2	3	2,72	,455
N valide (listwise)	29				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a14
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a14	30	2	3	2,17	,379
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a15
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a15	29	1	3	1,66	,553
N valide (listwise)	29				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a16  
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a16	30	1	3	2,70	,535
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a17  
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a17	30	2	3	2,77	,430
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a18  
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a18	28	2	3	2,36	,488
N valide (listwise)	28				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a19
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a19	30	1	3	2,00	,525
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a20
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a20	30	2	3	2,50	,509
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a21
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a21	30	2	3	2,77	,430
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=a22
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
a22	30	2	3	2,77	,430
N valide (listwise)	30				

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=total
  /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
total	30	15,00	87,00	59,2667	18,82759
N valide (listwise)	30				

```
FREQUENCIES VARIABLES=genre  
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE  
  /HISTOGRAM NORMAL  
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Effectifs

[Ensemble_de_données1] C:\Users\bastos\Documents\spss tamda fin22.sav

Avertissements

genre est une chaîne : aucun histogramme ne peut être tracé.

Statistiques

genre

N	Valide	30
	Manquante	0

genre

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	madculin	24	80,0	80,0	80,0
	féminin	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

End of job: 38 command lines
1 errors 0 warnings 1 CPU seconds

End of job: 38 command lines 1 errors 0 warnings 1 CPU seconds