



جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

دور المساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين مستوى  
جودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر.

The role of social support in emotional regulation and  
approving life quality of an Alzheimer patient's  
companion.

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث ل.م.د في علم النفس الصحة

إشراف الأستاذة الدكتورة:

شهرزاد بوشدوب

إعداد الطالبة:

أمينة بن خنيش

لجنة المناقشة:

|               |                   |                      |                 |
|---------------|-------------------|----------------------|-----------------|
| رئيسا         | جامعة الجزائر (2) | أستاذ التعليم العالي | أيت حمودة حكيمة |
| مقررا ومشرفا  | جامعة الجزائر (2) | أستاذ التعليم العالي | بوشدوب شهرزاد   |
| عضوا          | جامعة الجزائر (2) | أستاذ التعليم العالي | خطار زهية       |
| عضوا          | جامعة الجزائر (2) | أ. محاضرة (أ)        | بوشارب فوزية    |
| عضوا خارجيا 1 | جامعة تيزي وزو    | أستاذ التعليم العالي | سيد نوال        |
| عضوا خارجيا 1 | جامعة تيزي وزو    | أ. محاضرة (أ)        | فتال صليحة      |

السنة الجامعية: 2022/2021



**Algiers 2 University**



**– Abou El Kacem Saadallah –**

**Faculty of social sciences**

**Department of psychology**

**The role of social support in emotional regulation  
and approving life quality of an Alzheimer patient's  
companion.**

Thesis submitted for requirements of doctorate L.M.D in health psychology.

**Prepared by:**

**Amina Benkhenniche**

**Supervisor:**

**Pr. Bouchdoub Chahrazed**

**Board of examiners:**

|                            |                  |                              |                          |
|----------------------------|------------------|------------------------------|--------------------------|
| <b>Ait Hammouda Hakima</b> | <b>Professor</b> | <b>Algiers 2 university</b>  | <b>President</b>         |
| <b>Bouchdoub Chahrazed</b> | <b>Professor</b> | <b>Algiers 2 university</b>  | <b>Supervisor</b>        |
| <b>Khettar Zahia</b>       | <b>Professor</b> | <b>Algiers 2 university</b>  | <b>Examiner</b>          |
| <b>Bouchareb Fouzia</b>    | <b>M. C. 'A'</b> | <b>Algiers 2 university</b>  | <b>Examiner</b>          |
| <b>Sid Nawel</b>           | <b>Professor</b> | <b>Tizi-ouzou university</b> | <b>External Examiner</b> |
| <b>Fettal Saliha</b>       | <b>M. C. 'A'</b> | <b>Tizi-ouzou university</b> | <b>External Examiner</b> |

**Academic year: 2021/2022**

## شكر وتقدير

أحمد الله عز وجل الذي وفقني ويسر لي إمكانية إتمام هذا البحث، فله وحده الفضل والمنة، وما التوفيق إلا من عند ربّ العالمين.

أتقدم بعظيم الشكر والتبجيل لوالديّ الحبيبين حيث كانت دعواتهما لي بالتوفيق والنجاح خير معين في إتمام هذا العمل، وإلى أخويّ العزيزين على كل ما بذلوه من جهد وتعاون، شكرا عائليّ.

ولا يفوتني أن أتوجه بالشكر الجزيل وخالص التقدير إلى الأستاذة المشرفة " شهرزاد بوشدوب " التي تفضلت وأشرفت على هذه الأطروحة نظير ما قدمته لي من اهتمام وتوجيه وتشجيع طيلة فترة البحث العلمي، فمهما كتبت لن أستطيع أو أوفي حقها من الشكر والتقدير، فجزاها الله عني خير الجزاء.

كما يسعني أن أقدم أسى عبارات الشكر والتقدير للأستاذة " دليلة زناد " على جهودها المعطاء وآرائها البناءة التي أنارت لي الطريق أثناء بحثي، وللأخصائيتين النفسائيتين العياديتين السيدة " نجار " والسيدة " جعفر شريف"، كذلك الطبيبتين المختصتين في طب الأعصاب الدكتورة " بن حدادي " والدكتورة " صايب " على المتابعة والتوجيه الدائم الذي تلقيناه طيلة فترة إنجاز الجانب التطبيقي للأطروحة.

كما أتقدم بأسى عبارات الشكر والإمتنان لكل مرافقي مرضى الزهايمر الذين وافقوا على المشاركة ضمن عينة البحث، فلولا قبولهم وتعاونهم لما استطعت إنجاز بحثي، راجية من المولى عز وجل أن يوفقهم في أداء مهمتهم ويشفي مرضاهم، مصداقا لقوله صل الله عليه وسلم: "من صنع إليكم معروفا فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئونه فادعوا له حتى تروا أنكم قد كافأتموه" (رواه أبو داوود).

الباحثة:

أمينة بن خنيش

## ملخص:

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر، كما يسعى كذلك إلى محاولة التعرف على الفروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) ودرجة الشعور بجودة الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها، والكشف عن الاختلاف بين الجنسين من مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية، استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) ودرجة الشعور بجودة الحياة، كما يهدف أيضاً إلى محاولة التعرف على الفروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرها، استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) ودرجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمتغير مدة المرافقة.

ولتحقيق أغراض هذا البحث اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، وقد تكونت عينة البحث من (70) مرافقا لمرضى الزهايمر، (15) ذكرا و(55) أنثى، يتابعون علاجهم بمصلحة طب الأعصاب (وحدة استشارات الذاكرة) على مستوى كل من مستشفى "محمد لمين دباغين" بباب الوادي، ومستشفى "عبد القادر بوخروفة" بين عكنون -الجزائر العاصمة- خلال الفترة الممتدة ما بين شهر فيفري (2018) إلى غاية شهر فيفري من سنة (2020)، كما تم الاستعانة في هذا البحث بعدة أدوات والمتمثلة في: مقياس المساندة الاجتماعية، مقياس التسيير المعرفي للانفعالات ومقياس تشخيص معايير جودة الحياة، وذلك بعد دراسة خصائصها السيكومترية على بيئتنا المحلية.

وقد خلص البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج، تم تفسيرها في ضوء التراث النظري والدراسات السابقة المتاحة، وهي كما يلي:

1. عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها (داخل إطار الأسرة)، في حين توجد فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (التكيفية) تبعاً لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، وعدم وجود فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (غير التكيفية) تبعاً لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة).

2. عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها (داخل إطار الأسرة)، في حين توجد فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة



الشعور بجودة الحياة تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، وفيما يخص أبعاد جودة الحياة توصلنا إلى وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد الصحة البدنية، الرضا عن الحياة، والمساندة الاجتماعية تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية، كما وجدنا اختلاف في بعد المساندة الاجتماعية لجودة الحياة تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة)، إضافة إلى وجود فروق في بعض سمات الشخصية السوية المتمثلة في: التوكيدية، الرضا عن الحياة، الشعور بالسعادة، التفاوض، الاستقلال النفسي، وفي أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي وهي: العمل، المهارات الاجتماعية، المساندة الاجتماعية، والمكانة الاجتماعية تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة).

3. وجود فروق في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية لصالح الذكور من مرافقي مرضى الزهايمر، وعدم وجود فروق في مصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة) بالنسبة للجنسين من مرافقي مرضى الزهايمر، كذلك وجود فروق في مصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة) لصالح الذكور من مرافقي مرضى الزهايمر، ووجود فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (التكيفية) لصالح الذكور في حين يوجد فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (غير التكيفية) لصالح الإناث من مرافقي مرضى الزهايمر، وكذلك عدم وجود فروق في درجة الشعور بجودة الحياة بالنسبة للجنسين من مرافقي مرضى الزهايمر.

4. عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية وفي مصادرها (داخل/ خارج إطار الأسرة) تبعا لمدة المرافقة.

5. عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمدة المرافقة.

6. وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في بعد واحد من أبعاد جودة الحياة المتعلق بالمعيار الخارجي والمتمثل في: المهارات الاجتماعية تبعا لمدة المرافقة.

واسترشادا بما أسفرت عنه نتائج البحث توصي الباحثة بضرورة تسليط الضوء على فئة مرافقي مرضى الزهايمر، هذه الفئة التي لم تتل الاهتمام والبحث بالشكل الكافي في مجال علم النفس الصحة، وبما أن رعاية مريض الزهايمر مهمة يتعلم المرافقون مهارة آدائها خلال فترة المرض نفسها، فمن السهل أن يقعوا في شباك اهمال الذات أو الانزلاق نحو ارهاقها مما يؤثر على تسيير انفعالاتهم وعلى درجة الشعور بجودة

الحياة لديهم، وعليه يجب تشجيع مرافقي مرضى الزهايمر على التعرف على الإمكانيات الممكنة للمساندة الاجتماعية التي تعتبر متغيرا مهما يقي من التأثيرات السلبية التي تعترضهم أثناء توليهم رعاية مريضهم.

## **Abstract :**

This research aims to reveal the role of social support in emotional regulation and improving life quality of an Alzheimer patient's companion. It also seeks to identify the differences between the companions of Alzheimer patients, regarding their emotional regulation strategies (Adaptive/less adaptive) and the intensity of their appreciation of life quality and its dimensions depending on the level of social support and its resources, as well as to detect the gender difference between the companions of Alzheimer's patients in terms of intensity of appreciation of social support and their emotional regulation strategies (Adaptive/less adaptive), and the intensity of appreciation of life quality. It also seeks to detect the differences between the Alzheimer's patients companions regarding their appreciation of social support and its resources, and their emotional regulation strategies (Adaptive/less adaptive), in addition to the intensity of their appreciation of life quality depending on the variable of companionship duration.

To achieve this research objective, the researcher adopted the descriptive approach, the research sample consisted of (70) companions of Alzheimer patients: (15) males and (55) females, who are undergoing treatment at the department of neurology (Memory Check Unit) at "Mohamed Lamine Debaghine" Hospital in Bab El Oued and "Abdelkader Boukhroufa" Hospital in Ben Aknoun – Algiers – From February (2018) to February (2020).

Several tools have been used in this research, namely: the social support scale, the cognitive emotional regulation scale and the diagnostic scale for life quality criteria, after studying their psychometric properties on our local environment.

The current research concluded a set of results that were interpreted in the light of the theoretical heritage and available previous studies, which are as follows:

1. There are no differences between the companions of Alzheimer patients regarding their emotional emotional regulation strategies (Adaptive/less adaptive) depending on the level of social support and its resources (within the family), while there are differences in the strategies for regulating emotion (adaptive) depending on social resources (outside the family) and there are no differences in the emotional regulation strategies emotional regulation strategies (less adaptive) depending on social support resources (outside the family).
2. There are no differences between the companions of Alzheimer patients regarding the intensity of appreciation of life quality depending on the level of social support and its resources (within the family), while there are differences between those accompanying Alzheimer patients regarding the intensity of appreciation of life quality depending on the resources of social support (outside the family), with regard the dimensions of life quality, we found differences between the companions of Alzheimer patients in the dimensions of physical health, life satisfaction, and social support, depending on the level of social support. We also found a differences in the dimension of social support for life quality depending on social support resources (within the family).

Moreover, we noticed the presence of differences in some of the normal personality traits consisting in: assertiveness – life satisfaction – happy feeling – optimism – and psychological

independence, as well as in the dimensions of life quality related to the external standards: work – social skills – social support and social status depending on the social support resources (outside the family).

3. There are differences in the intensity of appreciation of social support in favour of males accompanying Alzheimer patients and no differences for the social support resources (within the family) for both gender groups of Alzheimer patients. There are also differences in the resources of social support (outside the family) in favour of males accompanying Alzheimer patients, and there are differences in emotional regulation strategies (adaptive) in favour of males. While there are differences in (less-adaptive) emotional regulation strategies in favour of female Alzheimer companions, with no differences in the intensity of appreciation of life quality for both gender groups with Alzheimer patients.

4. There are no differences between the companions of Alzheimer patients in the intensity of appreciating social support and its resources (inside/outside the family) depending on the companionship duration.

5. There are no differences between the companions of Alzheimer patients in the emotional regulation strategies (adaptive/less-adaptive) depending on the companionship duration.

6. There are differences between companions of Alzheimer patients regarding one dimension of life quality related to the external criterion, which is: Social skills depending on the companionship duration.

Guided by the research results, the researcher recommends the necessity to highlight the category of companions of Alzheimer patients. This category has not received sufficient attention and research in the field of psychology and health, and as taking care of an Alzheimer patient is so important, companions learn the skill to perform it while tackling the disease itself. Thus, they found themselves easily drawn into self-neglect or exhaustion, which affects the management of their emotions and the intensity of appreciating life quality. Therefore, Alzheimer patients' companions should be encouraged to identify the possible potentials of social support, which is an important variable that protects them from the negative effects that they encounter while taking care of their patient.

## فهرس المحتويات

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| أ | ملخص باللغة العربية .....     |
| د | ملخص باللغة الأجنبية .....    |
| ل | قائمة الجداول .....           |
| س | قائمة المخططات والأشكال ..... |
| 1 | مقدمة .....                   |

## الجانب النظري

### الفصل الأول: الإطار العام للبحث

|    |  |
|----|--|
| 6  | تمهيد .....                            |
| 6  | 1. إشكالية البحث .....                 |
| 21 | 2. فرضيات البحث .....                  |
| 22 | 3. أهداف البحث .....                   |
| 22 | 4. أهمية البحث .....                   |
| 24 | 5. تحديد المفاهيم الأساسية للبحث ..... |

### الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية

|    |  |
|----|--|
| 33 | تمهيد .....  |
| 33 | 1. تعريف المساندة الاجتماعية .....                   |
| 35 | 2. أشكال المساندة الاجتماعية .....                   |
| 38 | 3. النماذج النظرية المفسرة للمساندة الاجتماعية ..... |

4. مصادر المساندة الاجتماعية.....39
5. وظائف المساندة الاجتماعية.....41
6. شروط المساندة الاجتماعية.....42
7. تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والجسمية للفرد.....43
- 48.....48 خلاصة

### الفصل الثالث: تسيير الانفعالات

- تمهيد.....50
1. مفهوم الانفعال.....50
2. المهارات الانفعالية.....52
3. تسيير الانفعالات.....54
4. النظريات والنماذج المفسرة للتسيير المعرفي للانفعالات.....56
5. استراتيجيات تسيير الانفعالات.....59
6. دور الجهاز العصبي في تسيير الانفعالات.....64
- 66.....66 خلاصة

### الفصل الرابع: جودة الحياة

- تمهيد.....68
1. نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة.....68
2. تعريف جودة الحياة.....69
3. النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة.....71
4. مجالات جودة الحياة.....76

5. مؤشرات جودة الحياة.....82

6. كيفية تحقيق جودة الحياة.....84

خلاصة.....86

### الفصل الخامس: مريض الزهايمر ومرافقه

تمهيد.....88

1. تعريف مرض الزهايمر.....88

2. أنواع مرض الزهايمر.....90

3. عوامل الإصابة بمرض الزهايمر.....90

4. أعراض مرض الزهايمر.....92

5. مراحل تطور مرض الزهايمر.....93

6. تشخيص مرض الزهايمر.....95

7. علاج مرض الزهايمر.....99

8. تعريف مرافق المريض.....101

9. العلاقة مريض-مرافق.....102

10. عواقب مرافقة مريض الزهايمر.....103

خلاصة.....106

## الجانب الميداني

### الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للبحث

|  |     |
|--|-----|
| تمهيد.....                                   | 109 |
| 1. منهج البحث.....                           | 109 |
| 2. عينة البحث.....                           | 109 |
| 1.2. خصائص عينة البحث.....                   | 110 |
| 2.2. مجال البحث (الزمني، المكاني).....       | 111 |
| 3. أدوات البحث.....                          | 111 |
| 1.3. مقياس المساندة الاجتماعية.....          | 111 |
| 2.3. مقياس التسيير المعرفي للانفعالات.....   | 116 |
| 3.3. مقياس جودة الحياة.....                  | 120 |
| 4. إجراءات البحث.....                        | 125 |
| 5. الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث..... | 126 |

### الفصل الثامن: عرض ومناقشة وتفسير نتائج البحث

|   |     |
|---|-----|
| تمهيد.....                                      | 128 |
| 1. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى..... | 129 |
| 1.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.....      | 129 |
| 2.1. تفسير نتائج الفرضية الأولى.....            | 132 |



|          |  |
|----------|--|
| 135..... | 2. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية..... |
| 135..... | 1.2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....      |
| 146..... | 2.2. تفسير نتائج الفرضية الثانية.....            |
| 150..... | 3. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة..... |
| 150..... | 1.3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....      |
| 151..... | 2.3. تفسير نتائج الفرضية الثالثة.....            |
| 154..... | 4. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة..... |
| 154..... | 1.4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....      |
| 156..... | 2.4. تفسير نتائج الفرضية الرابعة.....            |
| 158..... | 5. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة..... |
| 158..... | 1.5. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....      |
| 159..... | 2.5. تفسير نتائج الفرضية الخامسة.....            |
| 161..... | 6. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة..... |
| 161..... | 1.6. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....      |
| 167..... | 2.6. تفسير نتائج الفرضية السادسة.....            |
| 170..... | 7. الاستنتاج العام.....                          |
| 172..... | 8. التوصيات والاقتراحات.....                     |
| 174..... | 9. خاتمة.....                                    |

## قائمة المراجع:

- 178.....المراجع باللغة العربية.
- 189.....المراجع باللغة الأجنبية.

## قائمة الملاحق:

- الملحق رقم (1): رخصة الدخول إلى مصالح طب الأعصاب بالمستشفيات.
- الملحق رقم (2): مقياس التسيير المعرفي للانفعالات في صورته الأصلية.
- الملحق رقم (3): مقياس التسيير المعرفي للانفعالات في صورته الأولية.
- الملحق رقم (4): قائمة الأساتذة المحكمين.
- الملحق رقم (5): استمارة المعلومات الخاصة بمرافقي مرضى الزهايمر.
- الملحق رقم (6): مقاييس البحث بعد دراسة الخصائص السيكومترية (في شكلها النهائي).
- الملحق رقم (7): المعالجة الإحصائية لفرضيات البحث.

قائمة الجداول:

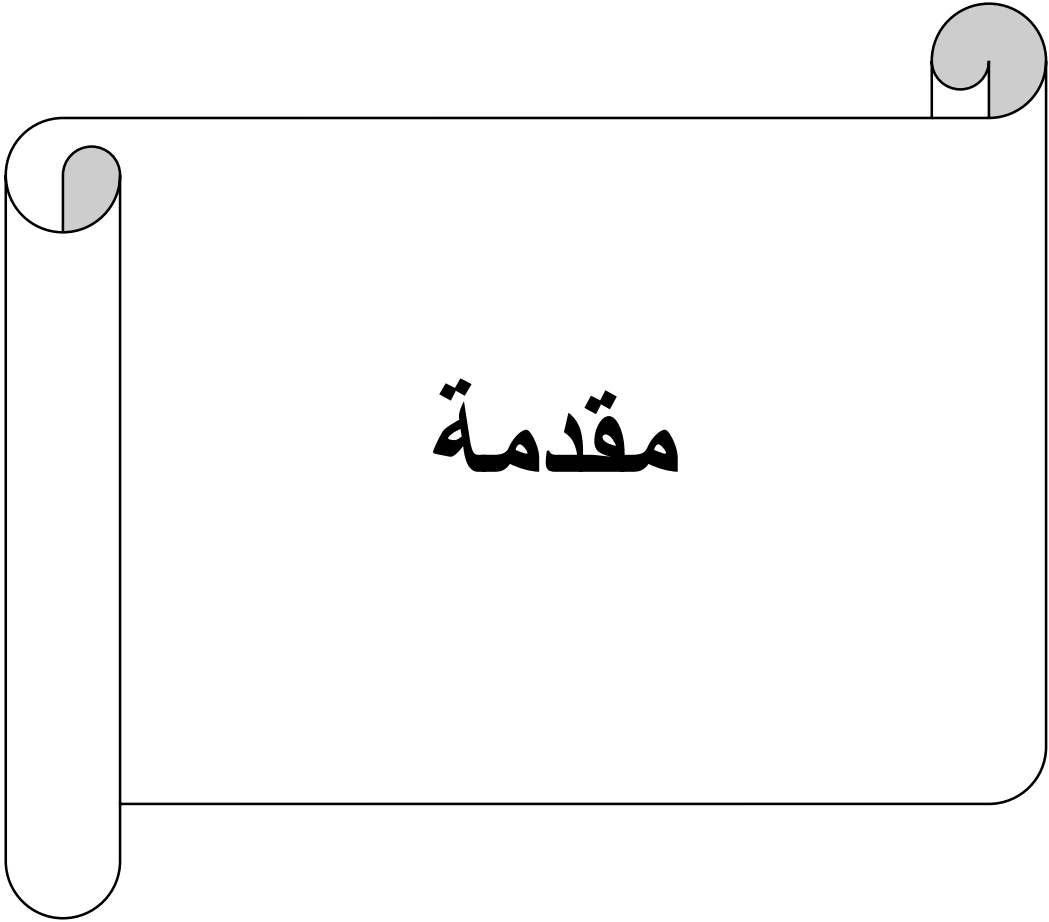
| رقم الجدول | العنوان   | الصفحة |
|------------|---|--------|
| 1          | مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب "شالوك".   | 73     |
| 2          | توزيع أفراد عينة البحث (ن: 70).   | 110    |
| 3          | توزيع بنود مقياس المساندة الاجتماعية على الأبعاد الفرعية.   | 111    |
| 4          | تفسير الدرجات المستخرجة من بنود مقياس المساندة الاجتماعية.  | 112    |
| 5          | يوضح معاملات الاتساق الداخلي لبنود مقياس المساندة الاجتماعية.   | 113    |
| 6          | يبين صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية.  | 114    |
| 7          | معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية.  | 115    |
| 8          | دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27 %) وأدنى توزيع (27 %) لمقياس المساندة الاجتماعية (ن: 30).        | 115    |
| 9          | ثبات ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية (ن: 30).   | 116    |
| 10         | يبين العبارات قبل وبعد التعديل لمقياس التسيير المعرفي للانفعالات.   | 118    |
| 11         | دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27 %) وأدنى توزيع (27 %) لمقياس التسيير المعرفي للانفعالات (ن: 30). | 119    |
| 12         | ثبات ألفا كرونباخ لمقياس التسيير المعرفي للانفعالات (ن: 30).  | 120    |
| 13         | يبين توزيع عبارات مقياس جودة الحياة.  | 120    |
| 14         | تفسير الدرجات المتحصل عليها من خلال الاستجابات لمقياس جودة الحياة.  | 121    |
| 15         | يوضح قيم اختبار (ت) للفروق بين فئات اكلينيكية وبين الأسوياء في مستوى جودة الحياة.                             | 122    |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 124 | دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27 %) وأدنى توزيع (27 %) لمقياس جودة الحياة (ن: 30).  | 16 |
| 125 | ثبات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة (ن: 30).   | 17 |
| 128 | مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد عينة البحث (ن: 70).   | 18 |
| 130 | يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية.       | 19 |
| 130 | يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية.       | 20 |
| 135 | يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها.                       | 21 |
| 136 | يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في أبعاد درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية.                          | 22 |
| 138 | يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في أبعاد درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة.         | 23 |
| 141 | يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في أبعاد درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة.         | 24 |
| 150 | يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية وتسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة تبعا للجنس. | 25 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 155 | يبين نتائج اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرها تبعاً لمدة المرافقة. | 26 |
| 156 | يبين نتائج اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test) لدلالة الفروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات تبعاً لمدة المرافقة.              | 27 |
| 161 | يبين نتائج اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمدة المرافقة.                  | 28 |
| 166 | يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق بين المجموعات في المهارات الاجتماعية تبعاً لمدة المرافقة.             | 29 |

قائمة المخططات والأشكال:

| الصفحة | العنوان  | رقم المخطّط<br>أو الشكل |
|--------|--|-------------------------|
| 44     | يوضح العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل المساندة الاجتماعية.           | 1                       |
| 45     | نموذج الأثر الواقعي.   | 2                       |
| 46     | نموذج الأثر الرئيسي.   | 3                       |
| 51     | النموذج الشكلي للانفعال.   | 4                       |
| 62     | يوضح مراحل الانفعال واستراتيجيات التسيير الانفعالي حسب "جروس" (تصميم الباحثة). | 5                       |
| 75     | نموذج "فينتيجودت" Ventegodt لجودة الحياة.                                      | 6                       |
| 76     | تصور "أبو سريع" وآخرون لتصنيف محددات جودة الحياة.                              | 7                       |
| 83     | يبين مؤشرات جودة الحياة حسب "نورديفالت" Nordenflet.                            | 8                       |
| 98     | يمثل الفرق بين دماغ شخص مصاب بالزهايمر ودماغ شخص سليم.                         | 9                       |
| 129    | مستويات المساندة الاجتماعية وأبعادها لدى أفراد عينة البحث.                     | 10                      |



### مقدمة:

تعتبر الأسرة أقدر المؤسسات الاجتماعية على التكفل بمرضى الزهايمر لأنه بحاجة إلى رعاية من نوع خاص تشمل النواحي النفسية، الصحية والاجتماعية، فمرضى الزهايمر يتحول نفسياً وسلوكياً إلى طفل صغير يحتاج لمن يرعاه ويقوم بالمرافقة الدائمة له خاصة وأن المرض لا يشفى، والعلاج الدوائي يهدف فقط إلى الحد من أعراض المرض، ومهمة المرافقة حكاية عطاء وأخذ يعني استقبال المرافق لمعاناة وقلق المريض وفي نفس الوقت منحه كل الثقة والسكينة التي يحتاجها، كما أن لهذا الدور الشاق آثار على الصحة النفسية والجسمية والاجتماعية للمرافق، حيث أنه كلما تدهور مستوى ادراك المريض وقدراته وسلوكه نظراً لتطور المرض تتفاقم التحديات التي يواجهها مرافق المريض، بالإضافة إلى أن رعاية مريض مصاب بالزهايمر وظيفية يتعلم مهارة أدائها خلال فترة المرض نفسها، فيقع عليه عبء الموازنة بين واجباته ومتطلبات وظائفه الرسمية وأفراد عائلته، مما يجعله عرضة للإحباط، الحزن، الغضب، القلق، الاكتئاب، الشعور بالذنب، وتدهور درجة الشعور بجودة الحياة لديه، لذا نجد في أشد الحاجة لمن يسانده سواء داخل إطار الأسرة أو خارجها بغية خفض الآثار السلبية الناجمة من مختلف المواقف التي تعترضه.

وبما أن الإنسان مخلوق إجتماعي بطبعه جعله الله دائماً في حاجة مستمرة ليستمد العون من أخيه، وعليه فعندما يشعر مرافق مريض الزهايمر بأن طاقته قد استنزفت أو لم يعد بوسعها أن يتحمل ما يقع عليه من إجهاد فإنه يلجأ إلى الآخرين لطلب المساعدة، فكما يقول المثل: "الفرد قليل بنفسه كثير بالآخرين" فوجود الآخرين لتقديم الرعاية، الأمان، النصح والإرشاد عند الحاجة، يشعر مرافق المريض بالحب، القبول، التقدير، الإنتماء، ويزيدون من قوته على مواجهة الضغوط، لذا تعتبر المساندة الاجتماعية متغيراً أساسياً له أهمية كبيرة في حياة الأفراد، ومصدراً هاماً من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الفعال، حيث تشير إلى تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين والتي يدرك أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها، كما لا يمكن بأي حال من الأحوال الإستغناء عنها.

وتؤكد العديد من البحوث والدراسات أن المساندة الاجتماعية ترتبط بالصحة والسعادة النفسية، أما غيابها فيترتب عنه عواقب وخيمة على صحة الفرد بشكل عام، حيث أن الروابط الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين تبعث على تحقيق الرضا الانفعالي وتساعد الفرد على التعامل مع المواقف الضاغطة بنجاح مما يخفف من آثارها السلبية على الصحة النفسية والجسمية.



## مقدمة

يوصف مرافقي المرضى بأنهم "مرضى الخفاء" حيث نجدهم بين المطرقة والسندان أي بين ما تتطلبه الرعاية من وقت وطاقة، والخوف مما يحمله الغد، وعليه فطريق رعاية مريض الزهايمر محفوف بالعديد من التجارب والخبرات الجديرة بالاهتمام، لذلك ارتأينا من خلال بحثنا هذا إبراز دور المساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر.

وقد جاء هذا البحث مكون من جانبين، الجانب الأول نظري والثاني ميداني، حيث يحوي الجانب النظري على خمسة فصول وهي:

الفصل الأول: يشمل هذا الفصل عرضا للخلفية النظرية التي انطلق منها البحث، متبوعة بالتساؤلات والفرضيات، كذلك الأهداف والأهمية، وتقديم التعريف الاجرائي للمفاهيم الأساسية الواردة في البحث.

الفصل الثاني: تضمن هذا الفصل التعريف بمفهوم المساندة الاجتماعية، وأشكالها، متبوعا بالخلفيات النظرية المفسرة للمساندة الاجتماعية، مصادرها، وظائفها وشروطها، وفي الأخير تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والجسمية للفرد.

الفصل الثالث: خصص هذا الفصل لمفهوم تسيير الانفعالات، وقد شمل هذه العناصر: تعريف الانفعال والمهارات الانفعالية، مفهوم تسيير الانفعالات، متبوعا بالنظريات والنماذج المفسرة للتسيير المعرفي للانفعالات، ثم مختلف استراتيجيات تسيير الانفعالات، وأخيرا دور الجهاز العصبي في تسيير الانفعالات.

الفصل الرابع: يتناول هذا الفصل التطور التاريخي لمفهوم جودة الحياة ليتسنى لنا الكشف عن مختلف التعريفات المقدمة لها، وأهم التوجهات النظرية المفسرة لها، تطرقنا كذلك إلى مجالات وأبعاد ومؤشرات جودة الحياة، وختاما كيفية تحقيق جودة الحياة.

الفصل الخامس: يركز هذا الفصل على تقديم معلومات مفصلة عن مرض الزهايمر، أنواعه، عوامل الإصابة به، أعراضه، مراحل تطور المرض، كذلك التشخيص والعلاج، ثم نعرض إلى تعريف المرافق، وإبراز العلاقة مريض-مرافق، وأخيرا الكشف عن عواقب مرافقة مريض الزهايمر على الصحة النفسية، الجسمية والحياة الاجتماعية.


أما الجانب الميداني فينقسم بدوره إلى فصلين وهما:

الفصل السادس: يتعلق هذا الفصل بالجانب المنهجي الذي يشمل الخطوات المنهجية التي تم اعتمادها لاختبار الفرضيات انطلاقاً من عرض المنهج المتبع، وتحديد المجالين المكاني والزمني للبحث، التعريف بعينة البحث وخصائصها، ثم الأدوات المعتمدة في البحث والخصائص السيكومترية لكل منها، بالإضافة إلى إجراءات البحث، وأخيراً الأساليب الإحصائية المتبعة في البحث.

الفصل السابع: تم تخصيص هذا الفصل لعرض نتائج البحث في ضوء فرضياته، كذلك مناقشتها وتفسيرها وربطها بالتراث النظري وأهم النتائج التطبيقية المتوصل إليها من خلال الدراسات السابقة المتاحة، متابعة الاستنتاج العام بالإضافة إلى التوصيات والاقتراحات التي ستفتح آفاق جديدة لميادين بحثية أخرى، وأخيراً الخاتمة.

الجانب

النظري



**الفصل الأول:**  
**الإطار العام للبحث**

## تمهيد:

يعد مرض الزهايمر من الأمراض الخطيرة، فهو مرض عظام لا شفاء منه كما أنه يسبب ضغوطا جسدية، نفسية، اجتماعية واقتصادية مما يلحق كرب عظيم بالمريض والقائمين على رعايته وهذا ما يستدعي المتابعة والاهتمام.

ويأتي البحث الحالي كواحد من البحوث التي تدعم الاهتمام بالجانب النفسي والاجتماعي لمرافقي مرضى الزهايمر، بحيث ستقوم الباحثة بعرض الخلفية النظرية لمشكلة البحث متبوعة بالفرضيات وأهداف البحث وأهميته وكذا تحديد المفاهيم الأساسية للبحث.

## 1- إشكالية البحث:

تعتبر الشيخوخة المحطة الأخيرة في رحلة الحياة، فهي جزء لا يتجزأ من وجود كل مجتمع من المجتمعات الإنسانية، والتي أخذت نسبتها تتزايد في الآونة الأخيرة خاصة مع تطور أساليب الرعاية الصحية والزيادة في متوسط الأعمار في مختلف دول العالم بدرجات مختلفة، ففي الفترة ما بين عام 1950 وعام 2010 ارتفع العمر المتوقع في جميع أنحاء العالم من 46 عاما إلى 68 عاما، ويتوقع أن يزيد ليبلغ 81 عاما بحلول نهاية هذا القرن، وهناك الآن ما يربو على 700 مليون نسمة تزيد أعمارهم عن 60 عاما (الداعج، 2018، ص. 154).

والجزائر هي الأخرى من بين الدول التي تعيش تحولا ديموغرافيا واضحا نتيجة التقدم الطبي والتكنولوجي وتحسن ظروف المعيشة، حيث تشير المعطيات الإحصائية فيما يخص نسبة الشيخوخة في الجزائر إلى أن نسبة المسنين (60 عاما فأكثر) انتقلت من (9.3%) إلى (9.5%) من مجموع السكان بين سنتي 2018 و 2019 مع حجم بلغ 413900 نسمة، ولأول مرة تم عبور أربعة ملايين نسمة، ومن المتوقع أن تزداد هذه النسبة لتصل 10 ملايين نسمة في عام 2040 (Zidouni, 2020, p. 2).

وتمثل مرحلة الشيخوخة حسب (الزبيدي، 2009، ص. 52) حالة من "الفقد" بأشكاله المختلفة. نتيجة للتغيرات الجسدية، الصحية، الاجتماعية، النفسية والعقلية التي تعترى المسن في تلك المرحلة العمرية والتي تؤدي إلى تناقص محتم ومستمر في العمل الوظيفي لأعضاء وأجهزة الجسم، فتقل قدرة المسن على استغلال إمكاناته الجسدية والنفسية والعقلية في مواجهة ضغوط الحياة، فالشيخوخة هي مرحلة الانتقال من القوة إلى

الضعف (الصفى وإبراهيم، 2015، ص. 1) كما في قوله تعالى: ﴿اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾ {الروم، 54}.

كما يذكر "لافون" (Lafon 2008) أنه مع تقدم السن يضعف الجهاز المناعي وتضعف مقاومته للاعتداءات وبالتالي يتزايد خطر الإصابة بأمراض جسدية و/أو عصبية و/أو عقلية، وتعد أمراض الجهاز العصبي لدى كبار السن أكثر مشكلات الصحة العمومية، ومن أخطر الأمراض التي يتعرضون لها هي الأمراض العصبية الانحلالية (Les maladies neurodégénératives) والتي هي عبارة عن إصابات خاصة بالجهاز العصبي لكونه العضو المعني بالأمراض الانحلالية بالدرجة الأولى، ومن بين الأمراض الانحلالية الأكثر انتشارا لدى كبار السن نجد مرض الزهايمر ومرض باركنسون (سايل، 2015، ص. 127).

إن مرض الزهايمر من أكثر أشكال الخرف شيوعا، حيث يصيب الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن الستين عاما، كما يؤثر مرض الزهايمر على الدماغ من خلال تدمير مكونه الأساسي أي الخلية العصبية، حيث تحدث خسارة الخلايا العصبية أولا في لوحة التحكم المركزية في نظام الذاكرة أو قرن آمون، وقد يظهر أيضا فقدان حس المكان (فقدان الذاكرة المكانية) بمعنى عدم ادراك موقع الأشياء أو الأماكن، ثم ينتشر إلى الفصوص الجبهية والجدارية والصدغية في القشرة الدماغية، ثم يهاجم المرض أيضا أجزاء أخرى من الجهاز الطرفي بما في ذلك اللوزة وأجزاء أخرى من القشرة الدماغية، فيحصل ضرر في الوظائف الإدراكية الأخرى مثل مهارات اللغة والقدرة على اصدار الأحكام وإنجاز المهام البسيطة. وبما أن الجهاز الطرفي هو جزء الدماغ الذي يؤثر في الغرائز والدوافع والعواطف فإن تضرره يؤدي إلى ظهور السلوك العدواني عند المصابين بالزهايمر، وفي النهاية يحدث تلف المزيد من الخلايا العصبية وتتلف معه المزيد من نقاط الاشتباك أي نقاط الاتصال بين الخلايا، وعند فقدان الخلايا العصبية تتقلص الكتلة الدماغية ثم يبدأ الشخص المصاب بفقدان بعض وظائفه بما في ذلك القدرة على التواصل والتعرف على الوجوه المألوفة والأشياء، والتحكم في السلوك والحاجات الأساسية مثل الحاجة إلى الأكل أو الإخراج، وفي المراحل الأخيرة من المرض يصبح المريض أسير الفراش ويعتمد كلياً على الآخرين (بيترسن، 2003).

وعلى الرغم من أن الزهايمر يصيب عادة الأشخاص بعد الخامسة والستين، إلا أنه يمكن أن يصيب الأفراد في الأربعينيات والخمسينيات من العمر ولكن بنسبة ضئيلة ويدعى بداء الزهايمر المبكر (أبو حامد، 2009، ص. 14). حيث تشير احصائيات المنظمة العالمية للصحة إلى أن 47.5 مليون شخص في

العالم يعانون من الخرف، ومن المتوقع أن يرتفع العدد الإجمالي للمصابين بالخرف إلى 75.6 مليون شخص في عام 2030، ويعزى قدر كبير من هذه الزيادة إلى ارتفاع عدد المصابين بهذا المرض في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وكذا تزايد أعداد المسنين في أنحاء العالم (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2019, para. 64).

أما في الجزائر فقد أظهرت الاحصائيات التي أجريت خلال سنتي 2017 و2018 من طرف وزارة الصحة تسجيل 200 ألف مريض بالزهايمر على المستوى الوطني (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2018، سطر 1).

كما تعتبر تأثيرات الزهايمر أكثر وخامة، حيث أن المرض يتطور بشكل كبير وخفي إضافة إلى عدم وجود علاج شاف له على الرغم من جهود العلماء في محاولة فهم المرض وتشخيصه ومعالجة أعراضه (بيترسن، 2003، ص. 14).

فضلا عن هذا فإن التشخيص والعلاج المبكرين يساعدان في أن يعيش مريض الزهايمر حياة ممتعة وفاعلة، من خلال وضع المريض في وسط اجتماعي يساعده على تحسين جودة حياته (أبو حامد، 2009، ص. 45).

وقد اهتم بحثنا بموضوع رعاية مرضى الزهايمر نظرا لشدة المشاق والأعباء الملقاة على أفراد الأسرة الذين يقومون برعاية مرضاهم بشكل عام ورعاية قريب لديه مرض الزهايمر بشكل خاص، فمهمة المرافقة هي الأكثر إثارة لمشقة الأسرة، ويرجع ذلك إلى المشكلات النفسية والصحية والاجتماعية للمريض، مما يجعله غير قادر على القيام بوظائف حياته اليومية وواجباته الاجتماعية على حد تعبير (النوبي، 2012، ص. 211)، فتأثير مرض الزهايمر لا يتوقف على المريض نفسه ولكن يمتد إلى عائلته.

ويضيف "توماس" و"هازف" (Thomas & Hazif, 2004, p. 23) على أن مرض الزهايمر ليس مرض فرد منعزل ولكن هو مرض فرد ضمن منظومة أسرية.

وعليه فإن لحظة إعلان تشخيص مرض الزهايمر لحظة مؤلمة للمريض وأسرته على حد سواء، هذا الموقف يمثل لحظة التقاء جديدة لكليهما لبناء علاقة جديدة أساسها الثقة، وقد تكون هذه الفترة مرهقة لكل شخص سيتولى توفير الرعاية للمريض، سواء كان الزوج أو الزوجة، أو الأبناء، أو أحد أفراد العائلة أو

الأصدقاء، فلا بد من اعتماد اتجاه جديد في العلاقة القائمة بين مقدم الرعاية والشخص الذي تلقى تشخيصاً بمرض الزهايمر (حجازي، 2006، ص. 27).

فإصابة المسن بمرض الزهايمر تؤثر في نفوس أفراد أسرته تأثيراً شديداً، خاصة حين تكون الأسرة جاهلة بطبيعة هذا المرض وكيفية التعامل مع المريض، فيصاب أفراد الأسرة بحالة من الإنكار كرد فعل نفسي دفاعي في بداية اكتشاف إصابة المسن بالزهايمر، وبعد فترة من تشخيص المرض تنتاب الأسرة انفعالات كالإحباط والقلق والشعور بالذنب، فقد يعتبر أفراد الأسرة أنفسهم مسؤولين عن سوء حالة المريض مما قد يؤدي إلى الإفراط في العناية بالمريض بشكل قد يضره، أو الشعور بالفشل والعار والغضب الشديد والذي قد يتحول إلى عدوان موجه نحو المريض رغم حبهم له (جميعي، 2004).

وللتعرف على طرق تعامل الأسر مع مريض الزهايمر توصلت "غويدر" (1998) Gwyther من خلال بحثها إلى أن أسر مرضى الزهايمر قد صرحوا بأن مرض الزهايمر لا يشبه أي مرض آخر، وأن التعامل معه يختلف بكثير عن التعامل مع العجز البدني، بل هو أشد وطأة على الأسرة ويحدث تأثيراً كبيراً عليها مقارنة بالأمراض المزمنة الأخرى (النوبي، 2012).

وكما هو معروف فإن مرض الزهايمر من الأمراض المزمنة غير القابلة للشفاء حيث تتطور أعراضه مع مرور الوقت، ففي المراحل الأولى يسهل التعامل مع المريض بسبب الأعراض البسيطة مثل: النسيان، قلة الاهتمام بالنشاطات والهوايات، خلط ذهني في المكان والزمان، إلا أن الأمور تبدأ في التعقيد خلال المراحل المتوسطة والمتقدمة من المرض أين يلاحظ على المريض اضطرابات سلوكية كالعدوانية والهيجان خاصة ليلاً، تغيرات في الشخصية، تلاشي الذاكرة كلياً، فقدان تام للاستقلالية، ظهور الهلوس والهذات (Doody, Massman & Dunn, 2001, p. 451).

وتأتي أهمية دور المرافق من كون المريض قد تجاوز الطور الباكر من المرض ودخل في الطور المتوسط إلى المتقدم منه، أين أصبحت قدرته في الاعتماد على ذاته في تدبير أمور حياته اليومية وأموره الشخصية متدنية إلى درجة كبيرة، وعلى المرافق في هذه الحالة أن يقوم بمهام المرافقة ليس لشخص عادي أصيب بعرض صحي لعدة أيام أو أسابيع، بل لشخص تتراجع قدراته المعرفية بشكل مستمر ويزداد اعتماده على الغير (أبو حامد، 2009، ص. 61).



حيث يحتاج مريض الزهايمر إلى العناية الشخصية التي تشمل الحمام، الملابس، الاطعام، المراقبة، إدارة شؤون المنزل، الطبخ، التنظيف، التسوق، وأخذ المريض إلى المستشفى، كذلك اشباع الاحتياجات العاطفية للمريض، وتنسيق كافة نشاطاته الاجتماعية والخدمات المقدمة له، وهذه الوظائف قد تتطلب في الكثير من الأحيان تفرغا كاملا (السنبل، 2014، ص. 103)، وما يزيد الأمر تعقيدا على مرافق مريض الزهايمر وجود مسؤوليات أخرى لا تقل أهمية كونها مرتبطة بالعمل أو بالأسرة كإدارة شؤون المنزل أو تربية الأطفال، ومع رعاية مسن يعاني من الزهايمر قد يتطلب الأمر على الأقل من 25 إلى 30 ساعة أسبوعيا، ومن سنتين إلى عشر سنوات على الأقل من حياة مرافق المريض (Kropf, 1992).

وتؤكد دراسة "زاريت" وآخرون (Zarit & al (1981) أن مرض الزهايمر يتطور حتى يصل المريض إلى مرحلة يعتمد فيها كليا على غيره في تغذيته، ونظافته الشخصية، وفي طريقة نومه وجلسه، مما يخلق مشكلات صحية ونفسية لمن يقومون برعايته (العبيدي والداغ، 2001، ص. 192).

تأسيسا لما سبق يتضح أن العيش مع مريض الزهايمر أمر صعب يتطلب الشجاعة والصبر، خاصة وأن مرافق مريض الزهايمر يضطر في الكثير من الأحيان إلى إجراء تغييرات كبيرة في حياته لرعاية مريضه، فقد يضطر إلى الانقطاع عن الدراسة، أو الاستقالة من العمل، تغيير مقر الإقامة، هذا ما يخلق مناخا جديدا في حياة الأسرة ويهدد استقرارها ويزيد من حالات التوتر والقلق بين أفرادها، حيث توصل (الدوسري، 2013، ص. 165) في دراسة له إلى أن مرافقي مرضى الزهايمر يوافقون على أن رعاية المريض سببت لهم بعض المشكلات النفسية، ومن أبرز تلك المشكلات الشعور بالخوف المستمر على المريض، وزيادة الأعباء الانفعالية والإحباط الناتج عن انتكاسات المريض، والتوتر والقلق الناتجين عن سلوكيات مريض الزهايمر غير السليمة وتقليل معدل الترفيه.

لذلك نجد أول ما يقوم به مرافق مريض الزهايمر البحث عن يسانه سواء داخل الأسرة أو خارجها للتخفيف من العبء المسند إليه، فهي تعد خط الدفاع الأول الذي يلجأ إليه الفرد في حالة مواجهته للعديد من المشكلات والأزمات التي تفوق قدرته وطاقته.

ونظرا لثقل عبء رعاية مريض الزهايمر، فإن المرافق له يحتاج إلى سند عاطفي سواء من قبل أسرته أو من قبل جماعات مجتمعية أو مهنية حتى يستطيع القيام بمسؤولياته (Dyer & al, 2003, p. 56).

حيث يرى "لوبور" Lepore في هذا الصدد أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر معه، وتضم في الغالب الأسرة، الأصدقاء وزملاء العمل (فايد، 2001، ص. 338).

وبالنسبة لـ "كابلان" Caplin المساندة الاجتماعية عبارة عن نظام يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالدعم العاطفي (علي، 2000، ص. 9).

وعلى هذا الأساس تشير المساندة الاجتماعية إلى مدى وجود الآخرين أو الأشخاص الذين يمكن أن يثق فيهم الفرد بالإضافة إلى ما يقدموه له من موارد قبل وأثناء وبعد الأحداث المثيرة للمشقة (شويخ، 2007، ص. 85).

كما يقر "فيروري" (1993) Ferreri أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف مرتبطة بعوامل اجتماعية وبالأخص بمساعدة المحيط الذي يتدخل بشكل إيجابي فيها (Ferreri, 1993, p. 43).

حيث يتلقى الفرد من الشبكة الاجتماعية المحيطة به أنماطا متعددة من المساندة الاجتماعية فقد تكون في صورة عطف أو في صورة تقدير واحترام أم على شكل مساعدة مادية، أو تتجسد في صورة علاقات حميمة مع الآخرين أو كلها معا (شويخ، 2007، ص. 91).

ويتحصل الفرد على هذه الأنماط من المساندة الاجتماعية من مصادر مختلفة، فحسب (مخيمر، 1997، ص. 108) تختلف مصادر المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة، وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق والأسرة، أما في مرحلة الرشد فتتمثل في الزوج أو الزوجة وكذلك علاقات العمل والأبناء.

كما يمكن حصر المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مرافق مريض الزهايمر سواء داخل إطار أسرته أو خارجها، في مساندة اجتماعية غير رسمية تقدم من طرف الأهل، الأصدقاء، الزملاء، والجيران بدافع المحبة والمصالح المشتركة والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، ومساندة اجتماعية رسمية والتي يتحصل عليها عن طريق المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات، دور الرعاية، ويقوم

بتقديمها الأخصائيون النفسانيون والاجتماعيون، الأطباء، حيث يقدم هؤلاء الأخصائيون المساندة الاجتماعية اللازمة في مواقف الازمات.

وللمساندة الاجتماعية دور مهم في مواقف الاجهاد النفسي فإنها تساعد على التوافق خلال أوقات الضغوط (ملكوش ويحي، 1995، ص. 2331)، إذ نجد أن الأشخاص الذين يتميزون بوجود مساندة اجتماعية عالية لديهم قدرة عالية على مواجهة الصعوبات اليومية وتغيرات الحياة، فالمساندة تعزز المناعة النفسية، وأي مستوى من التحدي يمكن أن يشترط بوجود مستوى من المساندة حتى وإن كان مقدارا قليلا جدا من التحدي يمكن أن يقود إلى تجربة مؤلمة إذا لم يتلقى الشخص مساندة بشكل جيد (مالود، 2018، ص. 417).

كما أن التأثير الإيجابي للمساندة الاجتماعية لا يرتبط بكم المساندة الاجتماعية، وإنما بمدى اقتناع الفرد بالمساعدة المقدمة له، أي بمدى إدراكه لعمق علاقاته بالآخرين وكفاية ما يقدمون له من دعم (العتيبي، 2008، ص. 43).

من ناحية أخرى كشفت دراسة كل من "الخالدي" (2008) و"عودة" (2010) عن وجود فروق في المساندة الاجتماعية لصالح الإناث، وبينت دراسة "الهنداوي" (2011) أن افتقاد الأنثى للمساندة الاجتماعية يجعلها أكثر حساسية في ادراك الأحداث الضاغطة اليومية ويؤدي إلى انخفاض قدرتها على مواجهة الحدث الذي تتعامل معه، ويرى الباحثان كذلك أن الإناث أكثر حساسية وتأثرا بسلوك الآخرين من الذكور، وأن الشعور بالأهمية والقيمة يتوقف على علاقة الأنثى بالأسرة والمؤسسات الاجتماعية وأن المساندة الاجتماعية تقي الإناث من الأمراض الجسمية والنفسية أكثر من الذكور، لأن الذكر أكثر اعتمادا على مصادره النفسية كعوامل للوقاية من الضغوط، بينما تتلقى الأنثى قدرا أكبر من المساندة نظرا لأنها أضعف من الذكر على المستوى الجسيمي والنفسي والوجداني، وبالتالي فهي بأشد الحاجة لهذه المساندة من الذكر الذي يمكنه تدبير أموره دون اللجوء للآخرين، إضافة إلى أن الأنثى تعتمد في تقديرها لذاتها على مدى نجاح أو فشل علاقاتها مع الآخرين وهذه الطبيعة الخاصة بالأنثى تجعلها أكثر طلبا للحماية والمساندة والمساعدة مقارنة بالذكور (صلاح ونجدة، 107).

في حين توصلت دراسة "حداد" و"الزيتاوي" (2002) إلى عدم وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من قبل الأصدقاء تعزى لمتغير الجنس، وبينت نتائج دراسة "فلكنبرغ" (2006) عدم وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس (جربان والشوارب، 2013، ص. 71).

واستنادا على ما تقدم يظهر أن تواجد الدعم والمساندة من الأشخاص المقربين من العائلة والأصدقاء يساعد مرافق مريض الزهايمر في التغلب على ما يواجهه من مواقف ومشكلات انفعالية أو نفسية، أو اجتماعية، وتعتبر المساندة الاجتماعية إحدى صور العلاقات الاجتماعية التي توفر للفرد المساعدة التي يطلبها، كما أنها أهم مصدر للأمن الذي يحتاجه عندما يشعر أن هناك ما يهدده وأنه غير قادر على مواجهة المتاعب التي تعترض حياته وتؤثر على توافقه.

وحتى يكون مرافق مريض الزهايمر قادرا على الاستمرار في مرافقة مريضه فإنه يسعى إلى تفهم كيفية تعامله مع المواقف الانفعالية التي يواجهها، وإيصال مشاعره من خلال عملية تسيير الانفعالات التي يشعر بها، وقد أشار (كفافي، 2014، ص. 243) إلى أن الانفعالات لا تتمتع بالسيطرة الكاملة إذ يمكن التحكم فيها عن طريق عملية تسيير الانفعالات.

كما أن للفرد القدرة على التحكم في انفعالاته حتى لا تظهر بشدة سواء انفعالات الغضب أو الفرح أو الحب، ويظهر تسيير الانفعالات وقت التعامل مع الضغوط والأزمات (الهمص، 2010، ص. 2).

كما يشمل تسيير الانفعال أنواع متعددة للانفعالات منها الإيجابية وأخرى سلبية مثل الغضب والخوف والحزن (Gross, Richards & John, 2006, p. 20).

بينما يتضمّن تسيير الانفعالات الإيجابية: القدرة على تهدئة السعادة بعد الحصول على نتيجة جيدة في الامتحان في الوقت الذي حصل فيه صديق آخر على درجة متدنية (Gross, 2008, p. 497).

إذن يحاول الفرد تسيير انفعالاته من خلال تقليل الشدة أو المدة الزمنية لها، كما هو الحال في حالة الغضب والحزن والقلق، وذلك بالتركيز على خفض من التعبير السلوكي للانفعالات السلبية، أو من خلال زيادة شدتها والمدة الزمنية لها وخاصة في الحب والاهتمام والمرح، وذلك بمشاركة الخبرات الإيجابية مع الآخرين (Quoidbach, Berry, Hanseenne & Mikolajczak, 2010, p. 368).

إضافة إلى هذا أكد الباحثون حسب (Gross, 2008, p. 497) أنّ التوجه الأمثل والأشمل لتسيير الانفعالات يأخذ بعين الاعتبار الانفعالات الإيجابية والسلبية والتي يمكن خفضها أو زيادتها.

ومنه يمكننا اعتبار تسيير الانفعالات بأنه الطريقة التي يتعامل بها مرافق مريض الزهايمر مع المواقف الضاغطة بالتركيز على الجوانب الانفعالية كونها أحد أهم مصادر مقاومة الضغوط والتقلبات التي تؤثر على سيرورة حياته، حيث يساعد حسن تسيير الانفعالات في توافق المرافق مع الأحداث الشاقة والظروف اليومية التي تعترى حياته، وفي نفس السياق يرى "براكت" وآخرون (Brackett & al (2010) أن القادرون على تسيير انفعالاتهم والسيطرة عليها لا يبالغون في التعبير عن الانفعالات، كما يتمكنون من إيجاد توازن بين الذات والبيئة المحيطة (Brackett, Palmero, Mojsakaja, Rayes & Salovey, 2010, p. 409).

وتمثل استراتيجيات التسيير الانفعالي حجر الزاوية في مفهوم تسيير الانفعالات، فهي تشير إلى الأساليب التي يلجأ إليها الأفراد لتعديل التعبير عن الخبرات الانفعالية، ويشمل ذلك الانفعالات الإيجابية والسلبية على حد سواء، كما تشير الأدبيات النظرية إلى وجود فروق فردية سواء بين الأفراد أو لدى الفرد نفسه في استخدام استراتيجيات تسيير الانفعالات، فالبعض لديه القدرة على اختيار استراتيجيات تكيفية، في حين يختار البعض الآخر استراتيجيات غير تكيفية، ويمكن ربط هذه الفروق في اختيار استراتيجيات تسيير الانفعالات بعدة عوامل منها سهولة استخدام الاستراتيجية والتي ترتبط بمستويات الانفعال، ففي بعض المواقف من الأسهل للفرد استخدام استراتيجية وضع تطلعات بالمقارنة مع استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي بتأثير من الشدة الانفعالية (سلوم، 2015، ص. 16).

فوفقاً لدراسة "شاير" وآخرون Scherer & al يفضل الأفراد في مواقف الشدة الانفعالية المرتفعة استراتيجية وضع تطلعات على إعادة التقييم الإيجابي، ويحدث العكس في مواقف الشدة الانفعالية المنخفضة (Brans, Koval, Verduyn, Lim & Kuppens, 2013, p. 2).

ومن بين العوامل أيضاً التنوع في استخدام الاستراتيجيات، حيث يميل الأفراد إلى استخدام مجموعة واسعة من الاستراتيجيات في نفس الوقت عندما يواجهون الأحداث الضاغطة، لأن التغيرات الانفعالية تقتضي أن نجرب طرقاً متعددة (Gross & Thompson, 2007, p. 24).

وبينت عدة دراسات وبحوث حسب (الشمي، 2019، ص. 261) وجود فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات تعزى لمتغير الجنس، حيث أجرى كل من "كارلسون"، "ساريكالو"، "توفيانين"، "بوجيرت"

و"كليشكو" (2015) (Carlson, Saarikallio, Toiviainen, Bogert & Kliuchko) دراسة من أهدافها التعرف على الفروق بين الجنسين في التسيير الانفعالي لعينة بلغت (123) مشاركا منهم (55) ذكرا و(68) أنثى، تراوحت أعمارهم بين (18) و(55) عاما، وأظهرت النتائج أن الذكور أكثر استخداما للاستراتيجيات التكيفية في تسيير انفعالاتهم مقارنة بالإناث.

وكشفت نتائج دراسة كل من "سلمو" (2015) و"اسماعيل" وآخرون (2016) عن وجود فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات تعزى لمتغير الجنس، حيث كانت فروق في استخدام استراتيجيات غير تكيفية (الاجترار) لصالح الإناث، ووجود فروق دالة احصائيا في الاستراتيجيات التكيفية (إعادة التركيز الإيجابي، إعادة التقييم الإيجابي، إعادة التركيز على التخطيط) لصالح الذكور.

وأوضحت نتائج دراسة "جاردينر" وآخرون (2013) Gardener & al أن الإناث لديهن استجابة انفعالية عالية للمثيرات السلبية مقارنة بالذكور (عفانة، 2018، ص. 92)، فالإناث يخبرن انفعالات سلبية بمستوى أعلى وأكثر تكرارا من الذكور خاصة انفعالات الخوف والحزن، في حين يختبر الذكور انفعال الغضب بشكل أكثر تكرارا لأسباب فيزيولوجية واجتماعية-ثقافية (Sorié, Penezié & Burié, 2013, p.342).

في حين توصلت دراسة كل من "يعقوب" (2011) و"طلب" (2017) و"بدرية" (2018) إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في التسيير الانفعالي (بدرية، 2018، ص. 77).

وتقيد الدراسات التي أجرتها كل من "كارنفسكي" و"كرايج" (2007) Garnefski & Kraaij أن استراتيجيات تسيير الانفعالات تختلف بين الأفراد وفق المواقف الضاغطة والحالة المزاجية التي يشعرون بها، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات إعادة التركيز الإيجابي، إعادة التقييم الإيجابي، إعادة التركيز على التخطيط ومشاعر الغضب والقلق والاكتئاب، في حين أظهرت استراتيجيات الاجترار الفكري، الكارثية ولوم الذات علاقة إيجابية مع الاكتئاب وأعراض القلق بوصفها استراتيجيات غير تكيفية، رغم ذلك فإن استخدام استراتيجيات تسيير الانفعالات مرهون بخبرة الفرد وقدرته على تسيير انفعالاته بطريقة جيدة ومناسبة مع الحدث الضاغط (Garnefski & Kraaij, 2007, p. 141).

وهناك توجه عام لدى الباحثين على حدّ تعبير (عبد الهادي، 2019، ص. 240) حيث يرى أن تسيير الانفعالات يحدث في سياق اجتماعي، لأن الأفراد الذين يختبرون حالة انفعالية عادة ما يحرصون على ألا يكونوا وحيدين، ويحاولون التوجه نحو الآخرين لطلب المساعدة في فهم انفعالاتهم وتسييرها.

وفي نفس السياق قدم "زكي" و"وليامس" (2013) Zaki & Williams نموذجاً بينا من خلاله أن الخبرة الانفعالية تولد دافعا للتحكم بالانفعال، وهذا الدافع في المقابل يحث الفرد على البحث عن شخص آخر والاتصال معه للتعبير عن الانفعال، ويرغب الفرد بمشاركة خبرته الانفعالية مع الآخرين، وتعد المشاركة الاجتماعية من أكثر الاستجابات انتشاراً للأحداث الانفعالية بصرف النظر عن كون تلك الأحداث إيجابية أو سلبية (جارحة أو صادمة)، وهناك شكلان على الأقل من المشاركة الاجتماعية يعكسان دوافع تسيير الانفعالات، أولهما أن الفرد يعدل من سلوكه التعبيري بما في ذلك تعابير الوجه كاستجابة لوجود الآخرين، ثانيهما أن الفرد أكثر احتمالاً لمشاركة الانفعال مع الآخرين اعتقاداً أنهم يمكن أن يقدموا له المساعدة (Zaki & Williams, 2013, p. 804).

ويرى "ثوتس" (1986) Thoits أن المساندة الاجتماعية هي المشاركة الفعالة من الآخرين في جهود تسيير الانفعالات لدى الفرد، حيث يساعد الآخرون الفرد على تغيير الموقف بشكل مباشر أو تغيير إدراكه للموقف أو خفض الاستجابة الانفعالية الناجمة عن الموقف وذلك من خلال المساندة الاجتماعية (طه وسلامة، 2006، ص. 136).

وأكد كل من "كاروتشي"، "هيفن" و"سوبافاديبراست" (Ciarrochi, Heaven & Supavadeeprasit, 2008, p. 565) على أن قدرة الفرد على تسيير انفعالاته مرتبط بالمساندة الاجتماعية، إذ أن تحديد الانفعال والمشاركة يعدان الأساس في تنمية الصداقة والألفة.

كما أن الدعم الاجتماعي يخفف من ضغط الانفعالات عن طريق إيجاد حلول للمشكلة أو تقديم طرق الالهاء عن تلك المشكلة، ومن التأثيرات النفسية الفيزيولوجية للعلاقات الوثيقة أنها ترفع الإحساس بالأمن الذي يعمل على خفض استجابة الضغط للعديد من الأنظمة الفيزيولوجية (Shahsavarani, Ashayeri, Lotfian & Sattari, 2013, p. 14).

وعليه فإن مرافق مريض الزهايمر بأمس الحاجة إلى المساندة الاجتماعية من قبل المحيطين سواء داخل الأسرة أو خارجها، حيث يشكل المرافق والمريض ثنائياً يتفاعلان مع بعضهما البعض ضمن علاقة ديناميكية متأثرة بالبيئة الاجتماعية المحيطة بهما، ويبرز تأثير المساندة الاجتماعية في مساعدة المرافق على اجتياز ما يواجهه من مشكلات، وتسيير انفعالاته بشكل فعال سواء كانت هذه الانفعالات إيجابية أو سلبية.

وبعد مراجعة الأبحاث المتعلقة بدور المساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات تبين أن هناك عددا قليلا من الأبحاث التي أجريت في هذا الموضوع، من بينها دراسة "ويكليف" (2005) Wickliff التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتسيير الانفعالات في بيئة العمل، وتكونت عينة الدراسة من (229) عامل في قطاع الانشاءات، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية المقدمة من الزملاء في العمل وبين القدرة على تسيير الانفعالات الإيجابية والسلبية، كما أشارت النتائج إلى أن العمال يلجؤون إلى طلب المساندة من الزملاء في حالة المرور بخبرات انفعالية سلبية (جريان والشوارب).

نستخلص مما سبق أن للمساندة الاجتماعية دور في تسيير الانفعالات، وبالتالي فإن المساندة الاجتماعية المقدمة داخل إطار الأسرة أو خارجها تساعد مرافق مريض الزهايمر على تسيير انفعالاته، فالمرافق يعتمد على مساندة الآخرين كمصدر لخفض الضغط وتقوية الانفعالات الإيجابية، وأيضا تحقيق الفائدة من مجرد حضور الآخرين في الأوقات الصعبة.

كما أن المساندة الاجتماعية لا تساعد فقط مرافق مريض الزهايمر في تسيير انفعالاته، وإنما تعمل على تحسين جودة الحياة لديه بدليل ما توصلت إليه دراسة "شوماكر" و"براونل" (1984) Shumaker & Brownell اللذان اعتبرا أن مساندة الأشخاص لبعضهم البعض يسمح بتحسين جودة حياتهم (Shumaker & Brownell, 1984, p. 13).

وحسب كل من "جلازر" و"مور" (1987) Glatzer et More جودة الحياة تعني الرفاهية في الصحة والعلاقات الاجتماعية، أي تمتع الفرد بصحة جسدية ونفسية جيدة، وعلاقات اجتماعية حسنة ومقبولة بل ومرغوبة من الفرد (الصبوة، 2008، ص. 475).

فدرجة الشعور بجودة الحياة تزداد أو تقل وفق المنظومة المحيطة بالفرد، والتي تمتد لتشمل المساندة الاجتماعية التي تقدم للأفراد لمواجهة ضغوط الحياة كما تزيد من التأثير الإيجابي على درجة الشعور بجودة الحياة، فالدعم النفسي والاجتماعي كالمساندة الاجتماعية تجعل الفرد يقيم المواقف التي يتعرض لها تقييما واقعا ويواجهها بنجاح، كما تجعله أكثر إدراكا وتفسيريا وتقييما للحدث الضاغط (Charles & Rudolf, 1991, p. 37).



وتوصل كل من "دينر"، "سو"، "لوكس" و"سميث" (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, p. 302) إلى أن جودة الحياة ترتبط بمدى شعور الأفراد بامتلاكهم لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين. في حين توصلت دراسة "سنونو" وآخرون (Sinunu & al (2008) إلى أن توفير الرعاية الأسرية لكبار السن تعد إجهاد وعبء كبير على مقدمي الرعاية الأسرية، والذي يمكن أن يؤثر على جودة حياتهم (رجب، 2018، ص. 156).

وفي نفس السياق ذكر كل من "لوبيز" و"زاريت" (Lopaez & Zarit (2007) أن مقدمي الرعاية الأسرية يتعرضون للضغوط والمواقف المجهدة التي قد تزيد من خطر الإصابة بالعديد من الاضطرابات الجسمية والنفسية والاجتماعية، وبالتالي تؤثر على جودة حياتهم (رجب، 2018، ص. 189).

وعليه تبين أن رعاية مريض الزهايمر تؤدي إلى تدهور جودة الحياة من حيث أبعادها الثلاثة: البعد الجسدي، النفسي والاجتماعي لدى القائم على المرافقة الدائمة للمريض، وفي هذا السياق تؤكد العديد من الدراسات أن أغلبية الأسر التي ترعى مصابا بمرض الزهايمر تعاني من مشكلات عديدة وضغوط حادة تهدد استقرارها وتؤثر في وظائفها، ومن أهم المشكلات المرتبطة بإصابة أحد أفراد الأسرة بالزهايمر نجد المضاعفات الجسمية، فحسب دراسة كل من "بلاك" وآخرون (Blach & al (2010) و"جولين" وآخرون (Joling & al (2015) فإن حوالي (60%) من مرافقي المرضى صرحوا بأن حالتهم الصحية تدهورت منذ توليهم مرافقة قريبهم المصاب بالزهايمر، كما أن أغلبهم يعانون من ارتفاع الضغط الدموي، مرض السكري وضعف المناعة (Langis, 2018, p. 5). كما يعانون من اضطرابات النوم نتيجة بعض التصرفات والسلوكيات الصادرة عن المريض أثناء الليل وفي أوقات الراحة، كإسقاط الأشياء أو إصدار أصوات مزعجة مما يجعل النوم منقطعاً (العبيدي والدامغ، 2001، ص. 193).

وتوصلت (الداعج، 2018) في دراستها إلى وجود مشكلات نفسية تواجه مرافقي مرضى الزهايمر، والمتمثلة في الشعور بالقلق نتيجة الاعتماد الكلي للمريض، والخوف من استمرار التدهور، إضافة إلى الإحباط الذي يعزى إلى حدوث أعراض حسية لدى المريض مثل ضعف السمع وعدم التمييز بين الأصوات، مما يسبب الإزعاج للمرافق حين يتحدث معه ولا يتلقى الاستجابة.

كما كشفت دراسة "تران" (Tran (2007) أن الشخص الذي يقدم رعاية لشخص ما مريض بالزهايمر يعاني مرتين أكثر من الاكتئاب مقارنة بالشخص الذي يقدم الرعاية لشخص غير مريض بالزهايمر، وأن

الصحة البدنية مرتبطة بالأعراض الاكتئابية أي كلما كان مرافق المريض أكثر صحة كلما كان أقل اكتئاباً (النوبي، 2012، ص. 1201).

من جهة أخرى تتطلب مرافقة مريض الزهايمر رعاية مستمرة على مدار الأربع والعشرين ساعة في اليوم، لأن المريض لا يستطيع أن يلبي حاجاته الخاصة، مع ضرورة المراقبة لأن المريض قد يقوم بسلوك غير متوقع يؤدي به نفسه أو سواه، كل هذه الأمور تؤثر على الحياة الاجتماعية لمرافق المريض حيث تتضاءل فرص زيارة الأقرباء والأصدقاء والتوقف عن مزاوله الهوايات، لأن المرافق يقضي وقته بالقرب من المريض وغالبا لا يوجد من يساعده في عملية الرعاية، كذلك عدم توفر الوقت الكافي الذي يسمح للمرافق بالترفيه عن نفسه أو حتى للعناية بنفسه أو بأفراد أسرته الآخرين، هذا ما يتفق مع نتائج دراسة "الدوسري" (2013) التي توصلت إلى أن رعاية مريض الزهايمر تتسبب إلى حد ما ببعض المشكلات الاجتماعية كالاختلافات في الآراء بين أفراد الأسرة حول كيفية العناية بالمريض، تقليص زيارة الأقارب والأصدقاء، وتقليص الوقت للعناية بأفراد الأسرة الآخرين، وجود خلافات بين الزوجين، كما أن بعض الأسر تحرص على عدم ظهور مريض الزهايمر أمام الزائرين (الداعج، 2018).

كما يؤثر وجود فرد مصاب بالزهايمر على الحالة الاقتصادية للأسرة كأعباء إضافية على ميزانية الأسرة والتي تتمثل في العلاج، ومختلف الاحتياجات الخاصة، وتهيئة المنزل للعناية بالمريض (العبيدي والدامغ، 2001، ص. 197).

وأكدت دراسة "برجمان"، "بيدرسن" و"ماك كلين" (Bergman, Plomi, Pedersen & Mc Clean, 2008, p. 644) أن المساندة الاجتماعية تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته وحياته، وتقوي قدرته على مواجهة الأحداث بشكل إيجابي.

كما أن للمساندة الاجتماعية تأثيرا مباشرا وغير مباشر على الصحة، حيث يتمثل التأثير المباشر للمساندة الاجتماعية في أنها تعزز سلوكيات إيجابية أو استجابات غدية مناسبة والتي بدورها تحافظ على نشاط الجسم الفيزيولوجي السليم، أما التأثير غير المباشر فيتمثل في أن المساندة الاجتماعية تدفع الأفراد إلى ممارسة سلوكيات صحية سليمة كالغذائية المتوازنة وممارسة الرياضة، التي تحافظ على صحة الفرد وتقويه من الاضطرابات العضوية والنفسية (غانم، 2002، ص. 47).

وفيما يخص الفروق بين الجنسين في درجة الشعور بجودة الحياة، فقد بين "عبد الخالق" (2010) من خلال دراسته ارتفاع متوسط الذكور عن الإناث في بعض أبعاد جودة الحياة والمتمثلة في الصحة النفسية، السعادة، الرضا عن الحياة، والمعتقد الديني، ولم يكن ثمة فروق جوهرية بين الجنسين في بعدي الصحة الجسمية والتدين (الشمي، 2019، ص. 260).

في حين أظهرت دراسة كل من "شوقي" (2014) و"محسن" (2018) أنه لا توجد فروق في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمتغير الجنس (الشمي، 2019، ص. 262).

وبينت دراسة "رجب" (2018) وجود فروق دالة احصائياً في جودة الحياة بين مقدمي الرعاية الأسرية لذويهم المسنين تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

كما توصل كل من "نوريس" و"موريل" Norris & Murell إلى أن المساندة الاجتماعية تقلل شعور الفرد بالمشقة وتخفف من آثاره السلبية على صحته بصورة عامة، كما يساعد وجود مصادر متعددة للمساندة (الأسرة، الأصدقاء، الزملاء) على زيادة قدرة الفرد على التوافق، لأنها تشعره بالدفء الذاتي وتمده بالصلابة النفسية المطلوبة لمواجهة الأزمات (عشماوي، 2001، ص. 27).

فالمساندة الاجتماعية وإتاحة علاقات اجتماعية مرضية متميزة بالحب والود والثقة تعمل كحواجز ضد التأثير السلبي لأحداث الحياة على الصحة الجسمية والنفسية (يخلف، 2001، ص. 54)، هذا ما يتفق مع دراسة "برجمان" (2008) Bergman التي بينت هي الأخرى أن المساندة الاجتماعية ترتبط سلباً بأعراض الاكتئاب، كما أكدت أن المساندة الاجتماعية تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته وجودة حياته (الشاعر، 2010).

تأسيساً على ما تقدم يمكن اعتبار أسرة مريض الزهايمر أقدر المؤسسات الاجتماعية على تلبية احتياجاته المادية والمعنوية، كون أن غالبية المصابين بمرض الزهايمر يتحتم عليهم البقاء في منازلهم الخاصة بعيداً عن المجتمع الخارجي، وهذا من شأنه أن يجعل من القائمين على رعايتهم في عزلة اجتماعية والتي تعد في حد ذاتها نواة لتأثيرات نفسية لديهم، وعليه فهم بحاجة إلى المساندة الاجتماعية سواء داخل إطار الأسرة أو خارجها ليتمكنوا من مجابهة مختلف التحديات التي تواجههم أثناء رعايتهم لمريض الزهايمر، وفي نفس الوقت الحفاظ على توازنهم الانفعالي وصحتهم الجسمية والنفسية، وكذلك الشعور بجودة الحياة.

في ضوء هذا الطرح تبلور لدينا مشكلة البحث الموالية:

هل للمساندة الاجتماعية دور في تسيير الانفعالات وتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر؟

ويتفرع عن هذا التساؤل العام إلى الأسئلة الفرعية التالية:

1.1 هل يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير انفعالاتهم (تكيفية/ غير تكيفية) تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها؟

2.1 هل يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها؟

3.1 هل يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية وتسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة تبعاً للجنس؟

4.1 هل يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرها تبعاً لمدة المرافقة؟

5.1 هل يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير انفعالاتهم (تكيفية، غير تكيفية) تبعاً لمدة المرافقة؟

6.1 هل يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمدة المرافقة؟

## 2- فرضيات البحث:

للإجابة على الأسئلة السابقة صيغت الفرضيات التالية:

1.2 يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير انفعالاتهم (تكيفية/ غير تكيفية) تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها.

2.2 يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها.

3.2 يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية وتسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة تبعاً للجنس.

4.2 يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرها تبعاً لمدة المرافقة.

5.2 يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير انفعالاتهم (تكيفية، غير تكيفية) تبعا لمدة المرافقة.

6.2 يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمدة المرافقة.

### 3- أهداف البحث:

يهدف البحث التالي إلى الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر، كما يمكن أن نجل أهداف البحث في النقاط التالية:

- التعرف على الاختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير انفعالاتهم (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها.

- التعرف على الاختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة وأبعادها تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها.

- التعرف على الاختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية وتسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة تبعا للجنس.

- التعرف على الاختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرها تبعا لمدة المرافقة.

- التعرف على الاختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير انفعالاتهم (تكيفية، غير تكيفية) تبعا لمدة المرافقة.

- التعرف على الاختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمدة المرافقة.

### 4- أهمية البحث:

إن الحديث عن موضوع رعاية مريض مصاب بالزهايمر يعد من المواضيع الجديرة بالاهتمام، ويعد بحثنا هذا من البحوث التي تركز على الدور الذي يلعبه المرافق في الحياة اليومية لمريض الزهايمر، وهذا من خلال إبراز الدور الجسيم الملقى على عاتقه وآثار ذلك على صحته النفسية والجسمية، وعليه تتمثل أهميته فيما يلي:

- عدم وجود دراسات في حدود علمنا تطرقت للمتغيرات المتناولة في هذا البحث مجتمعة معا وهي (المساندة الاجتماعية، تسيير الانفعالات، جودة الحياة)، ويعد هذا البحث محاولة لإضافة إسهام جديد في حقل البحث العلمي.

- القيمة العلمية لمثل هذا النوع من البحوث في مجال علم النفس الصحة، وكون أن علم النفس الصحة يهتم بالصحة والمرض، ارتأينا من خلال بحثنا هذا تسليط الضوء على فئة مرافقي مرضى الزهايمر هذه الفئة التي لم تتل الاهتمام والبحث بالشكل الكافي وهذا ما يزيد من الحصيلة العلمية حول الآثار السلبية الناتجة عن مرافقة مريض الزهايمر سواء على الناحية الجسمية أو النفسية وحتى الاجتماعية، واستعراض التراث النظري والميداني.

- الكشف عن دور المساندة الاجتماعية بالنسبة لمرافق مريض الزهايمر كيف يمكن لها أن تساعده في تسيير انفعالاته وتحسين مستوى وجودة الحياة لديه، فالمساندة الاجتماعية تعمل على تنمية ودعم الأدوار الإيجابية للمتغيرات النفسية للتخفيف من وقع الأحداث الشاقة وآثارها على صحته النفسية والجسمية والاجتماعية أي تحسين جودة الحياة، من جهة أخرى تساعد المساندة الاجتماعية على مقاومة المشقة بمساعدة مرافق مريض الزهايمر على تسيير انفعالاته بشكل يتناسب مع بيئته المحيطة.

- تقيد نتائج البحث أيضا في كونها تؤكد على ضرورة اسهام كل أفراد الأسرة وكذا الجمعيات في توفير خدمات الرعاية المؤقتة لمريض الزهايمر هذا ما ينعكس إيجابيا في توفير المساندة الاجتماعية لدى مرافق المريض من جهة وتحسين جودة الحياة لديه من جهة أخرى، وكذلك من خلال تصميم برامج التربية العلاجية لمرافقي مرضى الزهايمر المتمحورة حول تسيير الانفعالات والتي تهدف حسب "فزيينا" و"لافوي" (2015) Vézina et Lavoie إلى وضع استراتيجيات تكيفية لتسيير الانفعالات وتغيير التصورات السلبية لدى مرافقي المرضى التي تكون عادة مرتبطة بالرعاية التي يقدمونها للمرضى وما يرافق ذلك من ضغوطات (Vézina & Lavoie, 2015, p. 109).

## 5- تحديد المفاهيم الأساسية للبحث:

سننظر في هذا العنصر إلى تحديد مجموعة من المفاهيم الواردة في هذا البحث، بداية بالمساندة الاجتماعية ثم تسيير الانفعالات يليهما جودة الحياة، وقد بدأنا بالتعريف اللغوي ثم الاصطلاحي وأخيرا التعريف الإجرائي.

### 5-1- المساندة الاجتماعية:

#### أ- لغة:

يشير الأصل اللغوي للمساندة في المنجد للغة والأعلام إلى: سند سنودا واستند أي اعتمد عليه، وساند مساندة وسنادا أ. الرجل: عاضده وكانفه، ب. على العمل: كافأه ج. إلى الشيء: جعل الشيء متكأ له (المنجد في اللغة والأعلام، 1982، ص. 354).

#### ب- اصطلاحا:

يرى "سارسون وآخرون" (1983) Sarason & al أن المساندة الاجتماعية تعني مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة (الصبان، 2003، ص. 19).

في حين يشير "ليبور" (1994) Lepore إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الاجتماعية المتاحة للفرد التي يمكن أن يستخدمها في أوقات الضيق والتي تهدف إلى تدعيم صحة ورفاهية متلقي المساندة (السري وعبد المقصود، 2008، ص. 2).

وبالنسبة لـ (علي، 2005، ص. 13) فإن المساندة الاجتماعية تشير إلى ذلك الدعم المادي والعاطفي والمعرفي الذي يستمده الفرد من جماعة الأسرة أو زملاء العمل أو الأصدقاء في المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته، وتساعده على خفض الآثار النفسية السلبية الناشئة من تلك المواقف وتساهم في الحفاظ على صحته النفسية والعقلية.

## ج- إجرائيا:

بالنسبة لهذا البحث تعرف المساندة الاجتماعية إجرائيا بأنها تمثل مختلف أشكال الدعم المادي أو المعنوي أو كلاهما معا الذي يتلقاه مرافق مريض الزهايمر من قبل المحيطين به، قصد مساعدته في تخطي الأزمات والظروف الحياتية الصعبة التي قد يواجهها أثناء مرافقته لمريض الزهايمر، سواء كان هذا الدعم داخل إطار الأسرة أي من طرف الزوج (ة)، الابن، البنت، زوجة الابن، الحفيد (ة)، أو خارج إطار الأسرة أي من الأصدقاء، الزملاء أو الجيران، وتتمثل في البحث الحالي بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها مرافق مريض الزهايمر على مقياس المساندة الاجتماعية لـ " دانيل " (2008)، والذي يتكون من بعدين، بعد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة، وبعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة.

والجدير بالتوضيح أننا قمنا بتحديد مستويين للمساندة الاجتماعية (قدر مناسب من المساندة الاجتماعية، قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية)، فبالنسبة للمستوى المحدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية فتتصدر درجته بين (42) إلى (125) درجة، بينما المستوى المناسب من المساندة الاجتماعية فهو الذي يتحصل على (126) فما فوق.

## 5-2- تسيير الانفعالات:

## أ- لغة:

كلمة تسيير لغة مشتقة من: سير، يسير، تسييرا، أ. سير الشيء: أساره، حركه، جعله يسير، ب. سير أعمال فلان: أدارها، وجهها، ج. تسيير الأمور: تحريكها وإدارتها، د. تسيير ذاتي: بواسطة إدارة داخلية (عمر، 2008، ص. 1147).

## ب- اصطلاحا:

يعرف "جروس" (1999) Gross تسيير الانفعالات بأنه مجموعة من العمليات التي تحدث عندما يحاول الفرد التأثير على نوع وكمية الانفعالات التي يختبرها هو أو يختبرها الآخرون من حوله، وكيفية التعبير عن هذه الانفعالات (Gross, 1999, p. 2).

بينما يحدد كل من "رومر" و "كراتز" (2004) Roemer & Grats مفهوم تسيير الانفعالات بمجموعة من القدرات التي تشمل: الوعي بالانفعالات وفهمها، قبول الانفعالات، السيطرة على السلوكيات المتهورة



والتصرف وفقا للأهداف المرجوة عند التعرض للانفعالات السلبية مع الاستخدام المرن لاستراتيجيات التسيير الانفعالي (Gratz & Reomer, 2004, p. 42).

وفي نظر " جارنفسكي " و " كرايج " (2007) Garnefski & Kraaij يمكن اعتبار تسيير الانفعالات بأنه " الأساليب المعرفية والواعية التي يستخدمها الفرد بهدف معالجة وضبط الاستثارة والمعلومات الانفعالية " (Garnefski & Kraaij, 2007, p. 2).

### ج- إجراءات:

يقصد بتسيير الانفعالات في هذا البحث مجموع العمليات والاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها مرافق مريض الزهايمر لضبط حالته الانفعالية وتغيير ردود أفعاله واستجاباته وفقا للموقف الذي يعيشه، ويتضمن التسيير المعرفي للانفعالات تسع استراتيجيات مقسمة إلى بعدين، البعد الأول: استراتيجيات التسيير المعرفي التكيفية وهي تتضمن الخمس استراتيجيات التالية، التقبل: قبول مرافق مريض الزهايمر لما حدث، إعادة التركيز الإيجابي: التفكير في الخبرات الإيجابية بدلا من التفكير في الحدث الفعلي، وضع تطلعات: التقليل من أهمية وحدة الحدث بالمقارنة مع أحداث أخرى، إعادة التركيز على التخطيط: التفكير في الخطوات الواجب اتخاذها للتعامل مع الحدث، إعادة التقييم الإيجابي: توليد تفسيرات إيجابية حول المواقف الانفعالية وربطها بمعنى إيجابي. والبعد الثاني: استراتيجيات التسيير المعرفي غير التكيفية نجد ضمنها أربع استراتيجيات وهي: لوم الذات: يلوم مرافق المريض بالزهايمر نفسه على ما حدث، لوم الآخرين: يلقي المرافق اللوم على الآخرين، الاجترار الفكري: توجيه الانتباه والتركيز بشكل متكرر على الأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث السلبي، الكارثية: التضخيم من هول الحدث ونتائجه المحتملة في المستقبل.

وتقاس في البحث الحالي بمجموع الدرجات التي يحصل عليها مرافق مريض الزهايمر على مقياس التسيير المعرفي للانفعالات والذي أعده كل من " جارنفسكي "، " كرايج " و "سبينهوفن" (2001) Garnefski, Kraaij & Spinhoven، والمترجم والمقنن إلى البيئة المحلية من طرف الباحثة.

5-3- جودة الحياة:

أ- لغة:

أصل الجودة لغة من الفعل جاد، جودة: صار جيدا وهو ضد الرديء، فعل الجيد، جود الشيء: حسنه، جعله جيدا (المنجد في اللغة والأعلام، 1982، ص. 109).

ب- اصطلاحا:

حسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) تعرف جودة الحياة على أنها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، ومستوى استقلاليتها، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة" (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 52).

في حين تجد موسوعة علم النفس جودة الحياة على أنها مفهوم متعدد الأبعاد لخصته في سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة وهي كالاتي: التوازن الانفعالي حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الإيجابية والسلبية (كالحزن، الكآبة، القلق، الضغوط النفسية.....)، الحالة الصحية للجسم، الاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في جودة الحياة، الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة، الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة، التوائم الجنسي ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام (سعيد، بن سيف والمحززي، 2006، ص. 290).

كما تعرف جودة الحياة بأنها الإحساس الإيجابي بحسن الحال، والسلوكيات الإيجابية الدالة على ارتفاع مستويات الرضا عن الحياة بشكل عام، والسعي المتواصل لتحقيق الأهداف الشخصية، والاستمرار في العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين، والاحساس العام بالسعادة والراحة النفسية (Ryff & Singer, 1998, p. 10).

ج- إجرائيا:

نعني بجودة الحياة في هذا البحث درجة شعور مرافق المريض وإدراكه بأنه يعيش متمتعا بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، قادرا على الصمود أمام ما يواجهه من أعباء في مجالات

الحياة المختلفة، يشعر بالارتياح، راضيا عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية، متمسكا بقيمه الدينية والخلقية والاجتماعية مما يشجعه ويدفعه لأن يكون متقائلا لحاضره ومستقبله.

وتأسيسا على ما تقدم اعتمدنا على مقياس تشخيص معايير جودة الحياة لـ "شكير" (2009) الذي يهتم بثلاثة معايير لجودة الحياة، على أن يشمل كل معيار مجموعة من المحكات وثيقة الصلة بالمعيار الخاص بها، ويحتوي المقياس على (100) عبارة موزعة على النحو التالي:

المعيار الأول: معيار الصحة (العبارات 1-24) وتشمل المحكات التالية:

الصحة البدنية: أي سلامة الجسم وحيويته.

الصحة العقلية: الأفكار العقلانية، القدرة على حل المشكلات، سلامة التركيز، القدرة على اتخاذ القرار.

الصحة الانفعالية: الانفعالات الإيجابية اتجاه الفرد نفسه وكذلك اتجاه الأفراد والمواقف التي يعيشها.

أما المعيار الثاني فيشمل بعض خصائص الشخصية السوية (العبارات 25-64) ويضم:

الصلابة النفسية: هي صمود الفرد أمام ما يواجهه من ضغوط حياتية، واعتقاده بأنه يمتلك من الإمكانيات النفسية والعقلية والاجتماعية التي تساعده على تلك المواجهة.

الثقة بالنفس: هي شعور الفرد بكفاءته وقدراته المعرفية والسلوكية على مواجهة الضغوط، وأشباع حاجاته مع تقبل الآخرين واحترامهم بعيدا عن الغرور.

السلوك التوكيدي: أي قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي الناجح مع أقرانه والتأثير فيهم والالتزام بالقواعد والتعليمات إلى جانب امتلاكه المهارات الاجتماعية واللغوية اللازمة للتعبير عن انفعالاته ورغباته واتجاهاته.

الرضا عن الحياة: مجموعة المشاعر والاتجاهات الإيجابية التي تعبر عن قناعة الفرد ورضاه بما يمتلكه من إمكانيات شخصية، أسرية، مهنية ومجتمعية، والتي تبدو منعكسة في تكرار حدوث الانفعالات السارة ومشاعر السعادة والتفاؤل.

السعادة: تمثل السعادة الجانب الانفعالي السوي في الشخصية والتي يوازن بها الفرد بين المشاعر السلبية والمشاعر الإيجابية ليتغلب بمشاعر السعادة على الجانب السلبي في الانفعالات.

التفاؤل: هو اعتقاد الفرد بأن أفضل الأشياء ستحدث مستقبلا.

الاستقلال النفسي: أي مهارة الفرد في الاعتماد على نفسه في أداء المهام والأعمال التي يكلف بها، وقدرته على اشباع حاجاته البيولوجية والنفسية بنفسه دون الاعتماد على الآخرين.

الكفاءة الذاتية: تتمثل في مجموعة من المعتقدات المترابطة أو المتداخلة لتنتج مجموعة من الوظائف المتعلقة بالضبط الذاتي لعمليات التفكير والدافعية والحالات الانفعالية والفسيولوجية.

وأخيرا المعيار الخارجي (العبارات 65-100) الذي يتضمن:

الانتماء: وهو اتجاه نفسي واجتماعي يشعر الفرد من خلاله بالتوحد مع الجماعة معمقا ارتباطه بالآخرين. العمل: أو الوظيفة التي يبرز فيها الفرد قدراته في الأداء بما يساعده في اشباع الاحتياجات الأساسية له ولأسرته كما أنها تساعده في تحقيق مكانة اجتماعية هامة.

المهارات الاجتماعية: تمثل قدرة الفرد على التعايش الإيجابي مع الآخرين من حوله وبمقدار قدرته على اصدار سلوكيات ومشاعر تتلاءم وطبيعة الموقف الذي يعيشه.

المساند الاجتماعية، المكانة الاجتماعية: قدرة الفرد في الوصول إلى منزلة عالية في مجتمعه من خلال تميزه في عمله (دراسته) وقدرته على المشاركة الاجتماعية الفعالة وشعوره بالمسؤولية الاجتماعية.

القيم الدينية والخلقية والاجتماعية: وهي مجموعة من المبادئ والقواعد والمثل العليا الدينية والخلقية والاجتماعية التي يؤمن بها أفراد المجتمع ويتفقون عليها فيما بينهم ويستندون إليها في تصرفاتهم وسلوكياتهم وذلك للحصول على القبول والرضا الاجتماعي.

5-4- مرافق مريض الزهايمر:

5-4-1- المرافق:

أ- لغة:

يعرف مصطلح المرافق في منجد اللغة والأعلام ب: رافق يرافق أي صار رفيقه، وصاحبه، مرافق:

أي ما ارتفعت به، ما انتفعت به (المنجد في اللغة والأعلام، 1982، ص. 272).

## ب- اصطلاحا:

مرافق المريض هو أي شخص يتحمل مسؤولية حاجات شخص آخر سواء بصورة دائمة أو مؤقتة، ويمكن أن يشمل ذلك الرعاية الطبية أو الجسدية وكذلك الرفقة والدعم العاطفي، وقد يتوجب على مرافق المريض اتخاذ قرارات مهمة في العلاج واستعمال الخدمات الطبية وتمثيل مصالح الشخص المريض (بيترسن، 2003، ص. 179).

وتتفاوت تلك الرعاية ما بين القصيرة والمتوسطة والطويلة الأمد، وتبعا للقدرة النفسية والمالية لدى مرافق المريض، وعادة تكون تلك الرعاية في المنزل (النوبي، 2012، ص. 204).

## 5-4-2- الزهايمر:

## أ- اصطلاحا:

يحمل هذا المرض اسم مكتشفه الطبيب الألماني "ألويس الزهايمر" Alois Alzheimer، حيث قدم في سنة (1906) وصفا لحالة مريضته "ديتر" Deter التي توفيت وعمرها (56) سنة، كانت تشكو من اضطرابات عديدة تتطور مع مرور السنين منها عدم قدرتها على تسمية الأشياء، واضطرابات في الذاكرة مع ظهور اضطرابات نفسية حادة، في ذلك الوقت لم يكن المرض معروفا وفي سنة (1910) أطلق الدكتور "كراپلان" Krapelin زميل "الزهايمر" اسم زميله على المرض الذي اكتشفه (Maurer, Volk & Gerbaldo, 1997).

كما وصف مكتشف مرض الزهايمر وجود لويحات حول خلايا المخ وكتل داخل خلايا المخ وذلك عند الفحص المجهرى لأنسجة المخ، وتتكون اللويحات من بروتين يسمى "بيتا أميلويد" Beta- Amyloid، بينما تتكون الكتل داخل الخلايا العصبية كخيوط ملتوية بفعل بروتين آخر يسمى "تو" Tau، حيث تمنع هذه البروتينات توصيل الإشارات بين الخلايا العصبية وتعرقل الأنشطة اللازمة لاستمرار حياة الخلية، وبمجرد ظهور المرض يكون قد سبقه عملية موت وتحلل طويلة لخلايا المخ التي تقوم بحفظ المعلومات واسترجاعها تمتد لسنوات، ويموت الخلايا العصبية يتقلص المخ ويحدث به ضمور ويفقد شكله المتجدد (علي، 2012، ص. 82).

وحسب (أبو حامد، 2009، ص. 11) مرض الزهايمر هو إصابة تنكسية عصبية للخلايا الدماغية، حيث تؤدي العملية المرضية إلى تكوين بروتينات شاذة تؤدي بدورها إلى موت تدريجي للخلايا الدماغية. يبدأ المرض بشكل خفي ويتطور نحو تدهور تدريجي ومتواصل لوظائف الدماغ العليا، ويصيب هذا المرض أساسا الذاكرة حيث يؤدي إلى فقدان الذاكرة الحديثة أولا، ثم الذاكرة البعيدة، ثم تراجع في المنظومة الفكرية كاتخاذ الأحكام، كما ينعكس سلبا على الحياة الأسرية والمهنية والاجتماعية مع تغيرات في السلوك والمزاج. بينما تعرفه (عبد الحليم، 2013، ص. 156) بأنه عبارة عن ضمور في خلايا المخ العصبية، يتطور تدريجيا ليصيب الدماغ بالتقلص ثم بالفقدان العصبوني إذا لم نتخذ إجراءات التكفل منذ المراحل الأولى، ويحدث مرض الزهايمر نتيجة لحالات نفسية أو صدمات ومؤثرات تفوق طاقة العقل، ولا يحدث تفرغ الشحنات السلبية للخلايا العصبية في اللحظة المناسبة، مما ينعكس على بنية ووظيفة المخ فيستجيب المريض بأعراض مختلفة.

لذلك يحتاج مريض الزهايمر إلى مساعدة دائمة من طرف المحيطين به كالأسرة ممثلة في الزوج أو الزوجة، أحد الأبناء، أو زوجة الابن، أو يتم الاعتماد على أحد الأقارب أو الأصدقاء أو الجيران، وكل من يتعامل معهم مريض الزهايمر ولديه ارتباط وتفاعل معهم، أو هم القائمين بالرعاية بتحمل مسؤولية رعايته ودعمه معنويا في أغلب الأوقات (النوبي، 2012، ص. 203).

### 5-4-3- مرافق مريض الزهايمر:

#### أ- إجراءات:

يشير مرافق مريض الزهايمر في هذا البحث إلى مقدم الرعاية وهو ممثل في أحد أفراد الأسرة (الزوج، الزوجة، الأبناء، زوجة الابن) الذي يقوم بخدمة مريض الزهايمر وذلك برعايته والاهتمام به من جميع الجوانب الصحية، النفسية والاجتماعية، بصفة دائمة أو بالتناوب مع فرد آخر، ويكون ذلك في المنزل وبدون مقابل، وتم تحديد مريض الزهايمر بالرجوع إلى الملف الطبي للمريض بمصلحة طب الأعصاب على مستوى كل من مستشفى "محمد لمين دباغين" بباب الوادي، ومستشفى "عبد القادر بوخروفة" ببن عكنون، خلال الفترة الممتدة بين شهر فيفري (2018) إلى غاية فيفري (2020).



**الفصل الثاني:**  
**المساندة الاجتماعية**

تمهيد:

يعيش كل فرد منا ضمن نسيج من شبكات العلاقات الاجتماعية سواء في الأسرة أو في مؤسسة العمل أو الدراسة، هذه العلاقات لا يمكن الاستغناء عنها باعتبار أن في هذه الحياة لا يمكن للفرد بأي حال من الأحوال أن يعيش بمعزل عن الآخرين لأنه اجتماعي بطبعه، كما أن "ماسلو" Maslow يرتب في هرمه للحاجات الحاجات الاجتماعية مباشرة بعد الحاجات الفيزيولوجية، وتتضمن الحاجات الاجتماعية الوظيفة التعاطفية، التقدير، الشعور بالانتماء، وتلبية هذه الحاجات يتطلب علاقة تبادلية بين الأفراد نسميها المساندة الاجتماعية، فكل إنسان مرتبط في وجوده بغيره ويقرّ "فيات" (2006) Fiat "إننا ندين بإنسانيتنا للآخرين" "Nous devons notre humanité à autrui".

اهتم كذلك علم النفس الصحة بدراسة مفهوم المساندة الاجتماعية كأحد العوامل الاجتماعية والنفسية المحددة للصحة والمرض، فالصحة والمرض حسب النموذج "البيولوجي-النفسي-الاجتماعي" (Biopsychosocial) نتاج مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

فما هي المساندة الاجتماعية، أشكالها، مصادرها، وظيفتها، شروطها، وانعكاساتها على الصحة النفسية والجسمية للفرد؟ هذا ما سنتعرف عليه من خلال هذا الفصل.

### 1- تعريف المساندة الاجتماعية:

تعتبر المساندة الاجتماعية من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفها وذلك وفقاً لتوجهاتهم النظرية، كما تجدر الإشارة إلى أن أول ظهور لمفهوم المساندة الاجتماعية كان في إطار علم الاجتماع حين صاغ علماء الاجتماع مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية ليتولد عنه فيما بعد مفهوم أضيق وهو المساندة الاجتماعية.

إن مفاهيم المساندة الاجتماعية تقود إلى اختلاف وتنوع التعاريف، وفيما يلي عرض لأهم التعريفات التي تطرقت لمفهوم المساندة الاجتماعية:

حيث يرى "سارسون" وآخرون (1983) Sarason & al أن المساندة الاجتماعية تعني مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة.



في حين يشير "ليبور" (1994) Lepore إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الاجتماعية المتاحة للفرد التي يمكن أن يستخدمها في أوقات الضيق والتي تهدف إلى تدعيم صحة ورفاهية متلقي المساندة (السرسى وعبد المقصود، 2008، ص. 2).

بينما يعرف كل من "ساندرس وزملاءه" (2004) Saunders & al المساندة الاجتماعية بأنها إدراك الفرد لتلقي المساندة والتوجيه عند أداء سلوك ما ويتم تحديدها على أنها إمكانية وجود تأثير قوي لزيادة النشاط البدني والاجتماعي عند مواجهة المواقف الضاغطة (الببلاوي والعثمان، 2012، ص. 749).

كذلك تعرفها "أحمد" (2004) بأنها ذلك الإحساس النفسي الذي يشعر به الفرد عندما يدرك أن هناك أفراد موجودون لمساعدته ونصحه وارشاده، ويتركون لديه انطبعا بأنه محل للحب والرعاية والتقدير والاحترام، ويشعر بوجودهم بالانتماء وبأنه مشترك معهم في مجموعة من الأنشطة الضرورية والترفيهية سواء كان هؤلاء الأفراد في مجال العمل أو خارج بيئة العمل (أرنوط، 2004، ص. 8).

ويعرف "دياب" (2006) المساندة الاجتماعية بأنها الدعم الانفعالي والمادي والأدائي الذي يتلقاه الفرد من قبل الآخرين المحيطين به، ومدى قدرة الفرد على تقبل وإدراك هذا الدعم (دياب، 2006، ص. 11).

أما "مبارك" (2008) فتعرفها بأنها سلوك المساعدة المقدم على أكثر من بعد من أبعاد الدعم الاجتماعي (الوجداني، الرفقائي، المعلوماتي، المادي) خاصة في الحالات التي يكون فيها الفرد تحت تأثير الأحداث الضاغطة والتي قد تسبب له مجموعة من المشكلات النفسية والاجتماعية، فيؤدي بالتالي إلى تقوية الروابط الاجتماعية التي يقيمها الفرد ضمن حدود العلاقات الاجتماعية بين الأفراد الآخرين أو الجماعات الأخرى (مبارك، 2008، ص. 189).

كما عرفت "الدماصي" (2010) المساندة الاجتماعية بأنها شبكة تعاونية تتضمن كل فرد له علاقة بطالب المساعدة، سواء من أقرباؤه وأصدقائه، جيرانه وزملاء العمل، تحديد العون والدعم بشتى أنواعه الاقتصادي والاجتماعي والنفسي والديني (الدماصي، 2010، ص. 45).

مما سبق يمكننا تعريف المساندة الاجتماعية من وجهة نظر الباحثة بأنها الدعم الذي يتلقاه الفرد من شبكته الاجتماعية، سواء من داخل الأسرة (الوالدين، الإخوة، الزوج (ة)، الأبناء) أو خارجها (الأصدقاء، الجيران)، وقد يكون هذا الدعم على شكل مساندة (معنوية، معلوماتية، مادية) والتي يستخدمها متلقي

المساندة أوقات الضيق، بهدف تنمية الاستراتيجيات التكيفية لتسيير انفعالاته وبالتالي تحسين مستوى جودة الحياة لديه.

### 2- أشكال المساندة الاجتماعية:

نجد أن للمساندة الاجتماعية عددا من التصنيفات وهي على النحو الآتي:

#### 2-1- حسب "تايلر" :

تذكر " تايلر" في كتابها الموسوم علم النفس الصحي أن المساندة الاجتماعية تتخذ أشكالا متعددة يمكن إجمالها فيما يلي: المساندة التقييمية، المساندة المادية، المساندة المعلوماتية، والمساندة الوجدانية.

- المساندة التقييمية: تتضمن مساعدة الفرد على تحقيق فهم أفضل للحدث الضاغط وللاستراتيجيات التي يجب حشدها للتعامل معه، ومن خلال التقييمات يستطيع الفرد الذي يواجه حدثا ضاغطا أن يقرر مقدار التهديد الذي يسببه الحدث الضاغط، ويستطيع الاستفادة من المقترحات حول كيفية إدارة الموقف أي أن المساندة الاجتماعية تمثل رافدا مهما بالنسبة للفرد يجعله يقيم الضغط تقييما واقعيا كما تجعله أكثر إدراكا للموقف وربما تفسيره تفسيرا إيجابيا.

- المساندة المادية: فإنها تتضمن الأمور المادية للمساندة، مثل: الخدمات، المساعدات المالية، والبضائع، فمثلا: إن تقديم الهدايا والأطعمة للعائلة التي تتعرض لوفاة أحد أفرادها يعني أن أفراد عائلة الفقيد ليس عليهم إعداد الطعام لأنفسهم، أو لزوارهم من الأقارب، في وقت لا يملكون فيه لا الطاقة، ولا الحماس للقيام بهذه المهمات وأمثالها.

- المساندة المعلوماتية: ويتعلق الأمر بالمعلومات المتصلة بالأحداث الضاغطة، فعلى سبيل المثال، إذا توجب على 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 حول أفضل الطرق التي يمكن أن يتبعها لتنظيم وقته، أو في إنجاز المهام بالشكل السليم، أو في كيفية التعامل مع رؤسائه بخصوص بعض المظاهر التي تتعلق بعمله.

- المساندة الوجدانية: ففي أوقات الضغط غالبا ما يعاني الناس من نوبات: الكآبة، والحزن، والقلق، والافتقار إلى تقدير الذات. لذلك فإن الأصدقاء وأفراد العائلة الذين يقدمون المساندة للفرد يمكن أن يزودوه بالمساندة الوجدانية، من خلال التركيز على الأهمية التي يحتلها الشخص في نفوسهم، كما أن الدفء والرعاية التي يزودها بها الأشخاص الآخرون يمكن أن تساعد على تناول الأمر بثقة أكبر (خرف الله، 2015).

### 2-2- حسب "هاوس" (1981): House:

يشير "هاوس" إلى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أشكال منها:

- المساندة الانفعالية: والتي تنطوي على الرعاية والثقة، القبول والتعاطف.
- المساندة الأدائية: والتي تنطوي على المساندة في العمل، والمساعدة بالمال.
- المساندة بالمعلومات: والمتمثلة في إعطاء نصائح أو معلومات أو تعليم مهارة تؤدي إلى حل مشكلة أو موقف ضاغط.
- مساندة الأصدقاء: والتي تعتمد على ما يمكن أن يقدمه الأصدقاء لبعضهم البعض وقت الشدة (House, 1981, p. 158).

### 2-3- حسب "كوهن وزملاؤه" (Cohen & al):

ونجد أن "كوهن وزملاؤه" قد اقترحوا تقسيما لأشكال المساندة لا يبتعد كثيرا عن التقسيمات السابقة وذلك على النحو التالي:

- مساندة التقدير: وهو ذلك النوع من المساندة الذي يكون في شكل معلومات بأن هذا الشخص مقدر ومقبول، وفي هذا الإطار فإن تحسنا سيحصل لدى الأشخاص حينما ننقل إليهم أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخب ارتهم، وأنهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات شخصية أو أخطاء.
- المساندة بالمعلومات: هذا النوع من المساندة يساعد في تحديد وتفهم والتعامل مع الأحداث الضاغطة ويطلق عليه أحيانا مساندة التقدير والتوجيه المعرفي.
- الصحبة الاجتماعية: وهي تشمل على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ والنشاطات الترفيهية، وهي تخفف من الضغوط من حيث أنها تشبع الحاجة إلى الاتصال والانتماء إلى الآخرين، وكذلك

فإنها تلعب دورا مهما في إبعاد الفرد عن الانشغال بمشكلاته، كما أنها تعمل على تفعيل وتيسير الجوانب الوجدانية الموجبة.

- المساندة الأدائية: وتتضمن تقديم العون المالي والإمكانات المادية والخدمات اللازمة، وقد يساعد هذا النوع من العون على التخفيف من الضغوط عن طريق المساعدة على الحل المباشر للمشكلات ذات الطبيعة المادية والإجرائية، أو عن طريق إتاحة الفرصة للفرد المتلقي للخدمة أو العون لينال نصيبا من الراحة أو يقوم بعملية الاسترخاء (خرف الله، 2015).

### 2-4- حسب "الخشاب":

حسب (الخشاب، 2002، ص. 78) يوجد ثلاثة أشكال للمساندة الاجتماعية وهي:

المساندة الذاتية: ويقصد بها الدعم المعنوي الذي يستطيع الفرد منحه لنفسه، وذلك بهدف التغلب على المشاكل التي يواجهها.

المساندة الاجتماعية: ويقصد بها أي دعم معنوي أو إجرائي يقدم من المحيطين بالمريض سواء كانوا أفراد أسرته أو أصدقاءه أو الأطباء المشرفين عليه في العلاج، أو المجتمع لمساعدته على تخطي العقبات والمشاكل التي تواجهه.

المساندة المادية: ويقصد بها أي دعم مادي يقدم من المحيط المريض أو المجتمع بطريق مباشر أو غير مباشر بهدف مشاركته في التغلب على مشاكله المادية ومساندته وقت الشدة.

اعتمادا على ما سبق يظهر أن للمساندة الاجتماعية أشكالا جد متعددة، حيث أنها تختلف باختلاف السلوك الذي يتم به التعبير عن هذه المساندة والتي ترتبط بالظرف الذي يجتازه المستفيد من هذه المساندة، فيمكن أن تقدم على شكل مساندة: مادية، معنوية، معلوماتية، أدائية أو حتى ذاتية.

### 3- النماذج النظرية المفسرة للمساندة الاجتماعية:

تعددت واختلفت النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية، والتي نذكر منها:

#### 3-1- نظرية "بولبي" Bowlby لسلوك التعلق:

يفترض "بولبي" Bowlby أن الأفراد الذين يكونون علاقات وروابط تعلق إيجابية مع الآخرين يكونون أكثر أمنا واعتمادا على أنفسهم من الآخرين الذين لا يكونون من هذه الروابط، فالفرد الذي لا يستطيع تكوين سلوكيات تعلق إيجابية يكون أكثر عرضة للمخاطر وللأضرار النفسية والجسمية. ويشير الأساس النظري لهذه النظرية إلى توجيه الفرد ومساعدته لاستخدام مصادر المساندة الاجتماعية المتاحة له لتجنب الأضرار والمخاطر التي يمكن أن تلحق به في البيئة المحيطة (علي، 2005، ص. 52).

#### 3-2- النظرية البنائية:

تركز النظرية البنائية على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية حول الفرد وتعدد مصادرها لزيادة حجمها وتوسيع مجالاتها لتوظيفها في خدمة الفرد ومساندته في مواجهة الأحداث الضاغطة ووقايتها من الآثار النفسية السلبية التي يواجهها في البيئة المحيطة، كما تهتم هذه النظرية بدراسة الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية وتعدد مصادرها وتأثيرها الفعال في التوافق النفسي والاجتماعي (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993, p. 75).

#### 3-3- النظرية الوظيفية:

يرى "كابلان" وآخرون (Kaplan & al (1993) أن علماء النظرية الوظيفية أكدوا على وظائف العلاقات المتداخلة في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد والتي تعمل على مسانده في الظروف الصعبة التي يواجهها في بيئته، وتركز هذه النظرية أيضا على تدعيم أنماط السلوك المتداخل في شبكة هذه العلاقات لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد (علي، 2005، ص. 54).

فإذا كانت النظرية البنائية تعتمد عند دراستها للمساندة الاجتماعية على الخصائص البنائية لشبكة المساندة، فإن النظرية الوظيفية تركز على وظيفة المساندة (عاطفية، معرفية أو مادية.... الخ) وذلك لأنها تعتبر المساندة الاجتماعية عناصر فعالة ووظيفية (أرنوط، 2004، ص. 34).

### 3-4- النظرية الكلية:

تؤكد هذه النظرية على حاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية وبصفة خاصة في الأوقات الصعبة التي يمر بها الفرد، كما تركز على السمات الشخصية التي تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد من خلال المواقف الحياتية والاجتماعية التي يواجهها، كما تهتم بالإدراك الكلي لمصادر المساندة الاجتماعية المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن تلك المصادر (النايلسي، 2009، ص. 69).

### 3-5- نظرية التبادل الاجتماعي:

يعتبر كل من "تايبوت" و"كلي" (Thibut & Kelly (1959) روادا لهذه النظرية والتي ينظرون فيها إلى العلاقات من خلال نظرية التكافؤ التي تعتبر أهم نظريات التبادل الاجتماعي، على أنها تتكون من تبادل الفوائد والمصالح، أي أن الأفراد المشتركين في علاقة تبادل يفترضون أن تقديم فائدة يرتبط بتلقي الفرد منفعة أخرى في المقابل، وأن تلقي المنفعة يعد دينا ملزما بإعادة تقديم منفعة في المقابل، وأي خلل في هذا التبادل المتوقع يؤدي إلى ردود فعل وجدانية سلبية (Thibout & Kelley, 1959, p. 116).

### 3-6- نظرية المقارنة الاجتماعية:

تشير هذه النظرية إلى أن الأفراد قد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم، حيث يقدم لهم هذا الاندماج تفاعلات سارة ومعلومات تحسن موقفهم في البيئة المحيطة بهم، أي أن التفاعل هنا أو المساندة تطلب من أفراد بعينهم دون آخرين للوصول إلى أوجه المساندة التي يرغبونها (فايد، 1998، ص. 155).

لا يمكن تفضيل أحد هذه الاتجاهات النظرية ونبذ أخرى، فكل توجه فسر المساندة الاجتماعية من زاوية معينة إلا أنها تشترك في تطرقها للتبادل والتفاعل الموجود بين الفرد وشبكتة الاجتماعية وتأثير هذا التفاعل على مواجهة الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها.

### 4- مصادر المساندة الاجتماعية:

أشرنا سابقا إلى أن الفرد يتلقى المساندة بثتى أشكالها من الشبكة الاجتماعية المحيطة به، وتتمثل مختلف مصادر المساندة الاجتماعية في:

لقد لخص "نوربك" (1984) Norbeck مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر هي: الزوج والزوجة، الأقارب، الأصدقاء، والجيران، زملاء العمل، موفرو الخدمات الوقائية أو المعالجون، المرشدون النفسانيون والاجتماعيون، رجال الدين.

أما "فيشر" (1985) Fischer فقد حدد مصادر المساندة الاجتماعية في: الأسرة، الأصدقاء، المؤسسات (مثل: دور العبادة والنوادي)، زملاء العمل.

وتوصل "أورفورد" (1993) Orford إلى أن المصادر الهامة للمساندة الاجتماعية تتمثل في العلاقات الواسعة من الشبكة الاجتماعية مثل الأقارب من بعيد والأصدقاء والمعرفة الشخصية (الديداموني، 2009، ص. 27).

وتختلف المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، فنجد أنه في مرحلة الطفولة تكون المساندة ممثلة في الأسرة (الأم، الأب، الإخوة)، وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في الأسرة وجماعات الرفاق، أما في مرحلة الرشد فتتمثل المساندة في الزوج أو الزوجة، وكذلك علاقات العمل والأبناء (مخير، 1997، ص. 108).

كما يوجد من يقسم مصادر المساندة الاجتماعية إلى نوعين، المساندة الاجتماعية الرسمية أو المساندة الاجتماعية غير الرسمية:

### المساندة الاجتماعية الرسمية (Soutien formel):

يتحصل الفرد على هذا النوع من المساندة الاجتماعية عن طريق المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات، دور الرعاية، ويقوم بتقديمها الأخصائيون النفسانيون والاجتماعيون، الأطباء، حيث يهرع هؤلاء الأخصائيون إلى تقديم المساندة الاجتماعية اللازمة في مواقف الازمات.

### المساندة الاجتماعية غير الرسمية (Soutien informel):

ويقصد بها المساعدات المقدمة من طرف الأهل، الأصدقاء، الزملاء، والجيران بدافع المحبة والمصالح المشتركة والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، فمن يساعد أخاه اليوم سوف يجده في مساعدته غدا فهذه هي سنة الحياة، أي إذا ساعدت الناس عند حاجتهم إليك سوف تجدهم في مساعدتك عند حاجتك إليهم (مرسي، 2000، ص. 198).

يتضح من العرض السابق اختلاف مصادر المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، فقد يتلقى مساندة اجتماعية من مصادر غير رسمية كالأُسرة، الأصدقاء، الأقارب، الجيران والزملاء. أو من مصادر رسمية نجدها مرتبطة بالمؤسسات الخدمائية ويمثلها الأطباء، الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون.

### 5- وظائف المساندة الاجتماعية:

تتطوي المساندة الاجتماعية على وظائف متعددة تنعكس على صحة الفرد بالإيجاب، نذكر منها:

**5-1- الوظيفة الوقائية:** تعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الفعال، الذي يحتاج له الفرد في مواجهة الضغوط، حيث يؤثر نمط ما يتلقاه الفرد من دعم سواء كان عاطفيا أو معلوماتيا أو ذاتيا في شد عضده وإثراء خبرته وجعله أكثر إدراكا وتقديرا وواقعا في تقييمه للحدث، مما يسهم بالتالي في زيادة قدرته ومهارته في مواجهة الضغوط والتعامل معها، وبذلك نجد أنه بمقدار تلقي المساعدة والدعم الاجتماعي يكون التباين بين حدوث الضغوط وخطورة تأثيراتها (الكردي، 2012، ص. 15).

**5-2- الوظيفة العلاجية:** إن المساندة الاجتماعية بما تُتيحها من علاقات اجتماعية تتسم بالدفء والثقة، تعمل كحواجز ضد التأثيرات السلبية لضغوط الحياة، ومثل هذه العلاقات بالإضافة إلى أنها تمثل مصدرا للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة فإنها تزيد من شعوره بهويته وتقديره لذاته، وتعمل على شحن معنوياته وترفع من مستوى مواجهته للضغوط واعتقاده في فاعليته وكفاءته وتعزز ثقته بالنفس، وهي كلها عوامل تساعد على الوقاية من الضغوط، حيث تسهم كذلك في الشفاء مما يترتب عنها من آثار سلبية على الصحة والنفس (الكردي، 2012، ص. 16).

**5-3- تنمية استراتيجيات المواجهة (Le coping):** هناك العديد من البحوث تكلمت عن دور المساندة الاجتماعية في تنمية وتعزيز استراتيجيات المواجهة، ففي دراسة للباحثين الفرنسيين Paulhan & Bourgeois حول الأشخاص المقبلين على إجراء عملية جراحية، وجد الباحثان أن الأشخاص الذين يتلقون مساعدة اجتماعية (الحصول على معلومات حول سيرورة العملية الجراحية، ودعم وجداني)، ينجحون في التخلص من الضغط والقلق وحتى مضاعفات ما بعد العملية الجراحية (Complications post-opératoire)، أي أنهم يظهروا استراتيجيات مواجهة فعالة وناجحة (قارة وجبالي، 2013، ص. 549).



4-5- المساعدة في تقبل العلاج: أثبتت دراسات عديدة أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه ومحيطه تساعده على تقبل العلاج.

وفي هذا الصدد كشف "دبليك" (2007) De Blic أن وجود الأولياء وتكفلهم بطفلهم المصاب بالربو، ونصائح الطبيب وإرشاداته وحتى نوعية فحوصاته وعلاقته الجيدة بالطفل المصاب بالربو كلها عوامل تعزز من تقبل العلاج لديه.

نفس الشيء نوصل إليه "عمر وآخرون" (2005-2006) Oumar & al من مستشفى باماكو حول العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المريض المصاب بالسيدا حيث وجد أن من أهم عوامل تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالسيدا هي مساندة أهلهم لهم بتناول الدواء ومساعدتهم على التنقل للمستشفى لإجراء الفحوصات الدورية والمعالجة. (قارة وجبالي، 2013، ص. 550).

### 6- شروط المساندة الاجتماعية:

اتفق علماء النفس حسب (علي، 2005، ص. 32) على وجود شروط محددة بين المانح والمتلقي للمساندة حتى تؤدي نتائجها الإيجابية الملموسة، ولا بد من توافر مقومات التشابه الثقافي والاجتماعي والموقفي الذي يمكن أن يعزز احتمال وقبول تلك المساندة في ضوء الفهم المتعاطف الذي يجب أن يتوافر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد.

وفيما يلي الشروط التي يجب اتباعها عند تقديم المساندة الاجتماعية حتى تصبح عملية تبادلية ناجحة لكل من المانح والمتلقي، وهي:

أ- كمية المساندة: يجب أن يكون هناك توازن في كمية المساندة المقدمة، حيث أن المساعدة والتعاطف الزائدين قد يؤديان إلى مشاكل أخرى عديدة.

#### ب- وقت تقديم المساندة:

\* بالنسبة للفرد: يجب أن يستشعر الفرد المتلقي أن من حوله في شبكة العلاقات الاجتماعية يقدمون له المساندة في شتى صورها كما وكيفا عند حاجته لذلك.

\* بالنسبة لشبكة العلاقات الاجتماعية: يجب أن تتوافر لدى المانح مهارات اجتماعية كثيرة لتحديد الوقت المناسب لتقديم تلك المساندة تحقق النتائج المطلوبة.

**ج- مصدر المساندة:** يتوقف مصدر المساندة الذي يحتاجه الفرد سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو الجيران أو الزملاء (في المدرسة/العمل) على:

**1- طبيعة الموقف:** حيث أن أفضل مساندة يمكن أن تقدم في مجال العمل هي من زملاء العمل.

**2- طبيعة العلاقة بين الفرد ومصدر المساندة:** لا بد أن تتسم تلك العلاقة بين المانح وملتقي المساندة بالوضوح والشفافية والمرونة والنضج حتى يستطيع الملتقي اللجوء للمانح عند الحاجة، فعلى سبيل المثال قد يلجأ الفرد إلى صديق أكثر من أن يلجأ إلى زميل العمل أو الأخ أحياناً.

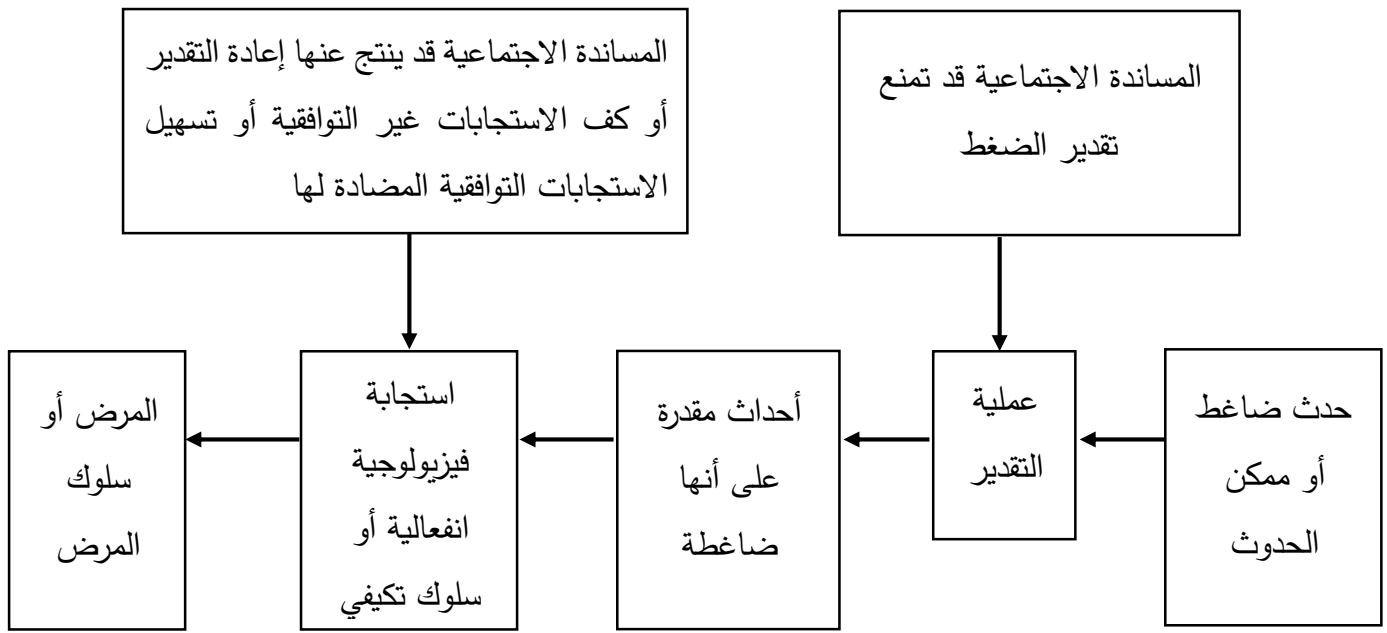
**د- كثافة المساندة:** إن وجود كم وافر من مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد عند الحاجة يجعله يتجاوز بنجاح الأزمات التي تعترضه في حياته.

**هـ- نوع المساندة:** يجب أن يتوفر لدى مانح المساندة القدرة والمهارة والفهم أثناء تحديده لطبيعة المساندة التي يرغبها ويحتاجها فعلاً الملتقي (Wade & Travis, 1987, p. 81).

### 7- تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والجسمية للفرد:

حديثاً عرف مفهوم المساندة الاجتماعية تطوراً مهماً حيث اقتحم مجال الصحة الفسيولوجية والجسمية وأصبح بذلك يكتسي أهمية خاصة في الدراسات الوبائية والكلينيكية التي تحاول تشخيص مسببات أمراض العصر المزمنة، ويرجع الفضل في ذلك إلى كل من "كاسل" (1970) Cassel و "كوب" (1986) Cobb ، حيث نبها إلى دور الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية في الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض، ويعتقد العالمان أن التأثير الإيجابي للعلاقات الاجتماعية على الصحة يرجع لعدة أسباب، لعل أهمها تلك التي تتعلق بالدور الأساسي والهام للروابط الأسرية والاجتماعية في مواجهة ضغوط الحياة الصعبة والتخفيف من المشكلات الصحية الناجمة عنها (يخلف، 2001).

هذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن المساندة الاجتماعية المناسبة تتدخل بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية، وذلك عن طريق استبعاد رد فعل الضغط وبالتأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية، قد تزيل المساندة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة، ويصبح بذلك أقل استجابة للضغط المدرك، أو عن طريق تيسير السلوكيات الصحية، ويصور ذلك في الشكل التالي:



المخطط رقم (1): يوضح العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل المساندة الاجتماعية

(الشناوي والسيد، 1994، ص. 39).

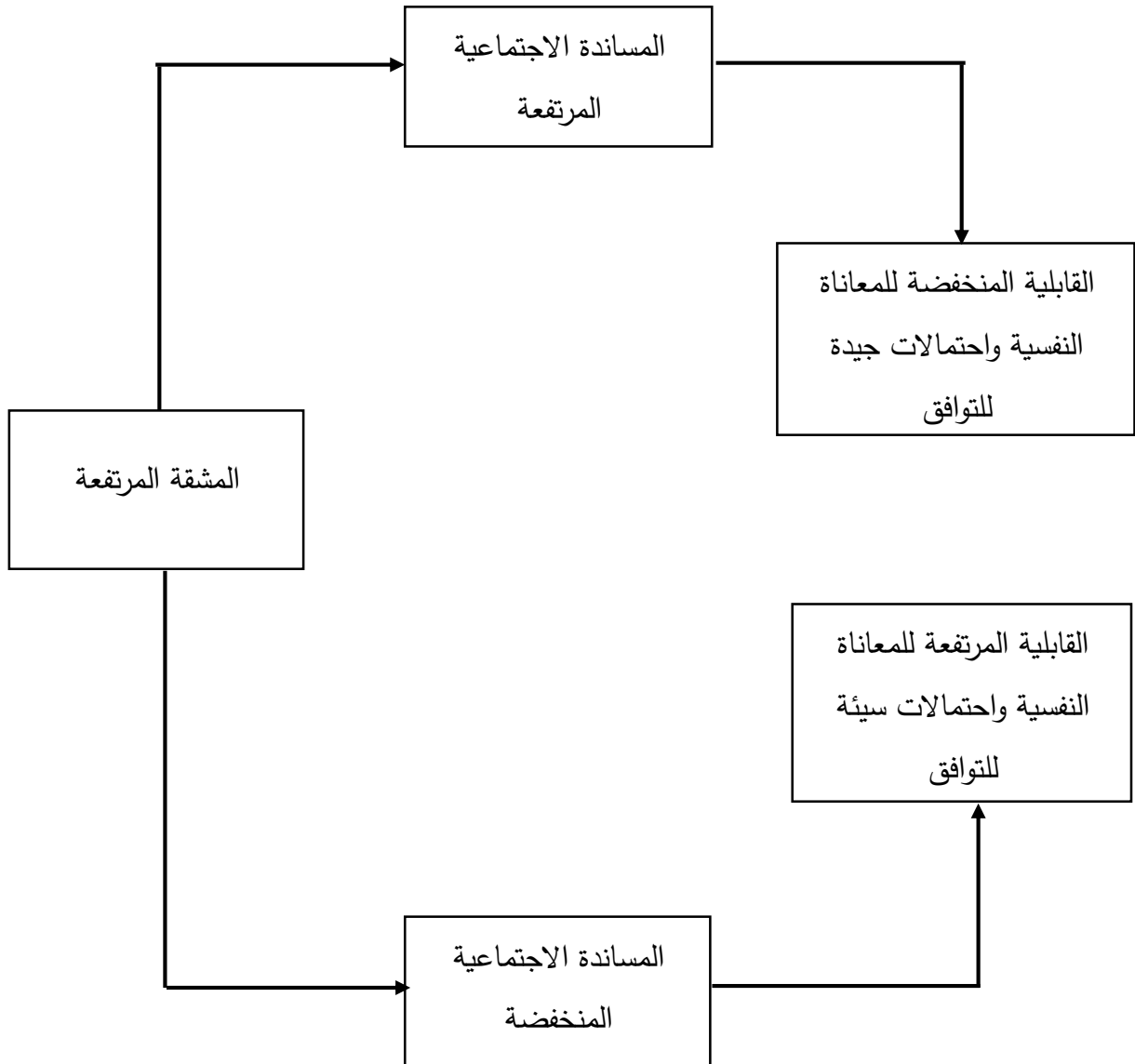
كما قدم كل من "كوهن" و"ويلز" (Cohen & Wills (1985) دراسة استعرضا فيها نتائج البحوث التي أجريت في مجال المساندة، والتي تبحث عن الدور الذي تؤديه المساندة الاجتماعية في المحافظة على استمتاع الفرد بالصحة النفسية والبدنية الجيدة، وقد خلص الباحثان إلى أن هناك نموذجين لتفسير الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية في سعادة الفرد (Cohen & Wills, 1985, p. 311).

ويمكن توضيح هذين النموذجين على النحو الآتي:

أ- نموذج الأثر الوافي: يشير هذا النموذج إلى أن المساندة الاجتماعية في المواقف الضاغطة الصعبة تمنحنا الوقاية من التعرض للآثار النفسية السلبية، ويرى "كابلان" وآخرون (Caplan & al (1993) أن أحداث الحياة المرتفعة تؤدي إلى أحداث الكثير من الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية لدى الفرد إذا ما انخفضت مستويات المساندة التي يتلقاها من الآخرين، وأن ارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية يقي الفرد من الوقوع تحت تأثير الأمراض، ويؤدي إلى الرضا عن حياته وعن عمله (Cohen & Wills, 1985, p.

312).

وهذا ما يوضحه المخطط التالي:

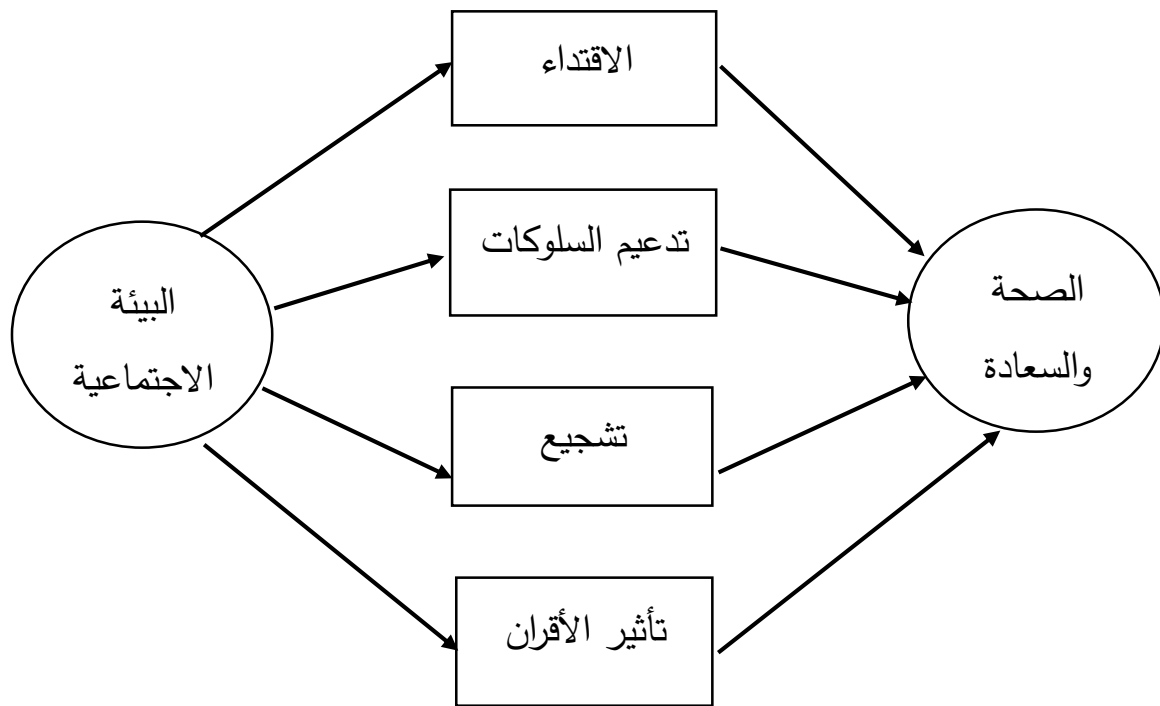


المخطط رقم (2): نموذج الأثر الوافي

(دياب، 2006، ص. 61).

في نفس السياق يرى "جاب الله" أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين سواء في الأسرة أو خارجها تعد عاملا هاما في صحته النفسية، من ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة أو انخفاضها يمكن أن تنشط الآثار السلبية والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية لديه (جاب الله، 1993، ص. 236).

ب- نموذج الأثر الرئيسي: يفترض هذا النموذج أن للمساندة الاجتماعية تأثير مفيد على حياة الفرد وسعادته بغض النظر عما إذا كان الفرد يقع تحت ضغط أم لا، وقد اشتق هذا النموذج أدلته من واقع التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود أثر رئيسي لمتغير المساندة، وعدم وجود تأثير للتفاعل بين الضغط والمساندة، فهناك أثر عام مفيد للمساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والبدنية لأن الشبكات الاجتماعية يمكن أن تزود الأفراد بخبرات إيجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع من المساندة يرتبط مع السعادة ويجنب الخبرات السالبة التي قد تزيد من احتمال حدوث الاضطراب السيكوسوماتي (دياب، 2006، ص. 28).



المخطط رقم (3): نموذج الأثر الرئيسي

(الكردي، 2012، ص. 17).


نستنتج مما تقدم أن المساندة الاجتماعية تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على الصحة النفسية والجسمية للفرد، فالتأثير المباشر يتمثل في التخفيف من حدة وقع الضغوط على الصحة النفسية والجسمية من خلال وجود الآخرين بجانب الفرد ومساعدتهم له، ففي هذه الحالة تعتبر المساندة الاجتماعية عاملاً مخففاً، وتقل ظهور المساندة مع الضغوط الأقل تأثيراً على الفرد وتزداد المساندة مع زيادة الضغوط في الأزمات، أما التأثير غير المباشر فيكون من خلال زيادة وتقوية المصادر الشخصية مثل: الشعور بالثقة بالنفس، الضبط

الداخلي، حيث أن اعتقاد الفرد بأن الآخرين يحبونه ويحترمونه ويتفهمونه، ويشبعون حاجاته، يجعله أكثر قوة على مواجهة الضغوط، والمشكلات، والأزمات (Dverholser & al, 1990).

## خلاصة:

اختلف العلماء والباحثون في تحديد مفهوم موحد للمساندة الاجتماعية، وهذا يرجع إلى اختلاف توجهاتهم النظرية، وبشكل عام يمكن تعريف المساندة الاجتماعية بأنها كل ما يتلقاه الفرد من دعم بشتى أنواعه (معنوي، معلوماتي، مادي، أدائي، تقييمي) من الأشخاص الفاعلين الموجودين ضمن شبكته الاجتماعية، قد تكون غير الرسمية والتي تقدم من طرف الزوج (ة)، الأقارب، الأصدقاء، الجيران، الزملاء في العمل، أو رسمية التي يقدمها المختصون من أطباء، أخصائيون نفسانيون، واجتماعيون.

كل هذا بهدف مواجهة مختلف الضغوط النفسية والوقاية من مختلف الآثار السلبية التي تسببها هذه الأخيرة على الصحة النفسية والجسمية، كما تساهم المساندة الاجتماعية في تنمية استراتيجيات مواجهة الضغوط، أما في حالة المرض فإن المساندة تساعد المريض على تقبل العلاج المقدم له، وحتى تؤدي المساندة الاجتماعية وظائفها بنجاح يجب توفر مجموعة من الشروط لدى الفرد المانح لها مثل: كمية المساندة، وقت تقديم المساندة، مصدر المساندة الاجتماعية حسب طبيعة الموقف.



**الفصل الثالث:**  
**تسيير الانفعالات**



### تمهيد:

يعيش الانسان خلال مسار حياته خبرات وتجارب مختلفة مما يثير لديه العديد من الانفعالات بعضها سار والبعض الآخر غير سار، وهكذا نجد أن حياة الانسان في قلب مستمر وتغير دائم. فموضوع الانفعالات حظي باهتمام العلماء حيث حاولوا معرفة طبيعتها وكيفية حدوثها ومكوناتها، واستراتيجيات تسيير مختلف الانفعالات، وللتعرف أكثر عن هذا الموضوع أو المفهوم سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الانفعال، المهارات الانفعالية، مفهوم تسيير الانفعالات، النظريات والنماذج المفسرة للتسيير المعرفي للانفعالات، مختلف استراتيجيات تسيير الانفعالات، ودور الجهاز العصبي في تسيير الانفعالات.

### 1- مفهوم الانفعال:

رغم أن مفهوم الانفعال من المفاهيم الشائعة في مجال علم النفس فلا يوجد تعريف واحد يتفق عليه جميع المختصين، وفيما يلي بعض التعريفات لمفهوم الانفعال:

الانفعال (ÉMOTION) في اللغة اللاتينية يتكون من الفعل (Motere) الذي يعني التحرك، ومن الحرف (é) الذي يفيد نحو الخارج، وهذا يشير إلى أن كل انفعال يتضمن استعدادا نفسيا ونزوعا للقيام برد فعل ما (Goleman, 1997, p. 21).

وحسب "دانترز" (1988) Dantzer مصطلح الانفعال يعني بشكل عام المشاعر التي يدركها الفرد عن نفسه من خلال التأمل وعن الآخرين من خلال استقراء مشاعرهم.

وفقا لـ "بلوتشيك" (1970-1980) Plutchick الانفعال عبارة عن تسلسل ديناميكي لحالات نفسية متغيرة، ويمكن اعتبار الانفعالات على أنها طرق أساسية تؤدي إلى الاستجابة أو السلوك (Brunel, 1995, p. 181).

أما "دوبي" و"باكيه" (2003) Dubé & Paquet فيريا بأن الانفعالات تلعب دورا رئيسيا في الإشارة إلى الفرد بأن حالة معينة ذات أهمية شخصية سواء كانت إيجابية أو سلبية لها قوة تحفيزية في اتخاذ القرارات والاستجابات (Dubé et Paquet, 2003).

كما يعرف الانفعال بأنه حالة دورية قصيرة نسبياً تستند إلى نمط من الإدراك والتجربة ورد فعل فيزيولوجي، ويحدث كاستجابة لتحديات اجتماعية وجسمية معينة (Keltner & Gross, 1999, p. 468).

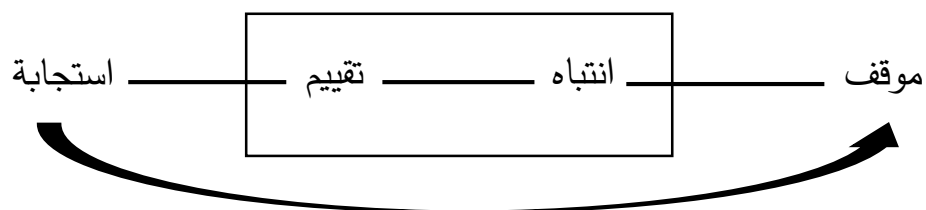
وتتميز الانفعالات بثلاثة عناصر أساسية وهي:

العنصر الأول مرتبط بما يثير الانفعال، حيث تظهر الانفعالات عندما يتعرض الفرد إلى موقف ما ويفهمه وقيمه على أنه مرتبط بأهدافه الحالية، ومهما كان الموقف والهدف الذي يمثله للفرد فإن التقييم الذي يضعه يقود إلى نشوء الانفعال، كما أن الانفعال يتغير إذا حدث تغير في الموقف أو المعنى الذي يحمله للأفراد (Lazarus, 1991, p. 819).

والعنصر الثاني يرتبط بالعناصر المكونة للانفعال، إذ تحتوي الانفعالات العديد من التغيرات المترابطة في مجالات: الخبرة الذاتية، السلوك والتغيرات الفيزيولوجية (Mauss, Levenson, Mc Carter, Wilhelm & Gross, 2005, p. 180)، فالنواحي الذاتية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً مع ما نقصده بالانفعال، بحيث تدفعنا الانفعالات إلى القيام بأفعال معينة دون أخرى، كما أنها تكون مصحوبة بتغيرات جسمية عصبية تنتج بالاستجابات السلوكية التي ترتبط بالاستجابة الانفعالية (عفانة، 2018، ص. 11).

أما العنصر الثالث فيتمثل في مرونة الانفعالات، حيث ينظر "جيمس" إلى الانفعالات على أنها ميول استجابية يمكن تخفيفها أو تعديلها بعدد كبير من الطرق، إذ أن الانفعالات لها صفة دافعة وتستطيع أن تقوم بسحب أو مقاطعة ما نقوم به، وتتسلط وتفرض نفسها على وعينا، وتعتبر مرونة الانفعالات مهمة في مجال تسيير الانفعالات لأنها هي التي تعطي إمكانية التسيير (James, 1884, p. 192).

إن العناصر الرئيسية الثلاثة للانفعال تشكل نموذجاً شكلياً أطلق عليه الباحثون اسم "نموذج النموذج للانفعال" كما هو موضح في الشكل (4)



المخطط رقم (4): النموذج الشكلي للانفعال (Gross, 1999, p. 559).

يرى "جروس" (2001) أن الاستجابة تبدأ بموقف له علاقة بالبيئة المحيطة بالفرد غالبا ما يكون خارجيا أو ماديا، ويتم الانتباه للتعامل مع الموقف بطرق متعددة حسب تقييم الفرد وتبعاً لأهدافه، ويثير التقييم تشكل إدراك الفرد وتقديره للموقف هذا من بين مثيرات أخرى وتنشأ الاستجابات الانفعالية وتتضمن التغيرات في نظم الاستجابة المتعددة الفيزيولوجية والخبرة الذاتية والسلوكية، وأن هذه الاستجابات غالبا ما تغير الموقف الذي أثار الاستجابة (عفانة، 2018، ص. 12).

إن التعريف الدقيق وإعطاء معنى محدد لمصطلح الانفعالات معقد لأن الانفعالات تحتوي جوانب معرفية، فيزيولوجية، اجتماعية وسلوكية، ومن خلال مختلف التعريفات السابقة تعرف الباحثة الانفعال بأنه استجابة متكاملة تعتمد على الجانب المعرفي أي إدراك وتقييم الموقف الداخلي أو الخارجي الذي يتعرض له الفرد، ويشمل الانفعال تغيرات وجدانية مركبة سواء تميل نحو الإيجابية أو السلبية، كما تصاحبها تغيرات فيزيولوجية تشمل الأجهزة العضلية، الدموية، الغدية والحشوية، وكذلك تغيرات على المستوى السلوكي للفرد.

## 2- المهارات الانفعالية:

يعرف "ميكولاجكزك" وآخرون (2009) Mikolajczak & al المهارات الانفعالية "بأنها القدرة على تحديد الانفعالات الذاتية وانفعالات الآخرين، والتعبير عن هذه الانفعالات، فهمها، استخدامها وتسييرها". إذن حسب "ميكولاجكزك" هناك خمس مهارات انفعالية:

### 2-1- تحديد الانفعالات: وتتعلق بـ:

تحديد الانفعالات الذاتية وتتعلق بالقدرة على إدراك المشاعر الذاتية وتقبلها والتعبير عنها بوضوح، وكذلك الوعي بحالة الانتقال من حالة انفعالية لأخرى.

تحديد انفعالات الآخرين وهي مهارة ضرورية لفهم وإدراك انفعالات الآخرين وبالتالي التفاعل الصحيح معهم، أي أن الفهم الجيد لتوقعات واحتياجات الآخرين وتحديد انفعالاتهم يجعل من الممكن تكييف، تعزيز أو التخلي عن بعض السلوكيات في التفاعل الاجتماعي. فعندما تقتقر هذه المهارة فإنه من الصعب على الفرد تكوين علاقات اجتماعية جيدة والحفاظ عليها (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou & Nélis, 2014,

p. 3).

2-2- التعبير عن الانفعالات: يكون من خلال:

التعبير عن الانفعالات الذاتية: أظهرت العديد من الدراسات الآثار الإيجابية للتعبير عن الانفعالات الذاتية، فالتعبير عن الانفعالات السلبية يحسن الصحة النفسية والعقلية على حد سواء، وعلى المستوى العلائقي التعبير عن الانفعالات الإيجابية يعزز الروابط والعلاقات الحميمة، أما على المستوى الاجتماعي يعد التعبير عن الانفعالات مؤشرا قويا لما ننتظره من الآخر، ماذا نشعر عند التعرض لوضعيات انفعالية وما هي استجاباتنا، وعلى العكس من ذلك قد لا يكون التعبير عن الانفعالات الذاتية أكثر ملائمة في حالات معينة، وعليه يجب إيجاد حل توافقي بين التعبير أو عدم التعبير عن الانفعالات الذاتية، لكن المهم هو تبني سلوك متكيف مع الوضعية ومرونة في الانفعالات.

الانصات لانفعالات الآخر، الانصات للآخر عندما يعبر عن انفعالاته يسمح بإقامة علاقات اجتماعية إيجابية من خلال اظهار الاحترام والاهتمام لما يقوله، وغياب الانصات والنقد يعيق المشاركة الانفعالية، وبالتالي فإن نوعية الانصات هي التي تساعد الآخر إما عن التعبير أو عدم التعبير عن انفعالاته (Bananno, Papa, Lalande, Westphal & Coifman, 2004, p. 486).

2-3- فهم الانفعالات: فهم أسباب ونتائج الانفعالات يسمح بتحديد أساس الانفعالات، أصلها وكيفية استعادة التوازن الانفعالي. فإذا كانت الانفعالات قوية دليل على أن الحدث في أصله لديه أهمية كبيرة بالنسبة للفرد، وإذا كان الحدث غير مهم بالنسبة له فهو لا يؤدي إلى أي انفعال (Josse, 2015, p. 13).

2-4- تسيير الانفعالات: وهو يشير إلى القدرة على تنظيم الانفعالات وضبطها والتحكم فيها وتوجيهها وذلك بهدف جعل استجابة الفرد أكثر تكيفا مع متطلبات البيئة وتحسين الرفاهية لديه (غانم، 2015، ص. 324).

2-5- استخدام الانفعالات: ونعني بها القدرة على توظيف المعرفة الانفعالية لزيادة الدافعية وتحسين المهارات وتطوير السلوكيات الإيجابية. كما أن استخدام الانفعالات يلعب دورا في عمليات الانتباه والتذكر، حيث أظهر كل من "فريدركسون" و "برانيمان" (2005) Fredrickson & Branigman أن الفرد عندما يكون حزينا يولي المزيد من الاهتمام للتفاصيل ويتذكر ذكريات حزينة، وعندما يكون سعيدا يركز أكثر على الشمولية ويتذكر ذكريات ممتعة، وعليه فإن الحالة الانفعالية تؤثر على نظام الانتباه والذاكرة. ومنه يجب

أن نحسن استخدام الانفعالات التي من شأنها مساعدتنا وتجنب الانفعالات المعيقة (Fredrickson & Branigan, 2005, p. 316).

نلاحظ من خلال ما تقدم أن هناك تكامل بين المهارات الانفعالية الخمس والنظام المعرفي، فحسب "شابيرو" (2001) chapiro النظام المعرفي يعمل على الاستدلال والاستقراء المجرد للانفعالات الذاتية وانفعالات الآخرين، بينما يدعم النظام الانفعالي القدرة المعرفية من خلال تسهيل عمليات الادراك والفهم والتذكر وغيرها من العمليات المعرفية.

### 3- تسيير الانفعالات:

يعد تسيير الانفعالات من المفاهيم الحديثة في علم النفس، حيث حظي هذا المفهوم باهتمام العديد من الباحثين في هذا المجال، وقد بدأ البحث في تسيير الانفعالات لأول مرة عام (1990) على شكل دراسات وصفية حول استراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة (Ochsner et Gross, 2008, p. 153).

ومن أهم التعريفات التي تطرقت لمفهوم التسيير الانفعالي نجد:

"ثومبسون" (1994) Thompson الذي يرى أن تسيير الانفعال يتكون من عمليات خارجية وداخلية مسؤولة عن مراقبة وتقييم وتعديل ردود الفعل الانفعالية بناء على وقتها وشدتها، من أجل تحقيق أهداف الفرد (مظلوم، 2017، ص. 149).

وعرف "جروس" (1999) Gross تسيير الانفعالات بأنه تلك العمليات التي من خلالها يستطيع الفرد أن يؤثر على الانفعالات التي يشعر بها، وقتها وكيفية الشعور بها والتعبير عنها (Gross, 1999, p. 2).

ويضيف "كروهن" (2003) Crohne أن تسيير الانفعالات ينطبق على كل الانفعالات ومكوناتها سواء كانت إيجابية أو سلبية، وأنه يمكن تكيفها أو لا وفقا لسياق محدد والمرونة في استخدام استراتيجيات تسيير الانفعالات (Haymoz, 2013, p. 25).

ووفقا لـ "غرور" (2004) Gruber "يشير تسيير الانفعالات إلى العمليات التي يستخدمها الأفراد لتقليل الانفعالات السلبية وزيادة الانفعالات الإيجابية" (Krauth-Gruber, 2009, p. 32).

وحسب "بردجز"، "دنهام" و"غانيبان" (2004) Bridges, Denham, Ganiban "يشمل تسيير الانفعالات القدرة على تجربة الانفعالات والعواطف الحقيقية للحد من المستويات المرتفعة والسلبية للانفعالات والتعبير عنها" (Haymoz, 2013, p. 25).

أما "إسبرج" و"سبينراد" (2004) Eisenberg & Spinard فيعرفان تسيير الانفعالات بأنها عملية تسمح بالقدرة على المبادرة، التجنب أو التثبيط كذلك الحفاظ على شكل، قوة، مدة الحالة الانفعالية، العمليات الفيزيولوجية و/أو السلوكيات المرتبطة بالخبرة الانفعالية (Haymoz, 2013, p. 26).

وذكر "جراتز" و"رومير" (2004) Gratz & Roemer أن تسيير الانفعال يعني الوعي والفهم للانفعالات وتقبلها، والقدرة على ضبط السلوكيات الاندفاعية والتصرف وفقا للأهداف المرغوبة عند المرور بخبرة الانفعالات السلبية، والقدرة على الاستخدام المرن لاستراتيجيات تسيير الانفعالات الملائمة للموقف من أجل تعديل الاستجابات الانفعالية لتحقيق الأهداف الفردية والمتطلبات الخاصة بالموقف (مظلوم، 2017، ص. 149).

وحدد السمدونني (2007) أن قدرة الفرد على تسيير انفعالاته وتسيير انفعالات الآخرين تتمثل في: الانفتاح أو تقبل المشاعر السارة وغير السارة، الاقتراب أو الابتعاد عن انفعال ما بشكل تأملي، ملاحظة الانفعالات في الذات والآخرين مثل وضوحها وأحقيتها ويتم ذلك بشكل تأملي، إدارة انفعالات الذات والآخرين دون كبت أو تضخيم للمعلومات التي يحملها فالقدرة على تسيير الانفعالات توضح كيف يعي الفرد التكرور في علاقاته مع الآخرين (جربان، 2013، ص. 28).

ويمثل تسيير الانفعالات حسب "كومبير"، "زابرو"، "شونين"، "قوردون" و"ماركوني" (2014) Compare, Zabro, Shonin, Gordon & Marconi مجموعة من العمليات المعرفية التي تؤثر في نوع الاستجابة الانفعالية، والكيفية التي يعبر بها الأفراد عن انفعالاتهم، وعليه يمكن القول أن تسيير الانفعال يشير إلى العمليات الفيزيولوجية، الاجتماعية، السلوكية والمعرفية التي يمكن بواسطتها إدارة الانفعالات الناشئة عن الأحداث الضاغطة (سيد، 2019، ص. 74).

كما يشير كل من "ماكدونيل"، "هيفي"، "ماككولي" و"دكراي" (2018) Mc Donnell, Hevey, Mc Cauley & Ducrau إلى أن التنظيم الانفعالي يعني قدرة الفرد على السيطرة على انفعالاته عن طريق خفض

العمليات المولدة للانفعالات السلبية من أجل إعادة تنظيم الوجدان وزيادة الانفعالات الإيجابية لتعزيز الشعور بالسعادة وتجنب الشعور بالألم (الشمي، 2019، ص. 242).

ويذهب كل من "كاستلانو"، "مونز نافارو"، "تلدو"، "سبوننتون" و"مدرانو" (Castellano, Munoz-Navarro, Toledo, Sponton & Medrano إلى أن تسيير الانفعالات يشير إلى السلوكيات والاستراتيجيات التي تعزز من الخبرات والتي تساعد على الاستمرار في حياته من خلال فهم كيفية معالجة المواقف الانفعالية وفهمها ومن ثم القدرة على التعبير عن الانفعالات (الشمي، 2019).

من خلال التعاريف الواردة يمكننا تعريف تسيير الانفعالات بأنه الطريقة التي يعدل بها الفرد انفعالاته ويشمل ذلك على الزيادة، الخفض، أو الحفاظ على الانفعالات الإيجابية والسلبية بشكل يوازن بين حاجات الفرد ومتطلبات بيئته.

#### 4- النظريات والنماذج المفسرة للتسيير المعرفي للانفعالات:

يوجد العديد من النماذج والنظريات التي تناولت موضوع التسيير المعرفي للانفعالات وقامت بتفسيره، وفيما يلي توضيح لهذه النماذج:

##### 4-1- نظرية الاجهاد والتعامل:

تقترح نظرية الاجهاد والتعامل إمكانية استخدام الفرد طرقاً واعية لتسيير استجاباته أمام التحديات التي يواجهها في المواقف المجهدّة وذلك تحت تأثير البيئة الضاغطة. وأكدت هذه النظرية على أهمية العمليات المعرفية اللازمة للتعامل مع الحدث الخارجي في سبيل تحقيق التوافق للفرد، وأشارت إلى أن الفرد يبذل جهوداً معرفية وسلوكية لإدارة علاقته المضطربة مع البيئة المحيطة وذلك من خلال استعماله لنوعين من استراتيجيات التعامل وهما: استراتيجيات التعامل المركزة على المشكلة والتي تعمل على البحث عن أي معلومة خاصة بالمشكلة وحلها، واستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال والتي تهدف لخفض الخبرة الانفعالية السلبية (حميد، 2019، ص. 506). وبشكل خاص فإن التعامل المرتكز على الانفعال يعتبر المنشأ واللبنّة الأساسيّة لدراسة تسيير الانفعالات (Gross, 1999, p. 555).

#### 4-2- نموذج "ماير" و"سالوفي" (1990) Mayer & Salovey:

يشير "ماير" و"سالوفي" إلى أن تسيير الانفعالات يعد سمة من سمات الشخصية، يتم التعامل معه على أنه قدرة عقلية مثله مثل أنواع الذكاء الأخرى، ويتفرع عنه مجموعة من القدرات الفرعية وهي:

- إدراك الانفعالات وتمثل في التعرف على الانفعالات الذاتية وانفعالات الآخرين، والتعبير عن هذه الانفعالات بدقة، والتمييز بين الانفعالات الصادقة والمزيفة.
- توظيف الانفعالات وتمثل في استخدام الانفعالات لتنشيط التفكير وتوجيه الانتباه للمعلومات المهمة، وفهم انفعالات الآخرين.
- فهم الانفعالات أي تسمية الانفعالات وتفسيرها وفهمها والتنبؤ بها.
- ضبط الانفعالات ونقصد به القدرة على تسيير الانفعالات المتعلقة بالذات وبالآخرين بصورة تسمح بالتكيف الفعال مع الموقف (جربان، 2013، ص. 29).

#### 4-3- نموذج "جولمان" (1995) Goleman:

يشير "جولمان" إلى أن تسيير الانفعالات يتضمن مجموعة من الكفايات التي تمكن الفرد من السيطرة على انفعالاته ومشاعره، وهذه الكفايات هي:

- التحكم الذاتي ويقصد بها قدرة الفرد على ضبط ذاته والسيطرة عليها، والتماسك في اللحظات الصعبة.
- النزاهة وتمثل في قدرة الفرد في المحافظة على مستويات الأمانة، فالأفراد الذين يتمتعون بهذه الكفاية يتصرفون بشكل أخلاقي.
- الضمير الحي أي تحمل الفرد مسؤولية الأداء الشخصي، والالتزام بالعهود من خلال القيام بالمهام المختلفة، والحرص على الأمانة في العمل (جربان، 2013، ص. 30).
- التكيف ويقصد به قدرة الفرد في التعامل مع التغيير بسهولة، ومواجهة الظروف الطارئة بكل مرونة، وتغيير ردود الأفعال والخطط لتتناسب مع هذه الظروف.
- الابتكار ويتمثل في قدرة الفرد على مواجهة المواقف المستجدة بأفكار جديدة، والارتياح لهذه الأفكار الجديدة، والبحث عنها والعمل على تبني آفاق جديدة في التفكير (جربان، 2013، ص. 30).



4-4- نموذج "جروس" (1999) Gross:

أجرى "كروس" وزملاءه عددا من التجارب والتي أظهرت أنه من الممكن للفرد أن يغير استجابته الانفعالية - عن قصد- بما في ذلك الاستجابة الجسمية بناء على المدخل الذي يتبناه الفرد في التعامل مع المادة الانفعالية (بلحسيني وبوسعيد، 2017، ص. 190).

ويقترض نموذج العمليات لتسيير الانفعال المقترح من قبل "كروس" سلسلة من الخطوات:

**المرحلة الأولى** في هذه المرحلة يواجه الأفراد الوضعية بالخصائص التي يحتمل أن تولد استجابة انفعالية.

**المرحلة الثانية** في هذه المرحلة يكون الأفراد قادرين أو غير قادرين على الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الانفعالية للوضعية.

**المرحلة الثالثة** هنا الأفراد يقومون بتوليد تقييمات معرفية للوضعية التي يمكن أو لا يمكن أن تؤدي إلى استجابة انفعالية

**المرحلة الرابعة** في هذه المرحلة يقوم الأفراد بالتعبير عن انفعالاتهم من خلال سلوكهم (بلحسيني وبوسعيد، 2017، ص. 191).

وحسب نموذج العمليات لـ "كروس" في كل مرحلة من المراحل الأربعة لتوليد الانفعال يمكن أن تكون هدفا لعملية تسيير الانفعالات.

ويرى "كروس" أن زيادة مكونات الاستجابة الانفعالية يدعى بالتسيير الانفعالي المرتفع، أما انخفاض هذه المكونات فيدعى بالتسيير الانفعالي المنخفض، ومكونات الاستجابة الانفعالية هي:

- مكون الخبرة: ويمثل المشاعر الذاتية لانفعال الفرد وفقا لخبراته الحياتية

- المكون السلوكي: ويمثل الاستجابات السلوكية

- المكون الفسيولوجي: ويمثل الاستجابات الفسيولوجية مثل: ضربات القلب، ضغط الدم، التنفس (Gross 2007, p. 7).

4-5- نموذج "جارنفسكي" (2001) Garnefski:

ترى "جارنفسكي" أن هناك استراتيجيات معرفية تقوم على تسيير الانفعالات أثناء مواجهة الخبرات الانفعالية والمواقف المهددة في البيئة المادية، واعتمدت "جارنفسكي" في وضع هذه الاستراتيجيات على المنظور العقلاني الذي يعتمد على الأفكار والمعتقدات والصور الذهنية في تسيير مستوى الإثارة الانفعالية أو تغيير مسارها السلبي إلى الإيجابي (حميد، 2019، ص. 507). كما تختلف استراتيجيات التسيير المعرفي للانفعالات بين الأفراد وفقا للمواقف الضاغطة والحالة المزاجية التي يشعرون بها، رغم ذلك فإن استعمال استراتيجيات التسيير المعرفي للانفعالات مرهون بخبرة الشخص وقدرته على تسيير انفعالاته بطريقة جيدة ومناسبة مع الحدث الضاغط (Garnefski & Kraaji, 2007, p. 141).

5- استراتيجيات تسيير الانفعالات:

يستعمل الأفراد استراتيجيات متنوعة للتأثير في مستوى الاستجابة الانفعالية لكي يبدو نمطا معيناً من الانفعال، وعلى سبيل المثال لا يوجد فرد لديه مستوى عال من الانفعال وفي الوقت نفسه لديه مستوى منخفض من الانفعال أيضاً، وعليه تتعدد تصنيفات استراتيجيات تسيير الانفعالات، وأهم هذه التصنيفات:

5-1- تصنيف "جروس" (Gross):

يرى "جروس" أن كل فرد لديه استراتيجيتين مختلفتين لتسيير الانفعال هما:

أولاً: استراتيجيات التركيز المسبق: (Stratégies centrées sur l'antécédent) وهي التي يلجأ إليها الفرد في حالة الاستعداد للاستجابة قبل أن يكون متفاعلاً مع المثير للموقف الانفعالي بشكل كلي.

وقد ميز "جروس" بين أربعة أنواع مختلفة لاستراتيجيات التركيز المسبق لتسيير الانفعالات والتي يمكن أن تطبق في مواقف مختلفة في عملية حدوث الانفعال وهي:

- اختيار الموقف La sélection de la situation

- تعديل الموقف La modification de la situation

- نشر أو توزيع الانتباه Le déploiement attentionnel

- التغيير المعرفي Le changement cognitif

ثانيا: استراتيجيات التركيز على الاستجابة الانفعالية: (Stratégies centrées sur la réponse émotionnelle) وهي الاستراتيجية التي يلجأ الفرد لتطبيقها عندما يكون متفاعلا في حالة استجابة انفعالية، ويكون الانفعال عندها قائما بشكل اعتيادي، أما استراتيجية تركيز الاستجابة فلها نوع واحد يسمى تعديل الاستجابة (Veronique, Antoinie, Leroy et Delelis, La modulation de la réponse émotionnelle 2009, p. 60).

#### 5-1-1- اختيار الموقف (La sélection de la situation):

وهو اختيار موقف واحد من بين موقفين أو أكثر من أجل تحقيق الرضا أو الانفعال المرغوب بالاقتراب أو تجنب بعض المواقف، الأماكن أو الأفراد الذين يثيرون الانفعال لدينا، فالشخص الذي يعاني من القلق الاجتماعي سيتجنب المواقف الاجتماعية لتجنب التعرض للآخرين، وتجدر الإشارة إلى أن هذه الاستراتيجية فعالة بقدر ما قد يكون الفرد قادرا على تحديد الموقف الذي يثير لديه الحالة الانفعالية المرغوبة.

#### 5-1-2- تعديل الموقف (La modification de la situation):

وهو تغيير الموقف بشكل مباشر لتغيير تأثيره الانفعالي، نأخذ المثال السابق للشخص الذي يعاني من القلق الاجتماعي فإنه يمكن أن يغير المكان المحدد للموعد إلى مكان آخر يشعر فيه بطمأنينة أكثر، كما يؤكد كروس على صعوبة التمييز بين اختيار الموقف وتعديله لأن الجهود الرامية إلى تعديل الموقف قد تؤدي على سبيل المثال إلى موقف جديد، إلا أن الموقف المسبب للحالة الانفعالية قد يكون مصدره خارجيا أو داخليا، أما تعديل الانفعال فيتعلق فقط بتعديل البيئات المادية الخارجية لان التعديل الداخلي سيتضمن استراتيجية التغيير المعرفي.

#### 5-1-3- نشر أو توزيع الانتباه (Le déploiement attentionnel):

تشير هذه الاستراتيجية إلى التأثير على الاستجابة الانفعالية عن طريق تغيير الانتباه اتجاه موقف معين أو جانب منه، فمصطلح نشر الانتباه يضم مجموعة من التقنيات مثل سحب الانتباه (على سبيل المثال تغطية العينين أو الأذنين في حالة الخوف)، إعادة التوجيه الداخلي للانتباه (التركيز على أفكار معينة)، أو إعادة التوجيه الخارجي للانتباه نحو شيء آخر والعودة إلى التركيز على نشاط يمتص مواردنا المعرفية كالعمل. أي أن نشر الانتباه يكون بالتركيز على الجوانب غير الانفعالية للموقف.

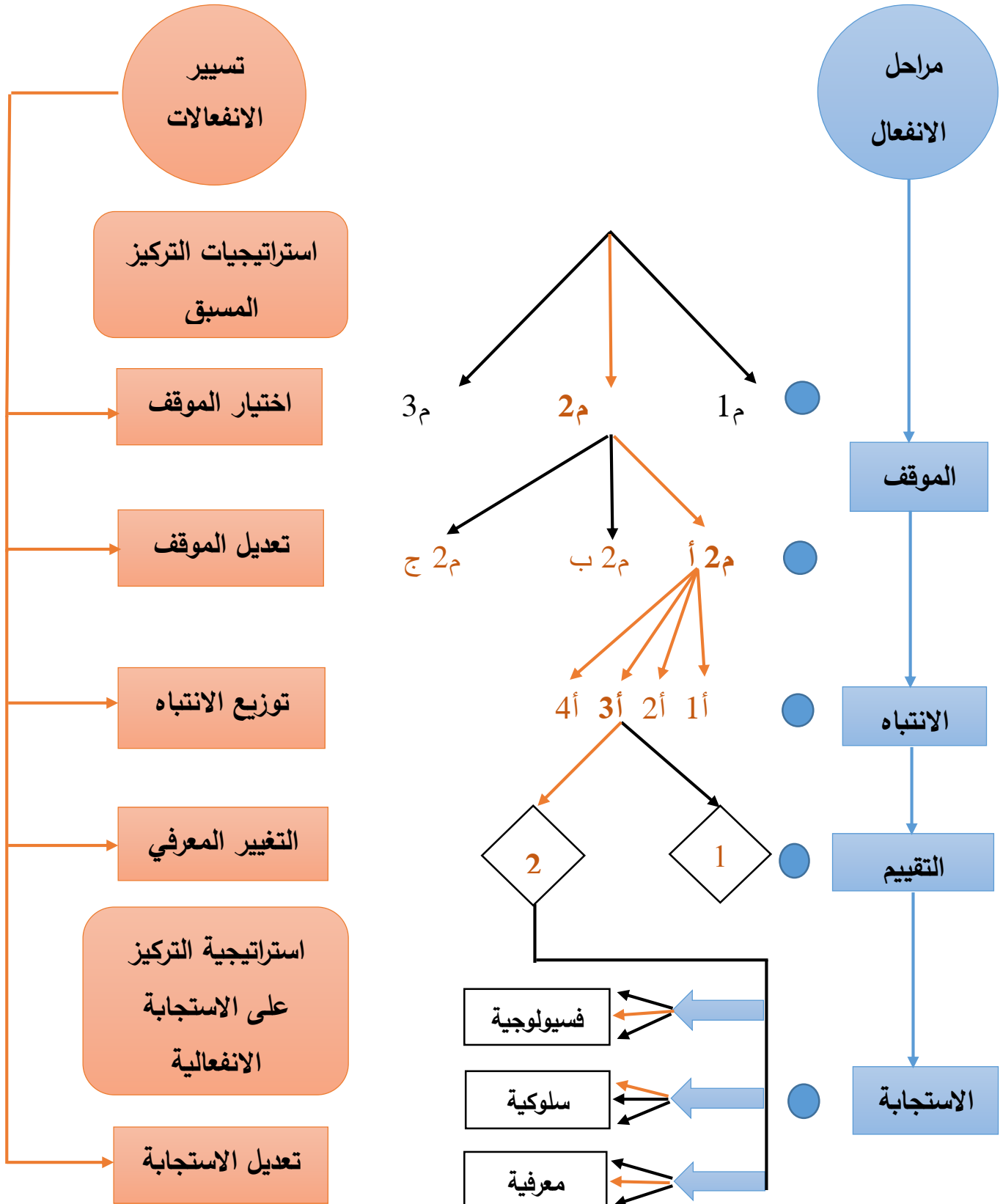
5-1-4- التغيير المعرفي (Le changement cognitif):

يشير إلى عملية انتقاء معنى معرفي للموقف أو الحدث المعاش أي التغيير في معنى الموقف من أجل تغيير الاستجابة الانفعالية، وغالبا ما يهدف هذا النوع إلى تسيير منخفض للانفعال وإعادة التقييم المعرفي تعني أن الفرد يعيد تقييمه المعرفي لاستخلاص الانفعال المحتمل حدوثه من ذلك الموقف وخفض الأثر الانفعالي له (Gross, 2002, p. 282).

5-1-5- تعديل الاستجابة الانفعالية (La modulation de réponse émotionnelle):

هذا النوع هو الاستراتيجية الثانية (التركيز - الاستجابة) وتطبق بعد حدوث الاستجابة ويعني أن الفرد يكف الاستجابة الانفعالية (Suppression)، ويدعى هذا النوع أيضا بكبت التعبير عن للتعبير الانفعالي وفي الغالب تكون الغاية من هذه الاستراتيجية هي المسايرة الاجتماعية لأوامر الجماعة أو الانصياع والخضوع للموقف (Gross, 2002, p. 283).

قمنا بتلخيص النموذج النظري لـ "جروس" Gross بالاعتماد على النموذج الشكلي للانفعال الذي يبين فيه مراحل حدوث الانفعال، وكذلك تصنيف استراتيجيات التسيير المعرفي للانفعالات، والمخطط رقم (5) يوضح مختلف مراحل حدوث الانفعال وما يقابلها من استراتيجيات التسيير المعرفي:



مخطط رقم (5): يوضح مراحل الانفعال واستراتيجيات التسيير الانفعالي حسب "جروس"

(تصميم الباحثة)

حسب نموذج "جروس" لعمليات التسيير الانفعالي فإن الفرد قد يختار موقفا معينا لينفعل معه دون باقي المواقف الأخرى المنافسة، أو قد يستخدم استراتيجية تعديل الموقف، فالفرد يعاني أكثر من نوع مختلف من الانفعالات في نفس الموقف فيحاول الفرد تغيير الموقف بهدف تغيير تأثيره الانفعالي. وقد ينظم الفرد انفعاله من خلال توزيع أو صرف الانتباه وتركيز الانتباه على جانب آخر من الموقف (والذي يكون أقل انفعالا)، ثم يستعيد الفرد أفكاره عن الموقف ومشاعره، وقد يستخدم استراتيجية التغيير المعرفي لتنظيم انفعالاته، وتتضمن هذه الاستراتيجية تجنب التقييم المعرفي للموقف في البداية واستبدال تقييم الموقف بتقييم قدرة الفرد على تنظيم هذا الموقف، ثم استخدام أساليب الدفاع أو الإنكار للموقف أو الانفعال، ومحاولة تقديم تفسير إيجابي للموقف، وفي نهاية الأمر يحاول الفرد إعادة التقييم المعرفي للموقف لتعديل التأثير الانفعالي. وتتضمن استراتيجية تعديل الاستجابة أن يضبط الفرد استجاباته الفيزيولوجية وخبرته الانفعالية، واستجاباته السلوكية، وقد تتضمن هذه الاستراتيجية أيضا أساليب إيجابية مثل تنظيم التعبير الانفعالي بزيادة أو تقليل الخبرة بالانفعال، أو أساليب سلبية مثل اللجوء إلى سلوك إيذاء الذات لخفض المظاهر الفيزيولوجية (Gross & John, 2003, p. 349).

#### 5-2- تصنيف "جارنفسكي"، "كرايج" و"سبينهوفن" (2002) :Garnefski, Kraaij, Spinhoven

يعتبر كل من "جارنفسكي"، "كرايج" و"سبينهوفن" أن الاستراتيجيات المعرفية لتسيير الانفعالات هي جميع الاستراتيجيات العقلية الواعية للأفراد للتعامل مع الاستثارة للمعلومات الانفعالية، وحددوا الاستراتيجيات المعرفية لتسيير الانفعال على أنها تتكون من تسع استراتيجيات هي: (سيد، 2019، ص. 75).

#### 5-2-1- استراتيجيات إيجابية تكيفية، وتشمل:

- التقبل Acceptation: نعني بالتقبل الأفكار التي تتعلق بتقبل الفرد للخبرات والأحداث السلبية، وتعايشه معها، أو استسلامه لها.

- إعادة التركيز الإيجابي Recentrage positif: وتشير إلى التركيز على الجوانب الإيجابية، والخبرات السارة، وتجاهل التفكير في ظروف الحياة الضاغطة.

- إعادة التركيز على التخطيط Recentrage sur l'action: بمعنى التفكير فيما ينبغي القيام به للتعامل مع الظروف الضاغطة، واتخاذ خطوات عملية لمواجهتها والتخفيف من أثارها السلبية.

- إعادة التقييم الإيجابي Réévaluation positive: وهي عبارة عن إعادة تقييم الموقف الضاغط، ومحاولة إيجاد معاني إيجابية فيه، ومحاولة التعلم والاستفادة منه في تحقيق النمو الشخصي.

- وضع تطلعات Mise en perspective: يشير وضع تطلعات إلى اعتقاد الفرد بعدم خطورة الأحداث الضاغطة، والتقليل من أهميتها، ووضعها في حجمها الحقيقي، ومقارنتها بخبرات أخرى قد تكون أكثر خطورة مما تعرض لها أو تعرض لها الآخرون (Garnefski, Kommer, Kraaij, Teerds, Legerstee & Onstein, 2002, p. 407).

5-2-2- استراتيجيات سلبية غير تكيفية، وتشمل:

- لوم الذات Blâme de soi: يشير لوم الذات إلى الأفكار التي يلوم فيها الفرد نفسه إزاء ما اختبره.

- لوم الآخرين Blâme d'autrui: يشير لوم الآخرين إلى الأفكار التي يضع فيها الفرد اللوم على ما اختبره على البيئة أو على شخص آخر (Omran, 2011, p. 106).

- الاجترار Rumination: يتحدد الاجترار بالتركيز المستمر على الأفكار والمشاعر الحزينة التي ترتبط بالأحداث السلبية، وعلى الأسباب والعواقب المرتبطة بهذه الانفعالات (Aldo & Hoeksema, 2010, p. 974- 975).

- الكارثية Catastrophisme: تشير الكارثية إلى الأفكار التي ترتبط بتضخيم الموقف، والمبالغة في خطورته، وتصويره على أنه كارثة لا يمكن تحملها (Garnefski, Kommer, Kraaij, Teerds, Legerstee & Onstein, 2002, p. 406).

## 6- دور الجهاز العصبي في تسيير الانفعالات:

في السنوات الأخيرة ومع تطوير تقنيات مثل الرنين المغناطيسي (Imagerie par résonance magnétique) أصبح من الممكن دراسة وتحديد دور مناطق الدماغ بدقة في تسيير الانفعالات، حيث كشف كل من "أوشنر" و "باريت" (Oschner & Baret (2001) عن العلاقة بين أجزاء الجهاز العصبي وتسيير الانفعالات، وقدا شكلين من أشكال المعالجة الانفعالية، فوجدا من جهة أن تقييم الفرد للبيئة يكون تلقائي وسريع ولا يتطلب جهدا، ويتم ذلك على مستوى اللوزة والعقد القاعدية أي المناطق تحت القشرية للدماغ. ومن ناحية أخرى هناك عمليات بطيئة ومجهددة تظهر عندما يركز الفرد انتباهه إراديا على المثير،

أو عندما يقرر تنفيذ أو منع أي عمل، وهذا يتطلب تفعيل الفص الأمامي والجبهي من الدماغ الذين لهما دور في التسيير التلقائي للانفعالات.

كما لاحظ "فاراون" (2004) Faraone العلاقة بين نوعية تسيير الانفعالات ونشاط مناطق الفص الجبهي للدماغ، وتوصل إلى أن التسيير الجيد للانفعالات مرتبط بنشاط أكبر على مستوى الفص الجبهي الأيسر مقارنة بالأيمن، على وجه التحديد يحتوي الفص الجبهي الأيسر للدماغ على انفعالات الاعتزاز والفخر، على العكس من ذلك فإن الفص الجبهي الأيمن يحتوي على انفعالات كالانسحاب والتجنب ويعزز الانفعالات مثل الخوف أو الاشمئزاز. وعليه فإن عدم التماثل على مستوى الفص الجبهي للدماغ هو الذي يولد اختلافات بين الأفراد في تسيير الانفعالات لديهم وليس العكس (Josse, 2015, p. 19).




## خلاصة:

تعتبر الانفعالات جزءاً هاماً من البناء النفسي للفرد، إذ لا يوجد نشاط معرفي أو اجتماعي أو لغوي أو غيره إلا ويكون مصحوباً بنوع من الانفعالات، كما أن الحالة الانفعالية تنعكس على الأداء العام للفرد أثناء تفاعله مع بيئته الاجتماعية، إلا أن الانفعالات لا تتمتع بسيطرة كاملة علينا فبقدرتنا أن نتحكم في انفعالاتنا، وباعتبار أن الأفراد منتجين لانفعالاتهم وليسوا منقادين لها، فإن علماء النفس أصبحوا مهتمين بدراسة الطرق التي يستخدمها الأفراد لتسيير استجاباتهم الانفعالية، حيث ظهر مفهوم تسيير الانفعالات وذلك لأول مرة سنة 1990 على يد "جروس" Gross، والذي عرفه بأنه مجموع العمليات الشعورية واللاشعورية المعرفية، السلوكية والفيزيولوجية التي يؤثر من خلالها الفرد على انفعالاته وكيفية مواجهتها والتعبير عنها.

كما تتكون عملية تسيير الانفعالات من الاستراتيجيات التي يلجأ إليها الفرد ليعدل نوع وشدة ومدة التعبير الانفعالي، حيث تم تصنيف استراتيجيات التسيير المعرفي للانفعالات إلى نمطين، استراتيجيات تكيفية ترتبط بالصحة النفسية تشمل (التقبل، إعادة التقييم الإيجابي، إعادة التركيز على التخطيط، التوقع، إعادة التركيز الايجابي)، واستراتيجيات غير تكيفية ترتبط بالاضطرابات والمشكلات النفسية تشمل (لوم الذات، لوم الآخرين، الاجترار الفكري، الكارثية).

والتسيير الجيد للانفعالات يكون باستخدام استراتيجيات تكيفية متنوعة للموازنة في ردود الأفعال الانفعالية والحصول على أكبر مستوى من الرضا في الاستجابة الانفعالية، وهذا ما ينعكس بالإيجاب على جوانب الصحة النفسية والجسمية للفرد.



**الفصل الرابع:**  
**جودة الحياة**

### تمهيد:

يعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة نسبياً في مجال علم النفس الصحة، ويعود الفضل في ذلك إلى "سليجمان" سنة 1998 الذي تناول مفهوم جودة الحياة من خلال علم النفس الإيجابي، ويعد هذا الأخير فرع من فروع علم النفس يهتم بدراسة كل مكامن القوة لدى الأفراد وكل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في الاضطرابات الجسمية والنفسية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية، الاجتماعية والمجتمعية التي تمكن الفرد من تحقيق السعادة، الرفاهية الذاتية، الإحساس بحسن الحال والرضا عن الحياة التي يعيشها، أي أن علماء علم النفس الإيجابي يؤكدون على أهمية تبني نظرة إيجابية كبديل للتركيز المفرط على الجوانب السلبية المرتبطة بحياة الفرد.

وعليه سنعرض في هذا الفصل نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة، التعاريف الخاصة بجودة الحياة، التوجهات النظرية، مجالات، أبعاد ومؤشرات جودة الحياة، وأخيراً كيفية تحقيق جودة الحياة.

### 1- نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة:

لقد عرف مفهوم جودة الحياة تطوراً في الآونة الأخيرة عندما أصبح الباحثون يركزون على الجوانب الإيجابية في شخصية الفرد.

تاريخياً ظهر مصطلح جودة الحياة لأول مرة في الفلسفة الإغريقية، حيث ركز الفلاسفة كأرسطو، سقراط، إيبوقراط اهتمامهم على مفهوم السعادة والتي اعتبروها مشتقة من فعالية ونشاط الروح (الهمص، 2010، ص. 46).

كما استخدم مفهوم جودة الحياة في المجال السياسي والاقتصادي عندما اقترح "جيفرسون" Jefferson رئيس الولايات المتحدة (1809-1881) أن يضاف للدستور "الحق في السعادة لكل أمريكي" (Corten, 1998, p. 5).

كما وعد "هوفر" Hoover (1932) المواطنين خلال حملته الانتخابية بتحسين جودة الحياة لديهم، على أن تكون هناك "سيارة في كل مرآب ودجاجة لكل صحن" (عمران، 2009، ص. 44).

إلا أنه ظهر مفهوم جودة الحياة في المجال الطبي سنة 1947 عندما اقترحت منظمة الصحة العالمية مفهوماً ضمناً لجودة الحياة، حيث توجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة على أنها: "حالة من الرفاهية التامة وليس فقط غياب المرض" (Ribau, 2003, p. 8).

وفي عام 1975 أصبح مصطلح جودة الحياة من المصطلحات الطبية وذلك إلى غاية 1987 حيث وسعت منظمة الصحة العالمية المصطلح وأوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية وجودة حياة كافية وذلك طبعا بالإضافة إلى الرعاية الجسمية (الهمص، 2010، ص. 46).

فإذا كان الأطباء سابقا يركزون على علامات الأمراض وأعراضها بدل الاهتمام بمشاعر المريض ومعايشته للمرض (زعطوط، 2014، ص. 31)، فالتطورات الطبية أحدثت تغييرات كثيرة غيرت مجرى البحث، حيث أصبحت تسعى لإطالة عمر المرضى وتخفيض نسبة انتشار الأمراض المزمنة ذات عواقب متعددة (جسمية، عقلية، اجتماعية) التي تصيب رفاهية وجود المرضى وليس بقائهم، وهكذا كان الزاما على المختصين التركيز على المحافظة على جودة حياة هؤلاء المرضى (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 48)، لأن المرضى خاصة منهم المتقدمين في العمر يريدون أن يحيوا حياة طيبة وليس مجرد أن يبقوا على قيد الحياة، فقد لاحظ الكاتب الإنجليزي "سويفت" (1745-1667) Swift أن كل انسان يتمنى أن يعيش طويلا، ولكن ليس هناك أي إنسان يرغب في أن يكون عجوزا (عبد الخالق، 2008، ص. 248).

## 2- تعريف جودة الحياة:

انبثق مفهوم جودة الحياة من علم النفس الإيجابي الذي يهتم بكل ما هو إيجابي في الشخصية أكثر من مجرد النظر إلى الصحة بأنها غياب المرض، حيث نجد عدة تعريفات لمفهوم جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات نظر الباحثين وتعدد آراءهم حول هذا مفهوم.

يعرف كل من "جلاتزر" و "موهر" (Glatzer & Mohr, 1987, p. 16) جودة الحياة بأنها: "الرفاهية التي ليست في الجوانب الاقتصادية، بل في جوانب الحياة الأخرى مثل السكن، الصحة والعلاقات الاجتماعية، أي أن جودة الحياة تعني الرفاهة والراحة ليس في الدخل بل في الصحة الجيدة وعلاقات صحية ونفسية اجتماعية حسنة ومقبولة بل ومرغوبة من الفرد".

وترى منظمة الصحة العالمية (OMS) (1994) "أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بكل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته" (Bruchon-Schweitzer , 2002, p. 52).

أما موسوعة علم النفس فتعرف جودة الحياة على أنها مفهوم ذو أبعاد عديدة لخصت في سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة وهي كالتالي: التوازن الانفعالي حيث يمثل ضبط الانفعالات الإيجابية والسلبية (كالحزن، الكآبة، القلق، الضغوط النفسية، ...)، الحالة الصحية للجسم، الاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في جودة الحياة، الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة، الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة، التوائم الجنسي ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام (حسن، المحرزي وإبراهيم، 2006، ص. 290).

في حين يعرف "فرانك" (2000) Frank جودة الحياة بأنها إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة (الهمص، 2010، ص. 5).

ويعتبر "روبن" (2000) Rubin جودة الحياة بأنها "الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة الاجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية والذي يشمل الرضا، والمكونات العاطفية والتي تشمل السعادة (Rubin, 2000, p. 19).

وينظر "الشرقاوي" إلى جودة الحياة من خلال "قدرة الفرد على اشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل، والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، ويؤكد ان شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على جودة الحياة" (حسين، 2004، ص. 15).

وأشار "ريف" (2006) Ryff إلى أن جودة الحياة "هي الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة بالنسبة له، واستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامة

علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين. كما ترتبط جودة الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية" (Ryff & al, 2006, p. 85).

في نفس السياق يرى كل من "عبد الفتاح" و "حسن" (2006) أن جودة الحياة هي درجة الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والاحساس بحسن الحال واشباع الحاجات والرضا عن الحياة، فضلا عن مدى إدراك الفرد لجوانب حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع (المنسي وكاظم، 2010، ص. 44).

أما "جسام" فيعرف جودة الحياة: بأنها درجة الرضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما انها تشمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كتلك التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي، النشاطات، مدى انجازات الفرد (جسام، 2009، ص. 33).

من خلال التعاريف السابقة تعرف الباحثة جودة الحياة بأنها مفهوم نسبي يختلف من فرد لآخر وذلك أولاً حسب قدرته على التكيف مع مجالات الحياة المختلفة (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الحياة الاجتماعية) والتي تتفاعل فيما بينها بشكل متكامل، ثانياً حسب المعايير التي يقيم من خلالها الفرد جودة الحياة لديه وما يصاحبها من شعور بالسعادة، الرفاهية والرضا.

### 3- النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة:

#### 3-1- نموذج العوامل الستة لـ "رايف" (1989) Ryff:

يركز نموذج العوامل الستة لـ "رايف" على مفهوم السعادة النفسية، أي أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة احساسه بالسعادة، والتي حددتها "رايف" بستة أبعاد يظم كل بعد ست صفات، وتمثل هذه الأخيرة نقاط يحدد من خلالها معنى السعادة النفسية (Ryff, 1989, p. 1071).

وهذه الأبعاد هي:

البعد الأول: الاستقلالية وهي تمثل قدرة الفرد على أن: يقرر مصيره، يكون مستقلاً بذاته، قادراً على مقاومة الضغوط، يتصرف بطرق مناسبة، منظم في سلوكه، يقيم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية (مبارك، 2012، ص. 726).

البعد الثاني: التمكن البيئي أي مدى قدرة الفرد على اختيار البيئات المناسبة وتخليها، والمرونة الشخصية أثناء تواجده في السياقات البيئية التي تتلاءم مع حاجاته وقيمه الشخصية، وكذلك قدرته على التصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه (بكر، 2013، ص. 76).

البعد الثالث: التطور الشخصي بمعنى قدرة الفرد على تنمية وتطوير قدراته، وزيادة فعاليته وكفاءته الشخصية في الجوانب المختلفة والشعور بالتفاؤل (أبو هاشم، 2010، ص. 277).

البعد الرابع: العلاقات الإيجابية مع الآخرين وتشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والحب والقدرة على التوحد مع الآخرين (بكر، 2013، ص. 67).

البعد الخامس: تقبل الذات يشير إلى قدرة الفرد على تحقيق الذات والاتجاهات الإيجابية نحو الذات والحياة الماضية، وتقبل المظاهر المختلفة للذات بما فيها من جوانب إيجابية وأخرى سلبية.

البعد السادس: الهدف من الحياة يقصد به قدرة الفرد على تحديد أهدافه في الحياة بشكل موضوعي وأن يكون له هدف ورؤية واضحة توجه أفعاله وتصرفاته وسلوكاته على المثابرة والإصرار على تحقيق أهدافه (أبو هاشم، 2010، ص. 277).

وتبين "زايف" أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأن التطور في مراحل حياته المختلفة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة (مبارك، 2012، ص. 727).

3-2- نموذج "شالوك" (2002) :Schalok

حسب "شالوك" يتكون مفهوم جودة الحياة من ثمانية مجالات وكل مجال يتكون من ثلاث مؤشرات، والجدول رقم (1) يوضح تفصيلات نظرية "شالوك" لهذه المجالات والمؤشرات.

الجدول رقم (1): مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب "شالوك" (بوعيشة، 2014، ص. 92).

| المجالات | السعادة الوجدانية                     | العلاقات بين الشخصية             | السعادة المادية                   | النمو الشخصي                            | السعادة البيئية                      | تقرير المصير                         | الاندماج الاجتماعي              | الحقوق البشرية والقانونية  |
|----------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| المؤشرات | الرضا<br>مفهوم الذات<br>انخفاض الضغوط | التفاعلات<br>العلاقات<br>الاسناد | الحالة المادية<br>العمل<br>المسكن | التعليم<br>الكفاءة<br>الشخصية<br>الأداء | الاستقلالية<br>الأهداف<br>الاختبارات | الاستقلالية<br>الأهداف<br>الاختبارات | التكامل<br>الترايط<br>الاجتماعي | الحقوق<br>الفردية<br>حقوق الجماعة<br>القانون<br>والعمليات<br>الواجبة |

3-3- نموذج "أندرسون" (2002) :Anderson

قدم "أندرسون" شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة حيث أشار إلى أن إدراك الفرد لجودة حياته يجعله يقيم شخصا ما يدور من حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكارا كي يصل إلى الرضا عن الحياة، وهناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة.

الأولى: تتعلق بالأفكار ذات العلاق بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد لتحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.



الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي (بوعيشة، 2014، ص. 93).

وفي ضوء هذه السمات فإن هذا النموذج يضع المؤشرات الآتية الدالة على جودة الحياة:

- إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته وأن هذا الشعور يتحقق بالآتي:

أولاً: أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها

ثانياً: أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا

- إن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وإلى شعوره بجودة الحياة، ذلك لأنه أمر نسبي يختلف باختلاف الافراد وثقافتهم.

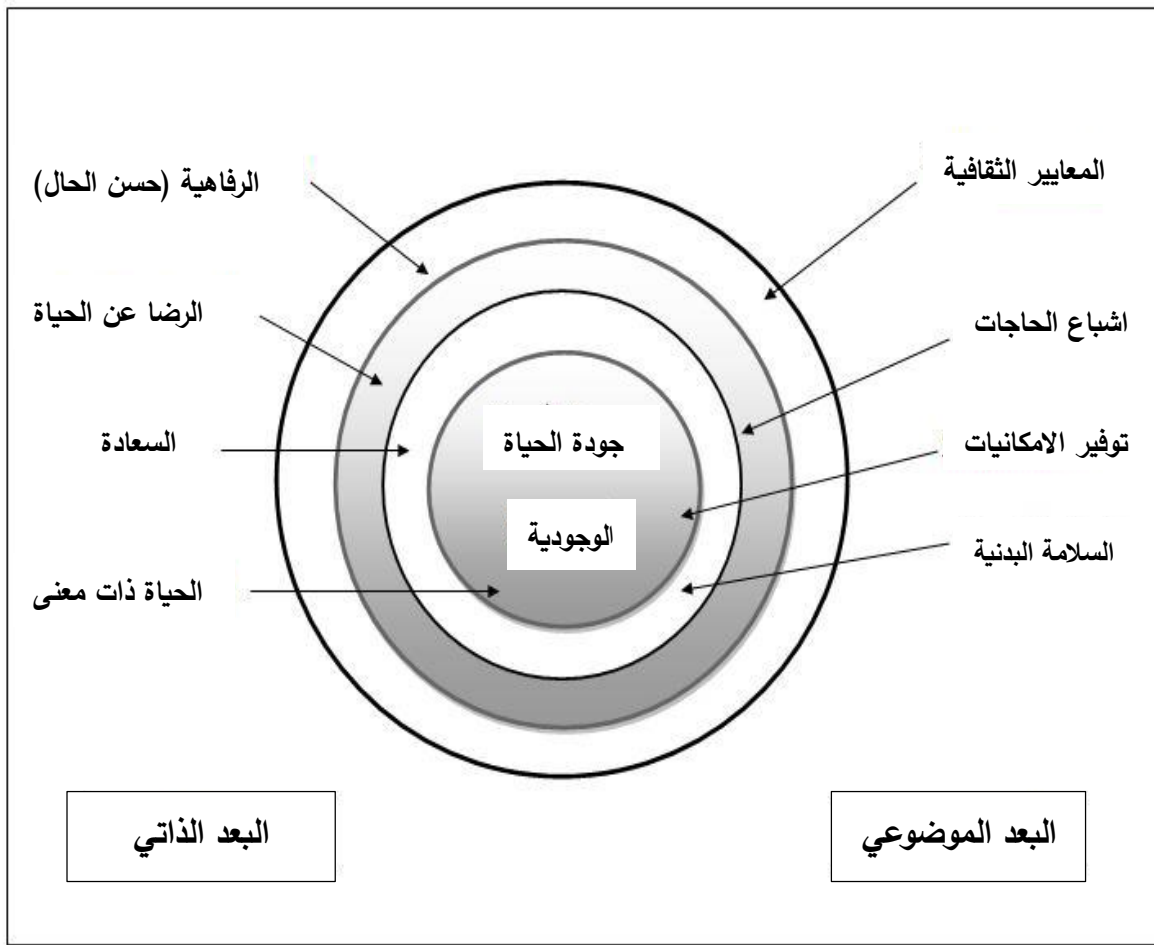
- إن استغلال الفرد لإمكاناته في نشاطات إبداعية، وعلاقات اجتماعية جيدة، وأهداف ذات معنى، وبعائلة تبعث فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بجودة الحياة (مبارك، 2012، ص. 728).

### 3-4- نموذج "فينتيجودت وآخرون" (2003) Ventegodt & al:

أطلق "فينتيجودت" اسم جودة الحياة الوجودية على جودة الحياة لأنها وفقا لرؤيته تتضمن بعدين:

البعد الذاتي ويتضمن أبعادا فرعية تتمثل في: الرفاهية الشخصية والاحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، الحياة ذات المعنى.

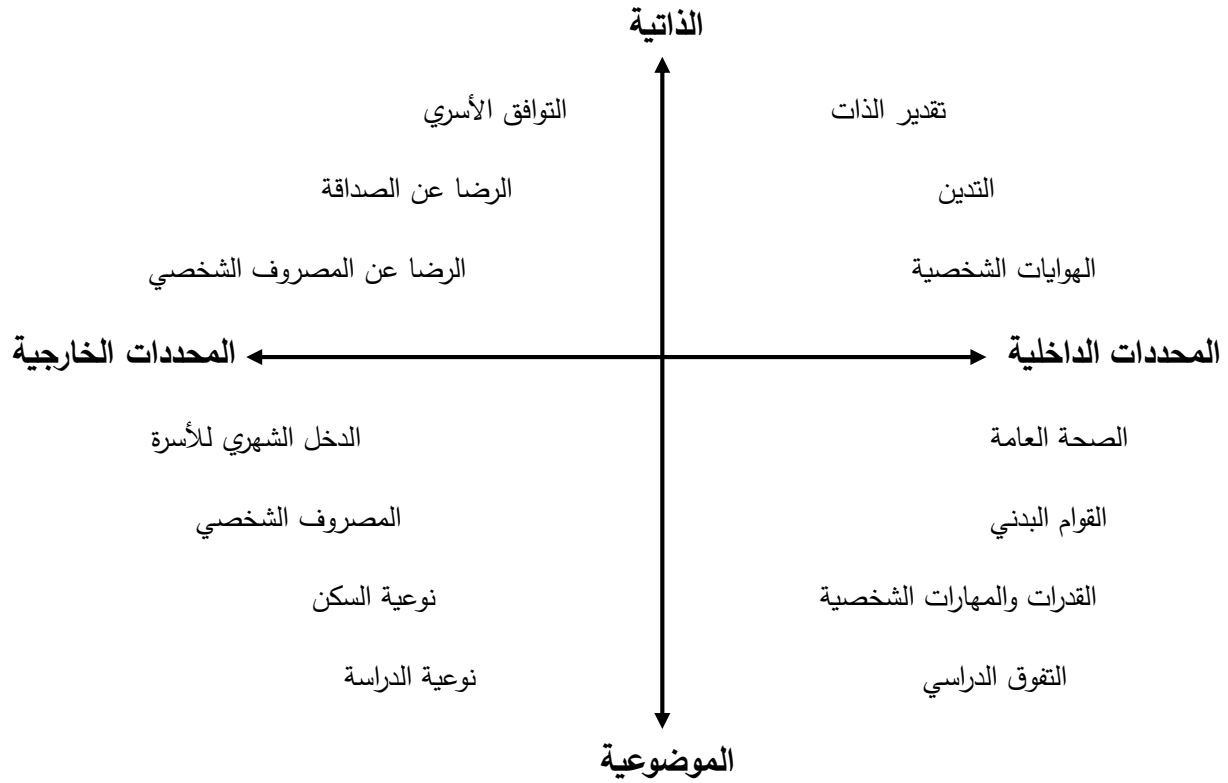
والبعد الموضوعي الذي يتضمن أبعادا فرعية تتمثل في عوامل موضوعية مثل: المعايير الثقافية، إشباع الحاجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية، والشكل المولي يوضح طبيعة التفاعل بين هذه الأبعاد (أبو حلاوة، 2010، ص. 10).



الشكل رقم (6): نموذج "فينتيجودت" Ventegodt لجودة الحياة (بكر، 2013، ص. 56).

### 3-5- نموذج "أبو سريع" و "شوقي" و "مرسي" (2006):

قدم "أبو سريع" وآخرون نموذج لتقدير وتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة على جودة الحياة، وهي موزعة على بعدين متعامدين، يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محددات جودة الحياة حسب مكوناتها داخل الشخص أو خارجه وتسمى "بعد المحددات الشخصية الداخلية والخارجية"، ويمثل البعد الرأسي توزيع تلك المحددات وفق أسس قياسها وتقدير مدى تحققها، والتي تتوزع ما بين أسس ذاتية يقدرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها، وأسس موضوعية تشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، أو اعتمادا على معايير كمية وكيفية أخرى مثل الملاحظة، ومقياس التقدير، ويسمى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية (كاظم والبهادلي، 2006، ص. 73). والشكل التالي يبين محددات جودة الحياة.



المخطط رقم (7): تصور "أبو سريع" وآخرون لتصنيف محددات جودة الحياة (كاظم والبهادلي، 2006، ص. 73).

#### 4- مجالات جودة الحياة:

يرى الكثير من الباحثين ان جودة الحياة مفهوم معقد يضم عدة مجالات والمتمثلة في:

##### 4-1- المجال النفسي:

يتضمن المجال النفسي لجودة الحياة جميع الانفعالات والحالات العاطفية الإيجابية. ويرى البعض الآخر أن هذا المجال يعتمد على غياب الوجدانات السلبية مثل: القلق والاكتئاب.

بمعنى آخر أن تقييم الحالات العاطفية السلبية من خلال المقياس الذاتي المخصص لقياس جودة الحياة يعتبر عنصراً مهماً لتحديد بعض الجوانب النفسية المتعلقة بنوعية الحياة التي يمتاز بها كل فرد (بهلول، 2009، ص. 52).

وتدمج "علام" ضمن المجال النفسي لجودة الحياة المفاهيم الدينامية الإجرائية مثل التنمية الشخصية، تقدير الذات، التذكر، التركيز، التعلم، التفكير (علام، 2012، ص. 258).

من خلال هذه التوجهات نستنتج ان المجال النفسي لجودة الحياة يضم كل من الحالات الانفعالية الايجابية وكذلك جميع المهارات الأدائية للفرد وبذلك التقرب من مفهوم الصحة النفسية.

### 4-2- المجال الاجتماعي:

يتضمن المجال الاجتماعي لجودة الحياة العلاقات والنشاطات الاجتماعية، وفي هذه الصدد يهتم "فلاناجون" (1982) Flanagan بكمية العلاقات الاجتماعية لأنه يرى أن هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرد في تقييم الوظائف الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعية، الاحساس بتقدير الذات، النجاحات والفشل... الخ) (Flanagan, 1982, p. 56)، أما "جرين" (1988) Griffin فيولي اهتماما لنوعية العلاقات الاجتماعية للأفراد أكثر من الاهتمام بكمية هذه العلاقات (Montreuil, Tazopoulou & Truelle, 2009, p. 5).

في حين حدد مركز فلوريدا المؤشرات الاجتماعية لجودة الحياة في: الأمن العام، السكن، نظافة البيئة، مستوى الخدمات الصحية، توفر فرص التعليم، توفر أماكن للترفيه، المستوى الاقتصادي، توفر النقل والمواصلات (بكر، 2015، ص. 416). كما ترتبط جودة الحياة كذلك بأوضاع العمل ومستوى الدخل، المكانة الاجتماعية وحجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية (Bishop & Feist-price, 2001, p. 40)، وأخيرا نختم بوجهة نظر "فاريا" (2004) Vaariam التي تلخص المجال النفسي لجودة الحياة في:

- الخصائص الفردية كالسن، الصحة والقدرات المعرفية.
- العوامل الاجتماعية وهي الأسرة، الشبكات الاجتماعية، المشاركة الاجتماعية.
- العوامل الاقتصادية تتعلق بالدخل وهيكل الأسرة.
- العوامل البيئية كالسكن، المرافق، أسباب الراحة.
- العوامل الشخصية مثل الاستقلالية، القدرة على الاختيار، الرقابة.
- الأنشطة وتتمثل في الأنشطة الرياضية والأنشطة الإنتاجية (Vaariam, 2007, p. 15).

### 4-3- المجال الجسمي:

يحتوي المجال الجسمي على الصحة الجسدية والقدرات الأدائية (Fisher & Taraquino, 2006, p. 156) حيث تتضمن الصحة الجسمية: الطاقة (L'énergie)، الحيوية (La vitalité)، التعب (La fatigue)، النوم (Le sommeil)، الراحة (Le repos)، الآلام (Les douleurs)، الأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية (Les indicateurs biologiques).

وتتضمن القدرات الأدائية: الوضع الوظيفي (Le statut fonctionnel)، حركة الشخص (La mobilité du sujet)، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء ومن الاستقلالية النسبية (بهلول، 2009، ص. 53).

### 4-4- الرضا عن الحياة:

يمثل الرضا عن الحياة حكماً أو تقييماً معرفياً للحياة التي يعيشها الفرد، ويعكس الشعور بالرضا (أو عدم الرضا) عن الحياة نظرة الفرد أو تقويمه القائم بين خبراته وإنجازاته الشخصية وما استطاع أن يحققه في أرض الواقع من جهة وبين آماله وتطلعاته في وقت من الأوقات من جهة أخرى (أمطانيوس، 2011، ص. 13). في حين يرى "دينر" (1994) Diener بأن الرضا عن الحياة يرجع إلى حكم واع وشامل للفرد عن حياته، ويمكن أن يكون مقسم إلى مجالات محددة (العائلة، المهنة، الرفاهية، الصحة، المال، الذات، الجماعة التي ينتمي إليها.... الخ) (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 57).

### 4-5- السعادة:

تمثل السعادة الجانب الانفعالي السوي في الشخصية والتي يوازن بها الفرد بين المشاعر السلبية والمشاعر الإيجابية ليتغلب بمشاعر السعادة على الجانب السلبي في الانفعالات، ويسمو الفرد بانفعالاته إلى الجانب السار في الحياة المتمثل في البهجة والسرور والرضا والتفاؤل والارتياح النفسي في حياته الشخصية، الأسرية، العملية والاجتماعية والتي تمثل انعكاساً لمشاعر الرضا عن الحياة (شقيير، 2009، ص. 8).

أما "فينهوفن" (2003) Veenhoven فيرى بأن السعادة هي الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابياً عن نوعية حياته الحالية بوجه عام، وبمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها

واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها، إذن السعادة نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته مما يجعلهما عوامل أساسية في السعادة (مجدي، 2006، ص. 80).

### 4-6- الرفاهية الذاتية:

يعرف "رولند" (2002) Rolland الرفاهية الذاتية عبر ثلاثة معايير أساسية وهي:

- 1- ذاتي: تقدير ذاتي لا علاقة له بالظروف الحياتية الموضوعية (أي الحياة المادية).
- 2- مرتبط بتقدير إيجابي شمولي لحياة الفرد (الرضا عن الحياة).
- 3- لا يتحصر في غياب الانفعالات السلبية لارتباطه بانفعالات سعيدة (عاطفية ايجابية) (عمران، 2009، ص. 67).

نلاحظ أن الرضا عن الحياة والسعادة يعتبران مكونان أساسيان لمفهوم الرفاهية الذاتية، وعليه يجب توفر هذين المكونين بأقل قدر ممكن حتى يتحقق هذا المفهوم.

يتضمن مفهوم جودة الحياة على أربعة أبعاد حسب "سبيلكر" و "رفيكي" (1996) Spilker & Revicki، حيث يتألف كل بعد من عدة مكونات والتي بدورها تتألف من عدة عوامل فردية، وتتمثل هذه الأبعاد الأربعة في:

- 1- الشخصية الداخلية: تؤثر الشخصية والعوامل الداخلية على ملاحظتنا للأحداث الحياة وظروفها والتي تشمل الشعور بالألم والمرض، وتتوفر عوامل التحكم الذاتي للفرد ودوافعه وعدد من العوامل الأخرى مع التكيف المثالي مع مشاكل الصحة وظروف الحياة الضاغطة.
- 2- الشخصية الاجتماعية: يرتبط هذا البعد بالشبكة الاجتماعية للفرد والبيئات الاجتماعية المحيطة به، ويشمل ذلك بالطبع الأسرة، العلاقات الاجتماعية، الأندية والأوجه الأخرى للبيئة الاجتماعية. وأثبتت العديد من البحوث وجود علاقة بين الصحة الجسمية والصحة النفسية، وبين المعايير الكمية والكيفية للدعم الاجتماعي للفرد.

3- البيئة الطبيعية الداخلية: يتناول البيئة الطبيعية والجغرافية التي يعيش ويعمل فيها الفرد، ويشمل ذلك جودة الماء والهواء وحالة الطقس، الخصائص الجغرافية وسحر الطبيعة المحيطة به من (جبال، غابات وشواطئ).

4- البيئة الاجتماعية الخارجية: ويتضمن المنظمات الاجتماعية والبنائيات والمؤسسات المحيطة ببيئة الفرد، وتشمل هذه العوامل بصورة عامة عدة أوجه مثل الأوجه الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتي تعطينا السياق الأكبر لحياة الناس اليومية مثل: الجيران، الأسواق التجارية، مراكز التسوق، والمؤسسات الثقافية (Spilker & Revicki, 1996, p. 27).

كما حدد "فينتيجودت" (2003) وجود بعدين لجودة الحياة:

1- البعد الذاتي: ويقصد به مدى الرضا الشخصي عن الحياة، شعور الفرد بجودة الحياة، وشعور الشخص بالسعادة.

2- البعد الموضوعي: ويشمل الصحة البدنية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة المجتمعية، العمل، فلسفة الحياة، وقت الفراغ، مستوى المعيشة، العلاقات الأسرية، الصحة النفسية، التعليم (الغندور، 1999، ص. 27).

وطرحت تصورات أخرى كثيرة تحاول الفصل بين الأبعاد الفرعية لكل من البعد الذاتي والبعد الموضوعي لجودة الحياة، ففيما يتعلق بالبعد الذاتي نجد "ستلز" و "ونز" (2002) Steel & Ones يقدمان نموذجا نظريا يربط بين جودة الحياة من المنظور الذاتي وفكرة السعادة والرضا عن الحياة والوصول في نهاية الأمر إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل، حيث توصلنا إلى أن المنظور الذاتي (وليس الموضوعي) دالة لتفاعل ثلاث محددات تأخذ ترتيبا معيناً من حيث درجة التأثير وهي على النحو التالي:

\* المحددات من الرتبة الأولى: (طبيعة الشخصية من حيث المكونات والخصائص) وتتضمن بعدين أساسيين هما:

(أ) - الانبساطية في مقابل الانطوائية.

(ب) - العصابية في مقابل الاتزان الانفعالي.

\* المحددات من الرتبة الثانية: المرشحات الداخلية الخاصة بالفرد، وتتضمن مجموعة من الأبعاد الشخصية مثل:

أ- وجهة الضبط أو مركز التحكم.

ب- تقدير الذات.

ج- التفاوض في مقابل التشاؤم.

\* المحددات من الرتبة الثالثة: المدخلات الخبرية (البيئية) وتتضمن كافة المكونات والأبعاد البيئية سواء المادية أو الاجتماعية وما تتضمنه من مصادر إشباع ومساندة.

وجودة الحياة في التحليل النهائي تصور أو صورة ذاتية للحياة الشخصية، التي يود الفرد أن يعيشها، وبالتالي تختلف من فرد لآخر، وتتأسس رؤيتنا لمعنى الجودة (بوعيشة، 2014، ص. 86).

قامت وحدة أبحاث جودة الحياة بجامعة تورنتو (2000) بتعريف ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي: الكينونة، الانتماء، الصيرورة.

1- الكينونة: وهي تتضمن الكينونة الجسدية والتي تشمل الصحة الجسمية، النظافة الشخصية، التغذية والمظهر الشخصي. كما تتضمن الكينونة النفسية للفرد، تكيفه، معارفه العقلية، مشاعره، تقييمه لذاته وتحكمه في نفسه. والكينونة الروحية التي يمكن أن ترتبط أو لا ترتبط بدين منظم.

2- الانتماء: ويشمل على ملائمة الفرد للبيئة وله ثلاثة جوانب فرعية هي: الانتماء الجسدي، الانتماء الاجتماعي، والانتماء للجماعة. ويعرف الانتماء الجسدي على أنه صلة الفرد بالبيئة المادية مثل المنزل، مكان العمل، الجيران، المدرسة والمجتمع. أما الانتماء الاجتماعي فيشمل الارتباط بالبيئات الاجتماعية التي تضم الإحساس بالقبول والحميمية عند الأصدقاء، الأسرة وزملاء العمل، الجيران والمجتمع. ويمثل الانتماء للجماعة المداخل للموارد تكون عادة متاحة للفرد المنتمي للجماعة مثل الدخل الكافي، خدمات الصحة والرعاية الاجتماعية، العمل والبرامج التعليمية والترفيهية، والنشاطات الجماعية.



3- الصيرورة: تطلق على النشاطات الهادفة التي ينفذها الفرد لتحقيق أهدافه ورغباته، وتشمل الصيرورة العملية والصيرورة الترفيهية وصيرورة النمو. أما الصيرورة العملية فهي تصف الأعمال اليومية مثل الأعمال المنزلية، العمل بأجر، الدراسة، الأعمال التطوعية، الاهتمام بالصحة والحاجات الاجتماعية. والصيرورة الترفيهية تشمل النشاطات التي تحقق الاسترخاء وتقلل من الضيق كالنزهة، الزيارات العائلية، والنشاطات ذات المدى الطويل مثل العطل والإجازات. بينما صيرورة النمو فهي النشاطات المقصود بها الاستمرار في التحسين أو الحفاظ على المعارف والمهارات (عبد الرحيم، 2008، ص. 58).

تعددت وجهات نظر الباحثين حول أبعاد جودة الحياة، فمنهم من يرى أنها تشمل الجوانب الجسمية، الاجتماعية والانفعالية، بينما يرى البعض الآخر أنها تشمل الرضا عن الحياة وتقدير الذات للصحة عامة والوضع الاقتصادي والاجتماعي، وأيضاً منهم من رأى أنها تشمل الرفاهية الجسمية والعلاقات مع الآخرين والأنشطة الاجتماعية والمجتمعية، والنمو والانجاز الشخصي.

### 5- مؤشرات جودة الحياة:

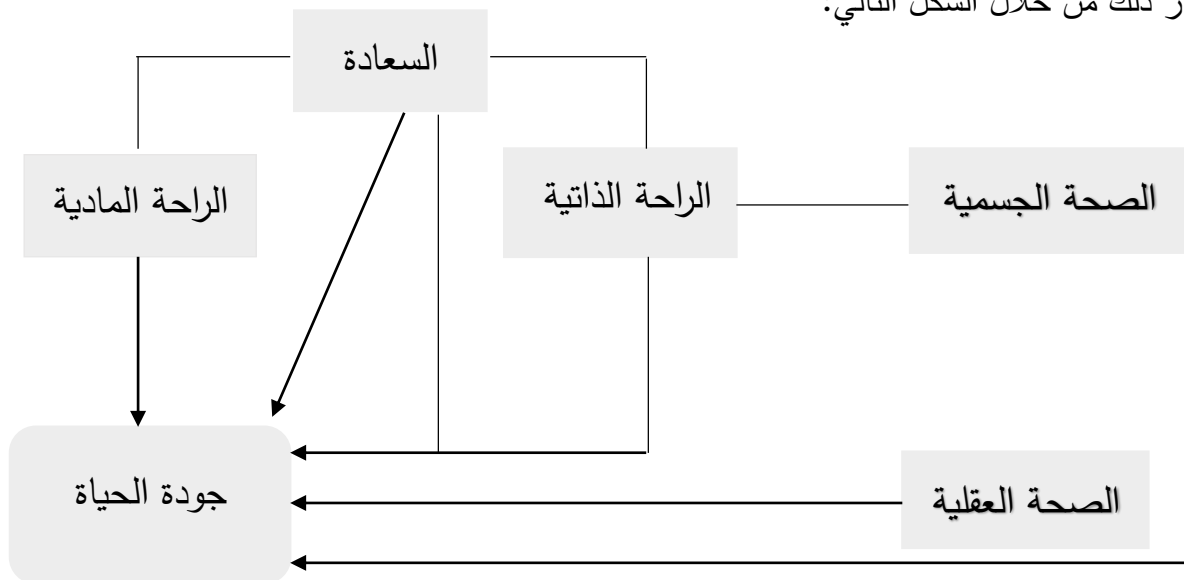
توجد عدة عوامل تتحكم في تحديد مؤشرات جودة الحياة وهي تختلف من فرد لآخر وذلك حسب المعايير التي يعتمد عليها في تقييمه لحياته، وتتمثل مؤشرات جودة الحياة حسب بعض الباحثين في:

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

أما "فلوفيلد" (1990) Fallowfield فقد حدد المؤشرات التالية لجودة الحياة:

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

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



المخطط رقم (8): يبين مؤشرات جودة الحياة حسب "نوردنفالت" Nordenfelt

(عمران، 2009، ص. 52).

6- كيفية تحقيق جودة الحياة:

أصبح الاهتمام بكيفية تحقيق جودة الحياة بمختلف أبعادها ومجالاتها أمراً ضرورياً، وذلك بالتركيز على الجوانب الإيجابية لدى الأفراد وتنميتها حتى يحدث توازن بين الجوانب النفسية والجسمية والاجتماعية ويزيد رضا الفرد عن حياته.

وبما أن جودة الحياة ليست مكوناً فطرياً فهي تحتاج إلى جهود مختلفة لتنميتها، حيث ترى "جميل" و"عبد الوهاب" أن جودة الحياة تستلزم دائماً الارتباط بين عنصرين لا غنى عنهما أولهما وجود فرد ملائم وثانيهما البيئة الجيدة التي يعيش فيها هذا الفرد، لذلك نجد أن هناك العديد من المعوقات التي تمنع الفرد من الإحساس بجودة الحياة، وكثيراً ما يترتب على ذلك إحساس الفرد بانخفاض مستوى جودة الحياة أو الرضا عن الحياة مشكلات عديدة في حياته كالاكتئاب، العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية.

وحسب "ليتوين" Litwin جودة الحياة لا تقتصر على تذليل الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط، بل تتعدى ذلك إلى تنمية النواحي الإيجابية. إذ يؤكد Seligman & Csikszentmihalyi أن علم النفس الإيجابي يجب أن يركز على تحديد دور العوامل الوقائية وتفعيلها، مع تطوير خصال الأفراد الإيجابية وكذلك تطوير كل مؤسسات التطبيع الاجتماعي والنظم الاجتماعية السائدة في مختلف البلدان والثقافات، وفي هذا الإطار قام "أورت وآخرون" Orte & al. بتوجيه نظر الباحثين إلى أهمية البحث في تحسين جودة الحياة من خلال المساندة الاجتماعية وبرامج للتدخل وتنمية الصحة التي تتضمن تقدير الذات، التفاؤل، الرضا عن الحياة، فعالية الذات، معنى الحياة، وكذلك تحسين الرعاية الصحية للفرد والعمل على إعداد برامج وقائية علاجية (مشري، 2014، ص. 232).

وتوصل "سليجمان" إثر اعتماده على المنهج الوقائي إلى أن تعليم الأطفال في العاشرة من العمر التفكير والسلوك المتفائل يخفض معدل الاكتئاب إلى النصف عندما يصلون إلى البلوغ، وقدم مع مجموعة عمل أفكاراً حول الوقاية، فالتقدم الذي يمكن أن يحدث لمنع المرض النفسي يأتي من إدراك وتنمية منظومة من القدرات والكفاءات في الشباب مثل: الرؤية المستقبلية، الأمل، مهارات العلاقات الشخصية، الشجاعة، الإيمان، وأخلاق العمل. أما في مجال العلاج فتندرج جوانب على درجة عالية من الأهمية يتعين على المعالجين تنميتها وتحقيقها مثل: الشجاعة، المهارات الاجتماعية، الاستبصار، التفاؤل، الواقعية، القدرة على الاستمتاع والتوجه نحو المستقبل، البحث عن هدف والفضيلة والابداعية.


كما اقترحت الهنداوي مجموعة من الجوانب التي يمكن اعتبارها أقرب إلى خصائص الفرد والبيئة في المجتمعات العربية والإسلامية، تشمل هذه الجوانب: تحقيق الفرد لذاته وتقديرها، إشباع الحاجات كمكون أساسي، الوقوف على معنى إيجابي للحياة، وجود علاقات اجتماعية ودعم اجتماعي، الرضا عن الحياة، توافر الصلابة النفسية، التدين، الشعور بالسعادة، التوجه نحو المستقبل (مشري، 2014، ص. 233).

### خلاصة:

عرف مفهوم جودة الحياة تطورا تاريخيا حيث ظهر لأول مرة في الفلسفة الاغريقية، ثم ظهر في المجال السياسي والاقتصادي ليعبر عن شعور الفرد بالسعادة وكيفية تحقيقها، إلى أن ظهر مفهوم جودة الحياة في المجال الطبي حيث اقترن بالرعاية الصحية (الجسمية، النفسية، الاجتماعية).

وفيما يخص تعريف جودة الحياة نجد عدة تعريفات تختلف باختلاف وجهات نظر الباحثين حول هذا المفهوم، فهناك من ربطه بالصحة النفسية والجسدية والعلاقات الاجتماعية، وهناك من أضاف الحياة المهنية والدراسية، الاستقرار الاقتصادي، كما أن هناك من عرف جودة الحياة من خلال مدى تلبية الحاجات الأساسية من غذاء، مسكن ودخل، وعليه يمكننا تعريف جودة الحياة على أنها مفهوم نسبي يختلف من فرد لآخر وذلك حسب صحته الجسمية، النفسية وحياته الاجتماعية، إضافة إلى المعايير التي يعتمدها في تقييم جودة الحياة لديه.

مما سبق نستنتج أن جودة الحياة مفهوم مركب يضم عدة مجالات وأبعاد مرتبطة بالجوانب: الجسمية، النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية، والرضا عن الحياة، السعادة، والرفاهية الذاتية. وعليه فإن جودة الحياة ليست مكونا فطريا بل تحتاج إلى جهود مختلفة لتنميتها، وتحقيقها يتطلب وضع برامج وقائية وعلاجية تهدف إلى تعليم الفرد كيفية تحقيق حياة صحية جسمية، نفسية واجتماعية ذات جودة، أو تحسين مستوى جودة الحياة لديه.



**الفصل الخامس:**  
**مريض الزهايمر**  
**ومرافقه**

### تمهيد:

أدى ارتفاع متوسط الحياة لدى الأفراد إلى تعديل ملحوظ في الهيكل العمري وزيادة نسبة كبار السن، كما كشفت الدراسات أن تزايد نسبة كبار السن ترافقها زيادة الأمراض المزمنة ويعد مرض الزهايمر من أهم المشكلات الصحية التي تواجه فئة المسنين، كما يصنف الزهايمر اليوم بكونه السبب الرئيس السادس للوفاة عالميا، فهو من الأمراض العصبية المعرفية التي تدمر خلايا المخ مما يؤدي إلى مشكلات في الذاكرة، التفكير والسلوك، وهذا ما يؤثر بشدة على حياة الشخص المصاب بالزهايمر فيصبح هذا الأخير بحاجة إلى رعاية من نوع خاص تشمل التكفل به من الناحية النفسية، المادية والاجتماعية، وهنا يبرز دور الأسرة في تقديم هذه الرعاية لأن مريض الزهايمر يتحول نفسيا وسلوكيا إلى طفل صغير يحتاج لمن يرعاه ويقوم بالمرافقة الدائمة له خاصة وأن مرض الزهايمر لا يشفى والعلاج الدوائي يهدف فقط إلى الحد من تطور أعراض المرض، وغالبا ما تقع مسؤولية المرافقة على عاتق أحد أفراد الأسرة الأكثر قربا للمريض بالزهايمر، فيكون بطل وضحية في نفس الوقت لأنه ينشغل برعاية فرد آخر على حساب صحته النفسية والجسمية، وحياته الاجتماعية.

وللتعرف أكثر على هذا الموضوع سنتطرق الباحثة في طيات هذا الفصل إلى الامام بجوانب مرافقة مريض الزهايمر بداية بتعريف مرض الزهايمر، أنواعه، عوامل الإصابة به، أعراضه، مراحل تطور المرض، التشخيص، العلاج، ثم تعريف المرافق، العلاقة مريض-مرافق، وأخيرا عواقب مرافقة مريض الزهايمر على الصحة النفسية، الجسمية والحياة الاجتماعية.

### 1- تعريف مرض الزهايمر:

سمي الزهايمر بهذا الاسم نسبة إلى مكتشفه العالم الألماني " ألويس الزهايمر " Alois Alzheimer وذلك عام 1906، أما بالنسبة لمفهوم مرض الزهايمر فقد تعددت تعاريفه وفيما يلي عرض لأهمها:

تعرف المنظمة العالمية للصحة (OMS) مرض الزهايمر على أنه مرض تنكسي دماغي ذو أسباب مجهولة وخصائص مرضية وعصبية كيميائية مميزة، كما أنه يظهر بصفة خفية وببطء ويتطور تدريجيا مع مرور الوقت (Selmés , 2004, p. 15).

بينما تصنفه جمعية الزهايمر الإيرلندية بأنه مرض عصبي تدريجي يحدث عندما تتراكم البروتينات في الدماغ والتي تضر بالخلايا العصبية مما يؤدي إلى تدمير اللويحات (les plaques) الأمر الذي يزيد صعوبة التذكر عند الإنسان واستخدام المنطق واللغة (النوبي، 2012، ص. 67).

أما (أبو حامد، 2009، ص. 11) فيرى بأنه مرض يصيب الذاكرة أساسا حيث يؤدي إلى فقدان الذاكرة الحديثة ومن تم الذاكرة البعيدة مع تراجع المنظومة الفكرية كاتخاذ الاحكام، بما ينعكس سلبا على الحياة الأسرية والمهنية والاجتماعية مع تغيرات في السلوك والمزاج.

في حين يشير إليه "ملحم" بأنه مرض عضوي يصيب المخ فيما بين الأربعين والستين وينتشر على مدى كبير من العمر، ويعد هذا المرض اضطراب شديد للذاكرة (ملحم، 2014، ص. 485).

وفي تعريف آخر لـ (غسان، 2005، ص. 53) الذي يرى في مرض الزهايمر بأنه داء خطير ومميت، يتفقم تدريجيا بسبب ترسب بعض البروتينات المسماة "أميلويد" (Amyloide) على مسالك الأعصاب مما يؤدي إلى خلق تشوهات في تلك المسالك، كما أن الملايين من خلايا الأعصاب تتلف فينقص حجم المخ.

أما "الخالدي" فعرفت الزهايمر بأنه مرض دماغي يؤدي إلى ضمور تدريجي للخلايا العصبية في مناطق الدماغ المسؤولة عن الكثير من الوظائف الإدراكية التي تساعد على الوعي بالذات والمحيط، وعلى التخطيط للحياة اليومية والقرارات الكثيرة المرتبطة بها (الخالدي، 2017، ص. 238).

من خلال ما تقدم يتضح أن مرض الزهايمر هو مرض عصبي يحدث عندما تتراكم البروتينات في الدماغ مما يؤدي إلى تدمير الخلايا العصبية فيظهر تدهور تدريجي ومستمر للقدرات المعرفية والمهارات الاجتماعية تكفي لعرقلة القيام بأنشطة الحياة اليومية، كما يعتبر الزهايمر من أكثر أنواع الأمراض الشائعة الحدوث بعد سن الخامسة والستين، إلا أنه في حالات نادرة يمكن أن يصيب الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 سنة وهو ما يسمى بالزهايمر المبكر.



## 2- أنواع مرض الزهايمر:

ينقسم الزهايمر حسب (أبو حامد، 2009، ص. 29) إلى نوعين وهما:

### 2-1- الزهايمر العائلي:

يعد الزهايمر العائلي شكل نادر من أشكال الزهايمر حيث يمثل (5 إلى 10%) من الحالات، يدعى بداء الزهايمر ذو البدء الباكر حيث يظهر قبل سن الستين، وهذا النوع ينتقل عبر الجينات الوراثية من أحد الوالدين، بمعنى أنه إذا كان أحد الوالدين مصابا بالداء فإن احتمال انتقال المرض إلى كل ابن من الأبناء هو (50%).

### 2-2- الزهايمر الفردي:

يمثل الزهايمر الفردي الشكل الأكثر شيوعا إذ يقدر ما نسبته (90 إلى 95%) من الحالات، تظهر الأعراض عند الشخص المصاب بالمرض بعد سن الخامسة والستين من العمر، وهو حصيلة العوامل البيئية والغذائية وغيرها حيث تزيد من احتمالات تكوين الصفائح المتشابكة في الخلايا العصبية وهي التي تتسبب في تكوين الزهايمر (عبد ربه، 2013، ص. 184).

## 3- عوامل الإصابة بمرض الزهايمر:

إن مرض الزهايمر ليس نتيجة لعامل واحد فقط فهو ناجم عن مزيج من عوامل وراثية وعوامل أخرى تتعلق بنمط الحياة والبيئة المحيطة، وأهم هذه العوامل هي:

### 3-1- التقدم في العمر:

مما لا شك فيه أن تقدم السن هو أكثر العوامل المشجعة لظهور المرض، حيث أن غالبية المرضى يصابون به بعد سن الخامسة والستين، وتزداد فرصة المرض بنسبة الضعف كل خمسة أعوام تالية لهذا السن حتى تصل لأعلى نسبة وهي (50%) عند سن (85) (عبد ربه، 2013، ص. 167).

### 3-2- الوراثة:

أشارت إحدى الدراسات العلمية التي أجريت في فنلندا على التوائم الحقيقية إلى أنه إذا أصيب أحد التوائم بالزهايمر فإن احتمالات إصابة الآخر بهذا المرض تبلغ نسبة (40 إلى 50%). وفي دراسة طبية أخرى

أجريت على نطاق واسع تم من خلالها دراسة احتمالات إصابة (13 ألف) شخص من أقارب مرضى الزهايمر، وجد أنه إذا كان الأبوان مصابين بالمرض، فإن احتمال إصابة الابن بالمرض تبلغ خمسة أضعاف أقرانه من ذوي الأبوين المعافين (غسان، 2005، ص. 92).

### 3-3- الجنس:

هناك تباين هام في توزيع نسبة الإصابة بين الجنسين حيث تصاب عموماً امرأتان مقابل كل رجل، والعوامل المعروفة التي تفسر ارتفاع نسبة الإصابة عند النساء هي:

- معدل توقع الحياة أعلى عند النساء منه عند الرجال.
- تصاب النساء بداء السكري بنسبة أعلى من تلك عند الرجال.
- انخفاض نسبة مستوى هرمون الأستروجين بعد سن اليأس، وكما هو معروف يعتبر هذا الهرمون عاملاً وقائياً ضد داء الزهايمر (أبو حامد، 2009، ص. 14).

### 3-4- الأمراض الوعائية: وهي نوعان:

3-4-1- أمراض الاوعية الدموية: تتمثل أمراض الاوعية الدموية في أمراض القلب والسكتة الدماغية وارتفاع ضغط الدم والتي تتسبب في تلف الأوعية الدموية التي تحمل الدم المحمل بالأوكسجين والمواد الغذائية إلى المخ، مما يزيد من احتمالات الإصابة بداء الزهايمر (غسان، 2005، ص. 94).

3-4-2- إصابات الرأس: ترتفع نسبة حدوث الزهايمر أكثر عند الأشخاص الذين يتعرضون للإصابات الدماغية كثيراً مثل ممارسي رياضة الملاكمة (Lucker, Hovaguimian, Naville & Groebli, 2003, p. 20).

### 3-5- المستوى التعليمي:

يؤثر المستوى الثقافي يؤثر على الوظائف المعرفية وعلى احتمال إصابته بالخرف عامة أو الزهايمر (المرجع السابق، ص. 21)، حيث تؤكد جميع الدراسات على ارتفاع نسبة الإصابة بداء الزهايمر عند الأشخاص ذوي تحصيل مدرسي متدني (أبو حامد، 2009، ص. 32).

### 3-6- النشاطات الترفيهية:

بينت بعض الدراسات أن القيام بنشاطات ترفيهية كالبيستنة، السفر، الأشغال اليدوية يقلل احتمال الإصابة بمرض الزهايمر أو الخرف عامة لأن هذا النوع من النشاطات يسمح بتدخل الوظائف التنفيذية والتخطيط مما يؤخر من ظهور المرض (Sellal & Kruczek, 2001, p. 18).

بناء على ما تقدم يظهر أن هناك أسبابا عدة وليس سببا واحدا فقط تقف وراء الإصابة بمرض الزهايمر، جميع هذه الأسباب تتداخل وتتفاعل مع بعضها البعض لإحداث المرض وتفاقمه منها تقدم العمر، الوراثة، وجود أمراض مزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم بالإضافة إلى إصابات الرأس، كما يعتبر أكثر شيوعا عند النساء مقارنة بالرجال.

### 4- أعراض مرض الزهايمر:

تختلف أعراض مرض الزهايمر من شخص لآخر، إلا أن اضطرابات الذاكرة غالبا ما تكون أول الأعراض الملحوظة التي تستدعي الاستشارة الطبية، وتتمثل أعراض الزهايمر في:

- ضعف الذاكرة: لاسيما نسيان الأحداث القريبة والمواعيد القريبة وتكرار سرد القصص بدون وعي
- صعوبات في التخطيط وحل المشكلات وتشمل اتخاذ قرارات السفر وحضور المناسبات وكذلك صعوبات مع المحاسبات المالية.
- صعوبة إتمام المهام المألوفة المعتادة في الحياة اليومية للشخص، كارتياح المسجد، استعمال الهاتف، تدبير الطبخ، يقوم الشخص بارتكاب الأخطاء (بيترسون، 2003، ص. 35).
- خلط ذهني في المكان والزمان كفقدان القدرة على معرفة الوقت أو التاريخ أو المكان، يدل على وجود مشكلة ادراكية.
- مشاكل مع الصور البصرية والعلاقات المكانية التي تتمثل في صعوبة تقدير الاتجاهات وتحديد المواقع ومعرفة الأدوات ولو بشكل بسيط، مما قد يؤدي تدريجيا إلى ضياع الشخص في أماكن مألوفة لديه مثل طريقه إلى منزله أو المسجد.

- صعوبة اختيار الكلمات المناسبة خلال الحديث مثل صعوبة في المشاركة بالحديث، ومن تم لا يقدر على مواصلة الحديث أو يكرر نفس الجملة المرة تلو المرة، وقد يتوقف عن الكلام فجأة وسط الحديث، أو قد يتلعثم في إيجاد الكلمات المناسبة أو يسمي الأشياء بغير مسمياتها.
- ضياع الأغراض الشخصية أو اتهام الآخرين كأن يقوم الشخص بوضع أغراضه الشخصية في مكان ما ثم ينسى موضعها ويفقدتها، وقد يتهم أفراد أسرته بأخذها (فيكان، 2008، ص. 85).
- التصرفات غير المألوفة مثل الصرف غير المبرر للمال، أو التلطف بكلمات غير مناسبة، أو عدم ارتداء الملابس المناسبة.
- الانسحاب من العمل أو الأنشطة الاجتماعية كالانعزال عن المجتمع والبعد عن الحياة الاجتماعية وعدم بدء أي اهتمامات جديدة.
- تغيرات في المزاج والشخصية وهي تعد من أبرز علامات الإصابة بالمرض الشك بالآخرين، الاكتئاب، تقلب المزاج، والعصبية وغيرها من العوارض غير المألوفة مسبقا (الخالدي، 2017، ص. 241).
- يتضح من خلال ما تقدم أن لمرض الزهايمر العديد من الأعراض والتي تختلف من شخص لآخر، فضعف الذاكرة قد لا يكون دائما مؤشرا على بداية المرض، فربما البداية تكون على شكل صعوبات في التخطيط أو خلط ذهني في المكان والزمان، تكرار الأسئلة وغيرها من الأعراض التي تتعدد أكثر فأكثر حسب مراحل تطور المرض.

### 5- مراحل تطور مرض الزهايمر:

يتطور مرض الزهايمر على ثلاثة مراحل، وهي مراحل متواصلة أي لا ينتقل المرض من مرحلة إلى أخرى بشكل مفاجئ بل بشكل تدريجي وبطيء خلال عدة سنوات، وفيما يلي عرض لهذه المراحل:

#### 5-1- المرحلة المبكرة:

في المرحلة المبكرة من مرض الزهايمر تقل حيوية وعفوية المريض دون أن يلاحظ أحد تغيرا عليه، وتضعف الذاكرة الحديثة بشكل خفيف مع تقلب في المزاج وحالة من اللامبالاة لما يحدث من حوله (أبو حامد، 2009، ص. 21).

وتستغرق هذه المرحلة من عامين إلى أربعة أعوام، حيث نجد أن المريض يعاني حسب (النوبي، 2012، ص. 69) من:

- نسيان الأشياء البسيطة.
- قلة الاهتمام بالنشاطات والهوايات التي كان يستمتع بها من قبل.
- يقول الشيء نفسه مرارا وتكرارا.
- رفض أي تغييرات وصعوبة تقبل ما هو جديد.
- الصعوبة في العثور على أسماء الأشياء المعروفة.
- صعوبة في اتخاذ قرارات صائبة وإدراك الأفكار المعقدة.
- تغييرات في الشخصية.
- لوم واتهام الآخرين بشكل غير واقعي مثل: سرقة الأغراض الخاصة.

### 5-2- المرحلة المتوسطة:

تعد المرحلة المتوسطة من مرض الزهايمر أطول المراحل زمنيا فقد تستغرق من عامين إلى عشرة أعوام، وتتميز بما يلي:

- تراجع قدرة المريض على الفهم، ولا يستطيع إتمام عبارة كاملة حيث يتوقف عن الكلام في وسط الحديث.
- يستطيع المريض في هذه المرحلة استعادة الذكريات القديمة، أما الذاكرة الحديثة فيصيبها قدر كبير من التراجع.
- ضياع المريض في الزمان والمكان.
- يصاب المريض بحالة من الاكتئاب والتهيج بما أنه يعي ما يحصل له ولو جزئيا (أبو حامد، 2009، ص. 21).
- نسيان أسماء أفراد العائلة والأصدقاء القريبين والخلط فيما بينهم.
- عدم القدرة على القيام بنشاط ما رغم سلامة الوظائف الحركية وهذا ما يسمى بالأبراكسيا (Apraxie).

- استحالة التعرف على الأشياء رغم سلامة الحواس وهذا ما يسمى بالأقنوزيا (Agnosie).
- اضطرابات في النوم مع الاستيقاظ عدة مرات في الليل.
- يحتاج المريض إلى المساعدة والإشراف في الأعمال اليومية كارتداء الملابس أو الاستحمام (النوبي، 2012، ص. 70).

### 5-3- المرحلة المتقدمة:

خلال المرحلة المتقدمة من مرض الزهايمر يفقد المريض الاستقلالية بشكل تام، مع تلاشي الذاكرة كليا، ويصبح غير واعي وتدهور حالته النفسية مع ظهور للهلاوس والهذات (Touchon & Portet, 2000, p. 6).

وفي نهاية المطاف يكون مريض الزهايمر غير قادر على أداء أبسط المهام بدون مساعدة، وتدهور الكتلة العضلية والحركية إلى الحد الذي يجعل المريض ملازما للفرش، كما أنه يفقد القدرة على اطعام نفسه فضلا عن عدم تحكمه في عملية التبول والتبرز، ويقوم المحيطون به برعايته بشكل كامل (عبد ربه، 2017، ص. 240).

يتضح مما سبق أن مرض الزهايمر يمر بثلاثة مراحل ابتداء بالمعتدل ويطلق عليه المرحلة المبكرة والتي تتميز بضعف الذاكرة وتقلب في المزاج، تليها المرحلة المتوسطة حيث تتطور الأعراض ويصبح المريض بحاجة إلى المساعدة في القيام بأبسط أنشطة الحياة اليومية وأخيرا المرحلة المتقدمة من المرض وهي المرحلة الشديدة حيث تتعدد الأعراض أكثر إلى أن يصبح المريض طريح الفراش معتمدا على المحيطين به بشكل كلي ففهم مراحل تطور مرض الزهايمر بإمكانه المساعدة في رسم خطط للعناية بالمريض ابتداء من التشخيص إلى غاية العلاج.

### 6- تشخيص مرض الزهايمر:

يهدف التشخيص المبكر لمرض الزهايمر إلى تحقيق أفضل تكفل طبي-نفسى-اجتماعي إلا أنه غالبا ما يتم تشخيص مرض الزهايمر في مراحله المتقدمة، وهذا نظرا لصعوبة تشخيصه في بدايته وهذا لعدم وضوح الأعراض في بدايتها، على العموم فإن طرق تشخيص مرض الزهايمر تتمثل فيما يلي:

### 6-1- تاريخ الحالة:

يحاول الطبيب من خلال المقابلة العيادية مع المريض أو مرافقه حسب (Bouaza & Boudraa, 2017, p. 51) جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الصحة العامة للمريض والمشكلات التي يعاني منها، ومن المهم أن يطلع الطبيب على: السوابق المرضية للمريض وعائلته، الأدوية التي تناولها المريض سابقاً أو التي يتناولها حالياً، المستوى التعليمي، المهنة، أعراض المرض، التغيرات السلوكية الظاهرة على المريض، المشكلات التي يعانيها المريض خلال ممارسة مختلف الأنشطة اليومية.

### 6-2- الفحص العيادي:

يتبع المقابلة فحص سريري لتقييم ما يلي:

- الحالة العامة للمريض: (الوزن)، القلب والأوعية الدموية (ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات إيقاع القلب)، اضطرابات رئوية.

- تقدير درجة الوعي لدى المريض.

- صعوبات حسية (بصرية، سمعية) حركية التي قد تتداخل مع عملية إجراء الاختبارات النفسية العصبية.

- فحص الحالة العقلية منها المزاج، خطاب المريض، اضطرابات التركيز والانتباه، اضطرابات التوجه الزماني والمكاني، اضطراب الوظائف الرمزية.

### 6-3- فحص الحالة العقلية:

يمكن تشخيص مرض الزهايمر عن طريق تطبيق اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية "MMSE" (Mini Mental Score Examination) لـ "فولستن" (Folstein (1975) الذي يعتبر من أهم المقاييس النفسية العصبية لأنه من جهة يمكننا من التقييم السريع للوظائف المعرفية، ومن جهة ثانية فهو يشمل تقييم معظم الوظائف العقلية التي تضطرب عند مريض الزهايمر مثل: التوجه الزماني والمكاني، الانتباه، الحساب، التذكر، التسمية، الإعادة، فهم اللغة الشفهية، فهم اللغة الكتابية (Fleming, Adams & Paterson, 1995, p. 1103).

#### 6-4- معايير الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM5):

حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية يندرج مرض الزهايمر ضمن محور الاضطرابات العصبية والمعرفية تحت عنوان " الاضطراب العصبي المعرفي الجسيم أو المعتدل بسبب داء الزهايمر " (Trouble neurocognitif majeur ou du trouble neurocognitif léger dû à la maladie d'Alzheimer) ، وتتمثل معايير تشخيص مرض الزهايمر فيما يلي: (American Psychiatric Association, 2013, p. 797).

يتم تشخيص مرض الزهايمر المرجح إذا تحقق أي من التالي، الا ينبغي تشخيص مرض الزهايمر المحتمل.

أولاً: دليل على وجود الطفرة الجينية المسببة لمرض الزهايمر من تاريخ العائلة أو من الاختبارات الجينية.  
ثانياً: تواجد جميع ما يلي:

أ- دليل واضح على تراجع في الذاكرة والتعلم ومجال معرفي آخر على الأقل (على أساس التاريخ المفصل أو تسلسل الاختبارات النفسية العصبية).

ب- التدهور التدريجي المطرد الثابت في المعرفة، دون فترات تحسن مديدة.

ج- لا يوجد دليل على المسببات المختلطة (أي غياب التكتسات العصبية الأخرى وغياب الأمراض الدماغية الوعائية، وغياب الأمراض العصبية الأخرى أو العقلية أو الجهازية أو حالة من المرجح مساهمتها في التدهور المعرفي).

#### 6-5- صور المسح الدماغية:

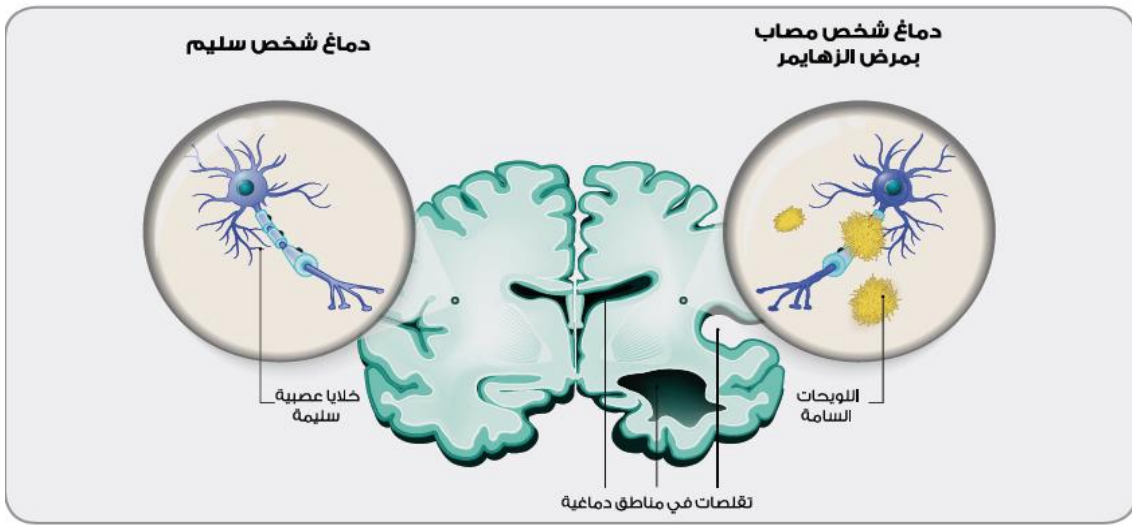
غيرت التقنيات الجديدة في مجال التصوير الدماغية مفهومها حول تركيبية وهيكل ووظيفة الدماغ، ومن هذه التقنيات كما ورد عند (الشرييني، 2007، ص. 235) لدينا:

أ- التصوير الهيكلي (Imagerie morphologique): يوفر التصوير الهيكلي معلومات حول شكل وموضع وحجم أنسجة الدماغ، ويتضمن التصوير الهيكلي تقنيات مثل التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير الطبقي المقطعي.



ب- التصوير الوظيفي (Imagerie fonctionnelle): يكشف التصوير الوظيفي عما إذا كانت الخلايا الدماغية العصبية تعمل بشكل جيد في مناطق متفرقة في الدماغ بتوضيح نشاط تلك الخلايا بحرق السكريات أو الأوكسجين الذي يصلها عبر الدم.

وتستخدم هذه التقنيات لتأكيد أو نفي وجود أورام دماغية، دلائل على حدوث جلطات دماغية صغيرة أم كبيرة، أو أضرار من جراء تعرض الرأس لصدمات قوية، أو تجمع متزايد للسائل العصبي الشوكي.



الشكل رقم (9): يمثل الفرق بين دماغ شخص مصاب بالزهايمر ودماغ شخص سليم

([https://www.123rf.com/photo\\_72363457\\_stock-vector-human-brain-in-two-halves-healthy-and-alzheimer-s-disease-healthy-neuron-and-neuron-with-amyloid-pla.html](https://www.123rf.com/photo_72363457_stock-vector-human-brain-in-two-halves-healthy-and-alzheimer-s-disease-healthy-neuron-and-neuron-with-amyloid-pla.html))

والشكل الموالي يبين نتائج تقنية المسح الدماغي لشخصين أحدهما مصاب بمرض الزهايمر والآخر سليم، بالنسبة لدماغ الشخص المصاب بالزهايمر نلاحظ وجود لويحات سامة حول الخلايا العصبية تؤدي إلى تقلصات في عدة مناطق دماغية، في حين تكون الخلايا العصبية سليمة على مستوى دماغ شخص سليم، تتكون هذه اللويحات من نوع من البروتين الموجود بالمخ يسمى "بيتا أميلويد" Beta- Amyloid حيث تمنع هذه البروتينات توصيل الإشارات بين الخلايا العصبية وتعرقل الأنشطة اللازمة لاستمرار حياة الخلية.

وبمجرد ظهور المرض يكون قد سبقه موت وتحلل طويل يمتد لسنوات لخلايا المخ التي تقوم بحفظ المعلومات واسترجاعها وبموت الخلايا العصبية يتقلص المخ ويحدث به ضمور ويفقد شكله المتجدد (النوبي، 2012، ص. 27).

اعتمادا على ما تقدم نستنتج أن تشخيص مرض الزهايمر يتم عبر فحوصات مختلفة تسمح بتقييم الذاكرة والقدرة على التفكير، وكذلك عبر التحقق من وجود سوابق عائلية للإصابة بمرض الزهايمر، وقد تم مؤخرا تحديد عدة مؤشرات لتشخيص مرض الزهايمر كتلك الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، كما يتم تقييم هذه المؤشرات كذلك بإجراء صور المسح الدماغي للتحقق من وجود انكماش في المناطق الدماغية المرتبطة بمرض الزهايمر، وتكون هذه الفحوصات حاسمة في التفريق بين تشخيص مرض الزهايمر والأمراض الأخرى.

### 7- علاج مرض الزهايمر:

يتطلب علاج مرض الزهايمر تكفلا شاملا من الناحية الطبية-النفسية-الاجتماعية تحت اشراف فريق متعدد التخصصات يضم كل من: طبيب مختص في الأعصاب، طبيب مختص في الأمراض العقلية وأخصائي نفسي، إذن عملية العلاج تختلف بين ما هو علاج دوائي وما هو علاج غير دوائي للحد أو التخفيف من خطر تطور أعراض مرض الزهايمر، وفيما يلي نذكر كلا العلاجين:

### 7-1- العلاج الدوائي:

لا يوجد علاج دوائي محدد لمرض الزهايمر، ومع ذلك يمكن تخفيف أو تثبيط الأعراض المرتبطة بالمرض، حيث هناك نوعان من العقاقير لعلاج أعراض مرض الزهايمر والاضطرابات المصاحبة له وهما: ثلاث مثبطات أستيل كولينستيراز (IAChE) (Inhibiteurs de l'Acétylcholinestérase) تتمثل في (Donépézil, Rivastigmine, Galantamine)، ومضاد مستقبلات الجلوتاميتريك (Antagoniste des récepteurs glutamiteriques) (Breton & Turgeon, 2015, p. 4).

وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية العلاج الدوائي في تحسين الوظائف المعرفية كالإدراك، كما وجد أنها تحسن أيضا الجوانب غير المعرفية كالأعراض العصبية والنفسية لأعباء ممارسة أنشطة الحياة اليومية (النوبي، 2012، ص. 188).

### 7-2- العلاج النفسي:

يعتبر العلاج النفسي علاجا مكملا للعلاج الدوائي وهو جزء مهم للتكفل بمريض الزهايمر وأسرته سعيا لتحقيق الأهداف المoolية وذلك حسب (ANAES, 2003):

- تحسين الوظائف المعرفية، المزاج، والاضطرابات السلوكية.
  - تقليل الضغط الناتج عن المرض.
  - الحفاظ على الاستقلالية الذاتية لأطول فترة ممكنة (التغذية، ارتداء وخلع الملابس، الاستحمام، الذهاب إلى الحمام، التنقل).
  - الحفاظ على الروابط والتبادلات الاجتماعية لأطول فترة ممكنة.
  - الحفاظ على / تحسين جودة الحياة.
  - الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية لمرافقي مرضى الزهايمر.
- ويشمل العلاج النفسي المقدم لمرضى الزهايمر استراتيجيات التحفيز حيث يعمل المعالج على تحفيز قدرات المريض المتبقية حتى يتمكن من التغلب على الصعوبات التي تواجهه والحفاظ على استقلاليته، وتتمثل استراتيجيات التحفيز في:

### أ- التحفيز النفسي-المعرفي (Stimulation psycho-cognitive):

تتمثل استراتيجيات التحفيز النفسي-المعرفي في: إعادة تأهيل الذاكرة، إعادة تأهيل اللغة والتواصل، تأهيل المهارات الوظيفية (العلاج بالعمل)، الاسترخاء (الموسيقى، التدليك)، الأنشطة المهنية والترفيهية (القراءة، الرسم، الاعتناء بالحيوانات الأليفة، الألعاب - لعبة السودوكو -)

### ب- تحفيز السلوك (Stimulation du comportement):

يجب أن يفي كل تدخل سلوكي بالمبادئ الأساسية التي تحدد نجاحه، مثل جمع المعلومات الكافية حول الاضطراب السلوكي الملاحظ من حيث وصف الاضطراب، البحث عن العوامل المسببة، ووضع أهداف واقعية وخطط علاجية مع التقييم المستمر لها، ويكون تحفيز السلوك عن طريق تقنية تعديل السلوك، فإذا كان المصاب بالزهايمر قادراً على التعلم فالتحفيز السلوكي يسهل هذه العملية من خلال توفير الظروف البيئية المناسبة سواء لاكتساب سلوك جديد أو الحفاظ على السلوك الحالي، والمبدأ الأساسي لشجيع التغيير السلوكي هو استخدام المكافآت للسلوكات المرغوبة وعدم المكافأة على السلوكات غير المرغوبة.

ج- التحفيز الحسي (Stimulation sensorielle):

يعتمد التحفيز الحسي على التمارين التي تهدف إلى تحفيز الحواس خاصة وأن مريض الزهايمر يعيش في حالة انسحاب ورفض للتحفيز استجابة للمواقف غير السارة (مثل صوت الراديو أو التلفزيون باستمرار، جلسات جماعية صاخبة أو وجود شخصية عدوانية)، ولحد من التوتر والقلق والمشاكل السلوكية لدى المريض وتحسين مستوى جودة الحياة لديه يتم استخدام جميع أنواع المنبهات الحسية كالأصوات (الموسيقى، الغناء)، استخدام الألوان (للزينة والاسترخاء) بالإضافة إلى استخدام الروائح والتدليك.

د- تحفيز النشاط الحركي (Stimulation de l'activité motrice):

من المعروف أن الخمول يضعف الشخص خاصة المصاب بالزهايمر في حين أن ممارسة التمارين الرياضية بانتظام واستمرار مثل: الرقص، الجمباز، المشي يساعد على تحسين كل من استقلالية المريض وتفاعلاته الاجتماعية، كما أن تعلم المهارات الحركية أو استرجاع مهارات الحياة اليومية بالممارسة اليومية لها هي الأخرى ممكنة.

يتضح مما تقدم أنه لا يوجد علاج شافي لمرض الزهايمر، والعلاجات المتوفرة تنقسم إلى علاج دوائي الذي يسعى إلى تأخير تطور المرض في حين العلاج النفسي يركز على الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة للمرض مستخدماً في ذلك استراتيجيات التحفيز (النفسي المعرفي، السلوكي، الحسي، الحركي) بهدف تحسين جودة الحياة لكل من المصاب بالزهايمر وأسرته التي توفر له الرعاية وتتكفل به وهنا نخص بالذكر الشخص الأكثر قرباً للمريض والذي يسمى المرافق كون أن المهام الملقاة على عاتقه جسيمة وهذا بالتحديد ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي.

## 8- تعريف مرافق المريض:

إن للأسرة دور محوري في رعاية المريض ومن المهم التركيز عليها، حيث تبقى هذه الأخيرة المؤسسة الاجتماعية المثالية التي يمكن الاستناد عليها خاصة وأن علاقة المريض وبالتحديد المصاب بالزهايمر مع أسرته هي علاقة تشمل جميع نواحي الحياة، ويعرف القائم بالرعاية الأسرية أو ما يسمى بالمرافق كما يلي: مرافق المريض هو الفرد الذي يقوم بتقديم مساعدة غير مهنية بشكل كلي أو جزئي في مختلف أنشطة الحياة اليومية لشخص عاجز بغض النظر عن خطورة حالته (Ollivet, 2006, p. 1).

وحسب (Pvan & Pierrot, 2007, p. 78) مرافق المريض هو الشخص الذي تربطه صلة قرابة أو صداقة مع المريض.

أما اتحاد المنظمات العائلية للاتحاد الأوروبي (2007) فيعرف مرافق المريض بأنه الشخص غير المهني الذي يقدم مساعدة بشكل كلي أو جزئي لشخص عاجز، وقد تكون هذه المساعدة بصفة دائمة أو مؤقتة، كما تتخذ عدة أشكال كالرعاية، التمريض، المرافقة في الحياة الاجتماعية، الإجراءات الإدارية، اليقظة الدائمة، الدعم النفسي، الأعمال المنزلية (Luquet, 2011, p. 2).

كما يشير أيضا مرافق المريض إلى كل الأفراد الذين يقدمون الرعاية أو الدعم سواء لأحد أفراد العائلة، صديق أو جار لديه إعاقة عقلية أو جسدية، مرض مزمن أو تكون حالته الصحية غير مستقرة (Muriel, 2011, p. 9).

ويعرف القائم بالرعاية الأسرية حسب ما جاء به (شحتة، 2009) بأنه: الشخص الذي ينهض بمسؤولية أولية لرعاية قريب كبير السن، فالقائم بالرعاية من الأسرة يشغل مكانا واضحا في المجتمع له توقعات سلوكية ترتبط به، وهي تزيد متلقي الرعاية أي الشخص المسن بكل من المساندة الجسمية والوجدانية أو العاطفية، والأكثر من هذا أن هذه التوقعات غير الرسمية لتقديم المساعدة لها قوانين تحميها في بعض الدول، ومن ثمة فإن وضع القائم بالرعاية يتضمن انتقالا اجتماعيا حيث أنه مشابه لما يمكن أن يتوقعه الشخص عندما يعتلي وضعا اجتماعيا جديدا في مرحلة الرشد كأن يكون أبا، أو مطلقا أو متقاعدا، والحدث الذي يجعل الشخص القائم بالرعاية الأسرية يصل إلى الوضع الانتقالي هو غالبا مرض شخص قريب له أو خروجه من المستشفى عقب مرض خطير أو إصابة.

مما سبق يمكننا تعريف مرافق المريض بأنه ذلك الشخص الذي يقدم المساعدة بصفة دائمة أو مؤقتة لشخص مصاب بالزهايمر فيما يخص مختلف أنشطة الحياة اليومية، ويكون المرافق عادة من أحد أفراد عائلة المصاب بالزهايمر كالزوج (ة)، الابن (ة)، زوجة الابن، الأخ، الأخت، الحفيد (ة).

## 9- العلاقة مريض-مرافق:

حسب ما جاء في (Stillmunkés & al, 2015, p. 29) يشكل كل من المريض ومرافقه ثنائية يتفاعل كل منهما مع الآخر، هذه العلاقة الدينامية يمكن أن تتغير مع مرور الوقت أو تتطور حسب سياق تأثير البيئة المحيطة على هذه العلاقة، حيث أن دعم المحيط وأهمية الشبكة الاجتماعية عامل جد مهم، إذ يؤدي غياب

هذا الدعم إلى زيادة درجة العبء لدى مرافق المريض ويقلل من رضاه، وعلى العكس من ذلك فإن المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف المحيط تزيد من درجة الرضا وتقلل درجة العبء أي أن المساندة الاجتماعية تعتبر عاملا وقائيا بالنسبة لمرافق المريض ضمن العلاقة (مريض-مرافق).

كما يجب أيضا مراعاة نوعية العلاقة بين المرافق والمريض، فمرافق المريض يكون أكثر قلقا وأكثر اكتئابا عندما تتدهور علاقته بالمريض، والحفاظ على رابطة قوية والتواصل (اللفظي وغير اللفظي) مع المريض من المواقف الإيجابية علاوة على ذلك فإن العلاقة الوثيقة بين المرافق والمريض لها علاقة بالصحة النفسية والجسمية الجيدة للمرافق.

كما توجد مجموعة من العوامل التي تؤثر على نوعية العلاقة بين المرافق والمريض والمتمثلة في: جنس المرافق، درجة القرابة بالنسبة للمريض، المستوى التعليمي، مدة المرافقة، الوقت المخصص لرعاية المريض، الحالة الصحية للمرافق، المستوى الاقتصادي.

### 10- عواقب مرافقة مريض الزهايمر:

يجد مرافق مريض الزهايمر نفسه كل يوم مع تحدي مختلف، ما يتطلب منه وقت و طاقة نفسية وجسمية لمواجهة هذه التحديات الصعبة وعليه فإن الحياة اليومية للمرافق تتقلب رأسا على عقب حيث يجد نفسه يقوم بأدوار جديدة كإدارة المريض، التمريض، المرافقة في الحياة الاجتماعية، الإجراءات الإدارية، الأعمال المنزلية، على حساب حياته الخاصة وهذا ما يؤثر على صحته النفسية والجسمية وكذلك حياته الاجتماعية، وفيما يلي بعض من العواقب الناتجة عن مرافقة مريض الزهايمر:

### 10-1- عواقب نفسية:

تعتبر مرافقة مريض الزهايمر وظيفة بدوام كامل، حتى لو كان الأمر لا يعني أن يكون المرافق 24/24 ساعة مع المريض فمن الصعب عدم الانشغال والتفكير المستمر بالمريض، فبالنسبة لفئة مرافقي المرضى مساعدة أحد أفراد أسرته أمر طبيعي خاصة إذا تعلق الأمر بالوالدين، إذ يمكنهم تكريس أنفسهم 100% لخدمة المريض دون إدراك العواقب التي يمكن أن تترتب على صحتهم النفسية والجسمية، إضافة إلى ذلك غالبا ما يجد المرافق نفسه وحيدا في إدارة مختلف المواقف التي تواجهه (Turcotte, 2013, p. 5).

كما بينت العديد من الدراسات حسب (Muriel, 2011, p. 19) ارتفاع معدل الاكتئاب، القلق والضغط الانفعالي، الزيادة في استهلاك الأدوية بما في ذلك المهدئات لدى مرافقي المرضى.

### 10-2- عواقب جسمية والصحة العقلية:

أظهرت العديد من الدراسات أن الصحة العقلية والجسمية لمرافق مريض الزهايمر تصبح مهددة نتيجة الاجهاد الانفعالي المزمّن الناجم عن التزام المرافق برعاية المريض، لذلك بات من الضروري اليوم الاهتمام أكثر فأكثر بوقاية مرافق مريض الزهايمر من الانهك.

والصحة الجسمية والعقلية لمرافق مريض الزهايمر تتدهور مع الوقت حيث نجده في أغلب الأحيان يشكو من اضطراب النوم، فقدان الشهية، آلام الظهر، الإنهاك، ومن الممكن أيضا اكتشاف آثار الضرب والخدش عندما يصبح مريض الزهايمر عدوانيا (Muriel, 2011, p. 20).

### 10-3- عواقب تنظيمية:

تتطلب رعاية شخص عاجز في المتوسط خمسة ساعات يوميا وفي هذه المدة من الصعب على المرافق التوفيق بين رعاية المريض ومهامه خاصة إذا كانت له حياة مهنية حيث يصبح يتغيب عن العمل للاعتناء بالمريض، أو في حالة وجود أطفال صغار سن، ويمكن للوضع أن يتعقد أكثر إذا كانت هناك مسافة كبيرة بين المرافق والمريض، ففي بعض البلدان يخصص ظرف مالي مفتوح يقدر بـ 500 أورو لمرافقي المرضى ويعتمد المبلغ أيضا على درجة فقدان الاستقلالية لدى المريض (Turcotte, 2013, p. 7).

### 10-4- عواقب مالية:

يمكن أن يكون للمساعدة المقدمة لمريض الزهايمر تأثيرات سلبية على دخل المرافق، ففي بعض الظروف يكون المرافق ملزما بتقليل ساعات عمله أو حتى التوقف النهائي عن العمل، وفي بعض الحالات رفض الترقية أو التحويل بهدف التفرغ لرعاية المريض، إذا كان لدى الشخص المعال موارد مالية محدودة فقد يضطر المرافق إلى المشاركة في الأعباء المالية المنزلية أو تكييف المنزل حتى يكون آمنا للحفاظ على سلامة مريض الزهايمر (Turcotte, 2013, p. 7).

### 10-5- عواقب اجتماعية:

يعاني مرافق مريض الزهايمر من عدة مشكلات اجتماعية وتتمثل في نقص المساندة الاجتماعية، العزلة الاجتماعية، تقلص زيارات الأقارب، الاختلافات في الآراء بين أفراد الأسرة حول كيفية العناية بالمريض، تقلص الوقت المخصص للترفيه بسبب رعاية المريض (الداعج، 2018، ص. 155).

وفي ضوء ما سبق ذكره يتضح أن رعاية مريض الزهايمر تحمل في طياتها ضغوطا نفسية واجتماعية واقتصادية يتعرض لها مرافق مريض الزهايمر وغالبا ما تنعكس سلبا على صحته النفسية والجسمية.

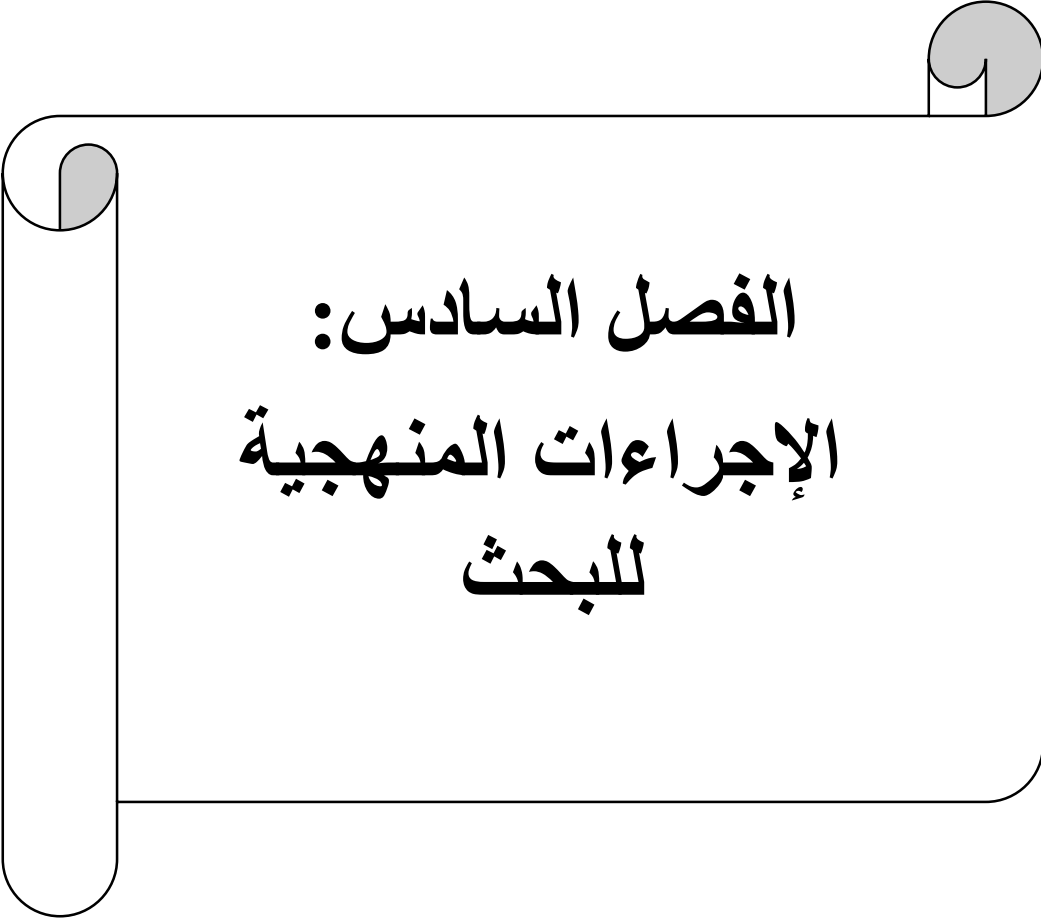


## خلاصة:

من خلال ما تم التعرف عليه من معلومات وحقائق حول مرض الزهايمر اتضح لنا أن الزهايمر مرض عصبي تدرجي أكثر شيوعاً لدى كبار السن الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، ولكنه كذلك في حالات نادرة قد يصيب الأفراد الأقل من 65 سنة وهو ما يعرف بالزهايمر المبكر، حيث يحدث هذا المرض ضرراً في الوظائف الإدراكية مما ينتج عنه فقدان الذاكرة، صعوبة إنجاز المهام اليومية، اضطراب في التوجه المكاني والزمني، صعوبات في التواصل وتقلبات في المزاج والسلوك، وهذا ما يؤثر على قدرة المريض في التعامل السليم مع المحيطين به ومما يزيد معاناة من يقدمون له الرعاية، وعليه فمن المتوقع حدوث صعوبات ومشكلات نفسية، اجتماعية، اقتصادية تواجه مرافق مريض الزهايمر وتتعاكس سلباً غالباً على جودة حياته، وأمام كل هذه التحديات من المهم لمرافق مريض الزهايمر أن يعتني بنفسه مثل عنايته بمريضه.

الجانِب

الميداني



**الفصل السادس:**  
**الإجراءات المنهجية**  
**للبحث**

### تمهيد:

تمر عملية البحث العلمي بمجموعة من المراحل أو الخطوات المتسلسلة والمتراصة فيما بينها، والتي كان لا بد علينا اتباعها بدءاً بتحديد مشكلة البحث، ثم الالمام بالحقائق المتعلقة بمتغيرات البحث، وصولاً إلى الجانب الميداني الذي يمكننا من اثبات أو نفي صحة تلك الحقائق، لأن البحث العلمي يهدف إلى استقصاء صحة معلومة أو فرضية، أو توضيح ظاهرة وفهم أسبابها وآليات معالجتها (لطاد وآخرون، 2019، ص. 115).

وعليه سنتناول في هذا الفصل وصفاً شاملاً للخطوات المنهجية المتبعة في بحثنا، حيث تضمن التعريف بالمنهج المتبع، والعينة وكيفية اختبارها، بالإضافة إلى أدوات البحث المعتمدة وخصائصها السيكمترية في البيئة المحلية، والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها للتأكد من صدق الفرضيات المطروحة.

### 1- منهج البحث:

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي لأنه يتماشى مع موضوع البحث الذي يهدف إلى كشف دور المساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرافقي مرضى الزهايمر. ويعرف المنهج الوصفي بأنه: "وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية، فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى (عطية، 2017، ص. 216).

### 2- عينة البحث:

تعتبر العينة الجسر الذي ينقل البحث إلى الميدان، ويعتبر اختيارها من الأمور التي يجب على الباحث أن يوليها أهمية خاصة، وتعرف العينة على أنها: "عبارة عن مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها، ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي" (عبيدات، أبو نصار ومبيضين، 1999، ص. 84). واعتمدت الباحثة في هذا البحث عند اختيار العينة على أسلوب العينة المقصودة وهي عينة يتم اختيارها بطريقة غير عشوائية، حيث يعرف (عبد الرسول، 2015، ص. 218) العينة المقصودة بأنها: "العينة التي يقوم فيها الباحث باختيار أفراد عينة دراسته بطريقة مقصودة نظراً لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، فالباحث عند اختياره هذه العينة يعتقد أنها تمثل المجتمع الأصلي للدراسة أفضل تمثيل".

2-1- خصائص عينة البحث:

تتكون عينة البحث الحالي من (70) مرافقا لمريض الزهايمر، (15) ذكرا و(55) أنثى، تم انتقايم وفقا للخصائص التالية:

- أن يكون المريض مصابا بالخرف من نوع الزهايمر، وليس نوعا آخر من الخرف.  
- أن يكون المرافق من أقارب المريض، ويصرح بأنه هو القائم (لوحده أو بالتناوب مع قريب آخر) برعايته والاهتمام بشؤونه.

- الحالة الاجتماعية للمرافق: متزوج (ة) تماشيا مع مقياس المساندة الاجتماعية.  
والجدول الموالي يبين خصائص العينة وفقا للمتغيرات التي تم الاهتمام بها في هذا البحث:

جدول رقم (2): توزيع أفراد عينة البحث (ن: 70).

| المتغيرات    | التكرار                   | النسبة المئوية |
|--------------|---------------------------|----------------|
| الجنس        | ذكور                      | 15             |
|              | إناث                      | 55             |
|              | المجموع                   | 70             |
| مدة المرافقة | سنتين فأقل                | 20             |
|              | بين ثلاث سنوات وخمس سنوات | 25             |
|              | ست سنوات فأكثر            | 25             |
|              | المجموع                   | 70             |

يبين الجدول أعلاه توزيع عينة البحث على المتغيرات الواردة في البحث والمتمثلة في: الجنس ومدة المرافقة، يتضح أن عينة البحث أغلبها من الإناث أي بنسبة (78.57%) أما الذكور فيمثلون نسبة (21.43%) من حجم العينة، وفيما يخص متغير مدة المرافقة فقد تراوحت النسب كما يلي: (سنتين فأقل: 28.57%)، (بين ثلاث سنوات وخمس سنوات: 35.71%)، (ست سنوات فأكثر: 35.71%).

2-2- مجال البحث (الزماني، المكاني):

2-2-1- الحدود الزمنية:

استغرق الجانب التطبيقي (سنتين) أي منذ شهر فيفري (2018) إلى غاية شهر فيفري من سنة (2020)، وذلك بغية جمع أكبر عدد ممكن من أفراد عينة البحث.

2-2-2- الحدود المكانية:

تم اجراء هذا البحث بمصلحة طب الأعصاب (وحدة استشارات الذاكرة) وذلك كل يوم أحد على مستوى مستشفى "محمد لمين دباغين" بباب الوادي، وكل يوم أربعاء على مستوى مستشفى "عبد القادر بوخروفة" بين عكنون -الجزائر العاصمة-.

3- أدوات البحث:

لكل بحث علمي أدوات يعتمد عليها، وفيما يلي شرح مفصل للأدوات التي استخدمتها الباحثة:

3-1- مقياس المساندة الاجتماعية:

3-1-1- وصف المقياس:

أعد هذا المقياس "جيورج" (2001) George وقامت الباحثة "عبد الفادي دانيال" بترجمته وإعداده للبيئة العربية، ويتكون المقياس من 42 بندا مقسمة على بعدين، بعد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة وبعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة (عبد الفادي دانيال، 2008، ص. 2).

ويبين الجدول (3) توزيع بنود المقياس على بعدي المساندة داخل وخارج الأسرة على النحو التالي:

الجدول رقم (3): توزيع بنود مقياس المساندة الاجتماعية على الأبعاد الفرعية.

| المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة | المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| -17-15-14-13-12-10-8-5-4-3           | -26-24-23-16-11-9-7-6-2-1            |
| -36-31-27-25-22-21-20-19-18          | -38-37-35-34-33-32-30-29-28          |
| 42-40                                | 41-39                                |
| 21 بند                               | 21 بند                               |

3-1-2- تنقيط المقياس:

يطلب من المبحوث في مقياس المساندة الاجتماعية اختيار إجابة من بين أربع إجابات (موافق تماما، موافق بصفة عامة، موافق إلى حد ما، غير موافق). أما فيما يخص تصحيح المقياس فلكل إجابة من هذه الإجابات درجة على النحو التالي: موافق تماما = 4، موافق بصفة عامة = 3، موافق إلى حد ما = 2، غير موافق = 1.

3-1-3- تفسير الدرجات:

تشير "عبد الفادي دانيال" في دليل المقياس إلى أن الدرجة الكلية على المقياس تتراوح بين (42) و(168) درجة، ويوضح الجدول الموالي تفسير الدرجات على مقياس المساندة الاجتماعية (عبد الفادي دانيال، 2008، ص. 4).

جدول رقم (4): تفسير الدرجات المستخرجة من بنود مقياس المساندة الاجتماعية.

| تفسير الدرجة على الأبعاد الفرعية |  |
|----------------------------------|--|
| الدرجة                           | الدلالة                                |
| 41-21                            | لا يتلقى المساندة الاجتماعية           |
| 62-42                            | يتلقى قدر محدود من المساندة الاجتماعية |
| 63 فما فوق                       | يتلقى قدر مناسب من المساندة الاجتماعية |
| تفسير الدرجة الكلية              |  |
| الدرجة                           | الدلالة                                |
| 83-42                            | لا يتلقى المساندة الاجتماعية           |
| 125-84                           | يتلقى قدر محدود من المساندة الاجتماعية |
| 126 فما فوق                      | يتلقى قدر مناسب من المساندة الاجتماعية |

3-1-4- الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

تم تقنين المقياس وذلك بحساب معاملات صدقه وثباته على عينة قوامها (120) فردا من الجنسين، تم توزيعهم على مجموعتين، المجموعة الأولى بلغت 60 من الأرامل (30) ذكور و(30) إناث (بمتوسط عمري 59 وانحراف معياري بلغ 1.57)، أما المجموعة الثانية بلغت 60 من غير الأرامل (30) ذكور

و(30) إناث (بمتوسط عمري 59 وانحراف معياري بلغ 2.8) (عبد الفادي دانيال، 2008، ص. 5). وفيما يلي بعض الطرق المستعملة من طرف الباحثة:

أ- الصدق:

تم حساب صدق مقياس المساندة الاجتماعية بطريقتين هما: الصدق العاملي وصدق الاتساق الداخلي، وذلك على النحو التالي:

1- الصدق العاملي:

تم حساب الصدق باستخدام طريقة الصدق العاملي على العينة الكلية (ن:120)، حيث أظهرت النتائج تشبع بعدي المقياس على ثلاثة عوامل مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة.

2- صدق الاتساق الداخلي:

كما تم حساب الصدق باستخدام طريقة أخرى وهي صدق الاتساق الداخلي عن طريق حساب معامل الارتباط بيرسون "ر" بين درجة كل بند من البنود ودرجة بعده الفرعي، وبين درجة البند والدرجة الكلية له (عبد الفادي دانيال، 2008، ص. 10)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (5): يوضح معاملات الاتساق الداخلي لبنود مقياس المساندة الاجتماعية.

| رقم البند | "ر" بين درجة البند ودرجة البعد الفرعي | رقم البند | "ر" بين درجة البند والدرجة الكلية | "ر" بين درجة البند ودرجة البعد الفرعي | رقم البند |
|-----------|---------------------------------------|-----------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| 01        | 0.54                                  | 22        | 0.49                              | 0.33                                  |           |
| 02        | 0.47                                  | 23        | 0.43                              | 0.57                                  |           |
| 03        | 0.90                                  | 24        | 0.84                              | 0.43                                  |           |
| 04        | 0.57                                  | 25        | 0.55                              | 0.34                                  |           |
| 05        | 0.81                                  | 26        | 0.74                              | 0.68                                  |           |
| 06        | 0.53                                  | 27        | 0.51                              | 0.62                                  |           |
| 07        | 0.87                                  | 28        | 0.80                              | 0.80                                  |           |
| 08        | 0.90                                  | 29        | 0.85                              | 0.86                                  |           |
| 09        | 0.33                                  | 30        | 0.29                              | 0.58                                  |           |
| 10        | 0.52                                  | 31        | 0.49                              | 0.37                                  |           |



|      |      |    |      |      |    |
|------|------|----|------|------|----|
| 0.59 | 0.63 | 32 | 0.51 | 0.69 | 11 |
| 0.77 | 0.81 | 33 | 0.60 | 0.66 | 12 |
| 0.54 | 0.60 | 34 | 0.42 | 0.47 | 13 |
| 0.34 | 0.38 | 35 | 0.29 | 0.35 | 14 |
| 0.41 | 0.45 | 36 | 0.44 | 0.49 | 15 |
| 0.63 | 0.66 | 37 | 0.87 | 0.91 | 16 |
| 0.50 | 0.54 | 38 | 0.40 | 0.44 | 17 |
| 0.62 | 0.69 | 39 | 0.53 | 0.57 | 18 |
| 0.50 | 0.57 | 40 | 0.57 | 0.61 | 19 |
| 0.90 | 0.93 | 41 | 0.57 | 0.60 | 20 |
| 0.51 | 0.55 | 42 | 0.69 | 0.74 | 21 |

يتضح من النتائج أن معاملات صدق الاتساق الداخلي تتراوح بين (0.29 و 0.91) وهي معاملات ارتباط مرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الصدق.

كما تم حساب معاملات صدق الاتساق الداخلي بالنسبة للأبعاد الفرعية وبين الدرجة الكلية للمقياس والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (6): يبين صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية.

| م  | أبعاد المقياس                            | معامل الارتباط بيرسون بين درجة البعد وبين الدرجة الكلية |
|----|--|---|
| 01 | بعد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة | 0.89  |
| 02 | بعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة | 0.91  |

ويتضح من النتائج أن معاملات صدق الاتساق الداخلي بين الدرجة على البعد الفرعي وبين الدرجة الكلية تتراوح بين (0.89 و 0.91) وهي معاملات ارتباط مرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الصدق (عبد الفادي دانيال، 2008، ص. 11).

ب- الثبات:

تم حساب ثبات المقياس عن طريق معادلة "ألفا كرونباخ"، وأسفرت عن النتائج التالية:

جدول رقم (7): معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية.

| م  | أبعاد المساندة                           | معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ |
|----|--|----------------------------------|
| 01 | بعد المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة | 0.80                             |
| 02 | بعد المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة | 0.89                             |
|    | الدرجة الكلية                            | 0.84                             |

يتضح من الجدول أن معاملات ثبات معادلة ألفا كرونباخ تتراوح ما بين (0.80 و 0.89) وهي معاملات ثبات عالية ومرتفعة تشير إلى مدى ما يتمتع به المقياس من قدر عالي ومرتفع من الثبات (عبد الغادي دانيال، 2008).

3-1-5- الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية في البيئة المحلية:

أ- الصدق:

تم الاعتماد لحساب الصدق على طريقة المقارنة الطرفية أو الصدق التمييزي، وجاءت نتائجه كما يلي:

جدول رقم (8): دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27%) وأدنى توزيع (27%) لمقياس المساندة الاجتماعية (ن: 30).

| مقياس المساندة الاجتماعية | مستويات التوزيع | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة اختبار "ت" | الدلالة الإحصائية        |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|--------------------------|
|                           | أعلى توزيع      | 132, 0000       | 12,78392          | 8,112           | دالة عند مستوى (α: 0.01) |
|                           | أدنى توزيع      | 80,3750         | 12,67097          |                 |                          |

يتضح من الجدول أعلاه أن مقياس المساندة الاجتماعية المستعمل في هذا البحث قادر على التمييز بين أعلى التوزيع وأدنى التوزيع للنتائج المحصل عليها، إذ أثبت التحليل الإحصائي أن الفروق دالة احصائياً عند مستوى (α: 0.01)، ومنه المقياس يتميز بالصدق التمييزي.

ب- الثبات:

تم حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية بالاعتماد على ثبات الاتساق الداخلي، بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ على عينة مكونة من (30) مرافق مريض الزهايمر، وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (9) ثبات ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية (ن: 30).

| عدد البنود | ألفا كرونباخ |
|------------|--------------|
| 42         | 0,89         |

أظهرت النتائج أن مقياس المساندة الاجتماعية يتمتع بقدر مرتفع من الثبات، مما يسمح الاعتماد على نتائجه في هذا البحث بكل ثقة.

3-2- مقياس التسيير المعرفي للانفعالات:

3-2-1- وصف المقياس:

قام بإعداد هذا المقياس كل من "جارنفسكي"، "كرايج" و"سينهوفن" (2001) Garnefski, Kraaij et Spinhoven، وذلك لقياس الاستراتيجيات المعرفية للتسيير الانفعالي والتي يستخدمها الأفراد في الاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة والتجارب المهددة.

ويتكون المقياس من (36) بند ويشمل هذا الأخير على بعدين رئيسيين هما:

▪ الاستراتيجيات التكيفية: ويضم الطريقة المعرفية الايجابية التي يتعامل بها الفرد مع الاستثارة الانفعالية بعد مروره بتجربة مهددة أو أحداث ضاغطة، وجعل استجاباته تكون أكثر تكيفا مع متطلبات البيئة.

▪ الاستراتيجيات غير التكيفية: ويضم الطريقة المعرفية السلبية التي يتعامل بها الفرد مع الاستثارة الانفعالية بعد مروره بتجربة مهددة أو أحداث ضاغطة، والتفكير الدائم في الخبرات المفزعة والسلبية أو اللجوء إلى لوم الآخرين أو الذات أو البيئة.

ويتضمن المقياس ككل تسعة استراتيجيات معرفية، ويشمل كل واحد منها البنود التالية:

. لوم الذات وتتضمن البنود: 1، 10، 19، 28

. التقبل: 2، 11، 20، 29

. الاجترار الفكري وتشمل البنود: 3، 12، 21، 30

. إعادة التركيز الإيجابي وتضم البنود: 4، 13، 22، 31

. إعادة التركيز على التخطيط وتحتوي البنود: 5، 14، 23، 32

. إعادة التقييم الإيجابي وتشمل: 6، 15، 24، 33

. وضع تطلعات وتتضمن البنود: 7، 16، 25، 34

. الكارثية تحوي البنود: 8، 17، 26، 35

. لوم الآخرين تضم البنود: 9، 18، 27، 36

### 3-2-2- تنقيط المقياس:

يطلب من المبحوث في مقياس التسيير المعرفي للانفعالات أن يختار إجابة من بين خمس إجابات متدرجة وفقا لمقياس ليكرت وهي: (أبدا، نادرا، غالبا، أحيانا، دائما) ويكون تقدير الدرجات عليها (1، 2، 3، 4، 5) على التوالي.

### 3-2-3- تفسير الدرجات:

تتراوح الدرجة الكلية المتحصل عليها على الاستبيان ما بين (36) و(180) درجة، ويتراوح مدى الدرجات على كل مقياس فرعي من (4) إلى (20) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على المقياس الفرعي على أن هذه الاستراتيجية هي الأكثر استخداما من طرف المبحوث.

### 3-2-4- الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

تشير نتائج الدراسات التي قامت بها "كارنفسكي" وآخرون سنتي (2001) و(2005) إلى أن المقياس يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق والثبات، حيث بلغ معامل الثبات ألفا كرونباخ في جميع هذه الدراسات أكثر من (0.70)، وقد تراوحت معاملات ثبات المقاييس الفرعية ما بين (0.76 و0.84)، كما تم التحقق من الصدق البنائي للمقياس باستخدام طريقة التحليل العاملية (Garnefski & Kraaij, 2006, p. 1046).

3-2-5- الخصائص السيكومترية لمقياس التسيير المعرفي لانفعالات في البيئة المحلية:

قامت الباحثة بتعريب المقياس وتحديد خصائصه السيكومترية في البيئة المحلية كما يلي:

أ- الصدق: اعتمدت الباحثة على طريقتين للتأكد من صدق المقياس وهما:

- الصدق الظاهري (المحكمين):

تم التأكد من الصدق الظاهري للمقياس بعرضه على سبعة أساتذة محكمين من قسم علم النفس جامعة الجزائر 2 (أنظر الملحق رقم (4))، وهذا بعد ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية، حيث طلب منهم إبداء وجهة نظرهم إزاء وضوح كل عبارة من العبارات من حيث: الصياغة والتركيبات اللغوية واللفظية، البساطة والدقة ومدى وملاءمتها للبيئة الجزائرية، وقد أبدى المحكمون ملاحظات هامة وعلى ضوءها قامت الباحثة بإجراء تعديلات على العبارات التي لم تصل نسبة الاتفاق عليها (80%)، والجدول الموالي يبين العبارات التي تم تعديلها.

جدول رقم (10): يبين العبارات قبل وبعد التعديل لمقياس التسيير المعرفي لانفعالات.

| الرقم | العبارات قبل التعديل                           | العبارات بعد التعديل                             |
|-------|--|--|
| 01    | لدي إحساس بأنه كان علي توبيخ ذاتي على ما حدث.  | لدي شعور أنني الشخص الذي يجب أن يلام على ما حدث. |
| 09    | لدي إحساس بأنه علي توبيخ الآخرين على ما حدث.   | لدي إحساس بأنه يجب توبيخ الآخرين على ما حدث.     |
| 11    | أرى بأنه يجب علي قبول الوضعية.                 | أرى بأنه يجب علي تقبل الوضعية.                   |
| 12    | أنا مشغول (ة) بفكري ومشاعري إزاء ما عشته       | أنا مشغول (ة) بفكري ومشاعري إزاء ما عايشته       |
| 20    | أرى أنني لا أستطيع تغيير أي شيء لما حدث.       | أظن أنني لا أستطيع تغيير أي شيء لما حدث.         |
| 25    | أعتقد أن هذا لم يكن أخطر مقارنة مع أشياء أخرى. | أعتقد أن هذا لم يكن أخطر مقارنة بمواقف أخرى.     |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 26 | أعتقد غالباً أن ما عشته هو أسوأ ما يمكن أن يحدث للشخص. | غالباً ما أعتقد أن ما عشته هو أسوأ ما يمكن أن يحدث لشخص ما. |
| 29 | أرى أنه يجب أن أعرف كيف أعيش مع ما حدث.                | أرى أنه يجب أن أعرف كيف أتعايش مع ما حدث.                   |
| 32 | أفكر في خطة تقوم على الطريقة الأمثل للعمل.             | أفكر في خطة تركز على الطريقة المثلى للتعامل                 |

- المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

اعتمدت الباحثة كذلك على طريقة المقارنة الطرفية لمعرفة القدرة التمييزية للمقياس، وجاءت نتائجها على النحو التالي:

جدول رقم (11): دلالة الفروق بين متوسطي درجات أعلى توزيع (27%) وأدنى توزيع (27%) لمقياس التسيير المعرفي للانفعالات (ن: 30).

| مقياس التسيير المعرفي للانفعالات | مستويات التوزيع | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة اختبار "ت" | الدلالة الاحصائية                 |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------------------------|
|                                  | أعلى توزيع      | 140,75          | 6,40              | 12,132          | دالة عند مستوى ( $\alpha: 0.01$ ) |
|                                  | أدنى توزيع      | 107,25          | 4.46              |                 |                                   |

يتضح من الجدول أعلاه أن مقياس التسيير المعرفي للانفعالات المستعمل في هذا البحث قادر على التمييز بين أعلى التوزيع وأدنى التوزيع للنتائج المحصل عليها، إذ أثبت التحليل الاحصائي أن الفروق دالة احصائياً عند مستوى ( $\alpha: 0.01$ )، ومنه المقياس يتميز بالصدق التمييزي.

ب- الثبات:

تم حساب ثبات مقياس التسيير المعرفي للانفعالات بالاعتماد على ثبات الاتساق الداخلي، بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ على عينة مكونة من (30) مرافق مريض الزهايمر، وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (12) ثبات ألفا كرونباخ لمقياس التسيير المعرفي للانفعالات (ن: 30).

| ألفا كرونباخ | عدد البنود |
|--------------|------------|
| 0,75         | 36         |

أظهرت النتائج أن مقياس التسيير المعرفي للانفعالات يتمتع بقدر مرتفع من الثبات، مما يسمح الاعتماد على نتائجه في هذا البحث بكل ثقة.

### 3-3- مقياس جودة الحياة:

#### 3-3-1- وصف المقياس:

سعت " شقير " لإعداد مقياس تشخيص معايير جودة الحياة في سنة (2009)، وهذا بناء على ما رأيته من ضرورة أن يكون المقياس أكثر شمولاً لأكثر عدد ممكن من جوانب حياة الفرد، وتم وضع ثلاثة معايير أساسية لجودة الحياة على أن يشمل كل معيار مجموعة من المحكات وثيقة الصلة بالمعيار الخاص بها. وتوصلت إلى ما يقرب 180 عبارة شملت كل معايير المقياس الثلاثة بمحكات الفرعية، وعندما تم عرض المقياس على ستة من أساتذة علم النفس والصحة النفسية تم اختزال العبارات في شكلها النهائي إلى 100 والجدول الموالي يبين توزيع هذه العبارات:

جدول رقم (13): يبين توزيع عبارات مقياس جودة الحياة.

| العبارات | الأبعاد         | المعايير          |
|----------|-----------------|-------------------|
| 7-1      | الصحة البدنية   | الصحة             |
| 16-8     | الصحة العقلية   |                   |
| 24-17    | الصحة النفسية   |                   |
| 29-25    | الصلابة النفسية | بعض خصائص الشخصية |
| 34-30    | الثقة بالنفس    |                   |
| 39-35    | التوكيدية       |                   |
| 44-40    | الرضا عن الحياة |                   |
| 49-45    | الشعور بالسعادة |                   |
| 54-50    | التقاؤل         |                   |

|        |  |                 |
|--------|--|-----------------|
| 59-55  | الاستقلال النفسي                           | السوية          |
| 64-60  | الكفاءة الذاتية                            |                 |
| 69-65  | الانتماء                                   | المعيار الخارجي |
| 74-70  | العمل                                      |                 |
| 79-75  | المهارات الاجتماعية                        |                 |
| 84-80  | المساندة الاجتماعية                        |                 |
| 89-85  | المكانة الاجتماعية                         |                 |
| 100-90 | القيم الخلقية والدينية والاجتماعية والحقوق |                 |

ويمكن تطبيق المقياس على جميع الفئات العمرية من الجنسين بدءاً من مرحلة الطفولة المتأخرة وحتى سن الشيخوخة، من الأسوياء وغير العاديين.

### 3-3-2- تنقيط المقياس:

يطلب من المفحوص الإجابة على عبارات المقياس بإعطاء تقدير على سلم يتدرج من كثيراً، إلى حد ما، ونادراً (لا يحدث أبداً)، وموضوع أمام هذه التقديرات ثلاث درجات هي: 0، 1، 2، على الترتيب (كثيراً=2، إلى حد ما=1، نادراً=0).

### 3-3-3- تفسير الدرجات:

تتراوح الدرجات الكلية للمقياس ما بين (0 و 200) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع درجة جودة الحياة لدى الفرد، والعكس صحيح أي أن الدرجة المتدنية تشير إلى انخفاض درجة جودة الحياة، والجدول الموالي يوضح ذلك (شقيير، 2009، ص. 14).

جدول رقم (14): تفسير الدرجات المتحصل عليها من خلال الاستجابات لمقياس جودة الحياة.

| الدرجة الكلية | مستوى جودة الحياة                 |
|---------------|-----------------------------------|
| من 0-50       | مستوى منخفض (المستوى المتدني)     |
| من 51-100     | مستوى متوسط (المستوى المرضي)      |
| من 101-150    | مستوى فوق المتوسط (المستوى الجيد) |
| من 151-200    | مستوى مرتفع (المستوى المتميز)     |



### 3-3-4- الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

بعد صياغة عبارات المقياس وعرضها على متخصصين في علم النفس والصحة النفسية، تم تطبيق المقياس على عينة قوامها (515) فردا من الجنسين، وشملت هذه الأخيرة (230) فردا من العاديين (عاملون، غير عاملون، متزوجون، غير متزوجون)، و(285) من غير العاديين (متعاطون، عصابيون، ذو الشره العصبي، ذوو فقدان الشهية، معاقون) (شقير، 2009).

#### أ- صدق المقياس:

#### 1- الصدق التكويني:

قامت "شقير" عند حسابها للصدق بحساب الارتباطات الداخلية للمعايير الثلاثة التي يتضمنها المقياس، كما تم حساب الارتباطات بين المعايير الثلاثة وبين الدرجة الكلية للمقياس وذلك على عينة قوامها (ن:230)، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباطات الداخلية للمقياس الناتجة بين (0.62 و 0.91)، أما معاملات الارتباط الناتجة بين كل عبارة ومعياريها وبين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس فقد تراوحت بين (0.23 و 0.57) وجميع هذه المعاملات ذات دلالة موجبة ومرتفعة مما يطمئن على ارتفاع صدق المقياس وإمكانية استخدامه في القياس (شقير، 2009، ص. 17).

#### 2- الصدق التمييزي:

يوضح إمكانية استخدام مقياس جودة الحياة في الكشف عن الفروق بين مجموعات اكلينيكية مختلفة في مستوى جودة الحياة، والجدول الموالي يوضح قيمة اختبار (ت) للفروق عند مستوى دلالة (0.01)، بين فئات اكلينيكية متنوعة من الجنسين وبين الأسوياء في مستوى جودة الحياة.

جدول رقم (15): يوضح قيم اختبار (ت) للفروق بين فئات اكلينيكية وبين الأسوياء في مستوى جودة الحياة.

| العينة  | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ت) |
|---------|-------|-----------------|-------------------|----------|
| متعاطون | 40    | 82.63           | 15.83             | 22.644   |
| أسوياء  | 20    | 143.45          | 16.66             |          |
| عصابيون | 70    | 95.69           | 12.68             | 13.896   |
| أسوياء  | 20    | 143.45          | 16.66             |          |

|        |        |        |    |                  |
|--------|--------|--------|----|------------------|
| 14.200 | 10.12  | 103.75 | 50 | ذوو الشره        |
|        | 16.66  | 143.45 | 20 | أسوياء           |
| 14.100 | 9.65   | 105.25 | 50 | ذوو فقدان الشهية |
|        | 16.66  | 143.45 | 20 | أسوياء           |
| 20.17  | 18.43  | 88.77  | 75 | معاقون           |
|        | 17.223 | 143.88 | 20 | أسوياء           |

يتضح من الجدول (15) أن قيم (ت) جميعها دالة عند مستوى دلالة (0.01)، أي أن هناك دلالة إحصائية بين كل فئة اكلينيكية وبين الأسوياء في مستوى جودة الحياة، وجميعها دالة لصالح الأسوياء، وعليه فإن للمقياس القدرة على التمييز بين فئات اكلينيكية متنوعة، مما يطمئن على صدقه وإمكانية استخدامه في القياس (شقيير، 2009، ص. 19).

#### ب- ثبات المقياس:

تم حساب الثبات بالطرق التالية:

#### 1- طريقة إعادة التطبيق:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة مكونة من (150) طالب وطالبة مناصفة بين الذكور والإناث، ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى على المجموعة نفسها بفواصل زمني قدره ثلاثة أسابيع، ثم حسب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة في التطبيقين الأول والثاني فحصلت على معاملات الارتباط التالية: المعيار الأول (0.93)، المعيار الثاني (0.91)، المعيار الثالث (0.89)، الدرجة الكلية (0.92). وجميعها معاملات ارتباط دالة عند مستوى دلالة (0.01) ومرتفعة.

#### 2- طريقة التجزئة النصفية:

تم تقسيم عبارات المقياس الكلية إلى نصفين، العبارات الزوجية والعبارات الفردية، وكان معامل الارتباط بين نصفي المقياس (0.96) وهو معامل دال عند مستوى دلالة (0.01) ومرتفع ويطمئن من ثبات المقياس وضمنان استخدامه (شقيير، 2009، ص. 20).

3- طريقة ألفا كرونباخ:

كما تم حساب معامل ألفا كرونباخ على العينة الكلية من العاديين (ن:230)، حيث بلغ معامل الثبات بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ (0.806) بالنسبة للمعيار الأول، و (0.874) على المعيار الثاني، (0.812) على البعد الثالث، و (0.927) للمقياس الكلي، ويتضح أن معاملات الثبات مرتفعة بالنسبة لكل من درجة كل معيار على حدى وكذلك للدرجة الكلية على المقياس (شقير، 2009، ص. 21).

3-1-5- الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة في البيئة المحلية:

أ- الصدق:

تم اعتماد الصدق بتطبيق طريقة المقارنة الطرفية، وجاءت نتائجه كما يلي:

جدول رقم (16): دلالة الفروق بين متوسطي

درجات أعلى توزيع (27 %) وأدنى توزيع (27 %) لمقياس جودة الحياة (ن: 30).

| الدلالة الإحصائية        | قيمة اختبار "ت" | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | مستويات التوزيع | مقياس تشخيص معايير جودة الحياة |
|--------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| دالة عند مستوى (α: 0.01) | 16,08           | 6,81              | 164,75          | أعلى توزيع      |                                |
|                          |                 | 7,87              | 105,50          | أدنى توزيع      |                                |

يتضح من الجدول أعلاه أن مقياس تشخيص معايير جودة الحياة المستعمل في هذا البحث قادر على التمييز بين أعلى التوزيع وأدنى التوزيع للنتائج المحصل عليها، إذ أثبت التحليل الإحصائي أن الفروق دالة إحصائياً عند مستوى (α: 0.01)، ومنه المقياس يتميز بالصدق التمييزي.

ب- الثبات:

تم حساب ثبات مقياس جودة الحياة بالاعتماد على ثبات الاتساق الداخلي، بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ على عينة مكونة من (30) مرافق مريض الزهايمر، وقد جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (17): ثبات ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة (ن: 30).

| عدد البنود | ألفا كرونباخ |
|------------|--------------|
| 100        | 0,916        |

أظهرت النتائج أم مقياس جودة الحياة يتمتع بقدر مرتفع من الثبات، مما يسمح لنا الاعتماد على نتائجه في هذا البحث بكل ثقة.

#### 4- إجراءات البحث:

أولاً: قبل التطبيق النهائي للمقاييس والمتمثلة في مقياس المساندة الاجتماعية، مقياس التسيير المعرفي للانفعالات، ومقياس جودة الحياة، قامت الباحثة بتجريبها على عينة قوامها (30) مرافقا لمرضى الزهايمر قبل تطبيقها بصورة نهائية، وذلك بهدف دراسة خصائصها السيكومترية، وكذلك تحديد النقاط التالية:

- مدى وضوح وسلامة الصياغة اللغوية للعبارات بالنسبة لمرافقي مرضى الزهايمر.
- مدى إمكانية فهم العبارات من حيث استيعاب معناها، خاصة بالنسبة للمستويات التعليمية المنخفضة.
- الوقوف على الفترة الزمنية التي تستغرقها الإجابة على المقاييس بدون تعب أو ملل، فكانت مدة التطبيق تتراوح عموماً ما بين (30 إلى 45) دقيقة.

ثانياً: بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث قامت الباحثة بتطبيقها على أفراد العينة الأساسية كما يلي:

- تعريف الباحثة بنفسها وشرحها لموضوع البحث، ثم أخذ موافقة مرافقي مرضى الزهايمر للمشاركة في البحث.

- تحديد المواعيد لمرافقي مرضى الزهايمر الذين قبلوا المشاركة في البحث.
- اقتصار تواجد الباحثة مع المبحوث دون وجود فرد آخر أثناء تطبيق المقاييس، لأن وجود أفراد آخرين قد يؤثر على إجابات المبحوث مما يجعله يحجم عن الإدلاء بالبيانات الحقيقية.
- توضيح أهمية الصدق أثناء الإجابة كونها تدخل في إطار البحث العلمي.

- التأكيد للمبحوثين بسرية الإجابات وعدم وجود أي إجابة صحيحة أو خاطئة.
- الإجابة عن التساؤلات المطروحة من قبل المبحوثين في حالة عدم فهمهم لأية عبارة من العبارات.
- وفي الأخير، بعد استلام إجابة كل مبحوث (مرافق) حرصت الباحثة على توجيه شكرها للمبحوثين على مشاركتهم ضمن عينة البحث.

### 5- الأساليب الإحصائية المعتمدة في البحث:

اعتمدنا في بحثنا على مجموعة من الأساليب الإحصائية وذلك بغرض التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث، وكذا التحقق من صحة فرضيات البحث.


ومن بين الأساليب الإحصائية المستخدمة لدينا:

- إختبار "ت" لعينتين مستقلتين ومتجانستين Student's T test on two homogeneous and Independent Samples.

- معادلة ألفا كرونباخ Alpha-Cronbach.

- اختبار تحليل التباين اللابرامتري ل كروسكال- واليس Kruskal-Wallis Test.

- اختبار اللابرامتري لعينتين مستقلتين ل مان- ويتني Mann-Whitney Test.



**الفصل السابع:**  
**عرض ومناقشة وتفسير**  
**نتائج البحث**

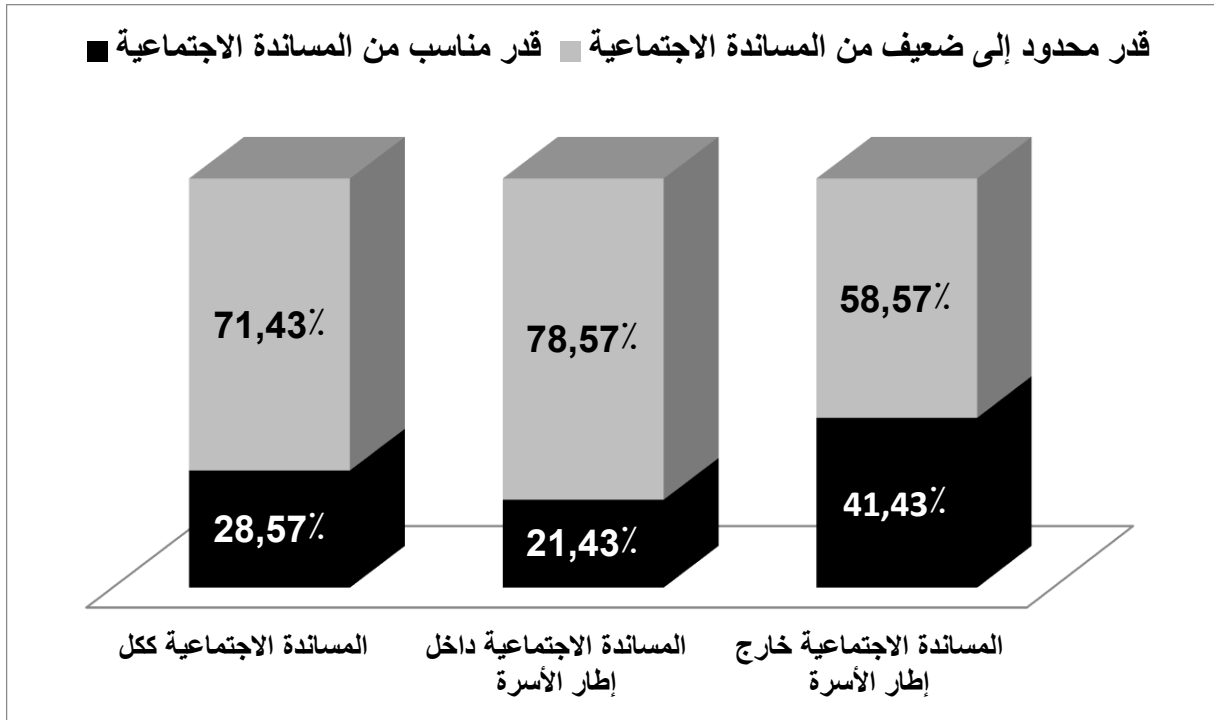
تمهيد:

قمنا في الفصل السابق بعرض مختلف الإجراءات المنهجية للبحث، وبعد التحقق من الشروط السيكومترية لأدوات البحث ثم تطبيقها على العينة الأساسية، لنصل أخيراً إلى عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها، وعليه يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج البحث بعد معالجتها احصائياً للتحقق من صحة فرضيات البحث، ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء ما تناولناه في الجانب النظري، متبوعة بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات. وقبل الكشف عن النتائج ارتأينا أنه من الأهمية التعريف بحدود مستوى المساندة الاجتماعية لدى عينة البحث وذلك بتحديد مستويين (قدر مناسب من المساندة الاجتماعية، قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية) عوض ثلاث مستويات لقلة عدد أفراد العينة الذين يتلقون قدر ضعيف من المساندة الاجتماعية، كما أن أغلبهم اقترب إلى المستوى المتوسط من المساندة الاجتماعية، وقد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (18): مستويات المساندة الاجتماعية لدى أفراد عينة البحث (ن: 70).

| المتغير                              | المستوى                                   | التكرار | النسبة المئوية % |
|--------------------------------------|---|---------|------------------|
| المساندة الاجتماعية ككل              | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20      | 28,57%           |
|                                      | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50      | 71,43%           |
|                                      | المجموع                                   | 70      | 100%             |
| المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15      | 21,43%           |
|                                      | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55      | 78,57%           |
|                                      | المجموع                                   | 70      | 100%             |
| المساندة الاجتماعية داخل خارج الأسرة | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29      | 41,43%           |
|                                      | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41      | 58,57%           |
|                                      | المجموع                                   | 70      | 100%             |

يتبين من الجدول أعلاه تميز عينة بحثنا بمستوى محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية بشكل عام حيث سجلنا نسبة (71,43%) هذا من جهة، ومن جهة أخرى نجد عند تفحصنا لأبعادها أن هناك فوارق مهمة بينها فقد أظهرت النتائج أن المستوى المرتفع للمساندة الاجتماعية جاء لصالح المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة بنسبة (78,57%)، يليها المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة بنسبة (58,57%)، ولتوضح الصورة أكثر لمستويات المساندة الاجتماعية لدى عينة بحثنا نعرض هذا المخطط:



مخطط بياني رقم (10): مستويات المساندة الاجتماعية وأبعادها لدى أفراد عينة البحث.

## 1. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

### 1.1. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير انفعالاتهم (تكيفية/ غير تكيفية) تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها، وللتحقق من صدق الفرضية طبقنا اختبار مان- ويتني (Mann- Whitney U Test) لعينتين مستقلتين، لاختبار دلالة فروق متوسطات الرتب لأفراد عينة البحث في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها، وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدولين رقم (19) و(20):



جدول رقم (19): يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية.

| المتغير                                   | مستوى المساندة الاجتماعية | العدد | متوسط الرتب | قيمة U  | القيمة الاحتمالية Sig | الدلالة الاحصائية |
|---|---------------------------|-------|-------------|---------|-----------------------|-------------------|
| استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية     | قدر مناسب                 | 20    | 38,23       | 445,500 | 0,478                 | غير دالة          |
|   | قدر محدود إلى ضعيف        | 50    | 34,41       |         |                       |                   |
| استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية | قدر مناسب                 | 20    | 29,70       | 384,000 | 0,131                 | غير دالة          |
|   | قدر محدود إلى ضعيف        | 50    | 37,82       |         |                       |                   |

جدول رقم (20): يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية.

| المتغير                                   | المساندة الاجتماعية | العدد              | متوسط الرتب | قيمة U | القيمة الاحتمالية Sig | الدلالة الاحصائية |
|---|---------------------|--------------------|-------------|--------|-----------------------|-------------------|
| استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية     | داخل إطار الأسرة    | قدر مناسب          | 15          | 35,40  | 411,000               | غير دالة          |
|   |                     | قدر محدود إلى ضعيف | 55          | 35,53  |                       |                   |
| استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية | داخل إطار الأسرة    | قدر مناسب          | 15          | 31,70  | 355,500               | غير دالة          |
|   |                     | قدر محدود إلى ضعيف | 55          | 36,54  |                       |                   |

|                                    |       |         |       |    |                    |                  |                                       |
|------------------------------------|-------|---------|-------|----|--------------------|------------------|---------------------------------------|
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) | 0,022 | 402,500 | 42,12 | 29 | قدر مناسب          | خارج إطار الأسرة | استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية |
|                                    |       |         | 30,82 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                  | استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية |
| غير دالة                           | 0,105 | 458,500 | 30,81 | 29 | قدر مناسب          | خارج إطار الأسرة | استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية |
|                                    |       |         | 38,82 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                  | استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية |

يتضح من الجدول (19) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية (قدر مناسب من المساندة الاجتماعية، قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية لـ Sig (0,478) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha : 0.05$ )، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية (قدر مناسب من المساندة الاجتماعية، قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية لـ Sig (0,131) وهي غير دالة بما أنها أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha : 0.05$ ).

وبالنظر إلى الجدول (20) يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (التكيفية) و(غير التكيفية) تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة) حيث بلغت قيمة Sig على التوالي (0,983) و(0,414)، وهما قيمتان غير دالتين عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.05$ )، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,022) وهي دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.05$ )، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة) حيث بلغت القيمة الاحتمالية لـ Sig (0,105)، وهي غير دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.05$ )، وبذلك تحققت الفرضية الأولى جزئيا.

### 2.1. تفسير نتائج الفرضية الأولى:

يلجأ الفرد إلى طلب المساندة الاجتماعية من قبل المحيطين به سواء داخل إطار الأسرة أو خارجها عندما يتعرض لمواقف ومشكلات انفعالية، نفسية أو اجتماعية، وذلك لغرض مساعدته في التغلب على ما يواجهه من مواقف ومشكلات مختلفة، وتسيير انفعالاته سواء الإيجابية أو السلبية بشكل فعال، في هذا الصدد يرى "ثوتس" (1986) Thoits أن المساندة الاجتماعية هي المشاركة الفعالة من الآخرين في جهود تسيير الانفعالات لدى الفرد، حيث يساعد الآخرون الفرد على تغيير الموقف بشكل مباشر أو تغيير إدراكه للموقف أو خفض الاستجابة الانفعالية الناجمة عن الموقف وذلك من خلال المساندة الاجتماعية (طه وسلامة، 2006، ص. 136).

وحسب (عبد الهادي، 2019، ص. 240) يحدث تسيير الانفعالات في سياق اجتماعي، لأن الأفراد الذين يختبرون حالة انفعالية عادة ما يحرصون على ألا يكونوا وحيدين، ويحاولون التوجه نحو الآخرين لطلب المساعدة في فهم انفعالاتهم وتسييرها، وفي نفس السياق كشف كل من "وليامس" و"زكي" (2013) Williams et Zaki أن الخبرة الانفعالية تولد دافعا للتحكم بالانفعال، وهذا الدافع في المقابل يحث الفرد على البحث عن شخص آخر والاتصال معه للتعبير عن الانفعال، ويرغب الفرد بمشاركة خبرته الانفعالية سواء ليعدل من سلوكه التعبيري بما في ذلك تعابير الوجه كاستجابة لوجود الآخرين، أو اعتقادا منه بأن الآخرين يمكن أن يقدموا له المساعدة (Zaki & Williams, 2013, p. 226).

وبخصوص نتائج الفرضية الأولى تبين عدم وجود اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) ومستوى المساندة الاجتماعية، أما من حيث مصادر المساندة الاجتماعية فلا يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) والمساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة، وكذلك عدم وجود اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (غير تكيفية) والمساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة، إلا أنه يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية) والمساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة، هذا يعني أن الفرضية الأولى تحققت جزئيا.

وبالرجوع إلى عينة البحث نجد أن مرافقي مرضى الزهايمر يتلقون مساندة اجتماعية بقدر محدود، ومن حيث المصادر فهم يتلقون مساندة اجتماعية خارج إطار الأسرة بشكل أكبر مقارنة بالمساندة الاجتماعية

المقدمة داخل إطار الأسرة، ويمكننا تفسير هذه النتيجة على أن كل أفراد الأسرة يخوضون تجربة خاصة وهي إصابة أحد أفرادها بمرض الزهايمر، لأن العلاقة بين الأسرة والمرض علاقة متبادلة فكلاهما يؤثر في الآخر سواء بالإيجاب أو السلب، وعليه فأى تغيير يصيب أحد أفراد الأسرة يحتم على بقية الأفراد التوافق مع هذا التغيير بهدف المحافظة على التوازن، وإصابة أحد الأفراد بالزهايمر يؤدي إلى إرباك حياة الأسرة وتهديد توازنها واستقرارها، لأن هذا المرض يجعل المريض يعتمد كلياً على غيره في أبسط أمور حياته فهو يحتاج إلى العناية الشخصية التي تشمل الحمام، الملابس، الإطعام، المراقبة، إدارة شؤون المنزل، الطبخ، التنظيف، التسوق، وأخذه إلى المستشفى، كذلك إشباع احتياجاته العاطفية، وتنسيق كافة نشاطاته الاجتماعية والخدمات المقدمة له، كل هذا يحتاج إلى تفرغ كامل وما يزيد الأمر تعقيداً على مرافق مريض الزهايمر وجود مسؤوليات أخرى لا تقل أهمية كونها مرتبطة بالأسرة كإدارة شؤون المنزل وتربية الأطفال، إضافة إلى اضطراب البعض إلى إجراء تغييرات كبيرة في حياتهم لأجل رعاية أفضل لمريضهم فقد يضطر بعضهم إلى الانقطاع عن الدراسة، أو الاستقالة من العمل، تغيير مقر الإقامة، هذا ما يخلق مناخاً جديداً في حياة الأسرة ويهدد استقرارها ويزيد من حالات التوتر والقلق بين أفرادها، حيث توصل (الدوسري، 2013، ص. 165) في دراسة له إلى أن مرافقي مرضى الزهايمر يوافقون على أن رعاية المريض سبب لهم بعض المشكلات النفسية، ومن أبرز تلك المشكلات الشعور بالخوف المستمر على المريض، وزيادة الأعباء الانفعالية والإحباط الناتج عن انتكاسات المريض، والتوتر والقلق الناتجين عن سلوكيات مريض الزهايمر غير السليمة، كما أنهم يعانون من الاكتئاب، كل هذه الانفعالات التي تولدت نتيجة لثقل عبء رعاية مريض الزهايمر تحتاج إلى تسيير حتى يتوافق المرافق مع الأحداث الشاقة والظروف اليومية التي تعترض حياته وبالتالي يحقق التوازن بين ذاته والبيئة المحيطة، كما أن الدعم الاجتماعي يخفف من ضغط الانفعالات عن طريق إيجاد حلول للمشكلة أو تقديم طرق الإلهاء عن تلك المشكلة، ومن التأثيرات النفسية الفيزيولوجية للعلاقات الوثيقة أنها ترفع الإحساس بالأمن الذي يعمل على خفض استجابة الضغط للعديد من الأنظمة الفيزيولوجية (Shahsavarani, Ashayeri, Lotfian & Sattari, 2013, p. 14)، وهذا ما يتفق مع دراسة "الدرشين" و"هندل" (Alderish & Hindle (2003) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع مستوى إدراك المساندة الاجتماعية وانخفاض بعض الانفعالات السالبة كالقلق وسوء التوافق، وارتفاع بعض الانفعالات الموجبة كالشعور بالأمن والرضا عن الحياة (رضوان والشيبه، 2017، ص. 599).

إضافة إلى استخدام استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية كإعادة التقييم الإيجابي، التركيز على التخطيط، وإعادة التركيز الإيجابي ووضع تطلعات ويظهر ذلك من خلال قيام المرافقين بإجراء تغييرات كبيرة في حياتهم لرعاية مريض الزهايمر كتعلم قدر المستطاع كل ما له علاقة بمرض الزهايمر، تغيير مقر الإقامة، وتكييف المنزل بشكل يسهل على المريض التنقل، تخصيص أوقات للترفيه، ووضع خطط للمستقبل واعتماد منظور جديد في العلاقة القائمة بين المرافق والمريض، فتحاول الأسرة من خلال أفرادها أن تتوافق مع المريض بما لديها من موارد بصفقتها وحدة اجتماعية تتفاعل مع مجتمعها المحلي كما تتفاعل مع أعضائها، فهي ليست المجتمع وهي في نفس الوقت ليست الفرد، لذلك نجد أن مرافق مريض الزهايمر يحتاج هو نفسه إلى مصادر مختلفة للمساندة الاجتماعية التي تمكنه من مواجهة متطلبات الحياة ومشكلاتها والقيام بما هو موكل له من مهام، وأشارت العديد من الدراسات إلى الحاجة الماسة للإرشاد الاجتماعي لأسر مرضى الزهايمر من خلال التدخل المهني بهدف مساعدتهم على اجتياز مشاعر الحزن والاحباط والحفاظ على توازنها، وإعادة توزيع المهام بين أفرادها بما يتلاءم مع عبء رعاية المريض (جميبي، 2004، ص. 25).

وتعد الخبرات الحياتية التي يكتسبها المرافقون أثناء مرافقتهم لمريض الزهايمر ضرورية جدا لتدعيم وتنمية استراتيجيات تسيير الانفعالات، حيث أن تعلم هذه الاستراتيجيات يتأثر بدرجة كبيرة بالتوقعات الأسرية والثقافية السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط بالفرد والنماذج من حوله، حيث يؤكد "جولمان" (1998) Goleman على أن تسيير الانفعالات هو أساس الوعي الاجتماعي والتواصل مع الآخرين وأساس النجاح في الحياة (جربان والشوارب، 2013، ص. 28)، وعليه يمكننا القول بأن القدرة على تسيير الانفعالات من أهم المهارات الاجتماعية التي تمكن المرافق من التعامل مع مختلف المواقف التي تعترضه، حيث أن تسيير الانفعالات بشكل تكيفي يعني التعامل بنجاح مع مختلف تحديات البيئة، وتسييرها بشكل غير تكيفي يعني الانغماس في الأزمات والمشكلات، كما تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة كل من "ويكليف" (2005) Wickliff التي توصلت إلى أن العمال يلجؤون إلى طلب المساعدة من الزملاء في حالة المرور بخبرات انفعالية سلبية (جربان والشوارب، 2013، ص. 41). ودراسة "كارنفسكي" وكرايج" (2007) Garnefski & Kraaij التي كشفت أن استخدام استراتيجيات تسيير الانفعالات مرهون بخبرة الفرد وقدرته على تسيير انفعالاته بطريقة تكيفية ومناسبة مع الحدث الضاغط.

وعليه يمكننا القول بأن مرافق مريض الزهايمر يعتمد على المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة كأحد مصادر التغيير، ليستطيع التحكم في انفعالاته وتسييرها عن طريق استخدام استراتيجيات تكيفية.

## 2. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

### 1.2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية إلى أنه يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها، وللتأكد من صدق الفرضية طبقنا اختبار مان- ويتني (Mann- Whitney U Test) لعينتين مستقلتين، لاختبار دلالة فروق متوسطات الرتب لأفراد عينة البحث في درجة الشعور بجودة الحياة وأبعادها تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها، حيث كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (21): يبين نتائج اختبار مان- ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها.

| المتغير     | المساندة الاجتماعية       | العدد              | متوسط الرتب        | قيمة U  | القيمة الاحتمالية Sig | الدلالة الاحصائية |                                    |
|-------------|---------------------------|--------------------|--------------------|---------|-----------------------|-------------------|------------------------------------|
| جودة الحياة | مستوى المساندة الاجتماعية | قدر مناسب          | 42,20              | 366,000 | 0,081                 | غير دالة          |                                    |
|             |                           | قدر محدود إلى ضعيف | 50                 |         |                       |                   |                                    |
|             | مصادر المساندة الاجتماعية | داخل إطار الأسرة   | قدر مناسب          | 39,37   | 354,500               | 0,406             | غير دالة                           |
|             |                           |                    | قدر محدود إلى ضعيف | 55      |                       |                   |                                    |
|             | مصادر المساندة الاجتماعية | خارج إطار الأسرة   | قدر مناسب          | 44,81   | 324,500               | 0,001             | دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) |
|             |                           |                    | قدر محدود إلى ضعيف | 41      |                       |                   |                                    |

جدول رقم (22): يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في أبعاد درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية.

| الدالة الاحصائية                   | القيمة الاحتمالية Sig | قيمة U  | متوسط الرتب | العدد | مستوى المساندة الاجتماعية | المتغير           |             |           |
|------------------------------------|-----------------------|---------|-------------|-------|---------------------------|-------------------|-------------|-----------|
|                                    |                       |         |             |       |                           | أبعاد جودة الحياة |             |           |
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) | 0,013                 | 310,000 | 45,00       | 20    | قدر مناسب                 | الصحة البدنية     | معيان الصحة |           |
|                                    |                       |         | 31,70       | 50    | قدر محدود إلى ضعيف        |                   |             |           |
| غير دالة                           | 0,577                 | 457,500 | 37,63       | 20    | قدر مناسب                 | الصحة العقلية     |             |           |
|                                    |                       |         | 34,65       | 50    | قدر محدود إلى ضعيف        |                   |             |           |
| غير دالة                           | 0,901                 | 490,500 | 35,98       | 20    | قدر مناسب                 | الصحة النفسية     |             |           |
|                                    |                       |         | 35,31       | 50    | قدر محدود إلى ضعيف        |                   |             |           |
| غير دالة                           | 0,519                 | 451,500 | 37,93       | 20    | قدر مناسب                 | الصلابة النفسية   |             |           |
|                                    |                       |         | 34,53       | 50    | قدر محدود إلى ضعيف        |                   |             |           |
| غير دالة                           | 0,417                 | 439,500 | 38,53       | 20    | قدر مناسب                 | الثقة في النفس    |             | بعض خصائص |
|                                    |                       |         | 34,29       | 50    | قدر محدود إلى ضعيف        |                   |             |           |
| غير دالة                           | 0,345                 | 428,500 | 39,08       | 20    | قدر مناسب                 | التوكيدية         |             |           |
|                                    |                       |         | 34,07       | 50    | قدر محدود إلى ضعيف        |                   |             |           |

|                                    |       |         |       |    |                    |                     |         |
|------------------------------------|-------|---------|-------|----|--------------------|---------------------|---------|
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) | 0,037 | 342,500 | 43,38 | 20 | قدر مناسب          | الرضا عن الحياة     | الشخصية |
|                                    |       |         | 32,35 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |         |
| غير دالة                           | 0,240 | 411,000 | 39,95 | 20 | قدر مناسب          | الشعور بالسعادة     |         |
|                                    |       |         | 33,72 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |         |
| غير دالة                           | 0,279 | 419,000 | 39,55 | 20 | قدر مناسب          | التفاؤل             |         |
|                                    |       |         | 33,88 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |         |
| غير دالة                           | 0,263 | 415,500 | 39,73 | 20 | قدر مناسب          | الاستقلال النفسي    |         |
|                                    |       |         | 33,81 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |         |
| غير دالة                           | 0,847 | 485,500 | 34,78 | 20 | قدر مناسب          | الكفاءة الذاتية     |         |
|                                    |       |         | 35,79 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |         |
| غير دالة                           | 0,181 | 398,000 | 40,60 | 20 | قدر مناسب          | الانتماء            |         |
|                                    |       |         | 33,46 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |         |
| غير دالة                           | 0,054 | 354,500 | 42,78 | 20 | قدر مناسب          | العمل               |         |
|                                    |       |         | 32,59 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |         |
| غير دالة                           | 0,255 | 414,000 | 39,80 | 20 | قدر مناسب          | المهارات الاجتماعية |         |
|                                    |       |         | 33,78 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |         |



|                                    |       |         |       |    |                    |                                |         |
|------------------------------------|-------|---------|-------|----|--------------------|--------------------------------|---------|
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) | 0,001 | 250,000 | 48,00 | 20 | قدر مناسب          | المساندة الاجتماعية            | الخارجي |
|                                    |       |         | 30,50 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                                |         |
| غير دالة                           | 0,117 | 381,500 | 41,43 | 20 | قدر مناسب          | المكانة الاجتماعية             |         |
|                                    |       |         | 33,13 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                                |         |
| غير دالة                           | 0,272 | 416,500 | 39,68 | 20 | قدر مناسب          | القيم الخلقية والدينية والحقوق |         |
|                                    |       |         | 33,83 | 50 | قدر محدود إلى ضعيف |                                |         |

جدول رقم (23): يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في أبعاد درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة.

| الدالة الاحصائية | القيمة الاحتمالية Sig | قيمة U  | متوسط الرتب | العدد | مستوى المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة | المتغير           |       |
|------------------|-----------------------|---------|-------------|-------|--|-------------------|-------|
|                  |                       |         |             |       |  | أبعاد جودة الحياة |       |
| غير دالة         | 0,388                 | 352,500 | 39,50       | 15    | قدر مناسب                                  | الصحة البدنية     | معيار |
|                  |                       |         | 34,41       | 55    | قدر محدود إلى ضعيف                         |                   |       |
| غير دالة         | 0,773                 | 392,500 | 36,83       | 15    | قدر مناسب                                  | الصحة العقلية     | الصحة |
|                  |                       |         | 35,14       | 55    | قدر محدود إلى ضعيف                         |                   |       |

|          |       |         |       |    |                    |                 |         |       |
|----------|-------|---------|-------|----|--------------------|-----------------|---------|-------|
| غير دالة | 0,960 | 409,000 | 35,73 | 15 | قدر مناسب          | الصحة النفسية   | بعض     |       |
|          |       |         | 35,44 | 55 | قدر محدود إلى ضعيف |                 |         |       |
| غير دالة | 0,737 | 389,500 | 33,97 | 15 | قدر مناسب          | الصلابة النفسية |         |       |
|          |       |         | 35,92 | 55 | قدر محدود إلى ضعيف |                 |         |       |
| غير دالة | 0,734 | 389,500 | 37,03 | 15 | قدر مناسب          | الثقة في النفس  |         |       |
|          |       |         | 35,08 | 55 | قدر محدود إلى ضعيف |                 |         |       |
| غير دالة | 0,811 | 396,000 | 36,60 | 15 | قدر مناسب          | التوكيدية       |         |       |
|          |       |         | 35,20 | 55 | قدر محدود إلى ضعيف |                 |         |       |
| غير دالة | 0,399 | 354,500 | 39,37 | 15 | قدر مناسب          | الرضا عن الحياة |         | خصائص |
|          |       |         | 34,45 | 55 | قدر محدود إلى ضعيف |                 |         |       |
| غير دالة | 0,994 | 412,000 | 35,53 | 15 | قدر مناسب          | الشعور بالسعادة |         |       |
|          |       |         | 35,49 | 55 | قدر محدود إلى ضعيف |                 |         |       |
| غير دالة | 0,324 | 345,500 | 39,97 | 15 | قدر مناسب          | التفاؤل         | الشخصية |       |
|          |       |         | 34,28 | 55 | قدر محدود إلى ضعيف |                 |         |       |

|  |       |         |       |    |                       |   |         |
|--|-------|---------|-------|----|-----------------------|---|---------|
| غير دالة                                 | 0,959 | 409,000 | 35,27 | 15 | قدر مناسب             | الاستقلال<br>النفسي                     | السوية  |
|  |       |         | 35,56 | 55 | قدر محدود<br>إلى ضعيف |   |         |
| غير دالة                                 | 0,677 | 384,000 | 37,40 | 15 | قدر مناسب             | الكفاءة<br>الذاتية                      |         |
|  |       |         | 34,98 | 55 | قدر محدود<br>إلى ضعيف |   |         |
| غير دالة                                 | 0,862 | 400,500 | 36,30 | 15 | قدر مناسب             | الانتماء                                | المعيار |
|  |       |         | 35,28 | 55 | قدر محدود<br>إلى ضعيف |   |         |
| غير دالة                                 | 0,965 | 409,500 | 35,70 | 15 | قدر مناسب             | العمل                                   |         |
|  |       |         | 35,45 | 55 | قدر محدود<br>إلى ضعيف |   |         |
| غير دالة                                 | 0,202 | 325,000 | 41,33 | 15 | قدر مناسب             | المهارات<br>الاجتماعية                  |         |
|  |       |         | 33,91 | 55 | قدر محدود<br>إلى ضعيف |   |         |
| دالة عند<br>مستوى<br>( $\alpha : 0.01$ ) | 0,009 | 231,000 | 47,60 | 15 | قدر مناسب             | المساندة<br>الاجتماعية                  |         |
|  |       |         | 32,20 | 55 | قدر محدود<br>إلى ضعيف |   |         |
| غير دالة                                 | 0,077 | 291,000 | 43,60 | 15 | قدر مناسب             | المكانة<br>الاجتماعية                   |         |
|  |       |         | 33,29 | 55 | قدر محدود<br>إلى ضعيف |   |         |
| غير دالة                                 | 0,519 | 368,000 | 38,47 | 15 | قدر مناسب             | القيم<br>الخلقية<br>والدينية<br>والحقوق | الخارجي |
|  |       |         | 34,69 | 55 | قدر محدود<br>إلى ضعيف |   |         |

جدول رقم (24): يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في أبعاد درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة.

| المتغير     | أبعاد جودة الحياة | مستوى المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة | العدد | متوسط الرتب | قيمة U  | القيمة الاحتمالية Sig | الدلالة الاحصائية                  |
|-------------|-------------------|--|-------|-------------|---------|-----------------------|------------------------------------|
|             |                   |  |       |             |         |                       |                                    |
| معيار الصحة | الصحة البدنية     | قدر مناسب                                  | 29    | 44,28       | 340,000 | 0,002                 | دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) |
|             |                   | قدر محدود إلى ضعيف                         | 41    | 29,29       |         |                       |                                    |
|             | الصحة العقلية     | قدر مناسب                                  | 29    | 39,90       | 467,000 | 0,125                 | غير دالة                           |
|             |                   | قدر محدود إلى ضعيف                         | 41    | 32,39       |         |                       |                                    |
|             | الصحة النفسية     | قدر مناسب                                  | 29    | 37,66       | 532,000 | 0,454                 | غير دالة                           |
|             |                   | قدر محدود إلى ضعيف                         | 41    | 33,98       |         |                       |                                    |
| بعض         | الصلابة النفسية   | قدر مناسب                                  | 29    | 39,45       | 480,000 | 0,163                 | غير دالة                           |
|             |                   | قدر محدود إلى ضعيف                         | 41    | 32,71       |         |                       |                                    |
|             | الثقة في النفس    | قدر مناسب                                  | 29    | 39,50       | 478,500 | 0,154                 | غير دالة                           |
|             |                   | قدر محدود إلى ضعيف                         | 41    | 32,67       |         |                       |                                    |
|             | التوكيدية         | قدر مناسب                                  | 29    | 41,81       | 411,500 | 0,027                 | دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) |
|             |                   | قدر محدود إلى ضعيف                         | 41    | 31,04       |         |                       |                                    |

|                                    |       |         |       |    |                    |                     |                      |
|------------------------------------|-------|---------|-------|----|--------------------|---------------------|----------------------|
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) | 0,001 | 309,000 | 45,34 | 29 | قدر مناسب          | الرضا عن الحياة     | خصائص الشخصية السوية |
|                                    |       |         | 28,54 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |                      |
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) | 0,002 | 342,000 | 44,21 | 29 | قدر مناسب          | الشعور بالسعادة     |                      |
|                                    |       |         | 29,34 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |                      |
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) | 0,010 | 385,000 | 42,72 | 29 | قدر مناسب          | التفاؤل             |                      |
|                                    |       |         | 30,39 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |                      |
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) | 0,022 | 405,500 | 42,02 | 29 | قدر مناسب          | الاستقلال النفسي    |                      |
|                                    |       |         | 30,89 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |                      |
| غير دالة                           | 0,313 | 511,500 | 38,36 | 29 | قدر مناسب          | الكفاءة الذاتية     |                      |
|                                    |       |         | 33,48 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |                      |
| غير دالة                           | 0,163 | 478,500 | 39,50 | 29 | قدر مناسب          | الانتماء            |                      |
|                                    |       |         | 32,67 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |                      |
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) | 0,021 | 405,000 | 42,03 | 29 | قدر مناسب          | العمل               |                      |
|                                    |       |         | 30,88 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |                      |
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) | 0,024 | 409,000 | 41,90 | 29 | قدر مناسب          | المهارات الاجتماعية |                      |
|                                    |       |         | 30,98 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                     |                      |

|                                    |       |         |       |    |                    |                                |         |
|------------------------------------|-------|---------|-------|----|--------------------|--------------------------------|---------|
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) | 0,000 | 212,000 | 48,69 | 29 | قدر مناسب          | المساندة الاجتماعية            | الخارجي |
|                                    |       |         | 26,17 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                                |         |
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) | 0,016 | 395,500 | 42,36 | 29 | قدر مناسب          | المكانة الاجتماعية             |         |
|                                    |       |         | 30,65 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                                |         |
| غير دالة                           | 0,184 | 484,500 | 39,29 | 29 | قدر مناسب          | القيم الخلقية والدينية والحقوق |         |
|                                    |       |         | 32,82 | 41 | قدر محدود إلى ضعيف |                                |         |

يظهر لنا الجدول (21) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية (قدر مناسب من المساندة الاجتماعية، قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية لـ Sig (0,081) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة ( $\alpha : 0.05$ )، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,406) وهي الأخرى أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha : 0.05$ )، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,001) وهي دالة احصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.01$ ).

كما يتضح من الجدول (22) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بمعيار الصحة (الصحة البدنية) تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية (قدر مناسب من المساندة الاجتماعية، قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية) حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,013) وهي دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.05$ )، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين

مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بمعيار الصحة (الصحة العقلية والصحة النفسية) تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية (قدر مناسب من المساندة الاجتماعية، قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية) حيث بلغت قيمة Sig على التوالي (0,577) و(0,901) وهما قيمتين غير دالتين بما أنهما أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ ).

وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة ببعض سمات الشخصية السوية تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية، حيث بلغت القيمة الاحتمالية لكل من: الصلابة النفسية (0,519)، الثقة بالنفس (0,417)، التوكيدية (0,345)، الشعور بالسعادة (0,240)، التفاؤل (0,279)، الاستقلال النفسي (0,263)، الكفاءة الذاتية (0,847)، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة ببعض سمات الشخصية (الرضا عن الحياة) تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,037) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ ).

كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية، حيث جاءت القيمة الاحتمالية لهذه الأبعاد كما يلي: الانتماء (0,181)، العمل (0,054)، المهارات الاجتماعية (0,255)، المكانة الاجتماعية (0,117)، القيم الخلقية والدينية والحقوق (0,272)، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة ( $\alpha: 0.05$ )، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في بعد من أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي (المساندة الاجتماعية) تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,001) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.01$ ).

وبالرجوع إلى الجدول (23) يظهر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بمعيار الصحة تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل: الصحة البدنية (0,388)، الصحة العقلية (0,773)، الصحة النفسية (0,960)، وهي قيم غير دالة بما أنها أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ ).

كذلك يظهر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة ببعض سمات الشخصية السوية تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة)، حيث

بلغت القيمة الاحتمالية لكل من: الصلابة النفسية (0,737)، الثقة بالنفس (0,734)، التوكيدية (0,811)، الرضا عن الحياة (0,399)، الشعور بالسعادة (0,994)، التفاؤل (0,324)، الاستقلال النفسي (0,959)، الكفاءة الذاتية (0,677)، وهي قيم غير دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.05$ ).

كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة)، حيث جاءت القيمة الاحتمالية لهذه الأبعاد كما يلي: الانتماء (0,862)، العمل (0,965)، المهارات الاجتماعية (0,202)، المكانة الاجتماعية (0,077)، القيم الخلقية والدينية والحقوق (0,519)، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أحد أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي (المساندة الاجتماعية) تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,009) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.01$ ).

ويتضح من الجدول (24) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في بعدين من أبعاد جودة الحياة المتعلقة بمعيار الصحة تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل: الصحة العقلية (0,125)، والصحة النفسية (0,454)، وهما قيمتان أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في بعد الصحة البدنية المتعلق بمعيار الصحة تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل Sig (0,002) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.01$ ).

كذلك يظهر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة ببعض سمات الشخصية السوية تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية لكل من: الصلابة النفسية (0,163)، الثقة بالنفس (0,154)، الكفاءة الذاتية (0,313)، وهي قيم غير دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.05$ )، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في الأبعاد الأخرى المتعلقة ببعض سمات الشخصية السوية تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، حيث بلغت قيمة Sig لكل من: التوكيدية (0,027)، الرضا عن الحياة (0,001)، الشعور بالسعادة (0,002)، التفاؤل (0,010)، الاستقلال النفسي (0,022)، وهي قيم دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.01$ )، وأخرى عند مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ ).



كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في بعدين من أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، حيث جاءت القيمة الاحتمالية لهذين البعدين كما يلي: الانتماء (0,163)، والقيم الخلقية والدينية والحقوق (0,184)، وهما قيمتين أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في الأبعاد الأخرى لجودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، حيث بلغت قيمة Sig لكل من: العمل (0,021)، المهارات الاجتماعية (0,024)، المساندة الاجتماعية (0,000)، المكانة الاجتماعية (0,016)، وهي قيم ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.01$ )، وأخرى عند مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، مما يعني تحقق الفرضية الثانية جزئياً.

## 2.2. تفسير نتائج الفرضية الثانية:

درجة الشعور بجودة الحياة تزداد أو تقل وفق المنظومة المحيطة بالفرد، والتي تمتد لتشمل المساندة الاجتماعية التي تقدم للأفراد لمواجهة ضغوط الحياة كما تزيد من التأثير الإيجابي على درجة الشعور بجودة الحياة، فالدعم النفسي والاجتماعي كالمساندة الاجتماعية تجعل الفرد يقيم المواقف التي يتعرض لها تقييماً واقعياً ويواجهها بنجاح، كما تجعله أكثر إدراكاً وتفسيراً وتقييماً للحدث الضاغط (Charles & Rudolf, 1991, p. 370).

ويرى (مخيمر، 1997، ص. 108) أن مصادر المساندة الاجتماعية تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، ففي مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة، وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق والأسرة، أما في مرحلة الرشد فتتمثل في الزوج أو الزوجة وكذلك علاقات العمل والأبناء. كما تشمل المساندة الاجتماعية مكونين رئيسيين، الأول يتمثل في إدراك الفرد بوجود عدد كاف من الأفراد يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة، أما الثاني فمرتبط بدرجة رضا الفرد عن هذه المساندة المتاحة له.

وعليه فأفراد عينتنا يلجؤون إلى المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة لأنها بالنسبة لهم من أهم المصادر التي تشعرهم بالتقدير والقبول، كما تساعدهم في التكيف مع المشكلات التي تواجههم أثناء رعايتهم لمرضى الزهايمر، فالمساندة الاجتماعية من طرف الأصدقاء أو الزملاء توفر للمرافق المساعدة التي يطلبها، كما أنها مصدر للأمن الذي يحتاجه عندما يشعر بأن هناك ما يهدده وأنه غير قادر على مواجهة الأعباء المصاحبة لمهمة رعاية مريض الزهايمر، وبالتالي فالمرافق خارج إطار الأسرة يكون في مثابة "المتلقي"

للمساندة الاجتماعية فتصبح المساندة الاجتماعية التي يتلقاها كمخزون وهذا ما يسمى حسب نظرية التبادل الاجتماعي بادخار المساندة الاجتماعية والتي تعتبر من الآليات المعرفية التي يستخدمها الأفراد عند تبادل المساندة الاجتماعية، أما الآلية الثانية فتتمثل في القابلية للمساواة أي أن الفرد يدرك مقدار المساندة التي تبذل من قبل الآخرين وبالتالي يحاول جاهدا ألا يطلب من الآخرين مساندة تفوق طاقاتهم (يخلف، 2001، ص. 146)، وهذا ما يحدث للمرافق حيث نجده يستعمل رصيده من المساندات داخل إطار أسرته فيتحول المرافق إلى "مانح" للمساندة التي يحتاجها أفراد أسرته خاصة وأنهم يتقاسمون رعاية مريضهم ويعايشون نفس الظروف، وهذا بدوره ما ينعكس على درجة الشعور بجودة الحياة لديه، حيث توصل كل من "دينر"، "سو"، "لوكس" و"سميث" (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, p. 302) إلى أن جودة الحياة ترتبط بمدى شعور الأفراد بامتلاكهم لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين.

إن المساندة الاجتماعية عنصر فعال في زيادة درجة الشعور بجودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر لأن مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة، ومصدرها (خارج إطار الأسرة) تجعله راض عن علاقاته وبالتالي يعيش بطريقة مريحة مما يؤثر إيجابا على درجة الشعور بجودة الحياة لديه.

وتوصل كل من "نوريس" و"موريل" Norris & Murell إلى أن المساندة الاجتماعية تقلل شعور الفرد بالمشقة وتخفف من آثارها السلبية على صحته بصورة عامة (عشماوي، 2001، ص. 27)، إذ نجد أن الأفراد الذين يتميزون بوجود مساندة اجتماعية عالية لهم قدرة كبيرة على مواجهة الصعوبات اليومية وتغيرات الحياة، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة اجتماعية يشعره بالعجز عن المقاومة فيقع فريسة للاضطرابات النفسية والأمراض العضوية، فأى تحد مهما بلغ مستواه يشترط بالضرورة وجود قدر معين من المساندة، وفي حالة نقص أو غياب المساندة يصبح التحدي بالنسبة لذلك الفرد تجربة مؤلمة (Neill, 2006, p. 5).

تتفق نتيجة بحثنا المتمثلة في وجود فروق في بعد الصحة البدنية لجودة الحياة تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية مع العديد من الأبحاث التي أثبتت علاقة المساندة الاجتماعية بالجانب البيولوجي لدى الفرد، حيث ارتبط تلقي مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية بنشاط الجهاز المناعي وبالقدرة على مقاومة بعض الأمراض العضوية وسرعة الشفاء منها، حيث تعتبر المساندة الاجتماعية من العوامل المقوية والمنشطة للجهاز المناعي (قنون، 2007، ص. 29)، هذا ما تؤكد كذلك الدراسة التي أجريت في جامعة "ستانفورد" على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي أثناء علاجهن حيث كشفت أن المريضا اللواتي يجتمعن أسبوعيا مع صديقاتهن ويتلقين مساندة عاطفية عشن حوالي ضعف عمر المريضا اللاتي واجهن

المرض وحدهن ولم يلتحقن بمجموعة مساندة قد تساعدن على مواجهة المرض (يخلف، 2001، ص. 136).

وكذلك دراسة "شيلدون" (1987) Sheldon حول علاقة المساندة الاجتماعية بالضغط ونزلات البرد، حيث بين أن هناك العديد من العلاقات الاجتماعية بجانب الأسرة تشمل على الأصدقاء، الجيران، الزملاء في العمل تقلل من تطور الأمراض بصورة كبيرة، وبدأ دراسته بعبارة "الأصدقاء علاج أثناء موسم نزلات البرد" ليبيرز الدور الأساسي الذي يلعبه الآخرون في حياتنا أثناء مواجهتنا لمواقف ضاغطة (إبراهيم، 2005، ص. 128).

كما أن للمساندة الاجتماعية تأثيرا مباشرا وغير مباشر على الصحة، حيث يتمثل التأثير المباشر للمساندة الاجتماعية في أنها تعزز سلوكيات إيجابية أو استجابات غدية مناسبة والتي بدورها تحافظ على نشاط الجسم الفيزيولوجي السليم، أما التأثير غير المباشر فيتمثل في أن المساندة الاجتماعية تدفع الأفراد إلى ممارسة سلوكيات صحية سليمة كالغذية المتوازنة وممارسة الرياضة، التي تحافظ على صحة الفرد وتقيه من الاضطرابات العضوية والنفسية (غانم، 2002، ص. 47). عكس الأفراد الذين لا تتوفر لديهم مساندة اجتماعية حيث أنهم وأثناء سعيهم للتكيف والتخفيف من حدة المواقف التي تعترضهم يلجؤون إلى أنماط سلوكية غير صحية كالتدخين، الاستهلاك المفرط للأغذية الدسمة، تعاطي المخدرات، قلة النشاط البدني وهذا ما يؤثر سلبا على صحتهم البدنية (Institute of medicine, 2001, p. 42).

إذن مرافقي مرضى الزهايمر الذين يتلقون قدرا كافيا من المساندة الاجتماعية تنشط لديهم فعالية الجهاز المناعي مما يساعدهم على مقاومة الاضطرابات الجسمية، عكس المرافقين الذين يعانون من العزلة أو انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية حيث يكونون عرضة لمختلف الأمراض الجسمية.

قد ذكرنا سابقا أن المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة من أهم المصادر التي تساعد مرافق مريض على التكيف مع المواقف التي يواجهها والتغلب على أزماته أثناء رعايته لمريض الزهايمر، وهذا يتوقف على عمق المساعدة واعتقاد المرافق بكفايتها، حيث نجده حريصا على طبيعة العلاقة التي تربطه بأصدقائه، جيرانه وزملائه في العمل لأن هذه العلاقات الاجتماعية تشكل بالنسبة له درعا واقيا من العزلة كما تجعله يعيش مطمئنا هادئ النفس، كما تساعد على أن يكون شخصا فاعلا في المجتمع لينال تقديره واعجابه واحترامه، هذه المساندة التي يتلقاها ترتبط بدورها برضاه عن الحياة في كل مجالاتها لأنه يعتقد أن الذين

يقدمون له المساندة الاجتماعية يعملون ما باستطاعتهم لدعمه ماديا ومعنويا، الأمر الذي يجعله يتبنى اتجاهها أكثر إيجابية وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة "برجمان"، "بيدرسن" و"ماك كلين" (Bergman, Plomi, Pedersen & Mc Clean, 2008, p. 644) التي أكدت أن المساندة الاجتماعية تزيد من شعور الفرد بالرضا عن ذاته وحياته، وتقوي قدرته على مواجهة الأحداث بشكل إيجابي.

وبما أن رحلة الحياة مع مريض الزهايمر لا يمكن أن تسير على وتيرة واحدة، بل تعثرها بعض الصعاب التي تجعل المرافق يعيش هموما لفترة ما، فإن النظر إلى حقيقة الأمر والرجوع إلى تعاليم الدين الاسلامي تجعل المرافق راضيا ومتقبلا لقضاء الله وقدره، ومن جهة أخرى يشعر بواجبه الديني نحو المريض سواء كان أحد الوالدين أو شريك الحياة هذا ما يجعله يستبشر خيرا وينمي لديه روح الأمل مع التأكيد على أهمية الصبر، كما يشعر بالسعادة واحتساب الأجر من الله في رعاية المريض وخصوصا أن المرافق يعلم أنه لا يمكنه فعل شيء لوقف تقدم المرض.

ويؤدي غياب المساندة الاجتماعية أو عدم كفايتها إلى اضعاف قدرة المرافق على المواجهة وشعوره بالعجز أمام التحديات التي يتعرض لها أثناء رعايته لمريض الزهايمر وادراكها كتهديد لحياته، كما لا يتمكن من الاندماج مع أفراد مجتمعه، ولا يستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة للبيئة التي يعيش بها، لذلك تعتبر المساندة الاجتماعية من بين العوامل الأساسية التي تحقق الشعور الإيجابي بجودة الحياة.

نستنتج مما سبق أن المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة تجعل مرافق مريض الزهايمر يدرك أنه قادر على الصمود أمام ما يواجهه من أعباء في مجالات الحياة المختلفة، فبفضل المساندة التي يتلقاها من الأصدقاء، الجيران والزملاء في العمل أصبح يمتلك مجموعة من الصفات كالرضا عن الحياة الأسرية والمهنية، الشعور بالسعادة، التفاؤل، الاستقلال النفسي وتحسن أدائه لأعماله، تقبل النفس واحترامها، كما أن هذه العلاقات الاجتماعية تمنح له الفرصة للإفصاح عن الذات بالإضافة إلى الشعور بالانتماء خصوصا في وقت الأزمات، إضافة إلى قوة تمسكه بالقيم الدينية والخلقية والاجتماعية مما يشجعه ويدفعه لأن يكون متقائلا لحاضره ومستقبله، كل هذه الخصائص المذكورة تنطوي تحت أبعاد جودة الحياة، وهذا هو ما يفسر وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد درجة الشعور بجودة تبعاً لمصدر المساندة الاجتماعية خارج إطار الأسرة.

3. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

1.3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

لاختبار الفرضية الثالثة التي تنص على أنه يوجد اختلاف بين مراقبي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساعدة الاجتماعية وتسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة تبعاً للجنس، تم حسابها هي الأخرى عن طريق اختبار مان- ويتي (Mann- Whitney U Test) لعينتين مستقلتين، لاختبار دلالة فروق متوسطات الرتب بين الجنسين في درجة الشعور بالمساعدة الاجتماعية وتسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (25): يبين نتائج اختبار مان- ويتي (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بالمساعدة الاجتماعية وتسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة تبعاً للجنس.

| المتغير                               | الجنس | العدد | متوسط الرتب | قيمة U  | القيمة الاحتمالية Sig | الدلالة الاحصائية                  |
|---------------------------------------|-------|-------|-------------|---------|-----------------------|------------------------------------|
| المساعدة الاجتماعية                   | نكر   | 15    | 45,20       | 267,000 | 0,037                 | دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) |
|                                       | أنثى  | 55    | 32,85       |         |                       |                                    |
| المساعدة داخل إطار الأسرة             | نكر   | 15    | 38,27       | 371,000 | 0,552                 | غير دالة                           |
|                                       | أنثى  | 55    | 34,75       |         |                       |                                    |
| المساعدة خارج إطار الأسرة             | نكر   | 15    | 48,43       | 218,500 | 0,005                 | دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.01$ ) |
|                                       | أنثى  | 55    | 31,97       |         |                       |                                    |
| استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية | نكر   | 15    | 46,83       | 242,500 | 0,015                 | دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) |
|                                       | أنثى  | 55    | 32,41       |         |                       |                                    |

|                                    |       |         |       |    |      |   |
|------------------------------------|-------|---------|-------|----|------|---|
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) | 0,033 | 263,500 | 25,57 | 15 | نكر  | استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية |
|                                    |       |         | 38,21 | 55 | أنثى |   |
| غير دالة                           | 0,852 | 399,500 | 36,37 | 15 | نكر  | جودة الحياة                               |
|                                    |       |         | 35,26 | 55 | أنثى |   |

يتبين من الجدول (25) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية والتي جاءت لصالح الذكور من مرافقي مرضى الزهايمر، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,037) وهي دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.05$ )، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة) بالنسبة للجنسين من مرافقي مرضى الزهايمر، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,552) وهي غير دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.05$ )، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة) لصالح الذكور من مرافقي مرضى الزهايمر، حيث بلغت القيمة الاحتمالية Sig ل (0,005) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة ( $\alpha : 0.05$ ).

كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية لصالح الذكور من مرافقي مرضى الزهايمر، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,015) وهي دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.05$ )، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية لصالح الإناث من مرافقي مرضى الزهايمر، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,033) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha : 0.05$ ). وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بجودة الحياة بالنسبة للجنسين من مرافقي مرضى الزهايمر، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,852) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha : 0.05$ ). وهذا ما يعكس تحقق الفرضية الثالثة جزئياً.

### 2.3. تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

أظهرت نتائج الفرضية الثالثة وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية وفي مصادرها (خارج إطار الأسرة) لصالح الذكور، وعدم وجود فروق بين الجنسين في مصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار

الأسرة)، وما يفسر حصول الذكور على درجات أعلى من المساندة الاجتماعية مقارنة بالإناث، هو أن المجتمع الجزائري مجتمع ذكوري كباقي المجتمعات العربية التي تولي اهتماما كبيرا بالذكور وتعمل على توفير شتى أنواع الدعم والمساندة لهم لأنهم بكل بساطة رجال المستقبل، كما أن الذكور يكونون أكثر قدرة على طلب المساندة من الآخرين وبالتالي نجد أن شبكة العلاقات الاجتماعية لديهم واسعة مقارنة بالإناث اللواتي يتصفن بالخجل، الحساسية المفرطة، الانطوائية والتردد في طلب المساندة الاجتماعية خاصة خارج إطار الأسرة، واختلفت هذه النتيجة مع نتائج دراسة "فلكنبرغ" (2006) Valkenburg التي بينت عدم وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس، ودراسة "الخالدي" (2008)، "عودة" (2010) والهنداوي (2011) التي بينت وجود فروق دالة احصائيا في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، وما توصلت إليه نتائج دراسة كل من "حداد" و"الزيتاوي" (2002) عن عدم وجود فروق في مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة من قبل الأسرة والأصدقاء تعزى لمتغير الجنس.

وتنصب رعاية مريض الزهايمر على الأسرة لأنها الموفر الأساسي للمساعدة والدعم، ولأن أغلب المرضى يعيشون مع أسرهم، حيث أنه عند إصابة أحد أفراد الأسرة بالزهايمر نجد كل الأفراد يتأهبون ويتقاسمون مسؤولية رعاية المريض، وإذا نظرنا إلى الأسرة كنسق اجتماعي فإن خواص النسق هو المحافظة على التوازن ومن هذا المنطلق فإن أي تغيير يصيب أحد أفراد الأسرة يحتم على بقية الأفراد التوافق مع هذا التغيير بهدف المحافظة على التوازن، لذلك فالشخص الذي يتولى مهمة المرافقة يكون مدعوما من طرف أفراد الأسرة التي يعيش في كنفها بغض النظر عن جنسه فالذكور أو الإناث يعيشون التجربة نفسها ويواجهون نفس الظروف الأسرية وبالدرجة ذاتها ويخضعان للطريقة نفسها في التعامل داخل إطار الأسرة، وعليه تكون النتيجة واحدة لكلا الجنسين وهذا ما يفسر عدم وجود فروق في مصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة) بالنسبة للجنسين.

كما أسفرت نتائج الفرضية الثالثة عن وجود فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية /غير تكيفية) تعزى لمتغير الجنس، حيث كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية لصالح الذكور، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية لصالح الإناث من مرافقي مرضى الزهايمر، هذه النتائج لا تتوافق مع دراسة "طلب" (2017) التي بينت عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات تسيير الانفعالات، ودراسة كل من "يعقوب" (2011) و"بدرية" (2018) إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في التسيير الانفعالي، في

حين تتفق مع دراسة "جاردنر" وآخرون (2013) Gardener & al التي أوضحت نتائجها أن الإناث لديهن استجابة انفعالية عالية للمثيرات السلبية مقارنة بالذكور، ومع دراسة كل من "كارلسون"، "ساريكالو"، "توفيانين"، "بوجيرت" و"كليشكو" (2015) (Carlson, Saarikallio, Toiviainen, Bogert & Kliuchko) التي كشفت أن الذكور أكثر استخداماً للاستراتيجيات التكيفية في تسيير انفعالاتهم مقارنة بالإناث، وتتفق كذلك مع نتائج دراسة "سلموم" (2015) ودراسة "اسماعيل" وآخرون (2016) التي بينت وجود فروق دالة احصائياً تعزى لمتغير الجنس، حيث كانت فروق في استخدام استراتيجية غير تكيفية (الاجترار) لصالح الإناث، ووجود فروق دالة احصائياً في الاستراتيجيات التكيفية (إعادة التركيز الإيجابي، إعادة التقييم الإيجابي، إعادة التركيز على التخطيط) لصالح الذكور (عفانة، 2018، ص. 92)، حيث يمكن أن نعزي النتائج المتوصل إليها إلى أن الإناث يغلب عليهن الجانب الوجداني كما أنهن أكثر ميلاً من الذكور إلى الاجترار الفكري للانفعالات السلبية والتركيز على خبراتهن الانفعالية أثناء مرافقتهم لقريب مريض بالزهايمر، وكذلك اللجوء إلى لوم الذات ولوم الآخرين فيما يتعلق بالتقصير في الاهتمام بالمريض خصوصاً إذا كان هذا الأخير أحد الوالدين، أما بالنسبة للذكور فنجد غلبة الجانب العقلاني على الجانب الوجداني واتساع شبكة العلاقات الاجتماعية لهم مقارنة بالإناث وهذا ما يتيح لهم اكتساب العديد من المهارات والخبرات الحياتية، ومن تم فإنهم غالباً ما يفضلون اتخاذ خطوات عملية والوصول إلى حل فعال وحاسم نهائي للمشكلات أو المواقف الحياتية الضاغطة التي يواجهونها أثناء مرافقتهم لمريض الزهايمر هذا ما يجعلهم يلجؤون لاستخدام استراتيجيات تكيفية لتسيير انفعالاتهم. ويمكن ارجاع هذا الاختلاف إلى مستوى وتكرار ونوع الانفعال الذي يختبره كلا الجنسين، الأمر الذي يؤثر على الاستراتيجية التي يستخدمها كل منهما لتسيير انفعالاته، فالإناث يخبرن انفعالات سلبية بمستوى أعلى وأكثر تكراراً من الذكور وخاصة انفعالات الخوف والحزن، في حين يختبر الذكور انفعال الغضب بشكل أكثر تكراراً لأسباب فيزيولوجية واجتماعية-ثقافية (Sorié, Penezié & Burié, 2013, p. 342) وحسب (جبار وحيدر، 2013، ص. 246) الذكور يبذلون جهداً أقل عند استخدام التسيير المعرفي للانفعالات بسبب الاستخدام الأكبر لتنظيم الانفعال التلقائي، والثاني هو أن الإناث ربما يستخدمن الانفعالات الإيجابية في خدمة إعادة التقييم للانفعالات السلبية بدرجة كبيرة.

وفيما يخص عدم وجود فروق بين الجنسين في درجة الشعور بجودة الحياة، فنتائج بحثنا جاءت متعكسة مع نتائج دراسة "رجب" (2018) التي أظهرت وجود فروق دالة احصائياً في جودة الحياة بين مقدمي



الرعاية الأسرية لذويهم المسنين تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، ولا تتفق كذلك مع نتائج دراسة "عبد الخالق" (2010) التي بينت ارتفاع متوسط الذكور عن الإناث في بعض أبعاد جودة الحياة والمتمثلة في الصحة النفسية، السعادة، الرضا عن الحياة، والمعتقد الديني. في حين تتفق نتائج بحثنا مع دراسة "شوقي" (2014) و"محسن" (2018) التي لم تتوصل إلى أي فروق في جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس، إذ يمكن تفسير هذه النتيجة من جوانب عديدة، أولا درجة الشعور بجودة الحياة لا تتأثر بالجنس لأن المهام والواجبات والالتزامات الملقاة على مرافقي مرضى الزهايمر لا تختلف من مرافق لآخر، والمواقف التي يعيشها المرافقون متشابهة لا تفرق بين الذكور والإناث خصوصا وأن المرأة كذلك أصبحت تشارك الرجل في تحمل المسؤولية داخل إطار الأسرة وخارجها، فهم جميعا يسعون لتقديم رعاية أفضل لمريضهم. ثانيا تتعلق درجة الشعور بجودة الحياة بكيفية ما يشعر به مرافق مريض الزهايمر اتجاه نفسه، حيث يرى الباحث "رجب" (2018) أن درجة الشعور بجودة الحياة لدى الفرد مرتبطة بالنمو الانفعالي وبقدرته على التحكم في المشاعر السلبية لديه والتكيف مع الضغوط التي تواجهه، كما أن مرافقي مرضى الزهايمر القادرين على تسيير انفعالاتهم عن طريق استراتيجيات تكيفية يتمكنون من إيجاد التوازن بين ذواتهم والبيئة المحيطة، وهذا بدوره يؤثر إيجابا على أدائهم الشخصي وفي علاقاتهم بمريض الزهايمر، وعلى درجة الشعور بجودة الحياة لديهم.

كما أن عدم وجود اختلاف بين الجنسين من مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة راجع أيضا إلى المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مرافق مريض الزهايمر سواء داخل إطار الأسرة أو خارجها والتي تعمل كحاجز ضد التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة التي تواجهه أثناء توليه مهمة مرافقة المريض، هذا ما يتوافق مع دراسة كل من "نوريس" و"موريل" Norris & Murell التي تؤكد أن المساندة الاجتماعية تقلل شعور الفرد بالمشقة وتخفف من آثارها السلبية على صحته بصورة عامة، كما يساعد وجود مصادر متعددة للمساندة (الأسرة، الأصدقاء، الزملاء) على زيادة قدرة الفرد على التوافق، لأنها تشعره بالدفء الذاتي وتمده بالصلاية النفسية المطلوبة لمواجهة الأزمات (عشماوي، 2001، ص. 27).

#### 4. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

##### 1.4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرهما تبعا لمدة المرافقة، وللتحقق من صدقها أجري اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-

(Wallis)، لاختبار مستوى دلالة فروق متوسطات الرتب لدى أفراد عينة البحث في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرها تبعاً لمدة المرافقة، حيث جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (26): يبين نتائج اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test) لدلالة الفروق في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرها تبعاً لمدة المرافقة.

| الدالة الاحصائية | القيمة الاحتمالية Sig | درجة الحرية | قيمة كا <sup>2</sup> Chi-Square | متوسط الرتب | العدد | مدة المرافقة             | مستوى المساندة الاجتماعية |
|------------------|-----------------------|-------------|---------------------------------|-------------|-------|--------------------------|---------------------------|
| غير دالة         | 0,806                 | 2           | 0,431                           | 37,45       | 20    | سنتين فأقل               | المساندة الاجتماعية       |
|                  |                       |             |                                 | 35,92       | 25    | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                           |
|                  |                       |             |                                 | 33,52       | 25    | ست سنوات فأكثر           |                           |
| غير دالة         | 0,528                 | 2           | 1,276                           | 37,50       | 20    | سنتين فأقل               | داخل إطار الأسرة          |
|                  |                       |             |                                 | 37,58       | 25    | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                           |
|                  |                       |             |                                 | 31,82       | 25    | ست سنوات فأكثر           |                           |
| غير دالة         | 0,922                 | 2           | 0,163                           | 35,50       | 20    | سنتين فأقل               | خارج إطار الأسرة          |
|                  |                       |             |                                 | 34,34       | 25    | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                           |
|                  |                       |             |                                 | 36,66       | 25    | ست سنوات فأكثر           |                           |

يتضح من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية تبعاً لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ست سنوات فأكثر)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,806) وهي قيمة أكبر من القيمة المعتمدة لمستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، كما لا توجد فروق أيضاً بين مرافقي مرضى الزهايمر في مصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة) تبعاً

لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ست سنوات فأكثر)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,528) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ )، كذلك لا توجد فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في مصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة) تبعا لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ستة سنوات فأكثر)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,922) وهي قيمة غير دالة استنادا إلى مستوى الدلالة المعتمدة ( $\alpha: 0.05$ )، وبذلك عدم تحقق الفرضية الرابعة.

#### 2.4. تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

تحتاج تجربة الحياة مع مريض الزهايمر إلى دعم ومساندة، وتعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الأمن الذي يحتاجه المرافق من عالمه الذي يعيش فيه بعد لجوئه إلى الله سبحانه وتعالى، وذلك منذ إعلان التشخيص لأن مرض الزهايمر لا يشبه أي مرض آخر، وأن التعامل معه يختلف بكثير عن التعامل مع العجز البدني، بل هو أشد وطأة على الأسرة ويحدث تأثيرا كبيرا عليها مقارنة بالأمراض المزمنة الأخرى، ونظرا لثقل عبء رعاية المسن المريض، فإن مرافق المريض يحتاج إلى مساندة سواء من قبل أسرته أو من قبل جماعات مجتمعية أو مهنية حتى يستطيع القيام بمسؤولياته.

وقد يعود سبب عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية وفي مصادرها تبعا لمدة المرافقة إلى أن المرافق في بداية توليه رعاية المريض يحتاج إلى مساندة اجتماعية من مصادر مختلفة لأنه في مرحلة اكتشاف مرض قريبه وتقبله، ومعرفة كيفية التعامل مع الوضعية الجديدة وترتيب أموره وعقد العزيمة والإرادة في مسيرة المرافقة، وعليه بالنسبة للمرافق هذه هي المرحلة التي تضمن له نمطا مستديما من العلاقات المتصلة أو المنقطعة سواء داخل إطار الأسرة أو خارجها، فحسب "كابلان" Caplin المساندة الاجتماعية عبارة عن نظام يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، تتسم بأنها طويلة المدى ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالدعم العاطفي (علي، 2000، ص. 9).

ويضيف "كوب" (1976) Cob أن المساندة الاجتماعية هي انتماء وإدراك لشبكة اتصالات اجتماعية وواجبات متبادلة عن طريق المجموعة الموجودة داخل الشبكة الاجتماعية، فتتم عملية الاعتماد المتبادل، وتشابه القيم المتعارف عليها التي يحملها أعضاء الشبكة، وتنشأ من خلالها في النهاية علاقة ود وحب واعتناء متبادلة (مفتاح، 2010، ص. 82).

كما أن مرافقي مرضى الزهايمر يلتقون بنفس الفريق الطبي المسؤول على متابعة وعلاج مريضهم طول فترة المرافقة والمتكون من الأطباء، الإخصائيين النفسانيين والمرضين، الذين يستلمون منهم التعليمات والمعلومات الخاصة بمرض الزهايمر، يقدمون لهم توجيهات تتضمن كيفية مواجهة المشكلات التي يتعرضون لها بأسلوب سهل وبسيط، إضافة إلى تنظيم ورشات خاصة بمرضى الزهايمر يمارسون فيها أنشطة مختلفة تهدف إلى تنشيط الذاكرة وورشات أخرى يلتقي فيها مرافقي مرضى الزهايمر أين يقومون بتبادل التجارب والخبرات فيما بينهم، إضافة إلى حصص العلاج والإرشاد النفسي التي يقدمها الإخصائيون النفسانيون لمرافقي المرضى، كذلك بعض المؤسسات الاجتماعية كالجمعيات التي تقدم الدعم الاجتماعي بشتى أنواعه لمرضى الزهايمر ومرافقيهم، و يمكننا القول بأن إصابة أحد الأقارب بالزهايمر جعل شبكة العلاقات الاجتماعية تنطلق من نقطة بسيطة تبدأ بالمريض ومرافقه ثم تتسع دائرتها لتشمل مصادر غير رسمية كالأسرة، الأصدقاء، الأقارب، الجيران والزملاء، و/أو مصادر رسمية نجدها مرتبطة بالمؤسسات الخدمية ويمثلها الأطباء، الإخصائيون النفسانيون والاجتماعيون، هذه العلاقات الاجتماعية الثابتة التي تمد المرافق بأنماط المساندة المتعددة سواء كانت في صورة عطف أو في صورة تقدير واحترام أم في صورة مساعدة مادية، أو مساعدة معلوماتية، وقد تكون في صورة علاقات حميمة مع الآخرين أو كلها معاً، فهي تظهر متانتها عند الحاجة إليها مهما كانت مدة المرافقة، لأن المساندة الاجتماعية مرتبطة بمدى وجود الآخرين أو الأشخاص الذين يمكن أن يثق فيهم المرافق بالإضافة إلى ما يقدموه له من موارد قبل وأثناء وبعد الأحداث المثيرة للمشقة.

هذا ما يتفق مع ما جاءت به نظرية المقارنة الاجتماعية والتي تشير إلى أن الأفراد قد يفضلون أحياناً الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم، حيث يقدم لهم هذا الاندماج تفاعلات سارة ومعلومات تحسن موقفهم في البيئة المحيطة بهم، أي أن التفاعل هنا أو المساندة تطلب من أفراد بعينهم دون آخرين للوصول إلى أوجه المساندة التي يرغبونها.

وعليه فإن وجود مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية من الآخرين كأفراد الأسرة، الأصدقاء والزملاء والأخصائيين تتسم بأنها طويلة المدى، ويمكن الاعتماد على تلك العلاقات والثقة فيها وقت إحساس المرافق بالحاجة إليها لتمده بالسند اللازم ليصير أكثر توافقاً وانسجاماً، وقادراً على مواجهة مختلف الصعوبات التي تعترضه طوال مدة مرافقته لمرضى الزهايمر، هذا الاعتقاد يتشكل لدى المرافق لأنه عضو في جماعة

معينة ينتمي إليها ومدرك لكفاءة مصدر المساندة، وبالتالي مهما كانت مدة المرافقة فإنه لا توجد فروق في مستوى ومصادر المساندة الاجتماعية بالنسبة لعينة بحثنا.

### 5. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

#### 1.5. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تشير الفرضية الخامسة إلى أنه يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير انفعالاتهم (تكيفية، غير تكيفية) تبعاً لمدة المرافقة، لفحص هذه الفرضية أُجري اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis) وهذا لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجة أفراد عينة البحث في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) بحسب متغير مدة المرافقة، وقد جاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الموالي:

جدول رقم (27): يبين نتائج اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test) لدلالة الفروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات تبعاً لمدة المرافقة.

| المتغير                                   | مدة المرافقة             | العدد | متوسط الرتب | قيمة كا <sup>2</sup> Chi-Square | درجة الحرية | القيمة الاحتمالية Sig | الدلالة الاحصائية |
|---|--------------------------|-------|-------------|---------------------------------|-------------|-----------------------|-------------------|
| استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية     | سنتين فأقل               | 20    | 34,28       | 1,030                           | 2           | 0,598                 | غير دالة          |
|   | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25    | 33,22       |                                 |             |                       |                   |
|   | ست سنوات فأكثر           | 25    | 38,76       |                                 |             |                       |                   |
| استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية | سنتين فأقل               | 20    | 32,03       | 0,847                           | 2           | 0,655                 | غير دالة          |
|   | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25    | 37,38       |                                 |             |                       |                   |
|   | ست سنوات فأكثر           | 25    | 36,40       |                                 |             |                       |                   |

تشير النتائج الموضحة في الجدول (27) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية تبعا لمدة المرافقة، حيث بلغت القيمة الاحتمالية  $L$  Sig (0,598) وهي قيمة غير دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.05$ )، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية تبعا لمدة المرافقة، حيث بلغت القيمة الاحتمالية  $L$  Sig (0,655) وهي الأخرى قيمة غير دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.05$ )، وعليه لم تتحقق الفرضية الخامسة.

## 2.5. تفسير نتائج الفرضية الخامسة:

يتعرض الفرد يوميا للعديد من الانفعالات المؤلمة الناتجة عن الأحداث الحياتية والتي تدور وفقا للتراث السيكولوجي حول ثلاثة محاور رئيسية وهي: الأحداث المتعلقة بالفقد كفقْدان أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو منصب العمل، والأحداث المتعلقة بالجانب الصحي كإصابة الفرد أو أحد أفراد أسرته أو أصدقاءه بمرض مزمن، بالإضافة إلى الأحداث المتعلقة بعلاقة الفرد مع الآخرين كالشجار الأسري، التعرض لسوء المعاملة، الطلاق، ويحاول الفرد في هذه الحالة جاهدا التقليل من مختلف الانفعالات السلبية باللجوء إلى استخدام الاستراتيجيات المعرفية لتسيير الانفعالات، وحسب "لي" و"ليس" (1990) Lee & Lis فإن الفرد يسعى لاستعمال الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال عند شعوره بعدم تمكنه من إحداث تغيير جيد للتهديد الذي يساوره أو عند ادراكه بأن درجة الضغط شديدة وتعرض عليه أعباء ومتطلبات عديدة في محاولة التكيف معها، وهذا في ظل تعدد مصادرها (شويطر، 2017، ص. 275).

وعليه ترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية تبعا لمدة المرافقة إلى تشابه ظروف الحياة والمهام والنضج العقلي والانفعالي المصاحب للمرحلة العمرية للمرافق وحالته الاجتماعية (أفراد العينة كلهم متزوجون)، إضافة إلى استخدام المرافقين لاستراتيجيات متنوعة تكونت في مراحل حياتهم وفقا لخبراتهم الانفعالية السابقة، حيث يملكون رصيذا هائلا من الخبرات الحياتية المتراكمة والتي تم اكتسابها عبر السنين بالإضافة إلى ما يتميزون به من النضج المعرفي والانفعالي والقدرة على التفكير العملي، والقدرة على حل المشكلات واتخاذ خطوات عملية للتعامل مع الأحداث الحياتية السلبية التي يتعرضون لها في مختلف المجالات الشخصية والاجتماعية والمهنية بالموازاة مع رعاية مريض مصاب بالزهايمر، وتأتي أهمية دور المرافق من كون المريض قد تجاوز الطور الباكر من المرض ودخل في الطور المتوسط إلى المتقدم منه، أين أصبحت قدرته في الاعتماد على

ذاته في تدبير أمور حياته اليومية وأموره الشخصية متدنية إلى درجة كبيرة، ومن جهة أخرى حتى يتكيف المرافق مع مهام المرافقة والوفاء بمتطلباتها فهو يتعرض لسلسلة من التغيرات الانفعالية تبدأ من لحظة إعلان التشخيص والتي تمثل لحظة النقاء جديدة لكل من مريض الزهايمر ومرافقه لبناء علاقة جديدة وتستمر طول فترة المرافقة، الأمر الذي يفرض عليه تجريب أساليب عديدة للتعامل معها، ونتيجة لذلك نجد المرافقين يميلون إلى توظيف استراتيجيات تسيير الانفعالات متعددة في نفس الوقت، وعليه فاستخدام استراتيجيات تسيير الانفعالات لا يرتبط بمدة المرافقة وإنما بثقل عبء مهام مرافقة مريض مصاب بالزهايمر فكثرة التجارب والخبرات المستمرة التي قد تعرض لها مرافقي مرضى الزهايمر تكسبهم أساليب تكيفية في تعاملهم مع المريض، وهذا ما يتوافق مع ما أشار إليه الباحثون مثل "ألكسندر"، "فيني"، "هوهاوس" و"نولر" (2001) Alexander, Feeney, Hohaus & Noller حيث أن استخدام الاستراتيجيات القائمة على الانفعال يرتبط بكثرة الضغوط، كما بين "تيري" Terry أن الوضعيات المركبة المستمرة والتي يصعب إيجاد حلول لها خاصة في ظل الحواجز والعراقيل، يصبح التخطيط لحل المشكل بدون فعالية لعدم إمكانية التحكم فيها وبالتالي لا تؤدي هذه الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل إلى تخفيض مستوى الضغط النفسي، فيتجه الفرد نحو الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال لفعاليتها (شويطر، 2017، ص. 275).

كما أن المرافق يعلم بأن المحن تولد المنح وأن هناك الكثير من الجوانب الإيجابية فيما قد يتعرض له من أحداث سلبية، وأنه لا يعلم أين الخير فيما قد يتعرض له من نكبات، فقد يكون الخير فيما يكره وقد يكون الشر فيما يحب مصداقا لقوله تعالى: ﴿... وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ، وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾ {البقرة، 214}، فالدين الإسلامي يدعو إلى التناؤل والبعد عن اليأس والصبر، وضرورة التسليم الكامل لله والرضا بالقضاء والقدر، إضافة إلى الطابع الثقافي السائد في المجتمع الجزائري باعتباره مجتمع تسوده العلاقات المترابطة والتنشئة الاجتماعية القائمة على العادات والتقاليد والتعاليم الدينية، حيث نجد الأفراد يتشاركون في العديد من المهام والأعباء المادية والاجتماعية الأمر الذي يفرض عليهم التخطيط والالتزام بمسئولياتهم، واتخاذ القرارات المناسبة، وذلك في حدود الثقافة الجزائرية التي يغلب عليها طابع التماسك الأسري وتوزيع المهام والتشارك في رعاية مريض الزهايمر خاصة إذا كان أحد الوالدين هو المصاب، كل هذا تحت سقف تعاليم الدين الإسلامي والعادات والتقاليد في المجتمع.

وأخيرا أكد كل من "كاروتشي"، "هيفن" و "سوبافاديبراست" (Ciarrochi, Heaven & Supavadeeprasit, 2008, p. 565) على أن قدرة الفرد على تسيير انفعالاته مرتبط بالمساندة الاجتماعية، إذ أن تحديد الانفعال والمشاركة يعدان الأساس في تنمية الصداقة والألفة خاصة أن المساندة الاجتماعية كما يعرفها "ليبور" (Lepore, 1994, p. 247) هي الإمكانيات الاجتماعية التي يمكن أن يستخدمها الفرد في أوقات الضيق والانفعال.

## 6. عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

### 1.6. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

لاختبار الفرضية السادسة التي تنص على أنه يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمدة المرافقة، وللتحقق من صدق هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis) وهذا لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجة أفراد عينة البحث في درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمدة المرافقة، وقد أسفرت النتائج ما يلي:

جدول رقم (28): يبين نتائج اختبار كروسكال-واليس (Kruskal-Wallis Test) لدلالة الفروق في

درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمدة المرافقة.

| الدلالة الاحصائية | القيمة الاحتمالية Sig | درجة الحرية | قيمة $\chi^2$ Chi-Square | متوسط الرتب | العدد | مدة المرافقة             | جودة الحياة وأبعادها |
|-------------------|-----------------------|-------------|--------------------------|-------------|-------|--------------------------|----------------------|
| غير دالة          | 0,376                 | 2           | 1,959                    | 33,48       | 20    | سنتين فأقل               | جودة الحياة ككل      |
|                   |                       |             |                          | 32,58       | 25    | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                      |
|                   |                       |             |                          | 40,04       | 25    | ست سنوات فأكثر           |                      |



|          |       |   |       |       |    |                          |                 |       |
|----------|-------|---|-------|-------|----|--------------------------|-----------------|-------|
| غير دالة | 0,952 | 2 | 0,099 | 36,50 | 20 | سنتين فأقل               | الصحة البدنية   | معيار |
|          |       |   |       | 35,60 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                 |       |
|          |       |   |       | 34,60 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                 |       |
| غير دالة | 0,701 | 2 | 0,711 | 35,70 | 20 | سنتين فأقل               | الصحة العقلية   |       |
|          |       |   |       | 33,02 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                 |       |
|          |       |   |       | 37,82 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                 |       |
| غير دالة | 0,387 | 2 | 1,901 | 35,53 | 20 | سنتين فأقل               | الصحة النفسية   |       |
|          |       |   |       | 31,54 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                 |       |
|          |       |   |       | 39,44 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                 |       |
| غير دالة | 0,183 | 2 | 3,397 | 30,95 | 20 | سنتين فأقل               | الصلابة النفسية | بعض   |
|          |       |   |       | 33,40 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                 |       |
|          |       |   |       | 41,24 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                 |       |
| غير دالة | 0,090 | 2 | 4,805 | 40,08 | 20 | سنتين فأقل               | الثقة في النفس  |       |
|          |       |   |       | 28,60 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                 |       |
|          |       |   |       | 38,74 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                 |       |

|          |       |   |       |       |    |                          |                  |               |
|----------|-------|---|-------|-------|----|--------------------------|------------------|---------------|
| غير دالة | 0,498 | 2 | 1,396 | 31,95 | 20 | سنتين فأقل               | التوكيدية        | خصائص الشخصية |
|          |       |   |       | 34,88 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                  |               |
|          |       |   |       | 38,96 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                  |               |
| غير دالة | 0,279 | 2 | 2,553 | 33,43 | 20 | سنتين فأقل               | الرضا عن الحياة  |               |
|          |       |   |       | 32,08 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                  |               |
|          |       |   |       | 40,58 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                  |               |
| غير دالة | 0,180 | 2 | 3,428 | 29,80 | 20 | سنتين فأقل               | الشعور بالسعادة  |               |
|          |       |   |       | 34,72 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                  |               |
|          |       |   |       | 40,84 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                  |               |
| غير دالة | 0,242 | 2 | 2,836 | 29,75 | 20 | سنتين فأقل               | التفاؤل          |               |
|          |       |   |       | 35,88 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                  |               |
|          |       |   |       | 39,72 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                  |               |
| غير دالة | 0,358 | 2 | 2,054 | 30,48 | 20 | سنتين فأقل               | الاستقلال النفسي |               |
|          |       |   |       | 36,02 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                  |               |
|          |       |   |       | 39,00 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                  |               |

|                                    |       |   |       |       |    |                          |                     |         |
|------------------------------------|-------|---|-------|-------|----|--------------------------|---------------------|---------|
| غير دالة                           | 0,119 | 2 | 4,264 | 33,23 | 20 | سنتين فأقل               | الكفاءة الذاتية     | السوية  |
|                                    |       |   |       | 30,84 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                     |         |
|                                    |       |   |       | 41,98 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                     |         |
| غير دالة                           | 0,072 | 2 | 5,268 | 30,45 | 20 | سنتين فأقل               | الانتماء            | المعيار |
|                                    |       |   |       | 32,18 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                     |         |
|                                    |       |   |       | 42,86 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                     |         |
| غير دالة                           | 0,712 | 2 | 0,680 | 33,35 | 20 | سنتين فأقل               | العمل               |         |
|                                    |       |   |       | 34,46 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                     |         |
|                                    |       |   |       | 38,10 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                     |         |
| دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) | 0,046 | 2 | 6,137 | 32,15 | 20 | سنتين فأقل               | المهارات الاجتماعية |         |
|                                    |       |   |       | 30,30 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                     |         |
|                                    |       |   |       | 43,38 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                     |         |
| غير دالة                           | 0,870 | 2 | 0,278 | 37,25 | 20 | سنتين فأقل               | المساندة الاجتماعية |         |
|                                    |       |   |       | 35,54 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                     |         |
|                                    |       |   |       | 34,06 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                     |         |

|          |       |   |       |       |    |                          |                                |         |
|----------|-------|---|-------|-------|----|--------------------------|--------------------------------|---------|
| غير دالة | 0,275 | 2 | 2,581 | 36,43 | 20 | سنتين فأقل               | المكانة الاجتماعية             | الخارجي |
|          |       |   |       | 30,64 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                                |         |
|          |       |   |       | 39,62 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                                |         |
| غير دالة | 0,979 | 2 | 0,042 | 34,78 | 20 | سنتين فأقل               | القيم الخلقية والدينية والحقوق |         |
|          |       |   |       | 35,58 | 25 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات |                                |         |
|          |       |   |       | 36,00 | 25 | ست سنوات فأكثر           |                                |         |

يظهر لنا من خلال الجدول (28) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ست سنوات فأكثر)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية (0,376) وهي أكبر من القيمة المعتمدة لمستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ ). كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بمعيار الصحة تبعاً لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ست سنوات فأكثر)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل: الصحة البدنية (0,952)، الصحة العقلية (0,701)، الصحة النفسية (0,387)، وهي قيم غير دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.05$ ).

كذلك يظهر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة ببعض سمات الشخصية السوية تبعاً لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ست سنوات فأكثر)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية ل Sig لكل من: الصلابة النفسية (0,183)، الثقة بالنفس (0,090)، التوكيدية (0,498)، الرضا عن الحياة (0,279)، الشعور بالسعادة (0,180)، التفاؤل (0,242)، الاستقلال النفسي (0,358)، الكفاءة الذاتية (0,119)، وهي قيم غير دالة عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.05$ ).

كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي تبعا لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ست سنوات فأكثر)، حيث جاءت القيمة الاحتمالية لهذه الأبعاد كما يلي: الانتماء (0,072)، العمل (0,712)، المساندة الاجتماعية (0,870)، المكانة الاجتماعية (0,275)، القيم الخلقية والدينية والحقوق (0,979)، وهي قيم غير دالة عند مستوى دلالة (0.05:  $\alpha$ )، في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرافقي مرضى الزهايمر في بعد من أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي (المهارات الاجتماعية) تبعا لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ستة سنوات فأكثر)، حيث بلغت القيمة الاحتمالية لـ Sig (0,046) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05:  $\alpha$ ).

ولمعرفة وتحديد ماهي المتوسطات الرتبية التي يوجد بينها فرق دال وأزواج المتوسطات التي ليس بينها فرق دال بالنسبة للمهارات الاجتماعية كان لا بد الرجوع إلى اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney Test) وقد ظهرت النتائج كما يلي:

جدول رقم (29): يبين نتائج اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U Test) لدلالة الفروق بين المجموعات في المهارات الاجتماعية تبعا لمدة المرافقة.

| المتغير             | مدة المرافقة             | العدد | متوسط الرتب | قيمة U  | القيمة الاحتمالية Sig لـ | الدلالة الاحصائية                  |
|---------------------|--------------------------|-------|-------------|---------|--------------------------|------------------------------------|
| المهارات الاجتماعية | سنتين فأقل               | 20    | 23,65       | 237,000 | 0,763                    | غير دالة                           |
|                     | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25    | 22,48       |         |                          |                                    |
|                     | سنتين فأقل               | 20    | 19,00       | 170,000 | 0,062                    | غير دالة                           |
|                     | ست سنوات فأكثر           | 25    | 26,20       |         |                          |                                    |
|                     | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25    | 20,82       | 195,500 | 0,021                    | دالة عند مستوى ( $\alpha : 0.05$ ) |
|                     | ست سنوات فأكثر           | 25    | 30,18       |         |                          |                                    |

يتضح من الجدول (29) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ ) بين مرافقي مرضى الزهايمر في المهارات الاجتماعية بالنسبة لمدة المرافقة (سنتين فأقل، ثلاث سنوات إلى خمس سنوات)، حيث بلغت قيمة Sig (0,763) وهذه القيمة أكبر من (0,05)، مما يعني أنه لا توجد فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في مدة مرافقتهم لمريضهم مدة قصيرة (سنتين فأقل) ومدة متوسطة (ثلاث سنوات إلى خمس سنوات).

وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha: 0.05$ ) بين مرافقي مرضى الزهايمر في المهارات الاجتماعية بالنسبة لمدة المرافقة حيث بلغت قيمة Sig (0,062) وهي قيمة أكبر من (0,05)، مما يعني أنه لا توجد فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في مدة مرافقتهم لمريضهم مدة قصيرة (سنتين فأقل) ومدة طويلة (ست سنوات فأكثر).

في حين وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha: 0.05$ ) بين مرافقي مرضى الزهايمر في المهارات الاجتماعية بالنسبة لمدة المرافقة (ثلاث سنوات إلى خمس سنوات، ستة سنوات فأكثر)، حيث بلغت قيمة Sig (0,021) وهذه القيمة أصغر من (0,05)، مما يعني أنه توجد فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في طول مدة مرافقتهم لمريضهم مدة متوسطة (ثلاث سنوات إلى خمس سنوات) ومدة طويلة (ست سنوات فأكثر)، مما يعني تحقق الفرضية السادسة جزئياً.

## 2.6. تفسير نتائج الفرضية السادسة:

تعد المهارات الاجتماعية أحد العوامل المهمة لتفاعل الفرد مع الآخرين وقدرته على الاستمرار في هذا التفاعل، ويعتمد نجاح التفاعل الاجتماعي على هذه المهارات باختلاف مواقف التفاعل الاجتماعي، كما يعد افتقار الفرد لمهارات التفاعل الاجتماعي الناجحة مع الآخرين أحد العوامل التي تضعف من قدرته على مقاومة الضغوط، كما أن المهارات الاجتماعية تعتبر قاعدة وشرط أساسي لتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي لدى الفرد على العموم، وعلى حد قول (الرب، 2003، ص. 27) المهارات الاجتماعية هي الأداة التي تمكن الفرد من التعامل مع الآخرين.

هذا ما أكدته كل من "أوكنر" و"فرانكل" (2006) O'connor & Frankel حيث عرفا المهارات الاجتماعية بأنها "القدرة على اكتساب بعض السمات الأساسية المطلوبة للتفاعل الاجتماعي الجيد مع الآخرين، مثل

القدرة على التفهم، الصداقة، الصبر، عدم الأنانية، التعاطف مع الآخرين وتقبلهم ضمن دائرة الأسرة أولاً والمدرسة ثانياً والعمل ثالثاً، ثم الحياة الاجتماعية بشكل عام" (سهير وبطرس، 2008، ص. 45).

أما "الكفوري" (1992) فيعتبر المهارات الاجتماعية مجموعة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية المتعلمة التي تحقق قدراً من التفاعل الإيجابي مع البيئة الاجتماعية سواء داخل إطار الأسرة أو خارجها، وتؤدي إلى تحقيق أهداف يتقبلها المجتمع ويرضى عنها (غماري، 2015، ص. 104).

ويذكر "ريجيو" (1987) Riggio أن المهارات الاجتماعية متعلمة نكتسبها عبر التفاعل الاجتماعي، فالمهارات الاجتماعية ليست خاصة أو سمة واحدة بعينها ولكنها زملة مهارات أساسية محددة حين تجتمع مع بعضها البعض ويتوازن ينشأ عنها نجاح الفرد الاجتماعي (سلامة، 1993، ص. 96)، وفي نفس السياق أضاف "جان" (2003) Jan أن المهارات الاجتماعية يكتسبها الفرد وعن طريقها يحقق التكيف والتفاعل الإيجابي مع الآخرين في إطار ما يرتضيه المجتمع (بوحنه ومزياني، 2018، ص. 220).

وعليه فالمهارات الاجتماعية تكتسب بالتعلم حيث أنها تتكون من خلال معايشة الخبرة أو التجربة (جمعة، 2009، ص. 221)، وهذا ما يتفق مع ما أثبتته نتائج بحثنا والمتمثلة في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المهارات الاجتماعية لجودة الحياة تبعاً لمدة المرافقة، حيث يوجد اختلاف في المهارات الاجتماعية بين عينتي المرافقين ذوي مدة المرافقة من ثلاث سنوات إلى خمس سنوات والمرافقين ذوي مدة مرافقة ست سنوات فأكثر، أي أنه كلما زادت مدة المرافقة كلما اكتسب مرافق مريض الزهايمر مهارات اجتماعية أكثر نتيجة تدريبه على مهمة المرافقة وممارسته لها، فتصبح لديه خبرة في طريقة التعامل مع مريض الزهايمر، وحتى تصل الأسرة إلى تقبل مرض أحد أفرادها بالزهايمر واكتساب مهارات اجتماعية فعالة، فهي تمر على عدة مراحل أولها مرحلة الصدمة التي تنشأ نتيجة ظهور مفاجئ وغير منتظر لعنصر جديد في حياة الأفراد، والتي تؤدي إلى عدم التكيف بسبب جهل طبيعة هذا المرض وكيفية التعامل مع المريض، ثم يصاب أفراد الأسرة بحالة من الإنكار كرد فعل نفسي دفاعي في بداية اكتشاف إصابة المسن بالزهايمر، تليها مرحلة أين يعتبر فيها أفراد الأسرة أنفسهم مسؤولين عن سوء حالة المريض مما قد يؤدي إلى الإفراط في العناية بالمريض بشكل قد يضره، أو الشعور بالفشل والعار والغضب الشديد والذي قد يتحول إلى عدوان موجه نحو المريض رغم حبهم له، مع صعوبة في إيجاد التوازن بين مهام مرافقة المريض والمسؤوليات الأخرى الأسرية والمهنية، ومادام المرافق لم يصل بعد إلى مرحلة التقبل فهو لا يزال يفتقر إلى المهارات الاجتماعية اللازمة التي تسمح له بالتكيف والتوافق مع ما يحيط به من أحداث وأفراد، أما مرحلة التقبل فتحدث لما يدرج

المرافق مرض أحد أفراد أسرته بالزهايمر كجزء من حياته وبتطور هذه المرحلة يجد المرافق نفسه في حالة من الخضوع التام للأمر الواقع، وبعد مدة زمنية يبدأ المرافق بالتعود على الوضعية والتكيف معها فيكتسب تدريجياً مع مرور سنوات المرافقة مهارات اجتماعية تمكنه من إيجاد حلول للمشكلات التي يتعرض لها أثناء أداء مهامه كمرافق، وتسيير انفعالاته حين يواجه مشكلة ما، يتعلم كيفية تحليل الموقف ووضع مجموعة من الحلول وتطبيقها، وإيجاد التوازن بين مهامه كمرافق لمريض الزهايمر والمسؤوليات الأخرى الملقاة على عاتقه، هذا ما يتفق مع وجهة نظر "عبد الفتاح" (2005) التي ترى بأن المهارات الاجتماعية عبارة عن سلسلة متصلة ومتكاملة من الأنماط السلوكية والوجدانية والمعرفية، كل منها يؤثر في الآخر وييسر اكتساب مهارة اجتماعية أخرى أكثر تعقيداً من السابق، هذه الأنماط السلوكية تصل إلى الاتقان بالتدريب والممارسة (غماري، 2015، ص. 104).

كما أن مرافقي مرضى الزهايمر بحاجة إلى التغذية المعرفية عن التشخيص والخدمات الصحية والاجتماعية، وفي هذا الصدد أكد كل من "برودتي" وآخرون أن القائمين بالرعاية يمكنهم القيام بمهامهم بشكل أفضل إذا قدم إليهم بعض التعليم أو التدريب، كما يذكر "عوض" أن المساندة للأسر التي ترعى مريض الزهايمر يمكن أن تساهم في تنمية المهارات الاجتماعية بواسطة تنمية معارفهم عن المرض، وصياغة خطة الرعاية، ومساعدة الأسرة في الوصول إلى موارد المجتمع، ومساعدتها بالمعلومات عن المرض (ما هو الزهايمر، وما هو متوقع عند تقدمه، التعرف على المشكلات السلوكية المتوقعة الحدوث وكيفية التعامل معها)، ومن خلال معرفة كل هذه الأمور يصبح المرافق أكثر كفاءة في التعامل مع مشكلات مريض الزهايمر ومواجهتها (موسى، حجازي وعبد الهادي، 2012، ص. 1214).

إن تنمية المهارات الاجتماعية لمرافق مريض الزهايمر في المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة والسيطرة عليها، وتسيير الانفعالات الناجمة عنها تمكنه في النهاية من الإدارة الناجحة للمهام الملقاة على عاتقه.



7- الاستنتاج العام:

تحدث إصابة أحد أفراد العائلة بالزهايمر مواقف ضاغطة ليس للمريض فحسب بل لجميع أفراد الأسرة، لأن العلاقة بين المرض والأسرة علاقة متبادلة فكلاهما يؤثر في الآخر، كما يعيش غالبية مرضى الزهايمر في منازلهم أين يتلقون الرعاية من أحد أفراد الأسرة، هذا بدوره يؤدي إلى بروز أدوار جديدة ترتبط بالرعاية الشاملة والتي لا تقتصر فقط على الرعاية الطبية من حيث الأدوية والجرعات المطلوبة، بل لا بد أن تتضمن أيضاً النواحي الاجتماعية من حيث علاقة أفراد الأسرة بالمريض، وعلاقاتهم مع بعضهم البعض إلى جانب توجيه أفراد الأسرة للطريقة السليمة في التعامل مع المريض وكيفية الرعاية المنزلية، والتي تشمل عمل روتين يومي للمريض وتقسيم أوقات الرعاية فيما بينهم فلا يلقى عبء الرعاية على فرد واحد داخل الأسرة، إلى جانب الرعاية النفسية للمريض لتجنب ظهور أعراض الاكتئاب لديه، وأشارت دراسة "محمد" (2011) إلى أن أسر المسنين المصابين بالزهايمر يعانون من ضغوط اجتماعية تؤثر على علاقاتهم الاجتماعية ترتبط بعلاقة أسرة المسن بأفراد أسرته، وضغوط متعلقة بعلاقتهم بالمجتمع الخارجي، وضغوط نفسية وصحية واقتصادية تؤثر على كيان الأسرة ككل (محمد، 2011، ص. 195).

وتختلف الأسر في قدرتها على التوافق مع أعباء رعاية مريض الزهايمر، هذا الاختلاف يرجع إلى التفاعل بين موارد الأسرة وحدة المواقف الضاغطة، ومن بين الموارد الخارجية للأسرة نجد المساندة الاجتماعية التي تساعد في اجتياز انفعالات كالحزن، الغضب، الإحباط، الخوف، الشعور بالذنب أو العار، عن طريق استخدام استراتيجيات مختلفة لتسيير هذه الانفعالات.

كما تساعد المساندة الاجتماعية على إعادة توزيع المسؤوليات بين أفراد الأسرة بما يتلاءم مع عبء رعاية المريض، لإحداث التوازن بين رعايتهم لمريضهم وأدوارهم الأخرى بما يحافظ على جودة حياتهم من ناحية وحتى لا تتأثر رعايتهم لمريضهم من ناحية أخرى، وبالتالي تسترجع الأسرة توازنها من الناحية الجسمية، النفسية، الاجتماعية، أي أن المساندة الاجتماعية تعمل على تحسين جودة حياة القائمين على رعاية مريض الزهايمر.

انطلاقاً مما سبق يمكننا القول بأن المساندة الاجتماعية من أهم الموارد الخارجية التي تساعد مرافق مريض الزهايمر في تسيير انفعالاته وتحسين درجة الشعور بجودة الحياة لديه، وعليه خلص البحث الحالي إلى مجموعة من النتائج، تم تفسيرها في ضوء التراث النظري والدراسات السابقة المتاحة وهي كما يلي:

✓ عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية، وعدم وجود فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة)، في حين توجد فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (التكيفية) تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، وعدم وجود فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات (غير التكيفية) تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة).

✓ عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها (داخل إطار الأسرة)، في حين توجد فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة)، وفيما يخص أبعاد جودة الحياة توجد فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في أبعاد الصحة البدنية، الرضا عن الحياة، والمساندة الاجتماعية تبعا لمستوى المساندة الاجتماعية، كما وجد اختلاف في بعد المساندة الاجتماعية لجودة الحياة تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة)، إضافة إلى وجود فروق في بعض سمات الشخصية السوية المتمثلة في: التوكيدية، الرضا عن الحياة، الشعور بالسعادة، التفاؤل، الاستقلال النفسي، وفي أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالمعيار الخارجي وهي: العمل، المهارات الاجتماعية، المساندة الاجتماعية، والمكانة الاجتماعية تبعا لمصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة).

✓ وجود فروق في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية لصالح الذكور من مرافقي مرضى الزهايمر، وعدم وجود فروق في مصادر المساندة الاجتماعية (داخل إطار الأسرة) بالنسبة للجنسين من مرافقي مرضى الزهايمر، كذلك وجود فروق في مصادر المساندة الاجتماعية (خارج إطار الأسرة) لصالح الذكور من مرافقي مرضى الزهايمر، ووجود فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات التكيفية لصالح الذكور في حين يوجد فروق في استراتيجيات تسيير الانفعالات غير التكيفية لصالح الإناث من مرافقي مرضى الزهايمر، وكذلك عدم وجود فروق في درجة الشعور بجودة الحياة بالنسبة للجنسين من مرافقي مرضى الزهايمر.

✓ عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية وفي مصادرها (داخل/ خارج إطار الأسرة) تبعا لمدة المرافقة.

✓ عدم وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في استراتيجيات تسيير الانفعالات (تكيفية/ غير تكيفية) تبعا لمدة المرافقة.

✓ وجود فروق بين مرافقي مرضى الزهايمر في بعد واحد من أبعاد جودة الحياة المتعلق بالمعيار الخارجي والمتمثل في: المهارات الاجتماعية تبعا لمدة المرافقة. وأهم ما كشف عنه هذا البحث ملخص في النقاط التالية:

- للمساندة الاجتماعية دور في تسيير الانفعالات وتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرافقي مرضى الزهايمر.

- استراتيجيات تسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة لا يتأثران بمستوى المساندة الاجتماعية ولكنهما يتأثران بمصادر المساندة الاجتماعية خاصة خارج إطار الأسرة (الأصدقاء والزملاء).

- المساندة الاجتماعية ومصادرها، واستراتيجيات تسيير الانفعالات متغيران يتأثران بالجنس، في حين أن درجة الشعور بجودة الحياة لا تتأثر بالجنس.

- المساندة الاجتماعية ومصادرها، واستراتيجيات تسيير الانفعالات متغيران لا يتأثران بمدة المرافقة، في حين تم التوصل إلى أن بعد المهارات الاجتماعية هو البعد الوحيد لجودة الحياة الذي يتأثر بمدة المرافقة.

وفي الختام نؤكد بأنه لولا وجود المساندة الاجتماعية سواء داخل إطار الأسرة أو خارجها لما تمكن مرافق مريض الزهايمر من إيجاد توازنه الانفعالي والحفاظ على جودة حياته النفسية، الجسمية والاجتماعية، وهذا ما يدعم قدرته ويزيد من قوته لمواجهة مختلف التحديات التي تعترضه.

### 8- التوصيات والاقتراحات:

في ضوء ما كشفت عنه نتائج بحثنا الحالي، ارتأينا تقديم بعض التوصيات والاقتراحات التي يمكن أن تخفف من حجم المشكلات التي تعاني منها شريحة مرافقي مرضى الزهايمر، وهذه التوصيات تتمثل فيما يلي:

- وضع برامج التربية الصحية التي تهدف إلى تعليم مرافقي مرضى الزهايمر كيفية تحقيق حياة صحية جسدية، نفسية واجتماعية ذات جودة لديهم، من خلال تزويدهم بمهارات تمكنهم من فهم احتياجات ومشكلات مريض الزهايمر وسبل التعامل السليم معه.

- تصميم برامج التربية العلاجية المتمحورة حول استراتيجيات التسيير المعرفي للانفعالات، تهدف إلى تدريب مرافق المريض على استخدام استراتيجيات تكيفية لتسيير مختلف الانفعالات التي تنتابه أثناء مرافقته لمريض الزهايمر، وهذا ما يمكنه من إيجاد التوازن بين احتياجاته كمرافق ومتطلبات الموقف الذي يعترضه.
- وضع برامج ارشادية تزود المرافقين بمعلومات مفصلة ومرجعية عن كيفية القيام بمهامهم اليومية بكفاءة.
- القيام بورشات تهدف إلى تدريب المرافقين ومساعدتهم على فهم مشكلات مرضاهم وسبل التعامل معها.
- التوعية المجتمعية بمرض الزهايمر، أعراضه والمشكلات المصاحبة له، وكذلك تنمية الوعي بأهمية دور الأسرة اتجاه مرضى الزهايمر من خلال وسائل الإعلام المقروءة، المسموعة والمرئية.
- انشاء مراكز للتكفل النهاري توفر أنشطة متنوعة لمرضى الزهايمر وتسمح لمرافقيهم بأخذ وقت للراحة واسترجاع الطاقة، أو مزاولة عملهم مما يخفف عنهم نوعا ما المشقة.
- انشاء جمعيات خاصة بمرافقي مرضى الزهايمر لتبادل الخبرات فيما بينهم.
- تشجيع مرافقي المرضى على الاشتراك في النوادي الرياضية والفكرية بغرض تنمية شبكتهم الاجتماعية والترفيه عن النفس.
- توفير خدمة الرعاية البديلة المؤقتة في المنزل من طرف الممرضين.
- تأليف كتب ارشادية من طرف المختصين النفسانيين والاجتماعيين والأطباء، تساهم في فهم ما يمر به المريض فهما أفضل، وفيما يلي بعض الكتب التي نوصي مرافقي المرضى بقراءتها:
  - \* يوم من 36 ساعة: بقلم "نانسي إل. ميسي" و "بيتر في. رابنيز".
  - \* دليل مقدم الرعاية، مرشد كامل في مجال الرعاية الصحية بالمنزل: اصدار رابطة التمريض المنزلي.
  - \* العناية بنفسك أثناء رعاية والديك المسنين: كيف تساعد ومتى تصمد: بقلم "كلير بيرمان".
  - \* التعايش مع مرض الزوج (ة) المزمّن: بقلم "كريس مكونغل".
  - \* كيف نعتني بأحبائنا مرضى الزهايمر: ترجمة "هند بنت مطلق العتيبي"، اصدار الجمعية السعودية الخيرية لمرض الزهايمر.

- خلق فضاء بشكل مستديم (خط هاتفي أو منصات عبر الأنترنت) لتوجيه وإرشاد مرافقي مرضى الزهايمر في حالة المواقف الطارئة التي تعترضهم أثناء توليهم رعاية مريضهم.

كما ندعو أيضا إلى توجيه المزيد من البحوث المستقبلية عن المساندة الاجتماعية لاستكمال باقي الأهداف المأمولة نحو النقاط التالية:

✓ نظرا لمحدودية العينة واقتصارها على عدد قليل من مرافقي مرضى الزهايمر، فإن الباحثة تقترح إجراء نفس البحث ولكن على عينة أخرى لا تمتاز خصائصها بنفس خصائص العينة المختارة في البحث الحالي.

✓ البحث عن دور المساندة الاجتماعية مع متغيرات نفسية أخرى، كالصلاية النفسية، مركز الضبط، السلوك الصحي وغيرها لدى مرافقي مرضى الزهايمر.

✓ إنجاز بحوث حول المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تواجه مرافقي مرضى الزهايمر.

✓ بناء مقاييس لتسيير الانفعالات وجودة الحياة خاصة بمرافقي مرضى الزهايمر.

### 9- خاتمة:

تحمل المساندة الاجتماعية في طياتها معنى المعاضدة والمؤازرة والمساعدة على مواجهة أعباء الحياة، إذ تعد بالنسبة للفرد من أهم المصادر الأساسية التي يحتاج إليها ولا يمكن الاستغناء عنها بأي حال من الأحوال لأنها ضرورية لاستمرار حياة الانسان وبقائه، فهي تشبه على حد قول "كوهين" و"وليس" Cohen & Willd & القلب الذي يضخ الدم إلى سائر أعضاء الجسم بما أنها هي التي تزود الفرد بالرعاية والحب والقبول من البيئة المحيطة به، والانتماء إلى مجتمعه الذي يعيش فيه، كل هذا يعزز لديه الشعور بالتقدير والاحترام.

فالمساندة الاجتماعية هي علاقات طويلة المدى يمكن للفرد الاعتماد عليها، وعلاقات تعاضد الفرد عند الحاجة، كما أن لها أثرا ملطفا على حياة الفرد متلقي المساندة، وتقوم بإشباع حاجاته من حب واحترام وتقدير وتفهم، حيث يتلقى الفرد المساندة الاجتماعية من البيئة التي يعيش فيها وتكون من الأشخاص ذوي الأهمية في حياته، كما تظهر أهمية المساندة في وقت الأزمات.

هذا الدور الحيوي للمساندة الاجتماعية حرك فينا شغف البحث والاطلاع على مختلف البحوث والدراسات التي تناولت علاقة المساندة الاجتماعية بعدة متغيرات نفسية، فاستنتجنا من خلالها أن الدعم الاجتماعي

يقوم بعدة وظائف منها: التوجيه والإرشاد، ويظهر في تقديم النصيحة ومد يد العون في المواقف المختلفة التي يتعرض لها المتلقي للدعم، وتنمية المشاعر الإيجابية السارة، كما أن فهم الانفعالات وتنظيمها مرتبط بالمساندة الاجتماعية، إذ أن تحديد الانفعال والمشاركة يعدان الأساس في تنمية الصداقة والمساندة والألفة، خاصة أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الاجتماعية المتاحة التي يمكن أن يستخدمها الفرد في أوقات الضيق والانفعال.

وفيما يخص التفاعل بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة فيمكن اعتبار المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين سواء داخل الأسرة أو خارجها عاملا هاما في تحسين جودة الحياة لديه، لأن العلاقات الاجتماعية المقبولة والمرغوبة من الفرد تعمل كحاجز ضد التأثير السلبي للمواقف الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية.

ومن جهة أخرى وبحكم أن تخصص علم النفس الصحة يهتم بالأصحاء والمرضى لا حظنا قلة البحوث والدراسات التي تهتم بفئة مرافقي المرضى بصفة عامة ومرافقي مرضى الزهايمر بصفة خاصة، بالرغم من أن هذه العينة من المجتمع تعتبر ميدانا خصبا للبحث والدراسة من الناحية النفسية والاجتماعية، فجرنا تفكيرنا إلى الاحتكاك بمرضى الزهايمر ومرافقيهم، فوجدنا تباينا بين مرافقي مرضى الزهايمر فهناك من اعترف بأن رعاية المريض تشكل عبئا كبيرا وتؤثر على صحتهم النفسية والجسمية لأن مهمة مرافقة المريض تقع على عاتقهم ولا تتم بالتناوب مع فرد آخر سواء بشكل دائم أو مؤقت، في حين صرح بعضهم أن تجربة الرعاية برمتها مُرضية، إذ تغذي بداخلهم الشعور برد الجميل إلى عزيز قدم لهم الكثير، ويعتقدون بأنهم إنما يؤدون واجبا عائليا نبيلًا والأهم أنهم لا يجدون بأن رعاية المريض تستنزفهم جسديا ونفسيا، وفي ذلك قول الرسول صل الله عليه وسلم: "عجبا لأمر المؤمن إن أمره كله خير، إن أصابته سراء شكر، فكان خير له، وإن أصابته ضراء صبر، فكان خير له"، وبهذا تصبح مهمة المرافقة ممتعة رغم ثقل أعبائها.

ومنه تبلور لدينا موضوع دور المساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين درجة الشعور بجودة الحياة لدى عينة من مرافقي مرضى الزهايمر، لأن الاهتمام بالمرافقين هو جزء من الاهتمام بالمرضى ورعايتهم.

ومع هذا تبقى النتائج المتوصل إليها من خلال بحثنا بحاجة إلى مزيد من البحث والدراسة بغية ضبط أكثر لهذه المتغيرات، باستخدام أدوات أخرى على عينة أكبر حجما، وبالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها.

وفي الأخير نتمنى أن يساهم بحثنا المتواضع في ميلاد أبحاث أخرى تهتم بمرافقي المرضى مع متغيرات أخرى لا تقل أهمية.



# قائمة المراجع



### - المراجع باللغة العربية:

1. القرآن الكريم.
2. إبراهيم، محمد نبيل هبة. (2005). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية لدى الأطفال المصابين بزملة داون*. رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
3. أبو حامد، سمير. (2009). *مرض الزهايمر -النسيان من نعمة إلى نقمة-*. دمشق: خطوات للنشر والتوزيع.
4. أبو حلاوة، محمد السعيد. (2010، 13-14 أبريل). *جودة الحياة - المفهوم والأبعاد*. بحث مقدم في المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، القاهرة.
5. أبو هاشم، السيد محمد. (2010). *النموذج البنائي للعلاقات بين المساعدة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة*. مجلة كلية التربية، 20(81)، 268-350.
6. أرنوط، بشرى إسماعيل أحمد. (2004). *المساندة الاجتماعية والتوافق المهني*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
7. أمطانيوس، ميخائيل. (2011). *الثبات والصدق والبنية العاملية لصورة معربة من مقياس دينر ولارسن وجرفن للرضا عن الحياة*. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، 9(2)، 11-37.
8. الببلاوي، إيهاب عبد العزيز والعثمان، إبراهيم عبد الله. (2012). *المساندة الاجتماعية والتوافق الزواجي وعلاقتها بالضغط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد*. مجلة كلية التربية، 36(1)، 739-778.
9. بدرية، علي. (2018). *التنظيم الانفعالي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة السويداء*. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، 40(3)، 61-86.
10. بكر، جوان إسماعيل. (2013). *جودة الحياة وعلاقتها بالقبول والانتماء الاجتماعيين*. الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.

## قائمة المراجع

11. بكر، فاطمة أحمد محمد. (2015). تحسين نوعية الحياة والتخطيط الاجتماعي. *المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية*، 1(2)، 410-422.
12. بلحسيني، وردة رشيد و بوسعيد، سعاد. (2017). إستراتيجيات تنظيم الانفعالات. *مجلة فكر وإبداع*، رابطة الأدب الحديث، 111، 183-208.
13. بهلول، سارة أشواق. (2009). *سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية*. رسالة ماجستير في علم النفس الصحة، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
14. بوحنة، حورية ومزياني، الوناس. (2018). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالرضا الوظيفي لدى ممرضي القطاع الصحي (دراسة ميدانية بمؤسسات القطاع الصحي بمدينة تقرت). *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، (32)، 217-228.
15. بوعيشة، أمال. (2014). *جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب في الجزائر (دراسة ميدانية)*. أطروحة دكتوراه في علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
16. بيترسن، ر. (2003). *داء الزهايمر: أبحاث وإجابات عملية حول معالجة فقدان الذاكرة والشيخوخة والعناية بها*. (مركز التعريب والترجمة، مترجم). لبنان: الدار العربية للعلوم.
17. جاب الله، شعبان. (1993). *علم النفس الاجتماعي والصحة النفسية*. في زين العابدين درويش (محرر)، *علم النفس الاجتماعي: أسسه وتطبيقاته* (ص ص. 227-234). القاهرة: دار غريب للنشر.
18. جبار، غانم عبد الستار، وحيدر، نوري خديجة. (2013). *التنظيم المعرفي للانفعال: استراتيجياته وصعوباته*. *مجلة العلوم التربوية والنفسية، الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية*، (103)، 233-355.
19. جريان، بكر ناجي سليم والشوارب، إباد. (2013). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى طلبة المرحلة الثانوية في قضاء حيفا*. رسالة ماجستير في علم النفس والإرشاد، جامعة عمان العربية، الأردن.

## قائمة المراجع

20. جسام، سناء أحمد. (2009). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتحسين جودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين. أطروحة دكتوراه في الإرشاد النفسي والصحة النفسية غير منشورة، معهد البحوث العربية، القاهرة.
21. جمعة، عبلة بساط. (2009). مهارات في التربية النفسية لفرد متوازن وأسرة متماسكة. بيروت: دار المعرفة.
22. جميعي، عصمت محمد عبد القوي. (2004). تقنيات التكيف لأفراد العائلة الرعاة لمرضى العته. رسالة دكتوراه في الصحة النفسية غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
23. حجازي، أحمد توفيق. (2006). الزهايمر كيف تحفظ دماغك شابا. الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
24. حسن، عبد الحميد سعيد، المحرزي، راشد بن سيف و ابراهيم، محمود محمد. (2006)، 17-19 نوفمبر). جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس. بحث مقدم في ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
25. حسين، مصطفى حسن. (2004). بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة وعلاقتها بسمات الشخصية لمدمني الهيروين. رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، مصر.
26. حميد، علا رافع. (2019). التنظيم المعرفي الانفعالي المعرفي وعلاقته مع التحيزات المعرفية لدى طلبة الجامعة. مجلة آداب الفراهدي، 11(39)، 500-529.
27. الخالدي، عبير نجم عبد الله. (2017). أهم المشاكل النفسية والاجتماعية المؤدية إلى الإصابة بمرض الزهايمر لدى كبار السن دراسة ميدانية لعينة من المصابين في مدينة بغداد. مجلة البحوث التربوية والنفسية، (53)، 235-260.
28. خرف الله، علي. (2015). المساندة الاجتماعية في العلاقة الخاصة كعامل وسيط للتخفيف من آثار الضغوط. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، (13)، 367-376.
29. الخشاب، ناجي عباس إسماعيل. (2002). دينامية العلاقة بين المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة والاكنتاب لدى مرضى الإيدز -دراسة إكلينيكية-. رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة عين شمس، مصر.

## قائمة المراجع

30. الداغ، مشاعل بنت عبد الرحمان. (2018). المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تواجه مقدمي الرعاية الأسرية لمرضى الخرف في المملكة العربية السعودية. *شؤون إجتماعية*، 35(138)، 153-181.
31. الدماصي، هاجر إسماعيل. (2010). *المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بجودة الحياة لدى المسنين*. رسالة ماجستير، جامعة بنها: مصر.
32. الدوسري، هياء. (2013). *بعض مشكلات مقدمي الرعاية الأسرية لمرضى الزهايمر*. رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، السعودية.
33. دياب، مروان عبد الله. (2006). *دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين*. رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
34. الديدوموني، شيماء أحمد محمد. (2009). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين*. رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الزقازيق، مصر.
35. الرب، أحمد جاد. (2003). *المهارات الاجتماعية وعلاقتها باضطراب الانتباه لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي*. رسالة ماجستير في علم النفس التربوي، جامعة حلوان، مصر.
36. رجب، رضا عبد القوي. (2018). *جودة الحياة لدى مقدمي الرعاية الأسرية وعلاقتها بمستوى رعايتهم لذويهم المسنين*. *مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين*، 1(59)، 151-188.
37. رضوان، شعبان جاب الله والشيبية، هويدا عبد الله عمر. (2017). *العلاقة بين المساندة الاجتماعية والأعراض النفسية الجسمية لدى عينة من طلاب الجامعة اليمنية*. دراسات عربية، 16(3)، 593-646.
38. الزبيدي، كامل علوان. (2009). *علم نفس الشيخوخة*. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.
39. زعطوط، رمضان. (2014). *نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين*. رسالة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
40. سايل، حدة وحيدة. (2015). *الشيخوخة المرضية والناجحة تناول خاص بالأمراض وجودة الحياة لدى المسنين*. *مجلة دراسات نفسية*، 5(11)، 119-144.

## قائمة المراجع

41. السرسى، أسماء وعبد المقصود، أماني. (2008). *مقياس المساندة الاجتماعية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
42. سعيد، حسن عبد الحميد، بن سيف، راشد والمحرزى، محمود محمد. (2006). *جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس*. *مجلة العلوم التربوية*، جامعة السلطان قابوس مسقط، (3)، 118 - 148.
43. سلامة، ممدوحة. (1993). *قراءات مختارة في علم النفس*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
44. سلوم، هناء عباس. (2015). *استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بجل المشكلات "دراسة مقارنة على عينة من طلاب المرحلة الثانوية وطلاب المرحلة الجامعية بمدينة دمشق"*. رسالة ماجستير في الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، جامعة دمشق، سوريا.
45. السنبل، منيرة عبد الله سليمان. (2014). *تصور مقترح في الخدمة الاجتماعية لتحسين قدرة مقدمي الرعاية على العناية بمرضى الزهايمر*. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، (52)، 99 - 162.
46. سهير، كامل أحمد وبطرس، بطرس. (2008). *اختبار المهارات الاجتماعية لأطفال الروضة كراسة التعليمات*. القاهرة: كلية رياض الأطفال.
47. سيد، الحسين حسن محمد. (2019). *الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وعلاقتها بالهناء الذاتي الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية*. *المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية*، (11)، 71 - 115.
48. الشاعر، درداح حسن. (2010). *اتجاهات طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة نحو المخاطرة وعلاقتها بكل من المساندة الاجتماعية وقيمة الحياة لديهم*. أطروحة دكتوراه في علم النفس غير منشورة، جامعة الأقصى، غزة.
49. شحتة، مروى محمد. (2009). *بعض الاقتراحات العلمية للتعايش مع مرضى الزهايمر "تطبيقات للأهل ومؤسسات الرعاية"*. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
50. الشربيني، لطفي. (2007). *الزهايمر المرض والمريض*. القاهرة: دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.

## قائمة المراجع

51. شقير، زينب. (2009). مقياس تشخيص معايير جودة الحياة (للعادين وغير العادين). مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
52. الشناوي، محمد محروس والسيد، محمد عبد الرحمان. (1994). المساندة الاجتماعية والصحة النفسية: مراجعة نظرية دراسات تطبيقية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
53. شويخ، هناء أحمد. (2007). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية: (مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية). القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.
54. شويطر، خيرة. (2017). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الأمهات على ضوء متغيري الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية. أطروحة دكتوراه في علم النفس، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، وهران.
55. الشيمي، نجلاء فتحي عبد الرحمان عفيفي. (2019). تنظيم الانفعال وعلاقته بجودة الحياة لدى طلاب الجامعة. المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، 4(23)، 241-265.
56. الصبان، عيبر بنت محمد حسن. (2003). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة. رسالة دكتوراه في علم النفس غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
57. الصبوة، محمد نجيب أحمد. (2008). علم النفس الإيجابي، تعريفه وتاريخه وموضوعاته والنموذج المقترح له. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
58. الصفتي، وفاء صالح مصطفى وإبراهيم، هند محمد. (2015). فاعلية تطبيق برنامج تدريبي لجلس المسن بأساليب الرعاية المنزلية المتكاملة للمسن. المجلة المصرية للاقتصاد المنزلي، (31)، 1-38.
59. صلاح، حمدان الحاج أحمد ونجدة، محمد عبد الرحيم. (2017). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى الأطفال الفلسطينيين في مناطق المواجهة. مجلة العلوم التربوية، 18(4)، 95-110.
60. طه، عبد العظيم حسين وسلامة، عبد العظيم حسين. (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية. عمان: دار الفكر.

## قائمة المراجع

61. عبد الحليم، هبة. (2013). الزهايمر: الذكر، البرنامج التربوي للذاكرة وتحجيم الزهايمر. مصر: دار الجامعة الجديدة.
62. عبد الخالق، أحمد محمد. (2008). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج أولية. دراسات نفسية، 18(2)، 247-257.
63. عبد ربه، هبة. (2013). الزهايمر التذكرة البرنامج التنموي للذاكرة وتحجيم الزهايمر. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
64. عبد الرسول، فتحي محمد. (2015). البحوث النفسية والتربوية (البحث التربوي-أسس وقواعد). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
65. عبد الفادي، دانيال عفاف. (2008). مقياس المساندة الاجتماعية. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
66. عبد الهادي، سامر. (2019). مستوى تنظيم الانفعال بين الأشخاص لدى طلبة مرحلة البكالوريوس في جامعة الفلاح في دبي. دراسات العلوم التربوية، 46(2)، 238-259.
67. عبيدات، محمد، أبو نصار محمد ومبيضين، عقلة. (1999). منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات. عمان: دار وائل.
68. العبيدي، إبراهيم محمد والدامغ، سامي عبد العزيز. (2001). مرض الخرف في المملكة العربية السعودية: انتشاره والخصائص المرتبطة به. الرياض: مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية.
69. العتيبي، بندر بن محمد حسن. (2008). اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف. رسالة ماجستير في التوجيه التربوي والمهني، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
70. عشاوي، فيفان أحمد فؤاد علي. (2001). العلاقة بين التعرض لمثيرات المشقة والإصابة بسرطان الثدي مع إشارة خاصة إلى التأثير المعدل لبعض سمات الشخصية. رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة القاهرة، مصر.
71. عطية، وليد. (2017). مناهج البحث العلمي بين جدول التصنيف وطرائق الاستخدام. في نادية سعيد عيشور (محرر)، (209-244). قسنطينة: مؤسسة حسين راس الجبل للنشر والتوزيع.

## قائمة المراجع

72. عفانة، محمد جاسر زكي. (2018). *التنظيم الانفعالي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة*. رسالة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
73. علام، سحر فاروق. (2012). *جودة الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة*. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 11(3)، 243-306.
74. علي، عبد السلام علي. (2000). *المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية*. مجلة علم النفس، 53(9)، 22-9.
75. علي، عبد السلام علي. (2005). *المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العلمية*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
76. عمران، لخضر. (2009). *الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين*، رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، جامعة باتنة، الجزائر.
77. عمر، أحمد مختار. (2008). *معجم اللغة العربية المعاصرة*. القاهرة: عالم الكتب.
78. غانم، فاطمة. (2015). *الخصائص السيكومترية لاختبار الذكاء العاطفي دراسة ميدانية على طلبة الجامعة*. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 21(21)، 319-334.
79. غانم، محمد حسن. (2002). *المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية*. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 1(3)، 35-89.
80. غسان، جعفر. (2005). *خرف الشيخوخة*. بيروت: دار الحكايات.
81. غماري، فوزية. (2015). *أهمية برنامج إرشادي لتدريب المهارات الاجتماعية في تحسين فاعلية الذات لدى تلاميذ متعرضين لمضايقة أقرانهم في المحيط المدرسي*. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة، جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله، الجزائر.
82. الغندور، العارف بالله محمد. (2016، 29 يوليو). *أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة*. استرجعت من <http://search.mandumah.com/Record/31437>.



## قائمة المراجع

83. فايد، حسين علي محمد. (1998). الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية. *مجلة دراسات نفسية*، 8(2)، 153-192.
84. فايد، حسين علي محمد. (2001). *دراسات في الصحة النفسية*. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
85. فيكان، رياض نجيب. (2008). *كيف نتعامل مع الزهايمر*. بيروت: دار الساقى للطباعة والنشر.
86. قارة، سعيد وجبالي، نور الدين. (2013). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. *مجلة الحقيقة*، 12(27)، 539-560.
87. قنون، خميسة. (2007). *الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية دراسة على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" بالمستشفى الجامعي لولاية باتنة*. رسالة ماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
88. كاظم، علي مهدي والبهادلي، عبد الخالق نجم. (2006). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين "دراسة ثقافية مقارنة". *مجلة الأكاديمية العربية المفتوحة*، 2007(3)، 67-87.
89. الكردي، فوزية إبراهيم رباح. (2012). *الإسناد الاجتماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية السعودية*. رسالة ماجستير في علم النفس غير منشورة، الأكاديمية العربية المفتوحة، الدنمارك.
90. كفاقي، علاء الدين. (2014). *الانفعالات*. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
91. لطاد، ليندة وآخرون. (2019). *منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية*. ألمانيا: المركز العربي للدراسات الإستراتيجية والسياسية والإقتصادية.
92. مالود، فاطمة ذياب. (2018). المناعة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى طلبة كلية التربية للعلوم الإنسانية. *مجلة الباحث*، 27(27)، 415-431.
93. مبارك، بشرى عناد. (2008). *الإسناد الاجتماعي وعلاقته بالعزلة الاجتماعية لدى شرائح اجتماعية مختلفة من النساء الأرامل*. *مجلة الفتح*، 32(32)، 186-226.

## قائمة المراجع

94. مبارك، بشرى عناد. (2012). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. *مجلة كلية الآداب*، 2 (99)، 714-771.
95. مجدي، عبد الكريم حبيب. (2006). *فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين*. بحث مقدم في وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
96. محمد، شيماء محمد رمضان. (2011). *الضغوط الاجتماعية لأسر مسنين مرضى الزهايمر ومحددات العمل معها من منظور نموذج الحياة*. رسالة ماجستير في الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، مصر.
97. مخيمر، عماد. (1997). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الإكتئاب لدى الشباب الجامعي. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، 7(17)، 103-138.
98. مرسي، كمال إبراهيم. (2000). *السعادة وتنمية الصحة النفسية (مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس)*. القاهرة: دار النشر للجامعات.
99. مشري، سلاف. (2014). جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي (دراسة تحليلية). *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*، 8(8)، 215-237.
100. مظلوم، مصطفى علي رمضان. (2017). تنظيم الانفعال وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة "دراسة سيكومترية -كلينيكية". *دراسات عربية في التربية وعلم النفس*، 82 (5)، 141-212.
101. مفتاح، محمد عبد العزيز. (2010). *مقدمة في علم النفس الصحة مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات (ط. 1)*. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
102. ملحم، سامي محمد. (2014). *علم نفس النمو دورة حياة الإنسان*. الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.
103. ملكوش، رياض ويحي، خولة. (1995). *الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى أبناء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان*. *مجلة دراسات العلوم الإنسانية*، 22 (5)، 2329-2348.

## قائمة المراجع

104. المنجد في اللغة والأعلام. (1982). بيروت: دار المشرق.
105. منسي، محمود عبد الحليم وكاظم، علي مهدي. (2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان. مجلة الأكاديمية الأمريكية للعلوم والتكنولوجيا، 1(1)، 41-60.
106. موسى، وسام عبد المعبود علي، حجازي، عزة عبد الغني وعبد الهادي، سوسن إسماعيل. (2012). برنامج إرشادي لخفض القلق لدى القائمين برعاية مرضى الزهايمر. مجلة البحث العلمي في التربية، 2(13)، 1213-1227.
107. النابلسي، حياة. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسي والتوافق مع الحياة الجامعية. رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة دمشق، دمشق.
108. النوبي، علي محمد. (2012). الخرف لدى المسنين الاتجاهات الحديثة في التشخيص والعلاج وكيفية التعامل. عمان: دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
109. الهمص، صالح إسماعيل عبد الله. (2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة. رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.
110. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. (2018، 4 ديسمبر). صحة المسنين - الزهايمر. استرجعت من <https://www.gov.sante>.
111. يخلف، عثمان. (2001). علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة. قطر: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.

112. Aldo, A. & Hoehsem, S. (2010). specificity of cognitive emotion regulation strategies : A transdiagnostic examination. *Behavior research and therapy*, 48 (10), 974- 983.
113. American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. France: Elsevier Masson.
114. ANAES. (Mai, 2003). *Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. En ligne <http://www.centre-alzheimer-jeunes.fr/wp-content/uploads/2015/12/Recomandations-ANAES-2003-prise-en-charge-non-m%C3%A9dicamenteuse.pdf>, consulté le 6 Septembre 2018.
115. Bananno, G., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible, the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychology science*, 15(7), 482- 487.
116. Bergman, C. S., Plomi, R., Pedersen, N. L. & Mc Clean, G. E. (2008). Genetic mediation of the relationships between social support and psychological well-being. *Psychology and aging*, 6(4), 640- 646.
117. Bishop, M. & Feist-price, S. (2002). Quality of life assessment in the rehabilitation counseling relationship strategies and measures. *Journal of applied rehabilitation counseling*, 33(1), 35- 46.
118. Bouaza, S. & Boudraa, L. (2017). *Maladie d'Alzheimer : prise en charge a propos d'un cas clinique*. Mémoire de fin d'études en vue d'obtention du diplôme de docteur en médecine, Université Abderrahmane Mira, Bejaia.
119. Brackett, M. A., Palomero, R., Mojsakaja, J., Rayes, M. R. & Salovey, P. (2010). Emotion regulation ability, burnout & job satisfaction among British secondary school teachers. *Journal of psychology in the school*, (47), 406- 417.
120. Brans, K., Koval, P., Verduyn, Lim, Y. & Kuppens, P. (2013). The regulation of negative and positive affect in daily life. *Emotion*, 13(5),1- 14.
121. Breton, M-C. & Turgeon, M. (Mars, 2015). *Traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. En ligne [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS-Rapport\\_ETS\\_TraitementPharmacoAlzheimer.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS-Rapport_ETS_TraitementPharmacoAlzheimer.pdf), Consulté le 6 Septembre 2018.
122. Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.
123. Brunel M. (1995). La place des émotions en psychologie et leur rôle dans les échanges conversationnels. *Santé mentale en Québec*. 20(1), 177- 205.
124. Charles, H. & Rudolf, M. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structural model. *Journal of abnormal psychology*, 100(1), 31-38.

125. Ciarrochi, J., Heavenm P. C. & Supavadeeprasit, S. (2008). The link between emotion identification skills and socio-emotional functioning in early adolescence: a 1-year longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 31(5), 565- 582.
126. Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, Social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310- 357.
127. Cohen, P.H. (1998). *La qualité de vie est-elle un concept ? Essai de revue critique de la littérature anglo-saxonne*. Bruxelles : Laboratoire de psychologie médicale.
128. Diener, E., Suh, E. M., Lucasm R. E. & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
129. Doody, R. S., Massman, P. & Dunn, K. (Mars, 2001). *A method for estimating progression rates in Alzheimer disease*. En ligne <https://jamanetwork.com> , consulté le 09 Aout 2020.
130. Dubé, L. & Paquet, C. (2003). Les émotions : l'aspect négligé dans l'organisation des soins de santé centrée sur le patient. *Gestion, Montréal*, 28(2), 11- 28.
131. Dverholser, J. & al. (1990). Life stress and social support in depressed patients. *Behavioral medicine*, 16(3), 125- 132.
132. Dyer, K., Hyer, K., Feldt, K., Lindemann, D., Busby-Whitehead, J., Greenberg, S. & al. (2003). Fail older patient care by interdisciplinary teams: a primer for generalists. *Gerontology & Geriatrics Education*, 24(2), 51- 62.
133. Ferreri, M. (1993). *Clinique et psychopathologie du stress*. Boulogne : Screening.
134. Fisher, N.G. & Taraquino,C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (Olivier Desrichard, Trad.). Paris: Dunod.
135. Flanagan, J. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 63(9), 56- 63.
136. Fleming, K., Adamsm A. & Paterson, R. (1995). Dementia: diagnosis and evaluation. *Mayo clinic proceeding*, 70(11), 1093- 1107.
137. Fredricksonm B. & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and emotion*, 19(3), 313- 332.
138. Garnefski N., Kommer T. V., Kraaij V., Teerds J., Legerstee J. & Onstein E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparaison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403- 420.
139. Garnefski N., & Kraaij V .(2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences* 41 (6), 1045- 1053.

140. Garnefski N. & Kraaij V. (2007). The cognitive emotion regulation Questionnaire psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of psychological assessment*, 23 (3). 141- 149.
141. Goleman, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle : comment transformer ses émotions en intelligence*. Paris: éditions Robert Laffont,S.A.
142. Gratz, K. L. & Reomer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26 (1), 41-54.
143. Gratz, W. & Mohr, M. (1987). Quality of life: concepts and measurements. *Social indicators research*, (19), 15- 24.
144. Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, Present, Future. *Cognition and emotion*, 13 (5), 551- 573.
145. Gross J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281- 291.
146. Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two-emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85 (2), 348- 362.
147. Gross, J.J., Richards, J. & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. Q. Simpson & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). Washington: American Psychological Association.
148. Gross J.J., & Thompson R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.j. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation*, (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
149. Gross J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
150. Gross, James. (2008). Emotion regulation, *Handbook of emotion*, 3(3), 497- 513.
151. [https://www.123rf.com/photo\\_72363457\\_stock-vector-human-brain-in-two-halves-healthy-and-alzheimer-s-disease-healthy-neuron-and-neuron-with-amyloid-pla.html](https://www.123rf.com/photo_72363457_stock-vector-human-brain-in-two-halves-healthy-and-alzheimer-s-disease-healthy-neuron-and-neuron-with-amyloid-pla.html).
152. Haymoz S. (2013). *Développent d'un programme d'intervention basé sur le modèle de l'ouverture émotionnelle et évaluation de son impact sur le traitement affectif*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Fribourg, Suisse.
153. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. London: Addison-Wesley Publishing Company.
154. Institute of medicine. (2001). "Committee on health and behavior research, practice, and policy", *health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influence*. En ligne <http://doi.org/10.17226/9838>, consulté le 2 Avril 2021.

## قائمة المراجع

---

155. James W. (1884). What is an emotion?, *American Psychological Association*, 9(34), 188-205.
156. Josse, C. (2015). *Prise en charge psychomotrice de la régulation émotionnelle chez un enfant présentant un TDA/H*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, Université Paul Sabatier, Toulouse III.
157. Kaplan, J., Sallis, J. & Patterson, T. (1993). *Health and human behavior*. New York: Mc Graw hill Inc Publisher.
158. Keltner, D. & Gross James. (1999). Functional Accounts of emotions. *Cognition and emotion*, 13 (5), 467- 480.
159. Krauth-Gruber S. (2009). La régulation des émotions. *Revue électronique de psychologie sociale*, (4), 32- 39.
160. Kropf, N. (1992). Home Health and community service. In A. Shneider and N. Kropf (Eds.), *Gerontological social work* (pp. 137- 201). Philadelphia: Davis Company.
161. Langis, A. (2018). *Efficacité d'un programme de régulation des émotions à l'intention des hommes proches aidants d'une personne malade atteinte de troubles neurocognitifs majeurs*. Mémoire doctoral en psychologie, Université Laval, Canada.
162. Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
163. Lepore, J. (1994). Social support. *Encyclopedia of human behavior*, (4), 247- 251.
164. Lucker, L., Hovaguimian, F., Navillem A. & Groebli, F. (2003). *La maladie d'Alzheimer: Parcours du combattant*. Genève : Immersion en communauté.
165. Luquet, V. (2011). *Dossier documentaire les aidants et l'aide aux aidants*. Paris : Cleirppa.
166. Maurer, K., Volk, S. & Gerbaldo, H. (1997, 01 Novembre). *Alzheimer la maladie du siècle*. En ligne <http://www.larecherche.fr/savoirs/dossier/auguste-premiere-patiente-du-docteur-alzheimer>, consulté le 29 Septembre 2021.
167. Mauss, I. B., Robert Z., Levenson, L., Mc Carter, Frank H. W. & Gross J. J. (2005). The Tie That Binds? Coherence among Emotion Experience, Behavior, and Physiology. *American Psychological Association*, 5(2), 175- 190.
168. Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, L. & Nélis, D. (2014). *Les compétences émotionnelles*. Paris: Dunod.
169. Montreuil, M., Tazopoulou, E. & Truelle, J.L. (2009, 3 Février). *La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuelle*. En ligne <http://noesis.crifst.ro>, consulté le 29 juillet 2018.
170. Muriel, S. (2011). *Emotion, santé et compétences émotionnelles des aidants naturels accompagnant un proche atteint de démence*. Fribourg : Haute école de santé.

## قائمة المراجع

---

171. Neill, J. (2006). *what is psychological resilience?*. En ligne <http://www.wilderdom.com/psychology/resilience/psychologicalresilience.html006>, consulté le 3 Janvier 2021.
172. Ochsner, K. N. & Gross J. J. (2008). Cognitive Emotion Regulation, Insights From Social Cognitive and Affective Neuroscience. *Association for Psychological Science*, 17(2), 153- 158.
173. Ollivetm C. (2006). *L'aidant familial : une place affirmée depuis le 3<sup>ème</sup> plan Alzheimer*. En ligne [https://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/La%20souffrance%20familiale%20C\\_%20OLLIVET.pdf](https://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/La%20souffrance%20familiale%20C_%20OLLIVET.pdf), consulté le 5 Mai 2019.
174. Omran, Majid Pourfaraj. (2011). Relationship between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. *Open journal of psychiatry*, (1), 106- 109.
175. Organisation mondiale de la santé. (Septembre, 2019). Démence. En ligne <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, Consulté le 20 octobre 2019.
176. Pavan, M. & Pierrot, M. (2007). Accompagner une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : Aspect du deuil et pistes de soutien. *Recherche en soins infirmiers*, (89), 76- 102.
177. Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M. & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the Impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and individual differences*, 49(5), 368-373.
178. Ribau, C. (2003). *Analyse de la recherche infirmière sur la qualité de vie et le versant subjectif de la maladie en Amérique du Nord: Présentation d'un courant de recherche qualitatives*. Stage et essai en science infirmière, Montréal : Université de Montréal.
179. Rubin, R. (2000). Diabetes and quality of life. *Diabetes spectrum*, 13(1), 1- 21.
180. Ryff, C. (1989). Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069- 1081.
181. Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). Countours of positive human health. *Psychological Inquiry*, (9), 1-28.
182. Ryff, C., Dienberg, G., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman M. & al. (2006). Psychological well-being and being: Do they have distinct or mirrored biological correlates?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(2), 85- 95.
183. Sellal, F. & Kruczek, E. (2001). *Maladie d'Alzheimer*. France: Doin.
184. Selmés, J. (2004). *La maladie d'Alzheimer accompagnez votre proche au quotidien*. Paris: John Libbey Eurotext.
185. Shahsavarani, A. M., Ashayeri, H., Lotfian, M. & Sattari, K. (2013). The effects of stress on visual selective attention: the moderating role of personality factors. *Journal of American science*, 9 (6), 1-16.



## قائمة المراجع

---

186. Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4), 11-36.
187. Sorié, I., Peneziém Z. & Burié, I. (2013). Big five personality traits, cognitive appraisals and emotion regulation strategies as predictors of achievement emotions. *Psychological topics*, (2), 325-349.
188. Spilker, B. & Revicki, D. (1996). Taxonomy of quality of life. In Spilker B (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 25-31). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
189. Stillmunkés, S., Loubatières, M., Chicoulaa B., Bismuth, S., Villars, H. & Oustric, S. (2015). Factors influencing main caregivers burden of community dwelling Alzheimer's patients. *a systematic review*, 7(1), 29-36.
190. Thibaut, J.W. & Kelley, H.H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Transaction Publishers.
191. Thomas, P. & Hazif, C. (2004). Maladie d'Alzheimer et fragilité du system familial, *NPG Neurologie-Psychiatrie- Gériatrie*, 4(22), 23- 26.
192. Touchon, J. & Portet, F. (2000). *Guide pratique de la maladie d'Alzheimer*. Paris : MMI Editions.
193. Turcotte, M. (Septembre, 2013). *Etre un aidant familial : quelles sont les conséquences?*. En ligne <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2013001/article/11858-fra.pdf>, consulté le 5 février 2020.
194. Vaariam, M. (2007). Care patient's quality of life. In Hardon Mollenkopf & Alan Walkers (Ed.), *Quality of life old age international and mult disciplinary perspective*, (pp. 1- 15). Social indicators research series.
195. Veronique, C.A. (2008). Evaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle. La suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Revue européenne de psychologie appliquée*. 59(1), 59- 67.
196. Vézina, Jean & Lavoie, Mélanie Belzile. (2015). Les proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté : défis et pistes de solution. In Simon Grondin (Eds), *La psychologie au quotidien 2* (pp. 93- 118). Canada : Les presses de l'université de Laval.
197. Wade, C. & Tavris, C. (1987). *Psychology*. New York: Harper & Row Publisher.
198. Zaki, J. & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810.
199. Zidouni, H. (Avril, 2020). *Démographie algérienne 2019*. Alger : La direction technique chargée des statistiques de population et de l'emploi, en ligne <http://www.ons.dz>, consulté le 20 Mars 2020.



قائمة الملاحق

الملحق رقم (1): رخصة الدخول إلى مصالحي طب الأعصاب.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر\*2\* أبو القاسم سعد الله  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس

مصلحة الدراسات العليا



- إلى السيد: مدير مستشفى عبد القادر بخوروخة - بن مكنون -

ببحث ميداني حول:

الموضوع: \* دور الساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين الحياة  
لدى مرافق مريض الزهايمر \*

يشرفني سيدي، أن أطلب من سيادتك السماح  
للطالب (ة) : " بن خنيش أمينة" بالقيام ببحث ميداني  
في مؤسساتكم ونحيطكم علما، أن الطالب (ة) المذكور(ة)  
يحضر حاليا بحثا على مستوى قسمنا لنيل  
شهادة دكتوراه طور الثالث ل.م.د. تخصص " علم النفس الصحة "

تقبلوا منا سيدي فائق الاحترام والتقدير.

الجزائر في: 2018/02/20

نائب العميد المكلف بالدراسات العليا :

أستاذة الدكتور زقمار  
مصلحة الدراسات العليا  
كلية العلوم الاجتماعية



E.H.S.A.L. Hospital Ben-Akroun  
SERVICE NEUROLOGIE  
Pr. W. AMRABEDJOU

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر \*2\* أبو القاسم سعد الله  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس

مصلحة الدراسات العليا



- إلى السيد: مدبر مستشفى محمد لمين دباغين - باب الوادي -

ببحث ميداني حول:

الموضوع: \* دور الساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين الحياة  
لدى مرافق مريض الزهايمر \*

يشرفني سيدي، أن أطلب من سيادتكم السماح

للطالب (ة): " بن خنيش أمينة" بالقيام بببحث ميداني

في مؤسساتكم ونحيطكم علما، أن الطالب (ة) المذكور(ة)

يحضر حاليا بحثا على مستوى قسمنا لنيل

شهادة دكتوراه طور الثالث ل.م.د. تخصص " علم النفس الصحة "

تقبلوا مناسيدي فائق الاحترام والتقدير.

الجزائر في: 2018/02/20

نائب العميد المكلف بالدراسات العليا :

د. فاطمة العنيد لما بعد التدرج  
والبحر العلمي والعلاقات الخارجية  
الدكتور: فتحي زقمار

المركز الاستشفائي الجامعي لباب الوادي  
Centre Hospitalo-Universitaire de Bab El Oued  
طبيب الاعصاب  
SERVICE NEUROLOGIE  
Pr. H. KARLOU  
Maitre de Conférences - A-  
Chef de Service

B. BOUSSEMHA  
Psychologue Orthophoniste  
Principale

الملحق رقم (2): مقياس التسيير المعرفي للانفعالات في صورته الأصلية.

**Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ)**

Tout le monde se trouve un jour ou l'autre confronté à des événements négatifs ou désagréables et chacun y réagit à sa façon. En répondant aux questions suivantes, on vous demande ce que vous pensez généralement lorsque vous vivez des événements négatifs ou désagréables.

" Lorsque je vie des évènements négatifs ou désagréable ..."

|  | <b>Presque<br/>jamais</b> | <b>Parfois</b> | <b>Régulière-<br/>ment</b> | <b>Souvent</b> | <b>Presque<br/>toujours</b> |
|--|---------------------------|----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|
| 1. J'ai le sentiment que je suis celui/celle à blâmer pour ce qui s'est passé.                 |                           |                |                            |                |                             |
| 2. Je pense que je dois accepter que cela se soit passé.                                       |                           |                |                            |                |                             |
| 3. Je pense souvent à ce que je ressens par rapport à ce que j'ai vécu.                        |                           |                |                            |                |                             |
| 4. Je pense à des choses plus agréables que celles que j'ai vécues.                            |                           |                |                            |                |                             |
| 5. Je pense à la meilleure façon de faire.   |                           |                |                            |                |                             |
| 6. Je pense pouvoir apprendre quelque chose de la situation.                                   |                           |                |                            |                |                             |
| 7. Je pense que tout cela aurait pu être bien pire.  |                           |                |                            |                |                             |
| 8. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est bien pire que ce que d'autres ont vécu.           |                           |                |                            |                |                             |
| 9. J'ai le sentiment que les autres sont à blâmer pour ce qui s'est passé.                     |                           |                |                            |                |                             |
| 10. J'ai le sentiment que je suis responsable de ce qui s'est passé.                           |                           |                |                            |                |                             |
| 11. Je pense que je dois accepter la situation.  |                           |                |                            |                |                             |
| 12. Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu. |                           |                |                            |                |                             |
| 13. Je pense à des choses agréables qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai vécu.               |                           |                |                            |                |                             |
| 14. Je pense à la meilleure manière de faire face à la situation.                              |                           |                |                            |                |                             |
| 15. Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé.               |                           |                |                            |                |                             |
| 16. Je pense que d'autres passent par des expériences bien pires.                              |                           |                |                            |                |                             |
| 17. Je repense sans cesse au fait que ce que j'ai vécu est terrible.                           |                           |                |                            |                |                             |
| 18. J'ai le sentiment que les autres sont responsables de ce qui s'est passé.                  |                           |                |                            |                |                             |
| 19. Je pense aux erreurs que j'ai commises par rapport à ce qui s'est passé.                   |                           |                |                            |                |                             |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 20. Je pense que je ne peux rien changer à ce qui s'est passé.                          |  |  |  |  |  |
| 21. Je veux comprendre pourquoi je me sens ainsi à propos de ce que j'ai vécu.          |  |  |  |  |  |
| 22. Je pense à quelque chose d'agréable plutôt qu'à ce qui s'est passé.                 |  |  |  |  |  |
| 23. Je pense à la manière de changer la situation.                                      |  |  |  |  |  |
| 24. Je pense que la situation a aussi des côtés positifs.                               |  |  |  |  |  |
| 25. Je pense que cela ne s'est pas trop mal passé en comparaison à d'autres situations. |  |  |  |  |  |
| 26. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est le pire qui puisse arriver à quelqu'un.   |  |  |  |  |  |
| 27. Je pense aux erreurs que les autres ont commises par rapport à ce qui s'est passé.  |  |  |  |  |  |
| 28. Je pense qu'au fond je suis la cause de ce qui s'est passé.                         |  |  |  |  |  |
| 29. Je pense que je dois apprendre à vivre avec ce qui s'est passé.                     |  |  |  |  |  |
| 30. Je pense sans cesse aux sentiments que la situation a suscités en moi.              |  |  |  |  |  |
| 31. Je pense à des expériences agréables.   |  |  |  |  |  |
| 32. Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire.                          |  |  |  |  |  |
| 33. Je cherche les aspects positifs de la situation.                                    |  |  |  |  |  |
| 34. Je me dis qu'il y a pire dans la vie.   |  |  |  |  |  |
| 35. Je pense continuellement à quel point la situation a été horrible.                  |  |  |  |  |  |
| 36. J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé.        |  |  |  |  |  |

### الملحق رقم (3): مقياس التسيير المعرفي للانفعالات في صورته الأولية.

#### التعليمة للمشارك:

الجميع معرض يوما ما لأحداث سلبية أو مزعجة وكل منا يستجيب لها بطريقة الخاصة، نطلب منكم الإجابة على الأسئلة التالية والتي تعبر عن احساسكم عموما لما تعيشون أحداث سلبية أو مزعجة. حين أعيش أحداث سلبية أو مزعجة:

| رأي الأساتذة المحكمين |                    | عبارات المقياس                                    |
|-----------------------|--------------------|---|
| الاقتراحات:           | موافق<br>غير موافق |   |
|                       |                    | 1- لدي إحساس بأنه كان علي توبيخ ذاتي على ما حدث.  |
|                       |                    | 2- أعتقد بأنه علي تقبل ما حدث.                    |
|                       |                    | 3- أفكر كثيرا فيما أشعر به على حساب ما عشته.      |
|                       |                    | 4- أفكر في الأشياء الأكثر متعة مقارنة بما عشته.   |
|                       |                    | 5- أفكر في الطريقة الأمثل للعمل.                  |
|                       |                    | 6- أرى أنني أستطيع أن أتعلم شيئا من الوضعية.      |
|                       |                    | 7- أعتقد أن الأمور كان يمكن أن تكون أسوء.         |
|                       |                    | 8- أرى أن ما عشته أكثر سوءا مما عاشه الآخرين.     |
|                       |                    | 9- لدي إحساس بأنه علي توبيخ الآخرين على ما حدث.   |
|                       |                    | 10- لدي إحساس بأني مسؤول على ما حدث.              |
|                       |                    | 11- أرى بأنه يجب علي قبول ما حدث.                 |
|                       |                    | 12- أنا مشغول (ة) بفكري ومشاعري إزاء ما عشته.     |
|                       |                    | 13- أفكر في أشياء ممتعة لا علاقة لها بما عشته.    |
|                       |                    | 14- أفكر في الطريقة الأمثل في التعامل مع الوضعية. |

|  |   |
|--|---|
|  | 15- أعتقد أنني سوف أصبح شخصا أقوى نتيجة لما حدث.          |
|  | 16- أعتقد أن الآخرين يمرون بتجارب أصعب.                   |
|  | 17- أعاود التفكير باستمرار أن ما عشته كان فظيحا.          |
|  | 18- لدي شعور أن الآخرين هم المسؤولون عما حدث.             |
|  | 19- أفكر في الأخطاء التي ارتكبتها بالنظر لما حدث.         |
|  | 20- أرى أنني لا أستطيع تغيير أي شيء لما حدث.              |
|  | 21- أريد أن أفهم لماذا لدي مثل هذا الشعور حول ما عشته.    |
|  | 22- أفكر في الأشياء الممتعة بدل الرجوع إلى ما حدث.        |
|  | 23- أفكر في الطريقة التي أغير بها الوضعية.                |
|  | 24- أرى أن الوضعية لديها أيضا جوانب إيجابية.              |
|  | 25- أعتقد أن هذا لم يكن أخطر مقارنة مع الأشياء الأخرى.    |
|  | 26- أعتقد غالبا أن ما عشته هو أسوأ ما يمكن أن يحدث للشخص. |
|  | 27- أفكر في الأخطاء التي ارتكبتها الآخرون إزاء ما حدث.    |
|  | 28- أعتقد أنني السبب الرئيسي لما حدث.                     |
|  | 29- أرى أنه يجب أن أعرف كيف أعيش مع ما حدث.               |
|  | 30- أفكر باستمرار في الأحاسيس التي سببتها لي الوضعية.     |
|  | 31- أفكر في تجارب ممتعة.                                  |



|  |  |
|--|--|
|  | 32- أفكر في خطة تقوم على الطريقة الأمثل للعمل.   |
|  | 33- أبحث عن الجوانب الإيجابية للوضعية.           |
|  | 34- أقول لنفسي أن هناك ما هو أسوء في الحياة.     |
|  | 35- أفكر باستمرار في بعض النقاط الفظيعة للوضعية. |
|  | 36- لدي شعور عميق بأن الآخرين هم سبب ما حدث.     |

الملحق رقم (4): قائمة الأساتذة المحكمين

| الرتبة العلمية        | قائمة الأساتذة المحكمين |
|-----------------------|-------------------------|
| أستاذة التعليم العالي | 1. حكيمة أيت حمودة      |
| أستاذة التعليم العالي | 2. زهية خطار            |
| أستاذ محاضر " أ "     | 3. شبلي براهيمى         |
| أستاذة التعليم العالي | 4. شهرزاد بوشدوب        |
| أستاذة محاضرة " أ "   | 5. كريمة محيوز          |
| أستاذ محاضر " أ "     | 6. محمد يزيد لرينونة    |
| أستاذة محاضرة " أ "   | 7. وردة سعادي           |

**الملحق رقم (5): استمارة المعلومات الخاصة بمرافقي مرضى الزهايمر.**

**التعليمات:**

أخي أختي المشاركة الأوراق التي بين يديك تحتوي على مجموعة من المقاييس التي تصف بعض المواقف الحياتية اليومية تعيشها (تعيشينها)، نرجو منك (ي) قراءتها بعناية والإجابة على فقراتها بكل صراحة، للعلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، لا تترك (ي) أي عبارة دون الإجابة عليها ضع (ي) العلامة (x) في الخانة المناسبة إن وجدت (ي) أن العبارة تنطبق عليك.

**بيانات شخصية**

السن: ..... الجنس: ذكر  أنثى

المستوى التعليمي: ابتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي

القربة بالنسبة للمريض (ة):.....

سن المريض (ة): ..... جنس المريض: ذكر  أنثى

مرحلة المرض: البداية  متوسطة  متقدمة

مدة المرافقة: .....

نوع المرافقة: بشكل دائم  بالتناوب مع شخص آخر

من يكون هذا الشخص:

.....

**ملاحظة: للعلم المعلومات المصرح بها سرية للغاية وتستعمل لغرض البحث العلمي فقط**

**مع خالص الشكر والتقدير والامتنان**

**الباحثة/ أمينة بن خنيش**

مقاييس البحث بعد دراسة  
الخصائص السيكومترية  
(في شكلها النهائي)

## مقياس المساندة الاجتماعية

| الرقم | العبارة  | موافق تماما | موافق بصفة عامة | موافق إلى حد ما | غير موافق |
|-------|--|-------------|-----------------|-----------------|-----------|
| 1     | يزورني لأقاربي في مواعيد محددة.                                |             |                 |                 |           |
| 2     | أتلقي مساعدة أشقائي.   |             |                 |                 |           |
| 3     | أحظى بالدعم ممن حولي عندما أقوم بعمل جيد.                      |             |                 |                 |           |
| 4     | أجد العون أثناء قيامي بمهمة ما.                                |             |                 |                 |           |
| 5     | أتلقي النصح والارشادات من الأكبر سنا.                          |             |                 |                 |           |
| 6     | ألقى العون من شقيقاتي في اختيار ملابسي.                        |             |                 |                 |           |
| 7     | يزورني أبناء أعمامي وأبناء خالاتي في مواعيد محددة.             |             |                 |                 |           |
| 8     | أعتقد أنني موضع رعاية واهتمام من الآخرين.                      |             |                 |                 |           |
| 9     | يزورني أشقائي للاطمئنان علي.                                   |             |                 |                 |           |
| 10    | يدعوني أصدقائي للخروج معهم في مواعيد محددة.                    |             |                 |                 |           |
| 11    | أتلقي مساعدة من أبنائي في أعمال المنزل.                        |             |                 |                 |           |
| 12    | أحظى بعلاقات اجتماعية طيبة.                                    |             |                 |                 |           |
| 13    | علاقاتي مع جيرانني جيدة جدا.                                   |             |                 |                 |           |
| 14    | يزورني جيرانني في المنزل للاطمئنان علي.                        |             |                 |                 |           |
| 15    | أجد من يقيم أدائي.   |             |                 |                 |           |
| 16    | أحظى بحب أبنائي.   |             |                 |                 |           |
| 17    | أتلقي النصيحة من المحيطين بي كلما احتجت لها.                   |             |                 |                 |           |
| 18    | عندما أكون في ضائقة مادية أتلقي من المحيطين المساعدات الكافية. |             |                 |                 |           |
| 19    | أحظى بالتشجيع الدائم.  |             |                 |                 |           |
| 20    | عندما أكون سعيدا أجد السعادة في وجوه من يحيطون بي.             |             |                 |                 |           |
| 21    | في أوقاتي العصيبة أجد من يهتم بي.                              |             |                 |                 |           |
| 22    | أحظى بقدر كافي من حب الأصدقاء.                                 |             |                 |                 |           |
| 23    | أعتبر نفسي محبوبا من والدي.                                    |             |                 |                 |           |
| 24    | مازلت أحظى بحب ورعاية والدي.                                   |             |                 |                 |           |

|  |  |  |  |   |    |
|--|--|--|--|---|----|
|  |  |  |  | هناك من يحفظ أسراري.                                      | 25 |
|  |  |  |  | أحظى بصداقاتي مع أبنائي.                                  | 26 |
|  |  |  |  | أحظى بحب زملائي في العمل.                                 | 27 |
|  |  |  |  | عندما أقوم بسلوك خاطئ أجد من يقومني.                      | 28 |
|  |  |  |  | لا أشعر بالعربة وسط أقاربي.                               | 29 |
|  |  |  |  | ألقى العون من أسرة زوجي.                                  | 30 |
|  |  |  |  | أتلقي الجوائز التقديرية على الأعمال التي أقوم بها.        | 31 |
|  |  |  |  | أجد من يسانديني من إخوتي عندما أواجه مشكلة مع أحد أبنائي. | 32 |
|  |  |  |  | يساعدني أفراد أسرتي في تربية الأبناء.                     | 33 |
|  |  |  |  | لا يترك لي أفراد أسرتي الفرصة لكي أجلس وحيدا.             | 34 |
|  |  |  |  | يشجعني أبنائي على تحمل أعباء الحياة.                      | 35 |
|  |  |  |  | أحظى بعدد من الأصدقاء المخلصين.                           | 36 |
|  |  |  |  | أشعر بأن أبنائي يقدمون لي النصح دون أن أطلب منهم ذلك.     | 37 |
|  |  |  |  | ألقى التشجيع من أبنائي عند القيام بشيء ما.                | 38 |
|  |  |  |  | يقدم لي أبنائي الهدايا في المناسبات.                      | 39 |
|  |  |  |  | زملائي في العمل يقفون بجواري عند الحاجة.                  | 40 |
|  |  |  |  | أشقاي ووالدي يقدمون الهدايا لأبنائي دون انتظار المناسبات. | 41 |
|  |  |  |  | أتلقي اتصالا من أحد أفراد أسرتي للاطمئنان على صحتي.       | 42 |

## مقياس تسيير الانفعالات

| الرقم | العبرة   | أبدا | نادرا | غالبا | أحيانا | دائما |
|-------|--|------|-------|-------|--------|-------|
| 1     | لدي شعور أنني الشخص الذي يجب أن يلام على ما حدث            |      |       |       |        |       |
| 2     | أعتقد بأنه علي تقبل ما حدث.                                |      |       |       |        |       |
| 3     | أفكر كثيرا فيما أشعر به على حساب ما عشته.                  |      |       |       |        |       |
| 4     | أفكر في الأشياء الأكثر متعة مقارنة بما عشته.               |      |       |       |        |       |
| 5     | أفكر في الطريقة الأمثل للعمل.                              |      |       |       |        |       |
| 6     | أرى أنني أستطيع أن أتعلم شيئا من الوضعية.                  |      |       |       |        |       |
| 7     | أعتقد أن الأمور كان يمكن أن تكون أسوء.                     |      |       |       |        |       |
| 8     | أرى أن ما عشته أكثر سوءا مما عاشه الآخريين.                |      |       |       |        |       |
| 9     | لدي إحساس بأنه يجب توبيخ الآخريين على ما حدث.              |      |       |       |        |       |
| 10    | لدي احساس بأني مسؤول على ما حدث.                           |      |       |       |        |       |
| 11    | أرى بأنه يجب علي تقبل الوضعية.                             |      |       |       |        |       |
| 12    | أنا مشغول (ة) بفكري ومشاعري إزاء ما عايشته.                |      |       |       |        |       |
| 13    | أفكر في أشياء ممتعة لا علاقة لها بما عشته.                 |      |       |       |        |       |
| 14    | أفكر في الطريقة الأمثل للتعامل مع الوضعية.                 |      |       |       |        |       |
| 15    | أعتقد أنني سوف أصبح شخصا أقوى نتيجة لما حدث.               |      |       |       |        |       |
| 16    | أعتقد أن الآخريين يمرون بتجارب أصعب.                       |      |       |       |        |       |
| 17    | أعاود التفكير باستمرار أن ما عشته كان فضيعا.               |      |       |       |        |       |
| 18    | لدي شعور أن الآخريين هم المسؤولون عما حدث.                 |      |       |       |        |       |
| 19    | أفكر في الأخطاء التي ارتكبتها بالنظر لما حدث.              |      |       |       |        |       |
| 20    | أظن أنني لا أستطيع تغيير أي شيء لما حدث.                   |      |       |       |        |       |
| 21    | أريد أن أفهم لماذا لدي مثل هذا الشعور حول ما عايشته.       |      |       |       |        |       |
| 22    | أفكر في الأشياء الممتعة بدل الرجوع إلى ما حدث.             |      |       |       |        |       |
| 23    | أفكر في الطريقة التي أغير بها الوضعية.                     |      |       |       |        |       |
| 24    | أظن أن الوضعية لديها أيضا جوانب إيجابية.                   |      |       |       |        |       |
| 25    | أعتقد أن هذا لم يكن أخطر مقارنة بمواقف أخرى.               |      |       |       |        |       |
| 26    | غالبا ما أعتقد أن ما عشته هو أسوء ما يمكن أن يحدث لشخص ما. |      |       |       |        |       |
| 27    | أفكر في الأخطاء التي ارتكبتها الآخرون إزاء ما حدث.         |      |       |       |        |       |

|  |  |  |  |  |   |    |
|--|--|--|--|--|---|----|
|  |  |  |  |  | أعتقد أنني السبب الرئيسي لما حدث.                 | 28 |
|  |  |  |  |  | أرى أنه يجب أن أعرف كيف أتعايش مع ما حدث.         | 29 |
|  |  |  |  |  | أفكر باستمرار في الأحاسيس التي سببتها لي الوضعية. | 30 |
|  |  |  |  |  | أفكر في تجارب ممتعة.                              | 31 |
|  |  |  |  |  | أفكر في خطة تركز على الطريقة المثلى للتعامل.      | 32 |
|  |  |  |  |  | أبحث عن الجوانب الإيجابية للوضعية.                | 33 |
|  |  |  |  |  | أقول ل نفسي أن هناك ما هو أسوأ في الحياة.         | 34 |
|  |  |  |  |  | أفكر باستمرار في بعض النقاط الفظيعة للوضعية.      | 35 |
|  |  |  |  |  | لدي شعور عميق بأن الآخرين هم سبب ما حدث.          | 36 |



## مقياس جودة الحياة

| الرقم | العبارة  | كثيرا | الى حد ما | نادرا (لا يحدث) |
|-------|--|-------|-----------|-----------------|
| 1     | أتمتع بالنشاط والحيوية معظم الوقت.   |       |           |                 |
| 2     | وزني يقترب من الوزن المثالي.   |       |           |                 |
| 3     | لا أعاني من الأرق أو الكوابيس والأحلام المزعجة (أحلم أحلاما سعيدة) بشكل متكرر. |       |           |                 |
| 4     | أحافظ على رشاقة جسمي بممارسة الرياضة (أو باتباع نظام غذائي سليم).              |       |           |                 |
| 5     | لا أشعر بدوخة (أو صداع) (أو غثيان) إلا نادرا.                                  |       |           |                 |
| 6     | أستمتع بلياقة بدنية عالية وحالتي الصحية على ما يرام.                           |       |           |                 |
| 7     | أرى أنني شخص جذاب وشكلي مقبول.   |       |           |                 |
| 8     | يسهل علي تركيز انتباهي.  |       |           |                 |
| 9     | أعبر عن أفكاري وآرائي بتلقائية ووضوح.  |       |           |                 |
| 10    | أتعلم (أكتسب) معلومات جديدة بسهولة.  |       |           |                 |
| 11    | أرى أن الحياة لها معنى ولي أهداف واضحة فيها.                                   |       |           |                 |
| 12    | أخطط لأمر حياتي ولا أتركها تحت الصدفة والحظ.                                   |       |           |                 |
| 13    | لدي حب المغامرة والرغبة في استكشاف ومعرفة ما يحيط بي.                          |       |           |                 |
| 14    | أعتقد أن متعة الحياة وإثارتها تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها.          |       |           |                 |
| 15    | أفكر بالطرق التي أستطيع من خلالها أن أتوصل للجديد.                             |       |           |                 |
| 16    | أؤمن بأن النجاح في الحياة يعتمد على الجهد والاجتهاد.                           |       |           |                 |
| 17    | لدي قدرة عالية على ضبط انفعالي.  |       |           |                 |
| 18    | أشعر بالاستقرار والهدوء النفسي.  |       |           |                 |
| 19    | يمكنني التعبير عن انفعالي بشكل مقبول ولائق.                                    |       |           |                 |
| 20    | أمتلك نفسي وأتحكم في انفعالاتي عند الغضب.                                      |       |           |                 |
| 21    | أنا شخص متزن ومعتدل المزاج معظم الوقت.   |       |           |                 |
| 22    | مزاجي معتدل معظم الوقت (ونادرا ما يتقلب).                                      |       |           |                 |
| 23    | حالتي النفسية مستقرة.  |       |           |                 |
| 24    | أشعر بالالتزان الانفعالي والهدوء أمام الناس.                                   |       |           |                 |
| 25    | أستطيع تحقيق أهدافي مهما كانت العقبات.   |       |           |                 |

|  |  |  |    |  |
|--|--|--|----|--|
|  |  |  | 26 | لدي قدرة على المثابرة حتى أنتهي من أي مشكلة تواجهني.                 |
|  |  |  | 27 | أأخذ معظم قراراتي بنفسني.  |
|  |  |  | 28 | لا أأس مع الحياة ولا حياة مع الأأس.                                  |
|  |  |  | 29 | لدي قدرة على التعايش مع الحياة مهما حدث فيها من أغير.                |
|  |  |  | 30 | أأق في قدرتي على عرض وجهة نظري حتى وإن كانت تختلف مع الأآرين.        |
|  |  |  | 31 | أأستطيع أن أأقق أهدافني وأأصر على تحقيقها.                           |
|  |  |  | 32 | أأحدث أمام الأآرين بلا أرج وبشكل أذاب.                               |
|  |  |  | 33 | أأشعر بأأنني أأقدر بأأحترام الناس.                                   |
|  |  |  | 34 | أأثقني بنفسني عالية.   |
|  |  |  | 35 | أأعترف بأخطأني وأأصححه وأأستفيد منه.                                 |
|  |  |  | 36 | أأشارك في المؤأمر وأأظهر نفسني أمام الناس.                           |
|  |  |  | 37 | أأحرص على تنمية قدراتي المعرفية وأأعبر عنها بطلاقة.                  |
|  |  |  | 38 | من برنامجني المعتاد زيارة بعض الأأصدقاء والجيران.                    |
|  |  |  | 39 | أأحقق نجاحا متواصلا في عملي.   |
|  |  |  | 40 | أأنا راضني عن صلتي بريني.  |
|  |  |  | 41 | أأنا راضني عن حياتني بألونها ومرها.                                  |
|  |  |  | 42 | أأنا راضني عن عملي ولا أأريد بديلا عنه (دراسني).                     |
|  |  |  | 43 | أأشعر برضا الناس عني.  |
|  |  |  | 44 | أأشعر بالرضا عن مظهرني الأآرني (طول القامة- حجم الجسم).              |
|  |  |  | 45 | أأشعر بمتعة وسعادة في العمل (الأأرسة).                               |
|  |  |  | 46 | أأأستمع بأحديث المسأولين (المعلمين) عني.                             |
|  |  |  | 47 | أأشعر بالسعادة عندما أأشارك في مشروعات تطوير جديدة تفيد الوطن.       |
|  |  |  | 48 | أأشعر بسعادة غامرة عندما أأكون مع أسرتني.                            |
|  |  |  | 49 | أأأغمرني مشاعر السرور والسعادة معظم الوقت.                           |
|  |  |  | 50 | أأنا متفائل بأطبعني.   |
|  |  |  | 51 | أأأناؤل أأؤدي إلى مسأقبل سعيد وأمن.                                  |
|  |  |  | 52 | أأقدرتي وكفاءتي في العمل أأجعلني متفائلا.                            |
|  |  |  | 53 | أأالنجاح والأأفوق في الحياة أأجعل الأإنسان متفائلا.                  |
|  |  |  | 54 | أأأناؤل أأشجع الفرد في الأأغلب على صعوبات الحياة والأأضي قأما للأأم. |

|  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|----|
|  |  |  | اختياري لمهنتي (لدراستي) كان أفضل اختيار .                               | 55 |
|  |  |  | أقضي وقتي كيفما أشاء .   | 56 |
|  |  |  | أعتمد على نفسي في حل مشكلاتي وتحقيق رغباتي .                             | 57 |
|  |  |  | اختياري لأصدقائي يخضع لرغباتي .  | 58 |
|  |  |  | أنا لست عبء على أسرتي .  | 59 |
|  |  |  | أجيد التعامل مع الآخرين مع اختلاف شخصياتهم .                             | 60 |
|  |  |  | أتحمل الصعوبات وأواجهها .  | 61 |
|  |  |  | لدي قدرة على أداء الكثير من الأعمال والقيام بواجباتي .                   | 62 |
|  |  |  | كفاءتي تشعرني بأنني سوف أكون مسئولاً مهما في يوم ما .                    | 63 |
|  |  |  | أواصل العمل الذي أكلف به حتى النهاية .                                   | 64 |
|  |  |  | أشارك في الاحتفالات الوطنية والاجتماعية .                                | 65 |
|  |  |  | أنا متفاهم مع أبناء أسرتي (وجيراني) .                                    | 66 |
|  |  |  | أحرص على الإدلاء بصوتي في الانتخابات .                                   | 67 |
|  |  |  | أشارك في خدمات مجتمعية تفيد وطني .                                       | 68 |
|  |  |  | أشارك أسرتي في حوارات عن مشاكل المجتمع .                                 | 69 |
|  |  |  | العمل (الدراسة) يستقطع جزء كبير من وقتي .                                | 70 |
|  |  |  | أشعر أنني ملم بكل جوانب عملي (دراستي) .                                  | 71 |
|  |  |  | العائد من العمل يكفي دخل أسرتي .   | 72 |
|  |  |  | أنجز عملي (واجباتي) على أكمل وجه .                                       | 73 |
|  |  |  | أؤمن بأن من جد وجد ومن زرع حصد .   | 74 |
|  |  |  | لدي القدرة على التواصل الاجتماعي .                                       | 75 |
|  |  |  | أبادر بمشاركة جيراني أفراحهم وأحزانهم .                                  | 76 |
|  |  |  | أشارك أسرتي في الأعمال المنزلية .  | 77 |
|  |  |  | أشعر بمتعة في الأعمال التي تحتاج إلى عمل جماعي .                         | 78 |
|  |  |  | أشارك في الحفلات والمناسبات داخل الأسرة وفي العمل (المدرسة أو الجامعة) . | 79 |
|  |  |  | يساعدني أصدقائي في حل مشكلاتي عند الحاجة .                               | 80 |
|  |  |  | أجد من حولي ما يساعدني في تحقيق رغباتي .                                 | 81 |
|  |  |  | أشعر بالراحة عندما أطلب المساندة من أسرتي .                              | 82 |
|  |  |  | يدفعني والدي إلى التفوق والنجاح .  | 83 |

|  |  |  |   |     |
|--|--|--|---|-----|
|  |  |  | تقارير رؤسائي (معلمي) عني مرضية تحفزني على الاستمرار في العمل (الدراسة).                | 84  |
|  |  |  | عملي (دراستي) يحقق لي مكانة اجتماعية مرموقة.  | 85  |
|  |  |  | أشعر أن مهنتي (دراستي) لها قيمة اجتماعية كبيرة.   | 86  |
|  |  |  | أشعر بالتقدير والاحترام في المجتمع الذي أعمل (أدرس) فيه.                                | 87  |
|  |  |  | شعوري بأن المجتمع يقدر ما أقوم به من عمل (دراسة) يساعدي على تحمل أعباء العمل (الدراسة). | 88  |
|  |  |  | إنجاز واجباتي على أكمل وجه يجعلني محط أنظار الآخرين.                                    | 89  |
|  |  |  | أحترم اللوائح والقوانين (في العمل - في الدراسة - المرور.....الخ).                       | 90  |
|  |  |  | أقول الصدق مهما يكلفني الأمر.   | 91  |
|  |  |  | أوزع الأشياء بيني وبين إخوتي بالعدل.  | 92  |
|  |  |  | أعامل زملائي بحب واحترام.   | 93  |
|  |  |  | أفي بالوعد لزميلي.  | 94  |
|  |  |  | أعترف بالجميل لكل من يقدم لي النصح والإرشاد.  | 95  |
|  |  |  | أحرص على الصلاة فور سماع صوت الأذان.  | 96  |
|  |  |  | أحرص دائما على ذكر الله وممارسة العبادات في كل الأوقات.                                 | 97  |
|  |  |  | أدافع عن حقوقي وحقوق الغير ما كلفني ذلك من جهد.   | 98  |
|  |  |  | ألتزم بالقيم الأخلاقية بالمجتمع الذي أعيش فيه.  | 99  |
|  |  |  | أحرص على إقامة علاقات طيبة مع زملائي وأصدقائي.  | 100 |

الملحق رقم (7):



المعالجة الإحصائية  
لفرضيات البحث

نتائج الفرضية الأولى: يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في تسيير انفعالاتهم (تكيفية/ غير  
 تكيفية) تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية ومصادرها.

NPAR TESTS

/M-W= مستويات المساندة الاجتماعية BY تكيفية (1 2)  
 /MISSING ANALYSIS.

### Mann-Whitney Test

| Ranks  |   |    |           |              |
|--------|---|----|-----------|--------------|
|        | مستويات المساندة الاجتماعية               | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| تكيفية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20 | 38,23     | 764,50       |
|        | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50 | 34,41     | 1720,50      |
| Total  |   | 70 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | تكيفية   |
|------------------------|----------|
| Mann-Whitney U         | 445,500  |
| Wilcoxon W             | 1720,500 |
| Z                      | -,709    |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,478     |

a. Grouping Variable: مستويات المساندة الاجتماعية

NPAR TESTS

/M-W= مستويات المساندة الاجتماعية BY غير تكيفية (1 2)  
 /MISSING ANALYSIS.

### NPar Tests

### Mann-Whitney Test

| Ranks      |   |    |           |              |
|------------|---|----|-----------|--------------|
|            | مستويات المساندة الاجتماعية               | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| غير تكيفية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20 | 29,70     | 594,00       |
|            | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50 | 37,82     | 1891,00      |
| Total      |   | 70 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | غير تكيفية |
|------------------------|------------|
| Mann-Whitney U         | 384,000    |
| Wilcoxon W             | 594,000    |
| Z                      | -1,510     |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,131       |

a. Grouping Variable: مستويات المساندة الاجتماعية

من حيث مصادر المساندة الاجتماعية:

NPAR TESTS

/M-W= مستوى داخل الأسرة BY تكييفية (1 2)

/MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**

**Mann-Whitney Test**

**Ranks**

|         | مستوى داخل الأسرة                         | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------|---|----|-----------|--------------|
| تكييفية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 35,40     | 531,00       |
|         | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,53     | 1954,00      |
|         | Total                                     | 70 |           |              |

**Test Statistics<sup>a</sup>**

|                        | تكييفية |
|------------------------|---------|
| Mann-Whitney U         | 411,000 |
| Wilcoxon W             | 531,000 |
| Z                      | -,021   |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,983    |

a. Grouping Variable: مستوى داخل الأسرة

NPAR TESTS

/M-W= مستوى داخل الأسرة BY غير تكييفية (1 2)

/MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**

**Mann-Whitney Test**

**Ranks**

|             | مستوى داخل الأسرة                         | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------|---|----|-----------|--------------|
| غير تكييفية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 31,70     | 475,50       |
|             | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 36,54     | 2009,50      |
|             | Total                                     | 70 |           |              |

**Test Statistics<sup>a</sup>**

|                        | غير تكييفية |
|------------------------|-------------|
| Mann-Whitney U         | 355,500     |
| Wilcoxon W             | 475,500     |
| Z                      | -,817       |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,414        |

a. Grouping Variable: مستوى داخل الأسرة

NPAR TESTS

/M-W= مستوى خارج الأسرة BY تكييفية (1 2)  
/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

| Ranks   |   |    |           |              |
|---------|---|----|-----------|--------------|
|         | مستوى خارج الأسرة                         | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| تكييفية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29 | 42,12     | 1221,50      |
|         | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41 | 30,82     | 1263,50      |
|         | Total                                     | 70 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | تكييفية  |
|------------------------|----------|
| Mann-Whitney U         | 402,500  |
| Wilcoxon W             | 1263,500 |
| Z                      | -2,291   |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,022     |

a. Grouping Variable: مستوى خارج الأسرة

NPAR TESTS

/M-W= مستوى خارج الأسرة BY غير تكييفية (1 2)  
/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

| Ranks       |   |    |           |              |
|-------------|---|----|-----------|--------------|
|             | مستوى خارج الأسرة                         | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| غير تكييفية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29 | 30,81     | 893,50       |
|             | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41 | 38,82     | 1591,50      |
|             | Total                                     | 70 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | غير تكييفية |
|------------------------|-------------|
| Mann-Whitney U         | 458,500     |
| Wilcoxon W             | 893,500     |
| Z                      | -1,623      |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,105        |

a. Grouping Variable: مستوى خارج الأسرة



نتائج الفرضية الثانية: يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة ولأبعادها تبعاً لمستوى المساعدة الاجتماعية ومصادرها.

NPAR TESTS

/M-W= مستويات المساعدة الاجتماعية BY جودة الحياة (1 2)  
/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

|             |   | Ranks |           |              |
|-------------|---|-------|-----------|--------------|
|             | مستويات المساعدة الاجتماعية               | N     | Mean Rank | Sum of Ranks |
| جودة الحياة | قدر مناسب من المساعدة الاجتماعية          | 20    | 42,20     | 844,00       |
|             | قدر محدود إلى ضعيف من المساعدة الاجتماعية | 50    | 32,82     | 1641,00      |
| Total       |   | 70    |           |              |

### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | جودة الحياة |
|------------------------|-------------|
| Mann-Whitney U         | 366,000     |
| Wilcoxon W             | 1641,000    |
| Z                      | -1,743      |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,081        |

a. Grouping Variable: مستويات المساعدة الاجتماعية

NPAR TESTS

/M-W= مستوى داخل الأسرة BY جودة الحياة (1 2)  
/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

|             |   | Ranks |           |              |
|-------------|---|-------|-----------|--------------|
|             | مستوى المساعدة داخل الأسرة                | N     | Mean Rank | Sum of Ranks |
| جودة الحياة | قدر مناسب من المساعدة الاجتماعية          | 15    | 39,37     | 590,50       |
|             | قدر محدود إلى ضعيف من المساعدة الاجتماعية | 55    | 34,45     | 1894,50      |
| Total       |   | 70    |           |              |

### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | جودة الحياة |
|------------------------|-------------|
| Mann-Whitney U         | 354,500     |
| Wilcoxon W             | 1894,500    |
| Z                      | -,831       |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,406        |

a. Grouping Variable: مستوى داخل الأسرة

NPAR TESTS

/M-W= مستوى خارج الأسرة BY جودة الحياة (1 2)

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

| Ranks       |   |    |           |              |
|-------------|---|----|-----------|--------------|
|             | مستوى المساعدة خارج الأسرة                | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| جودة الحياة | قدر مناسب من المساعدة الاجتماعية          | 29 | 44,81     | 1299,50      |
|             | قدر محدود إلى ضعيف من المساعدة الاجتماعية | 41 | 28,91     | 1185,50      |
|             | Total                                     | 70 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | جودة الحياة |
|------------------------|-------------|
| Mann-Whitney U         | 324,500     |
| Wilcoxon W             | 1185,500    |
| Z                      | -3,221      |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,001        |

a. Grouping Variable: مستوى خارج الأسرة

NPAR TESTS

/M-W= مستويات المساعدة BY الصحة النفسية الصحة العقلية الصحة البدنية (1 2) الاجتماعية

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

| Ranks         |   |    |           |              |
|---------------|---|----|-----------|--------------|
|               | مستويات المساعدة الاجتماعية               | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| الصحة البدنية | قدر مناسب من المساعدة الاجتماعية          | 20 | 45,00     | 900,00       |
|               | قدر محدود إلى ضعيف من المساعدة الاجتماعية | 50 | 31,70     | 1585,00      |
|               | Total                                     | 70 |           |              |
| الصحة العقلية | قدر مناسب من المساعدة الاجتماعية          | 20 | 37,63     | 752,50       |
|               | قدر محدود إلى ضعيف من المساعدة الاجتماعية | 50 | 34,65     | 1732,50      |
|               | Total                                     | 70 |           |              |
| الصحة النفسية | قدر مناسب من المساعدة الاجتماعية          | 20 | 35,98     | 719,50       |
|               | قدر محدود إلى ضعيف من المساعدة الاجتماعية | 50 | 35,31     | 1765,50      |
|               | Total                                     | 70 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | الصحة البدنية | الصحة العقلية | الصحة النفسية |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Mann-Whitney U         | 310,000       | 457,500       | 490,500       |
| Wilcoxon W             | 1585,000      | 1732,500      | 1765,500      |
| Z                      | -2,485        | -,558         | -,124         |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,013          | ,577          | ,901          |

a. Grouping Variable: مستويات المساعدة الاجتماعية

NPART TESTS

الشعور الرضا عن الحياة التوكيدية الثقة في النفس الصلابة النفسية /M-W= الاستقلال النفسي التفاؤل بالسعادة  
 (1 2) مستويات المساندة الاجتماعية BY الكفاءة الذاتية  
 /MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**  
**Mann-Whitney Test**

| Ranks            |   |           |           |              |
|------------------|---|-----------|-----------|--------------|
|                  | مستويات المساندة الاجتماعية               | N         | Mean Rank | Sum of Ranks |
| الصلابة النفسية  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 37,93     | 758,50       |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 34,53     | 1726,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الثقة في النفس   | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 38,53     | 770,50       |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 34,29     | 1714,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| التوكيدية        | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 39,08     | 781,50       |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 34,07     | 1703,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الرضا عن الحياة  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 43,38     | 867,50       |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 32,35     | 1617,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الشعور بالسعادة  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 39,95     | 799,00       |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 33,72     | 1686,00      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| التفاؤل          | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 39,55     | 791,00       |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 33,88     | 1694,00      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الاستقلال النفسي | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 39,73     | 794,50       |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 33,81     | 1690,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الكفاءة الذاتية  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 34,78     | 695,50       |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 35,79     | 1789,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |

**Test Statistics<sup>a</sup>**

|                        | الصلابة النفسية | الثقة في النفس | التوكيدية | الرضا عن الحياة | الشعور بالسعادة | التفاؤل  | الاستقلال النفسي | الكفاءة الذاتية |
|------------------------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|-----------------|----------|------------------|-----------------|
| Mann-Whitney U         | 451,500         | 439,500        | 428,500   | <b>342,500</b>  | 411,000         | 419,000  | 415,500          | 485,500         |
| Wilcoxon W             | 1726,500        | 1714,500       | 1703,500  | 1617,500        | 1686,000        | 1694,000 | 1690,500         | 695,500         |
| Z                      | -,644           | -,811          | -,944     | -2,081          | -1,175          | -1,083   | -1,120           | -,192           |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,519            | ,417           | ,345      | <b>,037</b>     | ,240            | ,279     | ,263             | ,847            |

a. Grouping Variable: مستويات المساندة الاجتماعية

NPART TESTS

المكانة المساندة الاجتماعية المهارات الاجتماعية العمل الانتماء /M-W= الاجتماعية

BY القيم الخلقية والدينية والحقوق (1 2) مستويات المساندة الاجتماعية /MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**

**Mann-Whitney Test**

| Ranks                          |   |           |           |              |
|--------------------------------|---|-----------|-----------|--------------|
|                                | مستويات المساندة الاجتماعية               | N         | Mean Rank | Sum of Ranks |
| الانتماء                       | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 40,60     | 812,00       |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 33,46     | 1673,00      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| العمل                          | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 42,78     | 855,50       |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 32,59     | 1629,50      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| المهارات الاجتماعية            | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 39,80     | 796,00       |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 33,78     | 1689,00      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| المساندة الاجتماعية            | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 48,00     | 960,00       |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 30,50     | 1525,00      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| المكانة الاجتماعية             | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 41,43     | 828,50       |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 33,13     | 1656,50      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| القيم الخلقية والدينية والحقوق | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 20        | 39,68     | 793,50       |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 50        | 33,83     | 1691,50      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |

| Test Statistics <sup>a</sup> |          |          |                     |                     |                    |                                |
|------------------------------|----------|----------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------|
|                              | الانتماء | العمل    | المهارات الاجتماعية | المساندة الاجتماعية | المكانة الاجتماعية | القيم الخلقية والدينية والحقوق |
| Mann-Whitney U               | 398,000  | 354,500  | 414,000             | <b>250,000</b>      | 381,500            | 416,500                        |
| Wilcoxon W                   | 1673,000 | 1629,500 | 1689,000            | 1525,000            | 1656,500           | 1691,500                       |
| Z                            | -1,339   | -1,925   | -1,138              | -3,281              | -1,568             | -1,099                         |
| Asymp. Sig. (2-tailed)       | ,181     | ,054     | ,255                | <b>,001</b>         | ,117               | ,272                           |

a. Grouping Variable: مستويات المساندة الاجتماعية

NPAR TESTS

(1 2) مستوى داخل الأسرة BY الصحة النفسية الصحة العقلية الصحة البدنية /M-W=  
/MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**  
**Mann-Whitney Test**

| Ranks         |   |    |           |              |
|---------------|---|----|-----------|--------------|
|               | مستوى المساندة داخل الأسرة                | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| الصحة البدنية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 39,50     | 592,50       |
|               | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 34,41     | 1892,50      |
|               | Total                                     | 70 |           |              |
| الصحة العقلية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 36,83     | 552,50       |
|               | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,14     | 1932,50      |
|               | Total                                     | 70 |           |              |
| الصحة النفسية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 35,73     | 536,00       |
|               | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,44     | 1949,00      |
|               | Total                                     | 70 |           |              |

**Test Statistics<sup>a</sup>**

|                        | الصحة البدنية | الصحة العقلية | الصحة النفسية |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Mann-Whitney U         | 352,500       | 392,500       | 409,000       |
| Wilcoxon W             | 1892,500      | 1932,500      | 1949,000      |
| Z                      | -,864         | -,289         | -,050         |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,388          | ,773          | ,960          |

a. Grouping Variable: مستوى داخل الأسرة

NPAR TESTS

الشعور الرضا عن الحياة التوكيدية الثقة في النفس الصلابة النفسية /M-W=  
الاستقلال النفسي التفاؤل بالسعادة  
(1 2) مستوى داخل الأسرة BY الكفاءة الذاتية  
/MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**  
**Mann-Whitney Test**

| Ranks           |   |    |           |              |
|-----------------|---|----|-----------|--------------|
|                 | مستوى المساندة داخل الأسرة                | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| الصلابة النفسية | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 33,97     | 509,50       |
|                 | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,92     | 1975,50      |
|                 | Total                                     | 70 |           |              |
| الثقة في النفس  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 37,03     | 555,50       |
|                 | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,08     | 1929,50      |
|                 | Total                                     | 70 |           |              |
| التوكيدية       | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 36,60     | 549,00       |
|                 | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,20     | 1936,00      |
|                 | Total                                     | 70 |           |              |

|                  |  |    |       |         |
|------------------|--|----|-------|---------|
| الرضا عن الحياة  | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 39,37 | 590,50  |
|                  | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 34,45 | 1894,50 |
|                  | Total                                      | 70 |       |         |
| الشعور بالسعادة  | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 35,53 | 533,00  |
|                  | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,49 | 1952,00 |
|                  | Total                                      | 70 |       |         |
| التفاؤل          | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 39,97 | 599,50  |
|                  | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 34,28 | 1885,50 |
|                  | Total                                      | 70 |       |         |
| الاستقلال النفسي | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 35,27 | 529,00  |
|                  | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,56 | 1956,00 |
|                  | Total                                      | 70 |       |         |
| الكفاءة الذاتية  | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 37,40 | 561,00  |
|                  | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 34,98 | 1924,00 |
|                  | Total                                      | 70 |       |         |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | الصلابة النفسية | الثقة في النفس | التوكيدية | الرضا عن الحياة | الشعور بالسعادة | التفاؤل  | الاستقلال النفسي | الكفاءة الذاتية |
|------------------------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|-----------------|----------|------------------|-----------------|
| Mann-Whitney U         | 389,500         | 389,500        | 396,000   | 354,500         | 412,000         | 345,500  | 409,000          | 384,000         |
| Wilcoxon W             | 509,500         | 1929,500       | 1936,000  | 1894,500        | 1952,000        | 1885,500 | 529,000          | 1924,000        |
| Z                      | -,336           | -,339          | -,240     | -,844           | -,007           | -,986    | -,051            | -,416           |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,737            | ,734           | ,811      | ,399            | ,994            | ,324     | ,959             | ,677            |

a. Grouping Variable: مستوى داخل الأسرة

#### NPAR TESTS

/M-W= المكانة المساندة الاجتماعية المهارات الاجتماعية العمل الانتماء الاجتماعية  
 (1 2) مستوى داخل الأسرة BY القيم الخلقية والدينية والحقوق  
 /MISSING ANALYSIS.

#### NPar Tests

#### Mann-Whitney Test

#### Ranks

|                     | مستوى المساندة داخل الأسرة                 | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------------------|--|----|-----------|--------------|
| الانتماء            | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 36,30     | 544,50       |
|                     | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,28     | 1940,50      |
|                     | Total                                      | 70 |           |              |
| العمل               | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 35,70     | 535,50       |
|                     | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 35,45     | 1949,50      |
|                     | Total                                      | 70 |           |              |
| المهارات الاجتماعية | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 41,33     | 620,00       |
|                     | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 33,91     | 1865,00      |
|                     | Total                                      | 70 |           |              |

|                                |  |    |       |         |
|--------------------------------|--|----|-------|---------|
| المساندة الاجتماعية            | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 47,60 | 714,00  |
|                                | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 32,20 | 1771,00 |
|                                | Total                                      | 70 |       |         |
| المكانة الاجتماعية             | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 43,60 | 654,00  |
|                                | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 33,29 | 1831,00 |
|                                | Total                                      | 70 |       |         |
| القيم الخلقية والدينية والحقوق | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 15 | 38,47 | 577,00  |
|                                | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 55 | 34,69 | 1908,00 |
|                                | Total                                      | 70 |       |         |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | الانتماء | العمل    | المهارات الاجتماعية | المساندة الاجتماعية | المكانة الاجتماعية | القيم الخلقية والدينية والحقوق |
|------------------------|----------|----------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------|
| Mann-Whitney U         | 400,500  | 409,500  | 325,000             | <b>231,000</b>      | 291,000            | 368,000                        |
| Wilcoxon W             | 1940,500 | 1949,500 | 1865,000            | 1771,000            | 1831,000           | 1908,000                       |
| Z                      | -,173    | -,044    | -1,275              | -2,622              | -1,770             | -,645                          |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,862     | ,965     | ,202                | <b>,009</b>         | ,077               | ,519                           |

a. Grouping Variable: مستوى داخل الأسرة

#### NPAR TESTS

/M-W= مستوى خارج الأسرة BY الصحة النفسية الصحة العقلية الصحة البدنية  
/MISSING ANALYSIS.

#### NPar Tests

##### Mann-Whitney Test

#### Ranks

|               | مستوى المساندة خارج الأسرة                 | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------------|--|----|-----------|--------------|
| الصحة البدنية | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29 | 44,28     | 1284,00      |
|               | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41 | 29,29     | 1201,00      |
|               | Total                                      | 70 |           |              |
| الصحة العقلية | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29 | 39,90     | 1157,00      |
|               | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41 | 32,39     | 1328,00      |
|               | Total                                      | 70 |           |              |
| الصحة النفسية | تقدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29 | 37,66     | 1092,00      |
|               | تقدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41 | 33,98     | 1393,00      |
|               | Total                                      | 70 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | الصحة البدنية | الصحة العقلية | الصحة النفسية |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Mann-Whitney U         | 340,000       | 467,000       | 532,000       |
| Wilcoxon W             | 1201,000      | 1328,000      | 1393,000      |
| Z                      | -3,052        | -1,534        | -,749         |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,002          | ,125          | ,454          |

a. Grouping Variable: مستوى خارج الأسرة

NPART TESTS

الشعور الرضا عن الحياة التوكيدية الثقة في النفس الصلابة النفسية /M-W= الاستقلال النفسي التفاؤل بالسعادة (1 2) مستوى خارج الأسرة BY الكفاءة الذاتية /MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**  
**Mann-Whitney Test**

|                  |   | Ranks     |           |              |
|------------------|---|-----------|-----------|--------------|
|                  | مستوى المساندة خارج الأسرة                | N         | Mean Rank | Sum of Ranks |
| الصلابة النفسية  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 39,45     | 1144,00      |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 32,71     | 1341,00      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الثقة في النفس   | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 39,50     | 1145,50      |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 32,67     | 1339,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| التوكيدية        | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 41,81     | 1212,50      |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 31,04     | 1272,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الرضا عن الحياة  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 45,34     | 1315,00      |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 28,54     | 1170,00      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الشعور بالسعادة  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 44,21     | 1282,00      |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 29,34     | 1203,00      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| التفاؤل          | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 42,72     | 1239,00      |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 30,39     | 1246,00      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الاستقلال النفسي | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 42,02     | 1218,50      |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 30,89     | 1266,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| الكفاءة الذاتية  | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 38,36     | 1112,50      |
|                  | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 33,48     | 1372,50      |
|                  | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |

**Test Statistics<sup>a</sup>**

|                        | الصلابة النفسية | الثقة في النفس | التوكيدية      | الرضا عن الحياة | الشعور بالسعادة | التفاؤل        | الاستقلال النفسي | الكفاءة الذاتية |
|------------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------|
| Mann-Whitney U         | 480,000         | 478,500        | <b>411,500</b> | <b>309,000</b>  | <b>342,000</b>  | <b>385,000</b> | <b>405,500</b>   | 511,500         |
| Wilcoxon W             | 1341,000        | 1339,500       | 1272,500       | 1170,000        | 1203,000        | 1246,000       | 1266,500         | 1372,500        |
| Z                      | -1,395          | -1,426         | -2,215         | -3,459          | -3,056          | -2,569         | -2,298           | -1,010          |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,163            | ,154           | <b>,027</b>    | <b>,001</b>     | <b>,002</b>     | <b>,010</b>    | <b>,022</b>      | ,313            |

a. Grouping Variable: مستوى خارج الأسرة



NPART TESTS

المكانة المساندة الاجتماعية المهارات الاجتماعية العمل الانتماء /M-W= الاجتماعية

(1 2) مستوى خارج الأسرة BY القيم الخلقية والدينية والحقوق

/MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**

**Mann-Whitney Test**

**Ranks**

|                                | مستوى المساندة خارج الأسرة                | N         | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------------------|---|-----------|-----------|--------------|
| الانتماء                       | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 39,50     | 1145,50      |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 32,67     | 1339,50      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| العمل                          | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 42,03     | 1219,00      |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 30,88     | 1266,00      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| المهارات الاجتماعية            | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 41,90     | 1215,00      |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 30,98     | 1270,00      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| المساندة الاجتماعية            | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 48,69     | 1412,00      |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 26,17     | 1073,00      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| المكانة الاجتماعية             | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 42,36     | 1228,50      |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 30,65     | 1256,50      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |
| القيم الخلقية والدينية والحقوق | قدر مناسب من المساندة الاجتماعية          | 29        | 39,29     | 1139,50      |
|                                | قدر محدود إلى ضعيف من المساندة الاجتماعية | 41        | 32,82     | 1345,50      |
|                                | <b>Total</b>                              | <b>70</b> |           |              |

**Test Statistics<sup>a</sup>**

|                        | الانتماء | العمل          | المهارات الاجتماعية | المساندة الاجتماعية | المكانة الاجتماعية | القيم الخلقية والدينية والحقوق |
|------------------------|----------|----------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------|
| Mann-Whitney U         | 478,500  | <b>405,000</b> | <b>409,000</b>      | <b>212,000</b>      | <b>395,500</b>     | 484,500                        |
| Wilcoxon W             | 1339,500 | 1266,000       | 1270,000            | 1073,000            | 1256,500           | 1345,500                       |
| Z                      | -1,396   | -2,299         | -2,251              | -4,603              | -2,415             | -1,328                         |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,163     | <b>,021</b>    | <b>,024</b>         | <b>,000</b>         | <b>,016</b>        | ,184                           |

a. Grouping Variable: مستوى خارج الأسرة

الفرضية الثالثة: يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية وتسيير الانفعالات ودرجة الشعور بجودة الحياة تبعا للجنس.

DATASET ACTIVATE DataSet4.

DATASET CLOSE DataSet2.

NPAR TESTS

/M-W= غير تكميفية مساندة خارج الأسرة مساندة داخل الأسرة مساندة اجتماعية /M-W= (1 2) BY الجنس جودة الحياة تكميفية

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

#### Ranks

|                    | الجنس | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--------------------|-------|----|-----------|--------------|
| مساندة اجتماعية    | ذكر   | 15 | 45,20     | 678,00       |
|                    | أنثى  | 55 | 32,85     | 1807,00      |
|                    | Total | 70 |           |              |
| مساندة داخل الأسرة | ذكر   | 15 | 38,27     | 574,00       |
|                    | أنثى  | 55 | 34,75     | 1911,00      |
|                    | Total | 70 |           |              |
| مساندة خارج الأسرة | ذكر   | 15 | 48,43     | 726,50       |
|                    | أنثى  | 55 | 31,97     | 1758,50      |
|                    | Total | 70 |           |              |
| تكميفية            | ذكر   | 15 | 46,83     | 702,50       |
|                    | أنثى  | 55 | 32,41     | 1782,50      |
|                    | Total | 70 |           |              |
| غير تكميفية        | ذكر   | 15 | 25,57     | 383,50       |
|                    | أنثى  | 55 | 38,21     | 2101,50      |
|                    | Total | 70 |           |              |
| جودة الحياة        | ذكر   | 15 | 36,37     | 545,50       |
|                    | أنثى  | 55 | 35,26     | 1939,50      |
|                    | Total | 70 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | مساندة اجتماعية | مساندة داخل الأسرة | مساندة خارج الأسرة | تكميفية        | غير تكميفية    | جودة الحياة |
|------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|----------------|----------------|-------------|
| Mann-Whitney U         | <b>267,000</b>  | 371,000            | <b>218,500</b>     | <b>242,500</b> | <b>263,500</b> | 399,500     |
| Wilcoxon W             | 1807,000        | 1911,000           | 1758,500           | 1782,500       | 383,500        | 1939,500    |
| Z                      | -2,084          | -,595              | -2,780             | -2,436         | -2,135         | -,186       |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | <b>,037</b>     | ,552               | <b>,005</b>        | <b>,015</b>    | <b>,033</b>    | ,852        |

a. Grouping Variable: الجنس

الفرضية الرابعة: يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بالمساندة الاجتماعية ومصادرها تبعا لمدة المرافقة.

NPAR TESTS

/K-W=مساندة اجتماعية BY مدة المرافقة (1 3)  
/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Kruskal-Wallis Test

| Ranks           |                          |    |           |
|-----------------|--------------------------|----|-----------|
|                 | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
| مساندة اجتماعية | سنتين فأقل               | 20 | 37,45     |
|                 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 35,92     |
|                 | ست سنوات فأكثر           | 25 | 33,52     |
|                 | Total                    | 70 |           |

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | مساندة اجتماعية |
|-------------|-----------------|
| Chi-Square  | ,431            |
| Df          | 2               |
| Asymp. Sig. | ,806            |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة

NPAR TESTS

/K-W=مساندة داخل الأسرة BY مدة المرافقة (1 3)  
/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Kruskal-Wallis Test

| Ranks              |                          |    |           |
|--------------------|--------------------------|----|-----------|
|                    | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
| مساندة داخل الأسرة | سنتين فأقل               | 20 | 37,50     |
|                    | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 37,58     |
|                    | ست سنوات فأكثر           | 25 | 31,82     |
|                    | Total                    | 70 |           |

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | مساندة داخل الأسرة |
|-------------|--------------------|
| Chi-Square  | 1,276              |
| Df          | 2                  |
| Asymp. Sig. | ,528               |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة

NPAR TESTS

/K-W=مدة المرافقة BY مساندة خارج الأسرة (1 3)

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Kruskal-Wallis Test

| Ranks              |                          |    |           |
|--------------------|--------------------------|----|-----------|
|                    | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
| مساندة خارج الأسرة | سنتين فأقل               | 20 | 35,50     |
|                    | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 34,34     |
|                    | ست سنوات فأكثر           | 25 | 36,66     |
|                    | Total                    | 70 |           |

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | مساندة خارج الأسرة |
|-------------|--------------------|
| Chi-Square  | ,163               |
| Df          | 2                  |
| Asymp. Sig. | ,922               |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة

الفرضية الخامسة: يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في تسيير انفعالاتهم (تكيفية، غير تكيفية) تبعا لمدة المرافقة.

NPAR TESTS

/K-W=مدة المرافقة BY تكيفية (1 3)

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Kruskal-Wallis Test

| Ranks  |                          |    |           |
|--------|--------------------------|----|-----------|
|        | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
| تكيفية | سنتين فأقل               | 20 | 34,28     |
|        | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 33,22     |
|        | ست سنوات فأكثر           | 25 | 38,76     |
|        | Total                    | 70 |           |

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | تكيفية |
|-------------|--------|
| Chi-Square  | 1,030  |
| df          | 2      |
| Asymp. Sig. | ,598   |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة

NPAR TESTS

/K-W=BY غير تكيفية (1 3) مدة المرافقة

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Kruskal-Wallis Test

| Ranks      |                          |    |           |
|------------|--------------------------|----|-----------|
|            | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
| غير تكيفية | سنتين فأقل               | 20 | 32,03     |
|            | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 37,38     |
|            | ست سنوات فأكثر           | 25 | 36,40     |
|            | Total                    | 70 |           |

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | غير تكيفية |
|-------------|------------|
| Chi-Square  | ,847       |
| df          | 2          |
| Asymp. Sig. | ,655       |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة

الفرضية السادسة: يوجد اختلاف بين مرافقي مرضى الزهايمر في درجة الشعور بجودة الحياة تبعاً لمدة المرافقة.

NPAR TESTS

/K-W=BY جودة الحياة (1 3) مدة المرافقة

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Kruskal-Wallis Test

| Ranks       |                          |    |           |
|-------------|--------------------------|----|-----------|
|             | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
| جودة الحياة | سنتين فأقل               | 20 | 33,48     |
|             | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 32,58     |
|             | ست سنوات فأكثر           | 25 | 40,04     |
|             | Total                    | 70 |           |

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | جودة الحياة |
|-------------|-------------|
| Chi-Square  | 1,959       |
| df          | 2           |
| Asymp. Sig. | ,376        |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة

NPAR TESTS

/K-W= الصحة البدنية BY مدة المرافقة (1 3)  
/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests Kruskal-Wallis Test

| Ranks         |                          |    |           |
|---------------|--------------------------|----|-----------|
|               | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
| الصحة البدنية | سنتين فأقل               | 20 | 36,50     |
|               | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 35,60     |
|               | ست سنوات فأكثر           | 25 | 34,60     |
|               | Total                    | 70 |           |
| الصحة العقلية | سنتين فأقل               | 20 | 35,70     |
|               | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 33,02     |
|               | ست سنوات فأكثر           | 25 | 37,82     |
|               | Total                    | 70 |           |
| الصحة النفسية | سنتين فأقل               | 20 | 35,53     |
|               | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 31,54     |
|               | ست سنوات فأكثر           | 25 | 39,44     |
|               | Total                    | 70 |           |

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | الصحة البدنية | الصحة العقلية | الصحة النفسية |
|-------------|---------------|---------------|---------------|
| Chi-Square  | ,099          | ,711          | 1,901         |
| Df          | 2             | 2             | 2             |
| Asymp. Sig. | ,952          | ,701          | ,387          |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة

NPAR TESTS

/K-W= الصحة النفسية BY الكفاءة الذاتية (1 3)  
/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests Kruskal-Wallis Test

| Ranks           |                          |    |           |
|-----------------|--------------------------|----|-----------|
|                 | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
| الصلابة النفسية | سنتين فأقل               | 20 | 30,95     |
|                 | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 33,40     |
|                 | ست سنوات فأكثر           | 25 | 41,24     |
|                 | Total                    | 70 |           |

|                  |                          |    |       |
|------------------|--------------------------|----|-------|
| الثقة في النفس   | سنتين فأقل               | 20 | 40,08 |
|                  | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 28,60 |
|                  | ست سنوات فأكثر           | 25 | 38,74 |
|                  | Total                    | 70 |       |
| التوكيدية        | سنتين فأقل               | 20 | 31,95 |
|                  | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 34,88 |
|                  | ست سنوات فأكثر           | 25 | 38,96 |
|                  | Total                    | 70 |       |
| الرضا عن الحياة  | سنتين فأقل               | 20 | 33,43 |
|                  | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 32,08 |
|                  | ست سنوات فأكثر           | 25 | 40,58 |
|                  | Total                    | 70 |       |
| الشعور بالسعادة  | سنتين فأقل               | 20 | 29,80 |
|                  | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 34,72 |
|                  | ست سنوات فأكثر           | 25 | 40,84 |
|                  | Total                    | 70 |       |
| التفاؤل          | سنتين فأقل               | 20 | 29,75 |
|                  | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 35,88 |
|                  | ست سنوات فأكثر           | 25 | 39,72 |
|                  | Total                    | 70 |       |
| الاستقلال النفسي | سنتين فأقل               | 20 | 30,48 |
|                  | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 36,02 |
|                  | ست سنوات فأكثر           | 25 | 39,00 |
|                  | Total                    | 70 |       |
| الكفاءة الذاتية  | سنتين فأقل               | 20 | 33,23 |
|                  | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 30,84 |
|                  | ست سنوات فأكثر           | 25 | 41,98 |
|                  | Total                    | 70 |       |

Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | الصلابة النفسية | الثقة في النفس | التوكيدية | الرضا عن الحياة | الشعور بالسعادة | التفاؤل | الاستقلال النفسي | الكفاءة الذاتية |
|-------------|-----------------|----------------|-----------|-----------------|-----------------|---------|------------------|-----------------|
| Chi-Square  | 3,397           | 4,805          | 1,396     | 2,553           | 3,428           | 2,836   | 2,054            | 4,264           |
| Df          | 2               | 2              | 2         | 2               | 2               | 2       | 2                | 2               |
| Asymp. Sig. | ,183            | ,090           | ,498      | ,279            | ,180            | ,242    | ,358             | ,119            |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة

NPAR TESTS

المكانة المساندة الاجتماعية المهارات الاجتماعية العمل الانتماء /K-W= الاجتماعية  
 (1 3) مدة المرافقة BY القيم الخلقية والدينية والحقوق  
 /MISSING ANALYSIS.

**NPar Tests**  
**Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

|                                | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank |
|--------------------------------|--------------------------|----|-----------|
| الانتماء                       | سنتين فأقل               | 20 | 30,45     |
|                                | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 32,18     |
|                                | ست سنوات فأكثر           | 25 | 42,86     |
|                                | Total                    | 70 |           |
| العمل                          | سنتين فأقل               | 20 | 33,55     |
|                                | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 34,46     |
|                                | ست سنوات فأكثر           | 25 | 38,10     |
|                                | Total                    | 70 |           |
| المهارات الاجتماعية            | سنتين فأقل               | 20 | 32,15     |
|                                | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 30,30     |
|                                | ست سنوات فأكثر           | 25 | 43,38     |
|                                | Total                    | 70 |           |
| المساندة الاجتماعية            | سنتين فأقل               | 20 | 37,25     |
|                                | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 35,54     |
|                                | ست سنوات فأكثر           | 25 | 34,06     |
|                                | Total                    | 70 |           |
| المكانة الاجتماعية             | سنتين فأقل               | 20 | 36,43     |
|                                | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 30,64     |
|                                | ست سنوات فأكثر           | 25 | 39,62     |
|                                | Total                    | 70 |           |
| القيم الخلقية والدينية والحقوق | سنتين فأقل               | 20 | 34,78     |
|                                | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 35,58     |
|                                | ست سنوات فأكثر           | 25 | 36,00     |
|                                | Total                    | 70 |           |

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

|             | الانتماء | العمل | المهارات الاجتماعية | المساندة الاجتماعية | المكانة الاجتماعية | القيم الخلقية والدينية والحقوق |
|-------------|----------|-------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------------------|
| Chi-Square  | 5,268    | ,680  | <b>6,137</b>        | ,278                | 2,581              | ,042                           |
| df          | 2        | 2     | 2                   | 2                   | 2                  | 2                              |
| Asymp. Sig. | ,072     | ,712  | <b>,046</b>         | ,870                | ,275               | ,979                           |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرافقة



NPAR TESTS

/M-W= مدة المرافقة BY المهارات الاجتماعية (12)

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

| Ranks               |                          |    |           |              |
|---------------------|--------------------------|----|-----------|--------------|
|                     | مدة المرافقة             | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| المهارات الاجتماعية | سنتين فأقل               | 20 | 23,65     | 473,00       |
|                     | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25 | 22,48     | 562,00       |
|                     | Total                    | 45 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | المهارات الاجتماعية |
|------------------------|---------------------|
| Mann-Whitney U         | 237,000             |
| Wilcoxon W             | 562,000             |
| Z                      | -,302               |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,763                |

a. Grouping Variable: مدة المرافقة

NPAR TESTS

/M-W= مدة المرافقة BY المهارات الاجتماعية

(1 3) المرافقة

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

| Ranks               |                |    |           |              |
|---------------------|----------------|----|-----------|--------------|
|                     | مدة المرافقة   | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
| المهارات الاجتماعية | سنتين فأقل     | 20 | 19,00     | 380,00       |
|                     | ست سنوات فأكثر | 25 | 26,20     | 655,00       |
|                     | Total          | 45 |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | المهارات الاجتماعية |
|------------------------|---------------------|
| Mann-Whitney U         | 170,000             |
| Wilcoxon W             | 380,000             |
| Z                      | -1,867              |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,062                |

a. Grouping Variable: المرافقة مدة

NPAR TESTS

/M-W= مدة المرافقة BY المهارات الاجتماعية (2 3)

/MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

|                     |                          | Ranks |           |              |
|---------------------|--------------------------|-------|-----------|--------------|
|                     | مدة المرافقة             | N     | Mean Rank | Sum of Ranks |
| المهارات الاجتماعية | ثلاث سنوات إلى خمس سنوات | 25    | 20,82     | 520,50       |
|                     | سنت سنوات فأكثر          | 25    | 30,18     | 754,50       |
| Total               |                          | 50    |           |              |

#### Test Statistics<sup>a</sup>

|                        | المهارات الاجتماعية |
|------------------------|---------------------|
| Mann-Whitney U         | <b>195,500</b>      |
| Wilcoxon W             | 520,500             |
| Z                      | -2,316              |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | <b>,021</b>         |

a. Grouping Variable: مدة المرافقة