الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

مذكرة بعنوان:

اضطراب التأقلم وعلاقته بجودة الحياة لدى مرضى باركنسون

دراسة ميدانية على مستوى العيادات الطبية المتخصصة في كل من ولايتي الجزائر العاصمة والوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي في شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعـــــداد الطالبـات:

سقني روان

لعويني رحمة

إشراف الأستاذة:

د. هند غدايفي

اللجنة المناقشة

اللجنة	الرتبة العلمية	الصفة
د/غرغوط عاتكة	أستاذ التعليم العالي	رئيسا
د/ غدايفي هند	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا
د/ خشخوش صالح	أستاذ محاضر –أ–	مناقشا

السنة الجامعية: **2025 / 2026**

إهداء

الحمد لله على لذة الانجاز والحمد لله حبا وشكرا وامتنانا على البدء والختام

بكل فخر أهدي بحثي هذا وأتقدم بالشكر:

الى سندي في الحياة ومصدر الدعم الذي لا ينتهي...أمي وأبي

الى اخوتي وملائكتي الصغيرة اختي " وقار"

الى كل أقاربي وصديقاتي

الى من أعطت وضحت بوقتها وجهدها وكانت حريصة على تقديم الأفضل لنا الأستاذة الدكتورة "هند غدايفي" ممتنة لك من القلب، حفظك الله وأسعدك دائما

الى كل من علمني كلمة أو مهارة...

الى الأموات الاحياء في قلبي...

الى كل من مر في حياتي وكان لهم أثر...

الى كل من حملته ذاكرتي ولم تحمله كلماتي...

الى كل هؤلاء أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع

روان

إهداء

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات حمداً طيباً مباركاً فيه الذي وفقني وأعانني على إتمام هذا العمل، فله الحمدُ والشكرُ على فضله وكرمه، ونسأل الله أنْ يجعله علماً نافعاً ينتفع به.

عرفاناً بالجميل، أتقدم بخالص الشكر إلى:

إلى العزيز والسند "أبي"...

إلى الحبيبة ونبع الحنان "أمي"...

إلى عزيزاتي ومؤنساتي في هذه الحياة أخواتي الغاليات "سلسبيل" "ريحانة" "بلسم"...

إلى أستاذتنا الفاضلة "د. هند غدايفي" التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها ونصائحها...

إلى أساتذتي الأفاضل الذين لا يمكن أنْ أنسى فضلهم علينا

وقد أناروا لنا الدرب ونحن نشق طريقه من أجل النجاح...

إلى جميع طلبة علم النفس العيادي...

أقول لكم جميعًا بلا استثناء... شكراً جزيلاً لكم وبارك الله

فيكم وجزاكم الله عنا كل خير، أكنُّ لكم جميعًا كل الاحترام والتقدير

وسيظل دعمكم لنا محفور دائمًا في ذاكرتنا.

رحمة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن العلاقة بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون، وتحديد مستوى كل منهما على عينة دراستنا، والكشف عما إذا كانت هناك فروق في اضطراب التأقلم وفي جودة الحياة تعزى لبعض المتغيرات منها الجنس ومدة المرض، ومن ثم تصميم نموذج نظري يحاكي متغيرات الدراسة ويصف مسار العلاقة السببية فيما بينها.

ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدنا على المنهج الوصفي بأسلوبيه الارتباطي والمقارن، وقد تكونت عينة دراستنا من (47) مريضاً ومريضة من المصابين بمرض باركنسون منهم (20) مريضة و(27) مريض يختلفون من حيث مدة المرض، تمَّ تقسيمهم على فئتين (أقل من 5 سنوات) و (أكثر من 5 سنوات)، وقد تم اختيارهم بطريقة عرضية.

تم الاعتماد في هذه الدراسة على الأدوات التالية: مقياس اضطراب التأقلم Adjustment Disorder –New Module 20 المصمم من طرف كل من Einsle, Kollner, Maercker & Dannamann وقامت بترجمته وتقنينه الباحثة بوزغاية نهاد، ومقياس جودة الحياة المختصر WHOQOL_BREF الصادر عن منظمة الصحة العالمية والمقنن من طرف الباحثة فاطيمة حمزة على عينات من البيئة الجزائرية، وتمت معالجة البيانات المتحصل عليها بإدخالها في برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). وتم التوصل إلى النتائج التالية:

– مستوى اضطراب التأقلم مرتفع.

– مستوى جودة الحياة متوسط.

– توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة احصائية بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون.

– توجد فروق ذات دلالة احصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تعزى لمتغير الجنس (لصالح الإناث).

– لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تعزى لمدة المرض.

– لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تعزى لمتغير الجنس.

– لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تعزى لمدة المرض.

الكلمات المفتاحية: اضطراب التأقلم، جودة الحياة، مرضى باركنسون.

Abstract:

The present study aimed to investigate the relationship between adjustments disorder and quality of life among Parkinson's patients, and determine the level of each variable within our study sample, and to examine whether there are differences in adjustments disorder and quality of life attributable to some variables including gender and duration of illness, then a theoretical model that represents study variables and describes the course of the causal relationship between them. To achieve the study objectives, we adopted the descriptive method in its two forms correlational and comparative, and the study sample consisted of (47) patients with Parkinson's disease including (20) females and (27) males they differ in terms of illness duration. They were divided in two groups (less than 5 years) and (more than 5 years), and were selected using convenience sampling.

The study relied on the following instruments: Adjustment Disorder Now Model -20 designed by Einsle, Kollner, Maercker & Dannamann, and it was translated and standardized by the researcher Bouzghaya Nihad, and the measure of life's quality - BREF (WHOQOL_BREF) issued by the World Health Organization and standardized by the researcher Fatima Hamza on samples from Algerian environment, The collected data were processed by entering them into the statistical package for you social services (SASS). The following results were obtained :

- The level of adjustment disorder is high.

- The level of quality of life is average.

- The are a statistically significant inverse correlation between adjustment disorder and quality of life among Parkinson's patients.

- The are no statistically significant differences in adjustments disorder among Parkinson's patients attributable to gender (in favor of females).

-The are no statistically significant difference in adjustments disorder among Parkinson's patients attributable to duration of illness.

- The are no statistically significant difference in quality of life among Parkinson's patients attributable to gender.

- The are no statistically significant difference in quality of life among Parkinson's patients attributable to duration of illness.

Keywords: Adjustment disorder, Quality of life, Parkinson's patients.

فهرس المحتويات	الصفحة
اهداءات	
ملخص الدراسة بالعربية	
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الملاحق	
مقدمة	أ-ج
الجانب النظري	
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
1- اشكالية الدراسة	1
2- فرضيات الدراسة	4
3- النموذج النظري للدراسة	4
4- أهداف الدراسة	7
5- أهمية الدراسة	7
6- التعريفات الإجرائية	8
7- الدراسات السابقة	9
8- تحليل الدراسات السابقة	20
الفصل الأول: اضطراب التأقلم	
تمهيد	27
1- تاريخ تطور مفهوم اضطراب التأقلم	28
2- تعريف اضطراب التأقلم	29
3- النظريات المفسرة لاضطراب التأقلم	30
4- معايير تشخيص اضطراب التأقلم حسب DSM5	35
خلاصة الفصل	37
الفصل الثاني: جودة الحياة	

تمهيد	39
1- تعريف جودة الحياة	40
2- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة	41
3- أبعاد جودة الحياة	43
4- العوامل المؤدية لتحقيق جودة الحياة	45
خلاصة الفصل	50
الفصل الثالث: مرض باركنسون	
تمهيد	52
1- تعريف مرض باركنسون	53
2- عرض تشريحي للبنى الدماغية المسؤولة عن الإصابة بمرض باركنسون (فيزيولوجية مرض باركنسون)	53
3- أسباب مرض باركنسون	55
4- أعراض مرض باركنسون	58
5- التكفل بمرض باركنسون	60
خلاصة الفصل	66
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية	
تمهيد	69
1- الدراسة الاستطلاعية	70
- عينة الدراسة الاستطلاعية	70
- صلاحية أدوات الدراسة	71
2- الدراسة الاساسية	80
- منهج الدراسة	80
- حدود الدراسة	81
- عينة الدراسة وخصائصها	81
- أدوات الدراسة	84

- التقنيات الإحصائية المستخدمة في الدراسة	84
خلاصة الفصل	86
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
تمهيد	88
1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة التساؤل الأول	89
2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة التساؤل الثاني	90
3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى	92
4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية	94
5- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثالثة	96
6- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الرابعة	97
7- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الخامسة	98
خلاصة نتائج الدراسة	101
اقتراحات	102
خاتمة	104
قائمة المراجع والمصادر	
الملاحق	

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	دراسة سابقة حول جودة الحياة لدى مرضى باركنسون	9
02	دراسات سابقة حول اضطراب التأقلم	10
03	دراسات سابقة حول جودة الحياة	12
04	دراسات سابقة حول بمرض باركنسون	16
05	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	70
06	يوضح مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية	71
07	يمثل أبعاد مقياس جودة الحياة	72
08	يوضح معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي (جودة الحياة)	73
09	يوضح معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي اليه (الصحة الجسدية)	74
10	يوضح معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي اليه (الصحة النفسية)	74
11	يوضح معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي اليه (العلاقات الاجتماعية)	75
12	يوضح معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي اليه (البيئة)	76
13	يوضح معاملات ارتباط أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس	77
14	يوضح توزيع البنود على أبعاد مقياس اضطراب التأقلم–الوحدة الجديدة 20 (ADNM-20)	78
15	يوضح معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي (اضطراب التأقلم)	79
16	يوضح معاملات ارتباط أبعاد مقياس اضطراب التأقلم بالدرجة الكلية للمقياس	79
17	يوضح خصائص عينة الدراسة من حيث الجنس	82
18	يوضح خصائص عينة الدراسة من حيث مدة المرض	82

19	يوضح خصائص عينة الدراسة من حيث مدة التأقلم	83
20	يوضح توزيع مستويات مرضى باركنسون حسب متغير اضطراب التأقلم	89
21	يوضح دلالة الفروق بين مستويات اضطراب التأقلم	89
22	يوضح توزيع مستويات مرضى باركنسون حسب متغير جودة الحياة	91
23	يوضح دلالة الفروق بين مستويات جودة الحياة	91
24	يوضح قيمة ودلالة العلاقة بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون	93
25	يوضح قيمة ودلالة الفروق في اضطراب التأقلم تبعا لمتغير الجنس	94
26	يوضح قيمة ودلالة الفروق في اضطراب التأقلم تبعا لمتغير مدة المرض	96
27	يوضح قيمة ودلالة الفروق في جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس	97
28	يوضح قيمة ودلالة الفروق في جودة الحياة تبعا لمدة المرض	99

فهرس الأشكال:

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	مخطط يوضح علاقة مرض باركنسون بظهور اضطراب التأقلم وتأثيره على جودة الحياة(من اعداد الباحثتين)	6
02	عرض تشريحي للعقد القاعدية	55
03	صورة الكترونية ميكوغرافية لجسم ليوي	56
04	زراعة قطبين كهربائيين بشكل ثنائي الجانب على مستوى العقد القاعدية لدماغ شخص مصاب بمرض باركنسون بهدف إحداث تنبيه كهربائي مستمر عال التردد للتخفيف من حدة أعراض المرض	63

فهرس الملاحق:

الرقم	عنوان الملحق
01	مقياس جودة الحياة (WHOQOL-BREF)
02	مقياس اضطراب التأقلم Adjustment Disorder – New Module 20
03	مخرجات spss

مقدمة:

تعتبر الصحة الجسدية أحد أهم العوامل التي تحدد قدرة الإنسان على ممارسة حياته اليومية بشكل طبيعي، غير أنّ الجسم قد يتعرض لأمراض تنهكه وتُخلُّ توازنه، فتؤثر سلباً على مختلف جوانب حياته، حيث تعد الأمراض بصفة عامة من أبرز التحديات التي تواجه الإنسان، فهي تختلف من حيث طبيعتها وأسبابها وتأثيرها على وظائف الجسم. ومن بين هذه الأمراض، تبرز الأمراض العصبية لما لها من تأثير مباشر على الجهاز العصبي بمختلف مكوناته. وفي هذا السياق، تشير التقارير الأخيرة لمنظمة الصحة العالمية (WHO,2024) إلى أنّ ثلث سكان العالم يعانون من حالات عصبية التي تعتبر أحد أبرز الأسباب الرئيسة للمرض والإعاقة، حيث تشير آخر الإحصائيات بأنه قد ارتفع إجمالي حالات الإعاقة والمرض والوفاة المبكرة الناجمة عن الأمراض العصبية بنسبة 18% منذ عام 1990، وقد وصل عدد الحالات التي تعاني من حالة عصبية في عام 2021 إلى أكثر من 3 مليار شخص عبر العالم، وكانت الحالات العصبية العشر الأولى التي ساهمت في فقدان الصحة في نفس العام هي كالتالي: السكتة الدماغية، اعتلال الدماغ الوليدي (إصابة الدماغ)، الصداع النصفي، الخرف، اعتلال الأعصاب السكري (تلف الأعصاب)، التهاب السحايا، الصرع، المضاعفات العصبية الناتجة عن الولادة المبكرة، اضطراب طيف التوحد، سرطانات الجهاز العصبي. ويعدُّ مرض باركنسون أحد هذه الأمراض المحتملة، وهو من الأمراض العصبية المعقدة والصعبة على جسم الإنسان، ذلك لأنّه يمسُّ الجهاز العصبي فينعكس سلباً على الوظائف الحركية والعقلية والسلوكية للفرد. حيث يتميز هذا المرض بالفقدان التدريجي وتلف الخلايا العصبية المنتجة للدوبامين فتزداد أعراض المرض مع مرور الوقت فتظهر على شكل رعاش، وبطء في الحركة، وتصلب في العضلات.... (خالدي، 2025، ص.841)

لا يقتصر تأثير مرض باركنسون على الجانب البدني فقط، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية للمريض، إذْ أنَّ التغيرات التي تطرأ عليه والتي يفرضها المرض على حياته قد تؤثر في توازنه الانفعالي واستقراره النفسي مما يجد نفسه محملاً بضغوطات يصعب التكيف معها، فتؤثر على سلوكه وتعيق توافقه النفسي، الأمر الذي قد يؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية ومن بينها اضطراب التأقلم الذي يظهر عندما تكون الأحداث من حولنا أكبر من قدرتنا على التكيف.

يترتب على هذه المعاناة الجسدية والنفسية التي يخلفها مرض باركنسون التأثير السلبي على جودة حياة المريض، وعلى قدرته على ممارسة حياته بشكل طبيعي، كما يجعله يتجنب الأنشطة الاجتماعية التي تؤثر على علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، هذا ما يدل على أنّ جودة الحياة دائماً ما ترتبط بالحالة الجسدية والنفسية، فهي تكمن في مدى قدرة الفرد على إعطاء معنى إيجابي لحياته في ظل الظروف الصحية والنفسية التي يتعرض لها المريض حتى يحقق التوازن الجسدي والنفسي والاجتماعي، وعدم الاستسلام للمرض أو الخضوع له.

وبناءً على ذلك، فقد جاءت دراستنا الحالية لمعرفة العلاقة بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون التي تمثل عينة الدراسة، وذلك تبعاً للخطة التالية:

- **<u>الجانب النظري</u>**: ويشمل الآتي:

الفصل التمهيدي: وهو عبارة عن تقديم لموضوع الدراسة ويحتوي على إشكالية الدراسة وفرضيات الدراسة، النموذج النظري للدراسة، أهداف الدراسة وأهميتها، التعريفات الإجرائية والدراسات السابقة ثم في الأخير تقديم تحليل لهذه الدراسات.

الفصل الأول: ويتحدث هذا الفصل على اضطراب التأقلم ويحتوي على العناوين التالية: تاريخ تطور مفهوم اضطراب التأقلم، تعريفه، النظريات المفسرة له ومعايير تشخيصه حسب الـ DSM-5.

الفصل الثاني: ويتحدث عن جودة الحياة وفيه كالتالي: تعريفه، الاتجاهات النظرية المفسرة له، أبعاده والعوامل المؤدية لتحقيقه.

الفصل الثالث: ويتحدث عن مرض باركنسون وعناوينه كالآتي: تعريفه، العرض التشريحي للبنى الدماغية المسؤولة عن الإصابة به، أسبابه، أعراضه وأخيراً التكفل به.

- أما **الجانب الميداني** فيتضمن ما يلي:

الفصل الرابع: والمتمثل في الإجراءات المنهجية للدراسة حيث احتوت على الدراسة الاستطلاعية التي تضمنت عينة الدراسة إضافة الى صلاحية أدوات الدراسة، والدراسة الأساسية التي تضمنت المنهج المستخدم في الدراسة، حدود الدراسة، عينة الدراسة، الأدوات التي اعتمدت عليها الدراسة وأخيرا الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة فرضيات الدراسة.

الفصل الخامس: وتتضمن عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة، وفي الأخير انتهت الدراسة بذكر اقتراحات، خاتمة وقائمة المراجع والمصادر المعتمد عليها في إعداد هذه المذكرة ثم الملاحق.

الجانب النظري

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة.

2- فرضيات الدراسة.

3- النموذج النظري للدراسة.

4- أهداف الدراسة.

5- أهمية الدراسة.

6- التعريفات الإجرائية.

7- الدراسات السابقة.

8- تحليل الدراسات السابقة.

1- إشكالية الدراسة:

تتنوع وتختلف التغيرات السلوكية والوظيفية للعمليات العقلية العليا الناتجة عن التلف العصبي للدماغ، باختلاف مجموعة من العوامل والمتغيرات المتعلقة أولاً بالمصاب مثل سنه، جنسه وحالته الصحية وأيضاً تلك المتعلقة بالإصابة في حد ذاتها من حيث نوعها، شدتها، موقعها، اتساع رقعتها...إلخ. (قربوع، 2023، ص.412) ومن بين هذه الأمراض نجد الأمراض العصبية الإنحلالية أو التنكسية، وهي الأمراض التي تتضمن تدهوراً متتابعاً لأنسجة المخ والسلوك. بعض هذه الحالات شائع، بينما يكون البعض الآخر نادراً (كحلة، د.ت، ص.232)، بحيث تتميز هذه الأمراض بالتدمير التدريجي لمجموعة مستهدفة ومحددة من الخلايا العصبية، حيث يحدث في مناطق معينة من الجهاز العصبي المركزي. وتشير منظمة الصحة العالمية أن احصائيات هذه العائلة من الأمراض في ارتفاع ملحوظ ومعرض لأن يصبح أكثر، نظراً للزيادة في متوسط العمر.(بوفولة وجديد،2024، ص.148)

ويعتبر مرض باركنسون أحد هذه الأمراض الانحلالية فهو يأتي في المرتبة الثانية بعد مرض ألزهايمر وهو أيضاً يعتبر من أهم الأمراض العصبية التي تصيب الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 55–60 سنة فما فوق حيث تزداد احتمال الإصابة بهذا المرض مع تقدم العمر (غدايفي، د.ت، ص.51)، ووفقاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية (WHO,2023)، فقد تضاعفت معدلات انتشار هذا المرض خلال 25 عاماً الماضية، حيث أشارت التقديرات العالمية في عام 2019 إلى وجود أكثر من 8,5 مليون شخصاً مصاباً بمرض باركنسون، وسبب 329 ألف حالة وفاة، ما يمثل زيادة بنسبة تناهز 100% منذ عام 2000.

غير أن الإصابة بمرض باركنسون قد لا يقتصر على الجانب العضوي فحسب، بل قد تفرض على المصاب بهذا المرض تحديات نفسية تتطلب منه إعادة التكيف مع واقعه

الجديد، وفي حال عجزه عن مواجهة هذه الضغوط المرتبطة بتغير نمط حياته وفقدانه لبعض قدراته الوظيفية، فإنها قد تظهر على شكل ما يسمى باضطراب التأقلم. وهو اضطراب تسببه عوامل ضاغطة بحيث يفوق تأثيرها على الفرد قوة تحمله وطاقته على المواجهة(بن سعيد زمعلاش، 2023، ص.53)، ما يسبب لديه القلق والاكتئاب والتوتر المستمر و الوصم الاجتماعي والانسحاب الاجتماعي وانخفاض في تقدير الذات وانخفاض في القدرة على الضبط الذاتي، وهذا ما أشارت إليه دراسة (الحميضي والقرني،2023، ص.77) والتي هدفت إلى التعرف على مدى علاقة اضطراب التأقلم بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من السعوديين من الإناث والذكور المراجعين لمجمع إرادة والصحة النفسية بمدينة تبوك، وقد كشفت النتائج ارتباط استراتيجيات التنظيم الإنفعالي السلبية لدى عينة من المرضى السعوديين في تبوك بعلاقة موجبة ودالة احصائياً باضطراب التأقلم، وارتباط استراتيجيات التنظيم الإنفعالي الإيجابية لدى عينة من المرضى السعوديين في تبوك بعلاقة سلبية وغير دالة احصائياً باضطراب التأقلم، كما بينت وجود قوة تنبؤية تشير إلى أثر دال احصائياً لإستراتيجيات التنظيم الإنفعالي الإيجابية والسلبية كمؤشرات لاضطراب التأقلم لدى عينة من المرضى السعوديين بتبوك.

وهذا ما يؤدي إلى تأزم حالته النفسية ومن شأنه أن يؤثر سلباً على جودة حياته. إذ لا تقتصر جودة الحياة على مجرد الخلو من المرض فقط، بل تتعدى ذلك لتشمل شعور الفرد بالرضا عن ذاته وحياته، وقدرته على القيام بأدواره اليومية بكفاءة، وتحقيق قدر من التوازن النفسي والاجتماعي. حيث تعرف جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية بأنها إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي نعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه (مسعودي،2015، ص.205). لذلك فإن الذي يعاني من مرض باركنسون قد يجد صعوبة في محاولته للتكيف مع مرضه ومحيطه وجعل جودة حياته أفضل مما هي عليه، وقد أشارت دراسة (المحمدي وكعكي،2022، ص.161) والتي كانت عينتها مرضى الصرع – وهو من الأمراض العصبية – وكانت تهدف إلى الكشف عن مستوى القلق والاكتئاب وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى في

مستشفيات مدينة جدة والعلاقة بين مستوى الاكتئاب وجودة الحياة وبين مستوى القلق وجودة الحياة، والفروق في مستوى جودة الحياة على أساس متغير الجنس (ذكور– إناث) ومتغير الاكتئاب، ومتغير القلق، وتوصلت الدراسة إلى انخفاض مستوى جودة الحياة بأبعادها الفرعية لدى مرضى الصرع مع وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى الاكتئاب وجودة الحياة بأبعادها المختلفة، و اتضح أن مستوى الاكتئاب يفسر 45,6% من التباين في مستوى جودة الحياة بأبعادها المختلفة، كذلك وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى القلق وجودة الحياة بأبعادها المختلفة، كما اتضح أن مستوى القلق يفسر 41,5% من التباين في مستوى جودة الحياة بأبعادها المختلفة، مع عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط الدرجة الكلية بمقياس جودة الحياة وجميع أبعاده الفرعية تعزى لمتغير الجنس (ذكور– إناث) بينما توجد فروق تعزى لمتغير الاكتئاب مع حجم أثر 0,43، ووجود فروق تعزى لمتغير القلق مع حجم أثر 0,42، مما يدل على تأثير كبير لمتغيري القلق والاكتئاب على مستوى جودة الحياة.

ولذلك ارتأينا في دراستنا أن ندرس العلاقة بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون، حتى نفهم كيف تتداخل الأعراض الجسدية مع التحديات النفسية وكيفية تأثيرهما على جودة الحياة وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

التساؤل العام:

- ما طبيعة العلاقة بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون؟

التساؤلات الفرعية:

- ما مستوى اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون؟
- ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى باركنسون؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون؟
- هل توجد فروق في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تعزى لبعض المتغيرات (الجنس/ مدة المرض)؟

- هل توجد فروق في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تعزى لبعض المتغيرات (الجنس/ مدة المرض)؟

2- فرضيات الدراسة:

1- توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون.

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تعزى لمتغير الجنس.

3-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تعزى لمدة المرض.

4-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تعزى لمتغير الجنس.

5-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تعزى لمدة المرض.

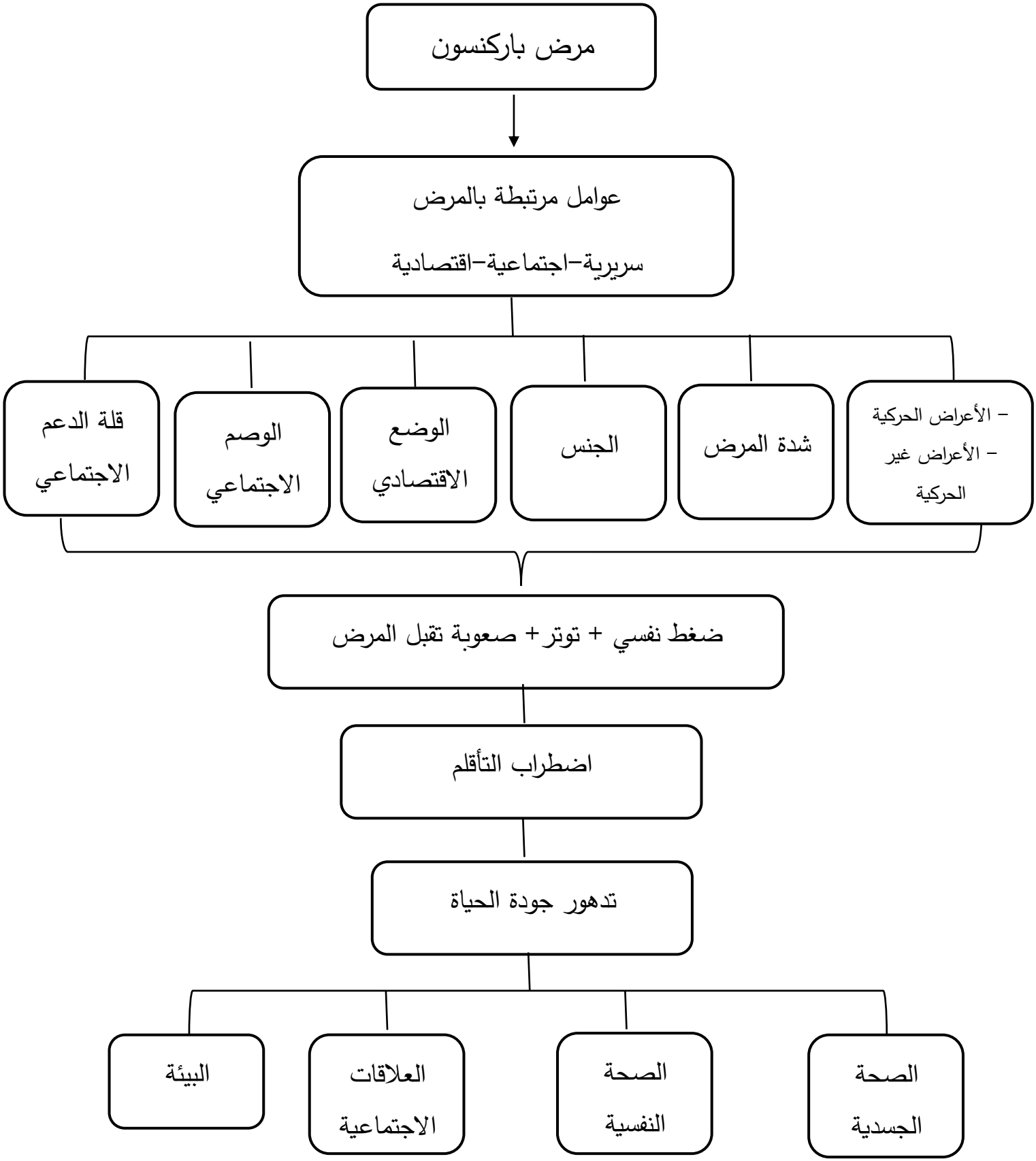
3- النموذج النظري للدراسة (من اعداد الباحثتين):

يتأثر مرض باركنسون بمجموعة من العوامل السريرية والاجتماعية والاقتصادية التي تسهم في زيادة شدة معاناة المريض وتعقيد حالته، وتشمل هذه العوامل الأعراض الحركية مثل الرعشة، بطء الحركة، عدم التوازن... إضافة الى الأعراض غير الحركية المصاحبة للمرض، كما تلعب شدة المرض (من حيث المرحلة والمدة) وجنس المريض، الوضع الاقتصادي، مستوى الدعم الاجتماعي أو العائلي والوصم الاجتماعي وغيرها دورا أساسيا في تحديد مدى تأثير المرض على حياة المريض اليومية.

في ظل هذه العوامل، يواجه المريض ضغطا نفسيا وتوترا متزايدا الى جانب صعوبة في تقبل المرض والتكيف مع متطلباته، مما يؤدي الى ظهور اضطرابات نفسية متعددة وفي هذه الدراسة نتحدث عن اضطراب التأقلم الذي يعكس عجز الفرد عن التكيف الفعال مع الضغوط النفسية والجسدية المرتبطة بالمرض وينعكس اضطراب التأقلم بشكل مباشر على

جودة حياة المريض حيث يؤثر على مختلف أبعادها فعلى مستوى الصحة الجسدية تتراجع قدرة المريض على الحركة وأداء الأنشطة اليومية...أما على مستوى الصحة النفسية فيزداد الشعور بالتوتر، القلق... نتيجة ضعف التكيف، وفيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية قد تتدهور الروابط مع الاسرة والمحيط الاجتماعي بسبب الحاجة المستمرة للدعم وما يرافقها من ضغوط نفسية، كما تتأثر البيئة المحيطة للمريض من خلال ما تفرضه الحالة من أعباء مادية وتحديات مرتبطة بتكاليف العلاج أو فقدان العمل.

وعليه يتضح أن مرض باركنسون وتأثيراته يزيد من صعوبة التكيف مع الحياة مما يؤدي الى ظهور اضطراب التأقلم الذي يؤثر سلبا على جودة الحياة في أبعادها المختلفة وهو ما ينعكس في النهاية على مستوى رضاه العام عن الحياة.



الشكل (01): مخطط يوضح علاقة مرض بركنسون بظهور اضطراب التأقلم وتأثره على جودة الحياة (من اعداد الباحثتين)

4-أهداف الدراسة:

كل دراسة لها أهداف تسعى إلى تحقيقها، وتتمثل أهداف دراستنا في:

- تحديد مستوى اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون.

- معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرضى باركنسون.

- معرفة ما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى المرضى.

- الكشف عما إذا كانت هناك فروق في اضطراب التأقلم تعزى لبعض المتغيرات منها الجنس ومدة المرض.

- الكشف عما إذا كانت هناك فروق في جودة الحياة تعزى لبعض المتغيرات منها الجنس ومدة المرض.

- تصميم نموذج نظري يحاكي متغيرات الدراسة ويصف مسار العلاقة السببية فيما بينها.

5-أهمية الدراسة:

- تكتسب هذه الدراسة أهمية بالغة كونها سلطت الضوء على فئة مرضى باركنسون التي لم تحظ بالاهتمام الكافي في الدراسات السابقة مما يساهم في ملئ فجوة بحثية مهمة.

- تبرز الدراسة أهمية الجانب النفسي للمرض مبينة أن تأثيره لا يقتصر على الأعراض الحركية فقط.

- تقدم الدراسة إطار نظرياً لبعض المتغيرات النفسية المتمثلة في اضطراب التأقلم وجودة الحياة وكذا مرض باركنسون.

- توضح الدراسة العلاقة بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة مما يساعد على فهم مدى تأثير صعوبات التكيف الناتجة عن المرض على حياة المرضى.

– تمكن نتائج الدراسة الباحثين والممارسين من تطوير برامج واستراتيجيات دعم تهدف إلى تقليل اضطراب التأقلم وتحسين جودة الحياة لدى المرضى.

– تفتح الدراسة المجال لإجراء المزيد من الدراسات العلمية الأخرى حول الموضوع وتوسيعه.

6- التعريفات الإجرائية:

6-1- التعريف الاجرائي لاضطراب التأقلم:

هو استجابة غير تكيفية تحدث بسبب ضغوط أو تغيرات حياتية مختلفة وتكون أكبر من قدرتنا على التكيف معها، كما تؤثر على الأداء الوظيفي أو الاجتماعي للمريض، وتقاس بالدرجة التي يتحصل عليها أفراد عينة الدراسة (مرضى باركنسون) على مقياس اضطراب التأقلم ADNM-20 الذي صمم من طرف كل من Einsle, Kollner, Maercker & Dannamann، وقامت الباحثة بوزغاية نهاد بترجمته وتقنينه.

6-2- التعريف الاجرائي لجودة الحياة:

هي عبارة عن شعور الفرد بمدى رضاه عن حياته وفقا لأبعادها المختلفة، والمتمثلة في البعد الجسدي، والنفسي، والعلاقات الاجتماعية، والبيئة، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (مرضى باركنسون) على مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL – BREF) والمقنن من طرف الباحثة فاطيمة حمزة.

7- الدراسات السابقة:

جدول رقم (01): دراسة سابقة حول جودة الحياة لدى مرضى باركنسون

الدراسة	الهدف	العينة	منهج وأدوات الدراسة	نتائج الدراسة
دراسة Moubarake et al(2023) بعنوان جودة الحياة لمرضى باركنسون	أجريت هذه الدراسة لتقييم جودة الحياة لمرضى باركنسون	عينة ملائمة شملت 75 مريضا خلال 6 أشهر	منهج وصفي - استبيان مقابلة منظم مكون من جزئين لتقييم الخصائص الاجتماعية والديموغرافية ومعرفة المرضى بمرض باركنسون. - مقياس مستوى الاستقلالية في أداء أنشطة الحياة اليومية. - مقياس جودة حياة مرضى باركنسون.	70% من المرضى لديهم مستوى جيد من المعرفة المتعلقة بمرض باركنسون، بينما17% منهم لديهم مستوى متوسط من المعرفة. أظهرت الدراسة أن 62,7% من المرضى يتمتعون بمستوى جزئي من الاستقلالية، بينما يتمتع 37,3% منهم باستقلالية كاملة. كما أظهرت أن 60% من المرضى يتمتعون بمستوى متوسط من جودة الحياة، و29,4% منهم بمستوى منخفض، بينما يتمتع 10,6% منهم بمستوى جيد. وجدت علاقة ذات دلالة إحصائية عالية بين جودة الحياة الكلية لدى

				المرضى ومستوى الاستقلالية.

جدول رقم (02): دراسات سابقة حول اضطراب التأقلم

الدراسة	الهدف	العينة	منهج وأدوات الدراسة	نتائج الدراسة
دراسة الحميضي أحمد علي والقرني وجدان عبد الرحمان (2023) بعنوان علاقة اضطراب التأقلم بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من الاناث والذكور المراجعين لمجمع إرادة والصحة النفسية بمدينة تبوك	هدفت الدراسة الى التعرف على مدى علاقة اضطراب التأقلم بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من السعوديين في مدينة تبوك	تكون مجتمع الدراسة من عدد المرضى الرجال والنساء من عمر (18) الى عمر (63) سنة من الذين قاموا بمراجعة مستشفى إرادة والصحة النفسية بتبوك وتم تشخيصهم باضطراب التأقلم	– تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي – اعتمدت الدراسة على مقياس ADNM- 20 – مقياس التنظيم الانفعالي	كشفت النتائج ارتباط استراتيجيات التنظيم الانفعالي السلبية لدى عينة من المرضى السعوديين في تبوك بعلاقة موجبة ودالة احصائيا باضطراب التأقلم وارتباط استراتيجيات التنظيم الانفعالي الإيجابية بعلاقة سالبة وغير دالة احصائيا باضطراب التأقلم، كما بينت وجود قوة تنبؤية تشير الى وجود أثر دال احصائيا للاستراتيجيات التنظيم الانفعالي.
دراسة بوزغاية نهاد (2022) بعنوان علاقة العوامل الخمسة	تشخيص اضطراب التأقلم لدى المراهقين	– تكونت من 72 مراهق مصاب بالسكري	تم انتهاج أسلوب النمذجة البنائية بالمربعات الصغرى الجزئية ضمن	– يوجد تأثير مباشر لعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية،

الكبرى للشخصية باضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري	المصابين بالسكري ومن ثم بناء نموذج نظري يصف العلاقة السببية بين متغيرات الدراسة	لديهم اضطراب التأقلم	تصميم البحث السببي – المقابلة السريرية المنظمة (مقابلة تشخيصية لاضطراب التأقلم) – مقياس اضطراب التأقلم – الوحدة الجديدة20 – قائمة العوامل الخمسة للشخصية لجولدبيرج المصغرة – مقياس التعامل مع مرض السكري	الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، الطيبة، يقظة الضمير) في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهقين – أن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لها تأثير مباشر في استراتيجيات التعامل مع مرض السكري – تأثير مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهقين المصابين بالسكري. – تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل غير مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري من خلال إستراتيجيات التعامل كمتغير وسيط
دراسة Van Beek.F.E, et (2021)al بعنوان اضطراب التكيف لدى	دراسة مدى انتشار اضطراب التكيف بين	200 مريض بسرطان الثدي والبروستاتا	تم استخدام الدراسة الرصدية مقياس القلق والاكتئاب	قدر الانتشار الإجمالي لاضطراب التكيف بنسبة 13,1% وأظهرت تحليلات الحساسية

مرضى السرطان بعد العلاج: الانتشار وقبول العلاج النفسي	مرضى السرطان وقبول العلاج النفسي وعلاقته بالعوامل الاجتماعية والديموغرافية والسريرية والنفسية.	والرأس والرقبة من جميع المراحل وطرق العلاج	مقياس الضيق استخدمت تحليلات الانحدار اللوجستي	معدلات انتشار لاضطراب التكيف بنسبة 11,5% و15,0% 23,5% وقدر قبول العلاج النفسي بنسبة 65% وارتبط الاضطراب بالعمل ومدة التشخيص

جدول رقم (03): دراسات سابقة حول جودة الحياة

الدراسة	الهدف	العينة	منهج وأدوات الدراسة	نتائج الدراسة
دراسة بن حرمة ليلى وطلاب كميلية (2024) بعنوان جودة الحياة لدى مرضى السيلياك	الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السيلياك.	شملت الدراسة عينة قوامها (34) مريض بالسيلياك تتراوح أعمارهم بين 18– 64 سنة	تم استخدام المنهج الوصفي المقارن ومقياس جودة الحياة WOQOL_BREF	تم التوصل إلى النتائج التالية: – مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة متوسط. – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في جودة الحياة. – توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة إلى تعزى لمتغير السن لصالح المجموعة الأولى الذين تتراوح أعمارهم بين 18و30 سنة.

				– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير سنوات المرض. – توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير الوضع الاقتصادي لصالح المجموعة الثالثة ذوي الوضع الاقتصادي الجيد
دراسة زواني نزيهة ولطرش محمد (2024) جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات	التعرف على مستوى جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي ببعض المتغيرات (السن –الجنس – نوع القولون العصبي)	تكونت من (123) مصابا ومتلازمة القولون العصبي	اعتماد المنهج الوصفي – استخدام مقياس جودة الحياة	توصلت الدراسة إلى وجود مستوى منخفض من جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث والمرضى الأقل سناً أقل جودة في الحياة من الكبار ووجود فروق بين الجنسين لصالح الذكور وعدم وجود فروق في جودة الحياة حسب نوع القولون في متوسط درجات أفراد عينة الدراسة

دراسة بن خولة بتول (2023) بعنوان جودة الحياة لدى المتعافيات من سرطان الثدي	معرفة جودة الحياة لدى المتعافيات من سرطان الثدي	عينة تضمنت 4 حالات ممن سبق لهن الإصابة بسرطان الثدي وتعافين منه لأكثر من 3 سنوات	تم استخدام المنهج العيادي – مقياس جودة الحياة C30/C23 ومقياس السلام الداخلي	أسفرت النتائج التالي: – تحقق المتعافيات من سرطان الثدي مستوى مرتفع من جودة الحياة – تمتع المتعافيات من سرطان الثدي بجودة الحياة في أبعادها الموضوعية والذاتية يحميها من الإنتكاسة – توجد علاقة طردية بين درجة السلام الداخلي وجودة الحياة
دراسة المحمدي إيمان علي وكعكي داليا خالد (2022) بعنوان تأثير القلق والاكتئاب على جودة الحياة لدى مرضى الصرع	هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى القلق والاكتئاب وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الصرع في مستشفيات مدينة جدة، والعلاقة بين مستوى الاكتئاب وجودة الحياة، وبين مستوى	طبقت الدراسة على عينة عشوائية من الأفراد السعوديين وغير السعوديين المصابين باضطراب الصرع بلغ عددهم (160) فردا	تناولت الباحثة المنهج الوصفي بجانبيه المقارن– الارتباطي استخدمت الدراسة استبيان الأسئلة الديموغرافية، استبيان القلق المعمم، استبيان صحة المريض، مقياس جودة الحياة مع مرض الصرع	توصلت الدراسة إلى: – انخفاض مستوى جودة الحياة بأبعادها الفرعية لدى مرضى الصرع. – وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى الاكتئاب وجودة الحياة بأبعادها المختلفة. – وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى القلق وجودة الحياة بأبعادها المختلفة. – عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط

	القلق وجودة الحياة، والفروق في مستوى جودة الحياة على أساس متغير الجنس (ذكور- إناث)، ومتغير الاكتئاب، ومتغير القلق			الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة وجميع أبعاده الفرعية تعزى لمتغير الجنس (ذكور- إناث)
دراسة عمامرة سميرة ومأمون عبد الكريم (2015) بعنوان المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى كبار السن	تهدف الدراسة إلى دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى المسنين في مدينة ورقلة من مستويات اجتماعية واقتصادية وثقافية مختلفة	اشتملت العينة على (60) مسن ومسنة بواقع (35) مسن و(25) مسنة	تم اعتماد المنهج الوصفي الارتباطي تم تطبيق قائمة المساندة الاجتماعية لسيد إبراهيم السمادوني تقنين بشير معمرية، مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" إعداد (منظمة الصحة العالمية) تعريب (د.بشرى	أسفرت النتائج عن: - وجود علاقة ارتباطية ودالة إحصائياً بين درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة لدى المسنين. - تختلف درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة تبعاً لاختلاف الجنس (ذكور - إناث). - تختلف درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة تبعاً لاختلاف من

			إسماعيل أحمد) 2008	المستوى الاجتماعي الاقتصادي (مرتفع – متوسط – منخفض)
دراسة بخش أميرة طه (2006) بعنوان جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية	الكشف عن الفروق في جودة الحياة بين المعاقين بصرياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية والتعرف على العلاقة بين جودة الحياة ومفهوم الذات لدى هؤلاء	50 معاقاً بصرياً ومثلهم من العاديين، تتراوح أعمارهم بين 15– 18 سنة	تم استخدام المنهج الوصفي تم استخدام مقياس مفهوم الذات ومقياس جودة الحياة	أسفرت نتائج الدراسة عن: – وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة بين العاديين والمعاقين بصرياً لصالح العاديين، ووجود علاقة دالة موجبة بين مفهوم الذات وجودة الحياة لدى عينة العاديين والمعاقين بصرياً

جدول رقم(04): دراسات سابقة حول بمرض باركنسون

الدراسة	الهدف	العينة	منهج وأدوات الدراسة	نتائج الدراسة
دراسة طيار شهيناز (2024) بعنوان تقييم القدرات المعرفية لمريض باركنسون	الفحص السريع للوظائف المعرفية لدى مريض باركنسون	طبقت على حالة عيادية واحدة مصابة بمرض باركنسون منذ 4 سنوات	تم استخدام المنهج الوصفي وتطبيق الأداة المعدلة (mmp) من نسختها الإيطالية الى النسخة الجزائرية	اتضح بعد الفحص المعرفي السريع للحالة (د، ر) من وجود اضطرابات معرفية حادة حيث تحصلت على قيمة17 من 32 نقطة

دراسة لعزري روزة ولوناس رادية (2024) بعنوان دراسة اضطرابات الوظائف التنفيدية والسيولة اللفظية لدى الأشخاص المصابين بمرض الباركنسون	هدفت الى دراسة اضطرابات الوظائف التنفيذية والسيولة اللفظية لدى الأشخاص المصابين بمرض الباركنسون ومقارنتها مع الحالات العادية	تكونت من 11 حالة مصابة بمرض باركنسون تتراوح أعمارهم لبن 48 الى 58 سنة و11 حالة عادية من 40 الة 70 سنة	تم استخدام المنهج الوصفي المقارن تم استخدام البطارية السريعة للتقييم الجبهي (BPEF) واختبار السيولة اللفظية والبرنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS)	تم التوصل الى أن فرضيات البحث قد تحققت وهي: – لا يظهر الاضطراب بشكل متجانس في مختلف الوظائف التنفيذي لدى الأشخاص المصابين بمرض الباركنسون (من خلال تطبيق بطارية BPEF) – تظهر درجة اضطراب السيولة اللفظية منخفضة مع باقي الوظائف التنفيذية لدى الأشخاص المصابين بمرض الباركنسون (من خلال تطبيق بطارية BPFE) – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أداء الأشخاص المصابين بمرض الباركنسون على مستوى المعجمية والسيولة الدلالية – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأشخاص المصابين بمرض

				البارکنسون والأشخاص العاديين على مستوى السيولة المعجمية والسيولة الدلالية.
دراسة خروب كريمة وصبايحي ليتسيا (2023) بعنوان دراسة وظيفة التخطيط وسرعة معالجة المعلومات لدى الأشخاص المصابين بمرض البارکنسون – دراسة مقارنة–	هدفت لدراسة وظيفتي التخطيط وسرعة معالجة المعلومات لدى الأشخاص المصابين بمرض باركنسون ومقارنتها مع الحالات العادية	تكونت من 10 حالات تتراوح أعمارهم بين 40 سنة الى 70 سنة ومنها 10 حالات عادية	تم استخدام المنهج الوصفي المقارن اختبار برج لندن واختبار الجمع passat	– توجد علاقة ارتباطية بين وظيفة سرعة معالجة المعلومات والتخطيط لدى مرضى باركنسون – توجد فروق ذات دلالة على مستوى وظيفة سرعة معالجة المعلومات بين مرضى باركنسون والأشخاص العاديين – توجد فروق ذات دلالة على مستوى وظيفة التخطيط بين مرض البارکنسون والأشخاص العاديين
دراسة بن زينة عائشة وبوشيخي اسمهان (2020) بعنوان الابراكسيا الفمية الوجهية عند المصابيين	معرفة تأثير الابراكسيا الفمية الوجهية عند المصابين بالامراض الاضمحلالية (بارکنسون)	حالة واحدة تعاني من مرض باركنسون	اعتمدت على منهج دراسة الحالة وتم استخدام اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية لفولشتين"folstein " والاعتماد على منهج دراسة الحالة واختبار	مرض باركنسون يؤثر على الحركات الفمية الوجهية

بالامراض الاضمحلالية (باركنسون)			mmse واختبار لتقييم الابراكسيا الفمية الوجهية	
دراسة قدور علي (2017) بعنوان بناء شبكة التقييم الذاتي للإعاقة الصوتية الناتجة عن مرض الباركنسون في الوسط الاكلينيكي الجزائري	هدفت الى الوقوف على مدى نجاعة الشبكة	مكونة من 43 فردا مصابا بمرض الباركنسون كعينة تجريبية و60 فردا عاديا لا يعانون من اية أمراض عصبية أو اضطرابات صوتية كعينة ضابطة تتراوح أعمارهم بين 50 الى 80 سنة	تم استخدام المنهج شبه التجريبي – استخدام الاختبار المختصر لفحص الحالة العقلية وبرمجة برات "praat" لتحليل عدد من الخصائص الاكوستيكي الموضوعية	– توجد فروق دالة احصائيا بين نتائج تطبيق شبكة التقييم الذاتي للإعاقة الصوتية الناتجة عن مرض الباركنسون على أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة – يوجد ارتباط ذو دلالة اكلينيكية بين نتائج التقييم الاكوستيكي لأصوات المصابين بمرض الباركنسون بواسطة برمجة "praat" ونتائج التقييم الذاتي للإعاقة الصوتية لدى المصابين بمرض الباركنسون بواسطة شبكة التقييم الذاتي.

8- تحليل الدراسات السابقة:

وفقاً لما جاء في عرض الدراسات السابقة، فقد تنوعت هذه الأخيرة في تناول جودة الحياة واضطراب التأقلم ومرض الباركنسون من حيث الهدف، طبيعة العينة، المنهج المتبع وأدوات الدراسة، مما يعطي نتائج متباينة من دراسة إلى أخرى، فمنها ما اتفقت مع دراستنا الحالية ومنها اختلف معها. ويمكن تقسيمها كالتالي:

• من حيث الأهداف:

اتضح من خلال الدراسات السابقة تنوع الأهداف باختلاف طبيعة كل دراسة ومتغيراتها، حيث ركزت بعض الدراسات على قياس مستوى اضطراب التأقلم وأخرى لقياس جودة الحياة لدى فئات مرضية مختلفة، وهو ما نجده في دراسة(Van Beek.F.E,et al,2021)التي هدفت إلى دراسة مدى انتشار اضطراب التكيف بين مرضى السرطان وهو ما تشابه مع أحد أهداف الدراسة الحالية المتمثل في تحديد مستوى اضطراب التأقلم، إلاَّ أنَّ الاختلاف بينهما يكمن في طبيعة المرض والعينة المدروسة، الأمر الذي قد يؤدي إلى اختلاف النتائج تبعاً للخصائص النفسية و الجسمية لكل فئة مرضية. من جهة أخرى، نجد دراسة (بن خولة، 2023) حيث كان هدف الباحثة معرفة مستوى جودة الحياة لدى المتعافيات من سرطان الثدي، دراسة (بن حرمة وطلاب، 2024) حيث ركزا على الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السيلياك، ودراسة (زواني ولطرش، 2024) وكان هدفهما التعرف على مستوى جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي. وقد تشابهت هذه الدراسات كذلك مع دراستنا الحالية في هدف مشترك بينهما وهو معرفة مستوى جودة الحياة لكن كلٌ حسب طبيعة العينة والمرض ما يجعل النتائج تختلف فيما بينها وذلك تبعاً للخصائص النفسية والجسمية لكل فئة مرضية.

إلاَّ أنَّ هناك دراسة واحدة لـ (Moubarake,2023) قد تطابقت تماماً مع هدف من أهداف دراستنا الحالية وهو معرفة مستوى جودة الحياة لدى مرضى باركنسون، نظراً لنفس

طبيعة العينة المتمثلة في مرض باركنسون، ما يمنح الدراسة الحالية دعماً نظرياً ومنهجياً يساعد على تفسير النتائج ومقارنتها بالدراسات السابقة.

كما تبين من خلال عرض الدراسات السابقة وجود دراسة (بوزغاية، 2022) التي هدفت إلى بناء نموذج نظري يفسر العلاقة السببية بين متغيرات الدراسة، ويتفق هذا الهدف مع التوجه العام للدراسة الحالية التي تسعى إلى فهم العلاقة بين جودة الحياة واضطراب التأقلم، غير أن الاختلاف بين الدراستين يتمثل في اختلاف بين أحد المتغيرات وطبيعة العينة، مما يجعل نتائج كل دراسة مرتبطة بالسياق الذي أجريت فيه.

في حين اتجهت دراسات أخرى إلى دراسة العلاقات الارتباطية بين اضطراب التأقلم ومتغير آخر وبين جودة الحياة ومتغير آخر، مثل ما نجده في دراسة (عمامرة ومأمون، 2015) التي تدرس العلاقة بين المساندة الاجتماعية و جودة الحياة لدى المسنين، ودراسة (الحميضي والقرني، 2023) التي تدرس علاقة اضطراب التأقلم بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من السعوديين في مدينة تبوك، بينما لم نجد دراسة تدرس العلاقة الارتباطية بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة معاً، وهذا ما جعل هناك اختلاف بين هذه الدراسات و الدراسة الحالية من حيث الهدف نظراً لعدم اجتماع المتغيرين معاً في دراسة واحدة، وهذا ما تميزت به دراستنا الحالية كونها جمعت بين الكشف عن مستوى اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون، إضافة إلى دراسة العلاقة بينهما، و هو ما لم تتناوله الدراسات السابقة مما يمنحها خصوصية في الطرح و البحث.

• من حيث العينة:

تباينت عينة الدراسات السابقة حسب أهدافها، حيث شملت فئات مختلفة مثل: مرضى السرطان، الصرع، القولون العصبي، السكري...إلخ، وهو ما اختلف مع دراستنا الحالية ويرجع سبب الاختلاف ربما إلى طبيعة المشكلة البحثية والأهداف التي سعت كل دراسة إلى تحقيقها، مثل دراسة (بوزغاية، 2022) التي تناولت المراهقين المصابين بالسكري، ودراسة (زواني ولطرش، 2024) التي أُجريت على مرض متلازمة القولون العصبي.

غير أنه هناك دراسات سابقة اتفقت مع الدراسة الحالية من حيث اختيارها لنفس العينة المدروسة والمتمثل في مرضى باركنسون، ونجد هذا الاتفاق في دراسة (قدور،2017)، ودراسة (بن زينة وبوشيخي، 2020)، ودراسة (خروب وصبايحي، 2023)، ودراسة (لعزري ولوناس، 2024). ويُظهِر هذا الاتفاق اهتمام الباحثين المتزايد بدراسة الجوانب النفسية والاجتماعية والصحية المرتبطة بمرض باركنسون، لما يسببه من تأثيرات مختلفة على حياة المريض اليومية. كما أنَّ تشابه العينات بين هذه الدراسات ودراستنا الحالية يعزز امكانية الاستفادة من نتائجها في تفسير النتائج المتوصل إليها، خاصة أنَّ مرضى باركنسون يشتركون في مجموعة من الخصائص المرتبطة بطبيعة المرض، مثل التغيرات الحركية والنفسية والاجتماعية التي قد تنعكس على مستوى جودة الحياة أو على القدرة على التوافق مع المرض. إضافة إلى ذلك، فإن اعتماد نفس الفئة المرضية يسمح بإجراء مقارنات علمية أكثر دقة بين نتائج الدراسات المختلفة، والكشف عن أوجه التشابه والاختلاف فيما بينها.

• من حيث المنهج:

أظهرت الدراسات تنوعاً في المناهج المستخدمة تبعاً لطبيعة كل دراسة وأهدافها، حيث اعتمدت أغلب الدراسات على المنهج الوصفي كدراسة (بخش، 2006) ودراسة (زواني ولطرش، 2024) وذلك لملائمته مع طبيعة الدراسات النفسية والصحية التي تهدف إلى وصف الظواهر والكشف عن العلاقات والفروق بين المتغيرات. وهناك من وظف هذا المنهج بأسلوبه الارتباطي فقط للكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرات مثل دراسة (عمامرة ومأمون، 2015)، والبعض الآخر وظف المنهج الوصفي بأسلوبه المقارن فقط لدراسة الفروق بين الأفراد تبعاً لبعض المتغيرات كدراسة (بن حرمة وطلاب، 2024). إلاَّ أنَّ هناك دراسة (المحمدي وكعكي، 2022) تشابهت تماماً مع دراستنا الحالية في استخدامها للمنهج الوصفي بأسلوبيه الارتباطي والمقارن معاً، لأنه يسمح بدراسة العلاقة بين المتغيرات من جهة، والكشف عن الفروق الإحصائية بين أفراد العينة من جهة أخرى، ما جعلها تتماشى مع أهداف الدراسة الحالية وطبيعة فرضياتها. ويعكس هذا التشابه في المنهج أهمية المنهج

الوصفي بأسلوبيه معاً في الدراسات النفسية، لأنه يوفر فهماً أعمق وأكثر شمولية للظاهرة المدروسة من خلال الجمع بين تفسير العلاقات وتحليل الفروق.

في المقابل، اختلفت دراستنا الحالية تماماً مع بعض الدراسات السابقة في المنهج المتبع وذلك ربما لمناسبته مع طبيعة موضوعهم واختلاف أهداف الدراسات وطبيعة المشكلات التي تناولتها واختلاف العينات المستهدفة، ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة (VanBeek.F.E et al, 2021) التي اتبعت منهج الدراسة الرصدية الاستراتيجية وهو منهج يستخدم غالباً في الدراسات الطبية والصحية طويلة المدى، وهذا ما نجده في هذه الدراسة حيث بلغت العينة المدروسة 200 مريض بسرطان الثدي والبروستاتا والرأس والرقبة من جميع المراحل وبمختلف طرق العلاج، و التي هدفت إلى دراسة مدى انتشار اضطراب التكيف بين مرضى السرطان و مدى قبول العلاج النفسي وعلاقته بالعوامل الاجتماعية والديموغرافية والسريرية. كما نجد في دراسة (بن خولة،2023) استخدامها للمنهج العيادي الذي يدرس الحالة بصورة معمقة، وقد استهدفت هذه الدراسة 4 حالات ممن سبق لهن الإصابة بسرطان الثدي وتعافين منه لأكثر من 3 سنوات، وهو ما يختلف عن طبيعة دراستنا الحالية التي تهدف إلى الكشف عن العلاقات والفروق داخل عينة أوسع نسبياً.

ويتضح من خلال هذا التنوع في المناهج المتبعة في الدراسات السابقة، أنَّ اختيار المنهج كان مرتبطاً بطبيعة الموضوع وأهدافه وعينته ومتغيراته، كما أنَّ المنهج الوصفي بأسلوبيه الارتباطي والمقارن معاً يعدُّ من أكثر المناهج ملائمة للدراسة الحالية لأنه يسمح بفهم مستوى المتغيرات المدروسة والكشف عن العلاقات والفروق بينها بشكل علمي ودقيق.

• من حيث الأدوات:

أظهرت الدراسات السابقة تنوعاً في الأدوات والمقاييس المستخدمة تبعاً لطبيعة المتغيرات المدروسة وأهداف كل دراسة وخصائص العينات المستهدفة، حيث اتفقت بعض الدراسات مع دراستنا الحالية في اعتمادها على نفس المقاييس لقياس متغيرات الدراسة. فنجد دراسة (بوزغاية، 2022) التي اعتمدت على مقياس اضطراب التأقلم النسخة الجديدة 20

(ADNM_20) المصمم من طرف Einsle, Kollner, Maercker & Dannamann والمترجم والمقنن من طرفها، نجد أيضاً دراسة (الحميضي والقرني، 2023) التي اعتمدت على نفس هذا المقياس، وهو ما يدل على شيوع استخدام هذا المقياس في الدراسات النفسية الحديثة المتعلقة بإضطراب التأقلم، أماً عن دراسة (بن حرمة وطلاب، 2024) فقد اعتمدت على مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL_BREF) المقنن من طرف الباحثة فاطيمة حمزة على عينات من البيئة الجزائرية، وهو نفس المقياس المعتمد في دراستنا الحالية، الأمر الذي يعزز ويؤكد مدى ملائمة هذا المقياس على البيئة الجزائرية ويزيد من دقة النتائج المتحصل عليها.

في حين اختلف الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات السابقة من حيث الأدوات المستخدمة، ويرجع ذلك غالباً إلى اختلاف طبيعة المتغيرات أو خصائص العينة أو خصوصية الاضطرابات المدروسة. فنجد مثلاً دراسة (Van Beek.E.F et al,2021) التي اعتمدت على مقياس القلق والاكتئاب ومقياس الضيق وتحليلات الانحدار اللوجيستي بهدف الكشف عن العلاقات التنبؤية بين المتغيرات المدروسة، كذلك الأمر في دراسة (المحمدي وكعكي، 2022) واعتمدت هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات تمثلت في استبيان الأسئلة الديموغرافية واستبيان القلق المعمم واستبيان صحة المريض ومقياس جودة الحياة الخاص بمرضى الصرع وهو مقياس متخصص يتلائم مع طبيعة المرض المدروس. أيضاً بالنسبة لدراسة (بن خولة، 2023) التي استخدمت مقياس جودة الحياة (C30/C23) الخاص بمرض السرطان إلى جانب مقياس السلام الداخلي، وذلك لخصوصية وحساسية العينة المستهدفة في هذه الدراسة.

ومن خلال ذلك يتضح أنَّ اختيار الأدوات في الدراسات السابقة كان مرتبطاً بطبيعة المشكلة البحثية والهدف من الدراسة والعينة المستهدفة، أماً عن دراستنا الحالية، فقد سعت إلى اختيار أدوات تتمتع بالصدق والثبات وتتناسب مع البيئة الجزائرية وطبيعة العينة المستهدفة، لما يضمن الوصول إلى نتائج أكثر دقة وموضوعية.

• من حيث النتائج:

أظهرت الدراسات السابقة تبايناً واضحاً في نتائجها تبعاً لاختلاف العينات والمتغيرات و الأهداف، وبالتالي تؤدي إلى اختلاف النتائج المتوصل إليها من دراسة إلى أخرى حيث نجد دراسة (بخش، 2006) فقد أظهرت وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة بين العاديين والمعاقين بصرياً لصالح العاديين، مما يدل على أنَّ الإعاقة البصرية قد تؤثر سلباً على إدراك الفرد لجودة حياته، كما توصلت الدراسة أيضاً إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مفهوم الذات وجودة الحياة لدى كل من العاديين والمعاقين بصرياً، وهو ما يؤكد أهمية الجانب النفسي و تقدير الذات في تحسين جودة الحياة، أماَّ دراسة (VanBeek et al,2021) فقد أسفرت نتائجها إلى أنَّ اضطراب التأقلم لدى المرضى قد بلغت نسبة انتشاره 13,1%، كما بينت النتائج أنَّ قبول المرضى للعلاج النفسي كان بنسبةِ 65%، كما ارتبط الاضطراب بالعمل ومدة التشخيص، وهو ما يبرز أثر الظروف الاجتماعية والصحية في ظهور الاضطرابات النفسية لدى المرضى، وفي دراسة (بن زينة وبوشيخي، 2020) فكانت نتائجها هي أنَّ مرض باركنسون يؤثر على الحركات الفمية الوجهية وهو ما يبرز الانعكاسات الجسدية التي قد تؤثر بدورها على حياة المريض اليومية وتفاعله الاجتماعي والنفسي.

بينما توجد دراسة لـ (Moubarake et al,2023) قد اتفقت مع دراستنا الحالية من حيث أحد النتائج المتوصل إليها، وهي أنّ مستوى جودة الحياة لدى مرضى باركنسون كان متوسطاً، وهو ما يدعم نتائج دراستنا الحالية، حيث يؤكد أنَّ مرضى الباركنسون يعانون من تراجع نسبي في جودة الحياة دون أنْ يصل بالضرورة إلى المستوى المنخفض، وذلك نتيجة لاختلاف شدة المرض، ومدة الإصابة، ومدى توفر الدعم النفسي والاجتماعي والرعاية الصحية.

الفصل الأول: اضطراب التأقلم

تمهيد

1- تاريخ تطور مفهوم اضطراب التأقلم

2- تعريف اضطراب التأقلم

3- النظريات المفسرة لاضطراب التأقلم

4- معايير تشخيص اضطراب التأقلم حسب DSM5

خلاصة الفصل

تمهيد:

تتجلى الاضطرابات النفسية في أشكال متعددة من المعاناة التي قد تؤثر على توازن الفرد وسلوكه وتفاعله مع محيطه. وتتنوع هذه الاضطرابات باختلاف أسبابها ومظاهرها، فمنها ما يرتبط بالعوامل الداخلية، ومنها ما ينتج عن تأثيرات وضغوط خارجية.

ومن بين هذه الاضطرابات يظهر اضطراب التأقلم كأحد الاضطرابات المرتبطة بصعوبة التكيف مع الأحداث الضاغطة، حيث يؤثر على توازن الفرد النفسي والاجتماعي، ويحد من قدرته على مواجهة متطلبات الحياة. ومن هذا المنطلق، يهدف هذا الفصل إلى تسليط الضوء على اضطراب التأقلم من خلال تتبع تطور مفهومه، واستعراض أهم تعريفاته، والنظريات المفسرة له، بالإضافة إلى معايير تشخيصه.

1- تاريخ تطور مفهوم اضطراب التأقلم:

ظهر أول وصف سريري لاضطراب التأقلم في القرن الحادي عشر في كتابات ابن سينا، لكن هذا الوصف لم يأخذ حقه في الظهور والتداول بين العلماء والباحثين إلا خلال الحرب العالمية الثانية وتطور نظرية التدخل في الأزمات، لكن معالم هذا الاضطراب قد ظهرت في الدليل الأمريكي التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية الأول (DSM I) سنة 1952 وكان يطلق على الاضطراب تسمية اضطراب الشخصية العابرة للحالات، أما في (DSM II) سنة 1968 فقد تم تغيير تسميته إلى اضطراب الحالة العابرة ، وقد استخدم مصطلح اضطراب التأقلم أول مرة في (DSM III) سنة 1980 وفيه تم إضافة الأنماط الفرعية من الاضطراب المتمثلة في: اضطراب التأقلم مع مزاج اكتئابي، مع قلق، مع قلق ومزاج اكتئابي مختلط، مع اضطراب في المسلك، مع اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات، مع تثبيط العمل، مع الانسحاب وغير المحدد.(Patra& Sarkar 2013, pp.4-5)

وقد كان اضطراب التأقلم في الإصدارات الثلاثة من الدليل يعرف على أنه رد فعل غير متكيف لعامل ضاغط نفسي اجتماعي يظهر خلال ثلاثة أشهر الموالية لظهور هذا العامل الضاغط، أما في الدليل الرابع (DSM IV) سنة 1994 فيعرفه على أنه أعراض سلوكية انفعالية ناجمة عن ردة فعل العامل أو عوامل ضاغطة تظهر خلال ثلاثة أشهر الموالية لظهور العامل الضاغط وبمجرد اختفاء هذا الأخير لا تدوم الأعراض أكثر من 6 أشهر، فاضطراب التأقلم في الدليل التشخيصي الرابع أصبح أكثر دقة وتحديدا من حيث وصف المعايير التشخيصية، كما تم حذف نمطين من أنماط اضطراب التأقلم وهما اضطراب التأقلم مع تثبيط العمل واضطراب التأقلم مع الانسحاب، أما في الدليل الخامس (DSMV) سنة 2013 لم يتم إدخال أي تغييرات مهمة على معايير تشخيصه وكان التغيير الرئيسي هو جمع اضطراب التأقلم مع الاضطرابات المتعلقة بالصدمة و الإجهاد (اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب الكرب الحاد و اضطراب التعلق التفاعلي واضطراب المشاركة الاجتماعية المتحللة)، أما في التصنيف الدولي للأمراض (ICD) التابع للمنظمة

العالمية للصحة فقد أدرج اضطراب التأقلم لأول مرة في الطبعة الثامنة (ICD-8) من التصنيف الدولي للأمراض في عام 1965 تحت اسم "الاضطرابات الظرفية العابرة"، ثم تحديثه إلى "رد فعل التأقلم" في الطبعة التاسعة (ICD-9) في عام 1975، وقد ورد مصطلح اضطراب التأقلم في الطبعة العاشرة (ICD-10) في قسم التفاعل مع الكرب الشديد واضطرابات التأقلم جنبا إلى جنب مع رد فعل الكرب الحاد، اضطرابات ما بعد الصدمة، وغيرها من ردود الفعل على الإجهاد الشديد وردود الفعل على الإجهاد الشديد غير محدد. (بوزغاية، 2022، ص.81-82)

وقد تم تعريف اضطراب التأقلم في (ICD-10) على أنه حالة من الضيق الشخصي والاضطراب الانفعالي الذي يسبب تشويشا على النشاط والأداء الاجتماعيين، بما في ذلك تغيير كبير في الحياة، تتميز مظاهر اضطراب التأقلم بالضيق الذاتي والاضطراب العاطفي، وقد تشمل أيضا الاكتئاب والقلق وعدم القدرة على مواجهة المواقف.(منظمة الصحة العالمية، 1999، ص.159)

أما في الطبعة الحادية عشر من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) فقد قدم بنية جديدة لوصف اضطراب التأقلم من خلال التعريف الواضح للأعراض مقارنة بالطبعة العاشرة (ICD-10)، فقد تم تعريفه في الطبعة 11 على أنه رد فعل غير متكيف، والذي يظهر عادة خلال شهر واحد من ضغوط الحياة المهمة، مثل المرض أو مشاكل الأسرة أو المشكلات المتعلقة بالوظيفة أو الصعوبات المالية، وكان أساس التشخيص في هذا التصنيف يعتمد على عرضين مهمين هما: الانشغال بالضغط النفسي والفشل في التأقلم.
(Kazlauskas et al,2017,p.02)

2- تعريف اضطراب التأقلم:

يعرف اضطراب التأقلم بأنه ردود فعل الفرد عندما يعجز عن التعامل مع حدث أو موقف مسبب للضغط النفسي يتجاوز الاستجابة المتوقعة عادة، مما يؤدي إلى ضيق نفسي واضطراب عاطفي يتبعه خلل في الاداء الاجتماعي والشخصي، ويصنف ضمن

الاضطرابات الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) و التصنيف الدولي للأمراض (ICD 10) .(Lakshmi, 2017,p.1)

هو رد فعل غير طبيعي ومبالغ فيه تجاه ضغوطات ومواقف الحياة، يكون رد الفعل كبير، وحاد أكثر من الطبيعي والمتوقع، وعادة ما يسبب مشاكل وضعف في الحياة الاجتماعية والمهنية أو التعليمية. (أبي زيد، د.ت، ص.2)

هي حالات من الضيق الذاتي والاضطراب الانفعالي، غالباً ما تتداخل مع الوظيفة والأداء الاجتماعي، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذي دلالة في الحياة أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد. (عكاشة وعكاشة، 2010، ص.193)

اضطراب التأقلم ويمكن تسميته كذلك اضطراب التكيف وهو استجابة نفسية وسلوكية مبالغ فيها اتجاه ضغوط الحياة أو أحداثها الصعبة، مثل مشاكل العمل، الدراسة، الزواج، المرض أو أي تغييرات كبيرة. يتميز هذا الاضطراب بشعور مستمر بعدم الراحة والضيق أو الإحباط، وصعوبة التكيف مع المواقف الجديدة، وقد يؤثر على الحياة الاجتماعية، المهنية أو التعليمية للفرد. يظهر اضطراب التأقلم عندما تفشل آليات التكيف الطبيعية للفرد في التعامل مع الضغوط فيؤدي ذلك إلى ضيق ذاتي واضطراب عاطفي ملموس، مثل القلق أو الحزن أو الانفعال المفرط.

3- النظريات المفسرة لاضطراب التأقلم:

1-النظرية المعرفية عند جان بياجيه:

لقد كان اهتمام بياجيه الاساسي بعد الجمع بين علم النفس النمو وعلم النفس التعلم محاولة شرح كيفية اكتساب المعرفة وفق مراحل النمو العقلي، فلقد كانت (البنية العقلية) و (الوظائف العقلية) هي أهم المرتكزات الأساسية التي بنى عليها بياجيه نظريته في النمو المعرفي من حيث إن الوظائف العقلية هي ثابتة ولا تتغير كونها فطرية وموروثة مع الانسان في حين أن البنية العقلية هي التي تتغير وتتطور نتيجة تفاعل الانسان مع البيئة ، ويرى

بياجيه أن هناك وظيفتين أساسيتين للتفكير لا تتغيران مع تقدم العمر هما: التنظيم والتكيف، فالتنظيم هو ميل الفرد الى ترتيب عملياته العقلية في أنظمة متكاملة ومتناسقة، أما التكيف فيمثل نزعة الفرد إلى التلاؤم مع البيئة، ويعتبر التكيف تغيرات في العضوية تحدث استجابة لمطالب البيئة ويتم التكيف من خلال عمليتين هما (الاستيعاب والمماثلة أو المواءمة)، فالاستيعاب هو تفسير المعلومات الجديدة وجعلها تتلاءم مع البنيات العقلية الموجودة، بينما المماثلة(المواءمة) فهي التغير في البنية العقلية لجعلها متوافقة مع متطلبات البيئة. (الحميضي والقرني، 2023، ص .80)

وعليه، فإن اختلال التوازن بين هاتين الوظيفتين (التنظيم والتكيف) يؤدي الى ضعف في قدرة الفرد على مواجهة التغيرات والمتطلبات البيئية، مما قد يزيد من احتمالية ظهور اضطراب التأقلم.

2-نظرية التعلم الاجتماعي الذهني:

تعتبر الفعالية الذاتية من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي الذهني لباندورا لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك، ويرى علاء (2000) أن فاعلية الذات تمثل مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدرته على القيام بسلوكيات معينة، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة، وتحدي الصعاب ومدى مثابرته للإنجاز. ويؤكد باندورا Bandura بأنه كلما قويت فعالية الذات ازدادت مواجهة الفرد للمواقف والضغوط المهددة، وأن فعالية الذات تكون غير محددة بموقف معين ولم تكن سمة شمولية للشخصية فالفعالية الذاتية تحدد بمقدار الجيد الذي يبذله الأفراد وبطول المدة الزمنية التي سيثابرون بها في مواجهة العقبات. (الحميضي و القرني، 2023، ص.80)

وبناء على ذلك، يمكن القول إن فعالية الذات، كما يطرحها ألبرت باندورا، تمثل عاملًا حاسمًا في كيفية تعامل الفرد مع الضغوطات والمواقف الحياتية الصعبة، حيث إن مستوى إيمان الفرد بقدراته يؤثر بشكل مباشر في قدرته على التكيف. فكلما ارتفعت فعالية

الذات، زادت قدرة الفرد على مواجهة التحديات والمثابرة في تجاوزها، في حين أن ضعفها قد يشكل عائقًا أمام التكيف السليم، مما قد يزيد من احتمالية ظهور اضطرابات التأقلم.

3-نظرية النمو النفسي الاجتماعي لأريك اريكسون:

يعتقد اريكسون في نمو الأنا والشخصية: أنها عبارة عن تتابع نمو مكوناتها البيولوجية والاجتماعية خلال ثمان مراحل وكل مرحلة تعتبر بمثابة نقطة تحول تتضمن ما أطلق عليه (اريكسون) اسم "أزمة نفسية اجتماعية"، تعبر عن حاجة نمو على الفرد أن يواجهها ليكتسب خبرة مهمة تساعده على مواجهة الأزمة التالية التي يفترض أنه سيكتسب خلالها خبرة جديدة أخرى حيث تمثل كل أزمة تحدث للانا يكافح لتجاوزها وحلها، ومع كل حل لهذه التحديات يكتسب الأنا فاعلية أو قوة جديدة، تجعل منه بناء أكثرا تطورا ونضجا وقدرة على تحقيق المتطلبات الاجتماعية في المرحلة الجديدة تتضمن الفاعلية الجديدة والفاعليات السابقة بعد إعادة تشكلها، درجة أعمق من الاضطراب في حالة الحل السلبي للأزمة في أي مرحلة حيث تؤدي إلى سيطرة قوى الأنا السلبية المضادة للحلول الإيجابية. (مشري، 2017، ص.5)

وفقًا لنظرية إريك إريكسون، يمكن أن تنشأ اضطرابات التأقلم لدى الأفراد نتيجة الفشل في مواجهة إحدى الأزمات النفسية-الاجتماعية في مراحل النمو المختلفة. فعدم القدرة على التعامل مع الأزمة يؤدي إلى تبني حلول غير فعالة، ويولد أنماطًا سلوكية واتجاهات غير ملائمة عند مواجهة التحديات والضغوطات المستقبلية، مما يضعف قدرة الفرد على التكيف النفسي والاجتماعي في المراحل التالية من حياته.

4-النظرية الذهنية الأرون بيك:

يعتمد نهج بيك على الأساس العقلاني النظري بأن الطريقة التي يشعر الناس ويتصرفون بها يتم التعرف عليها أو تحديدها من خلال معرفة كيفية بنائهم لتجاربهم حيث

يؤكد بيك في نهجه على التعرف على الأفكار السلبية والمعتقدات المتعلقة بسوء التوافق أو عدم القدرة على التأقلم وتغييرها، حيث يقوم التوجه المعرفي في علم النفس على أساس أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة (التفكير) والانفعال والسلوك فعندما يفكر الفرد فإنه ينفعل ويسلك وعندما ينفعل يفكر ويسلك و باختصار، فإن النموذج المعرفي يفترض أن التفكير المضطرب الذي يؤثر سلبا على مشاعر وسلوك المرضى الغالب في معظم الاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يؤدي إلى تحسن في المزاج والسلوك.
(الحميضي والقرني، 2023، ص.81)

وعليه، فوفقًا للنموذج المعرفي لدى آرون بيك، تتحدد استجابة الفرد للمواقف الضاغطة من خلال طريقة تفسيره لها، حيث تلعب الأفكار التلقائية، والمعتقدات الوسيطية، والمعتقدات الجوهرية دورًا رئيسيًا في منح الحدث معنى ذهنيًا. وتؤثر هذه المستويات معًا على المشاعر والسلوك، بحيث يمكن للتفكير المرن والإيجابي أن يعزز عملية التأقلم، في حين أن التفكير السلبي قد يعيق القدرة على مواجهة الضغوطات ويزيد من احتمالية سوء التأقلم.

5-نظرية الاجهاد النفسي لازاورس وفولكمان:

يعرف كل من لازاروس وفولكمان الضغط بأنه مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد إضافة إلى الاستجابات المترتبة عليها وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف، وكما تقترح هذه النظرية النظر إلى الاجهاد كتفاعل متبادل بين الأفراد والظروف أو البيئات حيث يشير مصطلح "الإجهاد النفسي" إلى العلاقة مع البيئة التي يقدرها الشخص على أنها مهمة لرفاهيته والتي تفرض فيها ضريبة المطالب أو تتجاوز موارد المواجهة المتاحة. كما اقترح كل من لازاروس وفولكمان أن يستخدم الفرد طرقا واعية لتنظيم استجاباته أمام الضغوط وأكدا على أهمية العمليات المعرفية اللازمة للتعامل مع الحدث الخارجي بهدف تحقيق

التوافق للفرد، وكما نرى أن لازاروس وفولكمان يؤكدان على مكونين لنظرية الضغط النفسي وهما التقييم أي تفسير الفرد للحدث نفسه والمفهوم الآخر وهو التكيف أي مقدار ما يفعله الفرد من جهود في مواجهة الصعوبات يتفاعل هذان المفهومان ليشكلا قدرة الفرد على التعامل أو مواجهته للمتطلبات المتغيرة في حياته. (الحميضي والقرني،2023، ص.81)

ومنه فإن نظرية لازاروس وفولكمان ترى أن الاجهاد النفسي ليس مجرد حدث خارجي، بل هو تفاعل ديناميكي بين الفرد وبيئته. ويتوقف على كيفية تقييم الفرد للحدث وما إذا كان يشكل تهديدًا أو تحديًا، وكذلك على طرق التكيف التي يستخدمها لمواجهة الصعوبات. ويؤكد هذا النموذج أن قدرة الفرد على التأقلم تعتمد على التقييم الواعي للموقف والجهود المستمرة للتكيف، مما يساعده على التعامل مع المتطلبات المتغيرة وتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي.

6-نظرية ماسلو للحاجات:

يعتقد ماسلو أن الشخص المتوافق هو الذي يستطيع إشباع حاجاته الفسيولوجية والنفسية بحسب أولوياتها، وهو الذي يتقبل نفسه والآخرين ويمتلك خبرات روحية ولديه القدرة على التمركز حول المشكلة أكثر من التمركز حول نفسه ويتصف بالاستقلال الذاتي والثقة بالنفس. ويرى ماسلو أن البيئة التي تكون مصدر تهديد للفرد ولا تسمح له بإشباع حاجاته الأساسية سوف تعيق نموه، وتجعل الفرد ينظر الى العالم من حوله على أنه عدواني وخطير ومهدد، فيشعر بانعدام الأمن النفسي والقلق وتظهر عليه بوادر اضطراب التوافق. ويؤكد ماسلو على أهمية إشباع الحاجات وتجنب إحباطها مبيناً أن حالات اضطراب التوافق تتولد عن احباط الحاجات الأساسية والحاجات النفسية، وأن تحقيق الحاجات الأساسية للفرد يؤدي إلى الشعور بالحاجة إلى تحقيق الذات، وهو أعلى مستويات الوجود الإنساني إذ يستغل الفرد كل إمكاناته وطاقاته لتحقيق ذاته ويستطيع الفرد تحقيق ذاته من خلال استكشافه لقيم الوجود

والتي تتكون من الحاجة الى المعرفة وقيم التقدير الجمالي وينتج عن تحقيق حاجات الوجود حالة أطلق عليها ماسلو ذروة الخبرة وأن بلوغ ذروة الخبرة تساعد الفرد على ادراك ذاته ويترجم هذا الإدراك الى سلوك يتسم بالتلقائية والصدق وتحقيق أهداف تخص ذات الفرد. (الجبوري والدليمي، 2023، ص. 949)

وعليه، ووفقا لنظرية ماسلو، فإن اضطراب التأقلم يحدث عندما تُحبط حاجات الفرد الأساسية أو النفسية، لأن إحباط هذه الحاجات يجعل الفرد يشعر بالقلق وعدم الأمان ويضعف قدرته على التكيف مع المواقف المختلفة. بالمقابل، سعي الفرد لإشباع هذه الحاجات والسعي نحو تحقيق الذات يعزز قدرته على مواجهة الحياة بثقة ومرونة، ويقلل من احتمالية ظهور اضطرابات التكيف.

4- معايير تشخيص اضطراب التأقلم حسب DSM5:

أ. مظاهر انفعالية أو سلوكية استجابة لواحد أو أكثر من الضغوط التي يمكن تحديدها خلال 3 أشهر من التعرض للضغوط.

ب. هذه الأعراض أو السلوكات مهمة عياديا كما يتضح في أحد أو كلا الأمرين التاليين:

1- إحباط واضح لا يتناسب مع شدة الضغوطات، مع مراعاة السياق الخارجي والعوامل الثقافية التي قد تؤثر على شدة الأعراض.

2- عجز في الأداء الاجتماعي والمهني أو في مجالات مهمة أخرى.

ج. الاضطراب الذي يسببه المسبب للضغط لا يفي بمعايير اضطراب عقلي آخر وليس مجرد تفاقم لاضطراب عقلي موجود مسبقا.

د. الأعراض ليست أعراض حزن عادي.

هـ. بمجرد انتهاء عامل الضغط النفسي أو عواقبه، لا تستمر الأعراض لأكثر من 6 أشهر إضافية.

حدد النوع :

- مع مزاج مكتئب (F43.21): مزاج منخفض مع شعور بالأمل في البداية.
- مع القلق (F43.22): العصبية أو قلق الانفصال في البداية.
- مختلط بالقلق وانخفاض المزاج (F43.23): مزيج من الاكتئاب والقلق في البداية.
- مع اضطراب السلوك (F43.24): يكون اضطراب السلوك في البداية.
- مع أعراض مختلطة واضطراب السلوك (F43.25): تظهر الأعراض الوجدانية مثل الاكتئاب والقلق واضطراب السلوك.
- غير محدد (F43.20): سوء توافق التي لا يمكن تصنيفه كنوع فرعي محدد لاضطراب التأقلم.

تبدأ اضطرابات التأقلم في غضون 3 أشهر من ظهور عامل الضغط ولا يستمر أكثر من 6 أشهر بعد توقف عامل الضغط أو عواقبه، وإذا كان العامل الصادم حدثًا حادا (مثل التسريح من العمل)، عادة ما تكون بداية الاضطراب فورية (أي خلال أيام) والمدة قصيرة نسبيا (أي تزيد عن بضعة أشهر)، إذا استمرت الضغوطات أو عواقبها، فقد يستمر اضطراب التأقلم ويصبح مزمنا. (غرايبية، 2022، ص.138)

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل، تم استعراض اضطراب التأقلم باعتباره أحد الاضطرابات النفسية المرتبطة بالصدمة والعوامل الضاغطة وصعوبة التكيف. تناول الفصل تطور مفهومه، وشرح أهم تعريفاته، كما تم استعراض النظريات المفسرة له لتوضيح أسباب ظهوره وآلية تأثيره على الفرد، بالإضافة إلى معايير تشخيصه التي تساعد في التعرف على الحالات المختلفة وتحديد شدتها، مما يبرز أهمية فهم هذا الاضطراب لدعم الافراد في مواجهة المتغيرات الحياتية والحفاظ على توازنهم النفسي والاجتماعي.

الفصل الثاني: جودة الحياة

تمهيد

1- تعريف جودة الحياة

2- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة

3- أبعاد جودة الحياة

4- العوامل المؤدية لتحقيق جودة الحياة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر موضوع جودة الحياة من المواضيع التي تطرقت لها الكثير من الدراسات والأبحاث، كل حسب منظوره ومجاله، نظراً لارتباطه بمختلف ميادين الحياة الإنسانية. لذلك سنخصص هذا الفصل للتحدث عن جودة الحياة والذي يشمل العناوين التالية: تعريف جودة الحياة، الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة، أبعاد جودة الحياة، العوامل المؤدية لتحقيق جودة الحياة.

1- تعريف جودة الحياة:

لغة:

معنى الجودة في اللغة: جود: الجيد: نقيض الرديء وجاد الشيء جُودة وجَودة أي صار جيداً، ويقال: هذا الشيء جيد بين الجُودة والجَودة. وقد جاد جَودة وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل. (بشلاغم وهبري، 2018، ص. 210)

اصطلاحاً:

يقصد بجودة الحياة بشكل عام: جودة خصائص الإنسان من حيث تكوينه الجسمي والنفسي والمعرفي ودرجة توافقه مع ذاته ومع الآخرين وتكوينه الاجتماعي والأخلاقي. (عيد، 2018، ص. 62)

وتعرف اليونسكو UNISCO جودة الحياة بأنها: كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد وتشمل إشباع الحاجات الأساسية التي تحقق التوافق النفسي. (معمرية، 2020، ص. 18)

تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها: إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى اهتمامه. (مسعودي، 2015، ص. 205)

وهي حالة عامة من الاتزان الانفعالي تنظم إيقاع حياة الشخص في سياق علاقاته مع ذاته وعلاقاته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين نتيجة سيطرة مشاعر الإقبال، الحيوية، الثقة، المرح، السعادة، حب الآخرين والاهتمام بهم على أسلوب حياتهم. (برقيقة وبوتي، 2020، ص. 39)

كما تشير جودة الحياة إلى الدرجة التي يشعر الفرد فيها بالإيجابية والإحساس بالتفاؤل والرضا عن حياته ككل. (عيد، 2018، ص. 63)

من خلال هذه التعاريف المتنوعة استنتجنا أنه يمكن أن نعرف جودة الحياة على أنها عبارة عن: حالة من الرضا العام عن الحياة يشعر بها ويعيشها الفرد، والناتجة عن جوانب مختلفة في حياته، ومدى تفاعله مع بيئته.

2- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

2-1- الاتجاه الفلسفي:

ويُنظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع وخلق في فضاء مثالي يدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخانق وترك العنان للحظات من خيال إبداعي، وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور مفارقة للواقع تلمساً لسعادة متخيلة حالمة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لآلام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية. (مسعودي،2015، ص. 206)

2-2- الاتجاه النفسي:

يُنظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية". وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تُلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا "في حالة الإشباع" أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع" نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة. (مسعودي، 2015، ص. 206)

2-3- الاتجاه الاجتماعي:

يرى المير هانكس أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأ منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع زملائه تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تأثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله. (عبيد، د.ت، ص. 358)

2-4- الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا المجال إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة أو النفسية أو العقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة فقد زاد اهتمام الأطباء ومختصي الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية لتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والسيكولوجي لهم، عدّة أبحاث في جودة الحياة التابعة لقسم الصحة بجامعة "تورينتو" بكندا تقول أن الهدف النهائي من دراسة جودة الحياة وتطبيق ذلك على حياة الناس هو أن يعيشوا حياة ذات جودة حياة لها معنى ويتم الاستمتاع بها. (عبيد، د.ت، ص. 357)

ونستنتج من خلال عرض هذه الاتجاهات المختلفة أنّ لجودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد لا يمكن حصره في جانب واحد فقط، نظراً لارتباطه بمختلف ميادين الحياة الإنسانية، لذلك نجد وجهات نظر متعددة ومتنوعة كل حسب منظوره ورؤيته.

3- أبعاد جودة الحياة:

أشارت منظمة الصحة العالمية إلى عدة مجالات لجودة الحياة وصنفتها على النحو التالي:

- المجال الجسمي: كالألم، النشاط، والتعب، النوم والراحة، والوظائف الحسية.

- المجال النفسي: كالمشاعر الإيجابية، التفكير، التعلم، التذكر، التركيز، تقدير الذات، صورة الجسم، والمشاعر السلبية.

- مستوى الاستقلالية ويتضمن: الحركة والتنقل، النشاطات اليومية، الاعتماد على المواد الدوائية وغير الدوائية، القدرة على التواصل، والقدرة على العمل.

- العلاقات الاجتماعية: كالعلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، نشاطات تقديم المساعدة والدعم.

- البيئة: كالسلامة البدنية، البيئة المنزلية، الرضا عن العمل، المواد المالية الصحة والرعاية الاجتماعية، فرص اكتساب المعلومات، المشاركة في النشاطات الترويجية، والبيئة الطبيعية.

- التدين: كالمعتقدات الشخصية، وكجودة الحياة اجمالاً ومدركات الصحة العامة. (بلخير وغازلي،2023، ص.974-973)

تعد تصورات فينتيجودت وآخرون من أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي إذ صاغوا ما يعرف بمتصل جودة الحياة وطرحوا في ضوئه ما يعرف بالنظرية التكاملية لجودة الحياة والتي تتضمن بعدين:

1-البعد الذاتي Subjective Quality Of Life: ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في:
الرفاهية الشخصية، والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

2- البعد الموضوعي Objective Quality Of Life: ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: عوامل موضوعية (مثل المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية). (بن جدو وبوناصر، 2024، ص.14)

وقد حدد فلوفيلد(Fallowfield, 1990) مؤشرات قياس جودة الحياة فيما يلي:

1- المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

2-المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلاً عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

3-المؤشرات المهنية: وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبه لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

4-المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام، والنوم، والشهية في تناول الغذاء، والقدرة الجنسية.

والمؤشرات السابقة تعتبر مؤشرات جيدة لقياس جودة الحياة، ويمكن استخدامها عند إعداد مقاييس موضوعية في هذا المجال. (كاظم ومنسي، 2006)

يشير حسن مصطفى إلى ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي:

أ/ جودة الحياة الموضوعية: وتعني ما يوفره المجتمع لأفراده من إمكانات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

ب/ جودة الحياة الذاتية: وتعني كيف يشعر الفرد بالحياة الجيدة التي يعيشها، أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة والسعادة بها.

ج/ جودة الحياة الوجودية: وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة ويصل إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية

والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع. (عبيد، د.ت، ص. 355)

وقام كل من منسي وكاظم بتحديد 6 أبعاد لجودة الحياة وهي:

1- جودة الصحة العامة.

2- جودة الحياة الأسرية والاجتماعية.

3- جودة التعليم والدراسة.

4- جودة العواطف(الجانب الوجداني).

5- جودة الصحة النفسية.

6 - جودة شغل الوقت وإدارته. (كاظم ومنسي، 2010، ص. 46-47)

وبعد استعراض العديد من الأبعاد لبعض الباحثين حول جودة الحياة قمنا نحن بدورنا بالاعتماد في دراستنا على أربع أبعاد أساسية وهي:" البعد الجسمي- البعد النفسي - بعد العلاقات الاجتماعية والبعد البيئي" المنبثقة من مقياس جودة الحياة المختصر(WHOQOL_BREF)، والذي طبقناه على عينة دراستنا (مرضى باركنسون)، هذا المقياس يعتبر مقياس مختصر عن المقياس الأصلي الذي أعدته منظمة الصحة العالمية 1991 والمكون من 100 عبارة ويشمل 6 أبعاد (WHOQOL_100).

4- العوامل المؤدية لتحقيق جودة الحياة:

إن جودة الحياة كما يراها "ليتوين" Litwin لا تقتصر على تذليل الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط، بل تتعدى ذلك إلى تنمية النواحي الإيجابية. من خلال المساندة الاجتماعية، وبرامج التدخل وتنمية الصحة النفسية، التي تتضمن تنمية تقدير الذات والتفاؤل والرضا عن الحياة وفعالية الذات ومعنى الحياة، وكذلك تحسين الرعاية الصحية للفرد والعمل على إعداد برامج وقائية علاجية. (بن خليفة وخماد، 2020، ص. 132)

وفي هذا السياق قدمت "Ryff" نموذجاً يعرف بنموذج العوامل الستة ترى أنه من خلاله يمكن تنمية الوصول إلى تحقيق جودة الحياة لدى الفرد حيث تتمثل هذه العوامل في: تقبل الذات، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الاستقلالية، السيطرة على البيئة، الحياة الهادفة، والنمو الشخصي. (بن خليفة وخماد، 2020، ص. 132)

وفي السياق نفسه يشير هاشم سامي إلى أربعة عوامل أساسية في تشكيل جودة الحياة في المجتمع هي:

1- حاجات الفرد (الحب والتقبل والجنس والصداقة والأمن).
2- التوقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.
3- المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات خاصة بصورة مقبولة اجتماعياً.
4- النسيج البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات.

كما تقترح حنان مجدي مجموعة من الجوانب تتفق مع نموذج "Ryff" إلا أنها أضافت عليه جوانب أخرى جدُّ هامة حيث ترى أنّها يجب أن تتظافر لكي تصل بالفرد إلى تحقيق جودة الحياة وتتمثل في الآتي: (بن خليفة وخماد، ص.132)

4-1- تحقيق وتقدير الفرد لذاته:

يعرف كل من "جابر" و"كفافي" مفهوم الذات على أنه فكرة الفرد وتقييمه لنفسه بما تشتمل عليه من قيم وقدرات وأهداف استحقاق شخصي، وبحسب آمال فهمي أن مفهوم الذات لدى الفرد يتكون من مجموعة من العوامل أهمها: (تحديد الدور، المركز، المعايير الاجتماعية، التفاعل الاجتماعي، اللغة والعلاقات الاجتماعية) ولكن ترى حنان مجدي أن السعي لفهم الذات وتقديرها والعمل على تحقيقها في ظل ظروف الحياة المليئة بالضغوط هي الشعور الإنساني بالرضا عن النفس وتشير إلى علاقة تحقيق الذات بجودة الحياة، من خلال دراسة قام بها فيترسو (Veterso) عن السعادة الشخصية مقابل تحقيق الذات من أجل تنمية جودة الحياة على (264) من طلبة المرحلة الثانوية والجامعية بين كل من السعادة

الشخصية وتحقيق الذات من ناحية وجودة الحياة من ناحية أخرى. (بن خليفة وخماد، 2020، ص. 132)

4-2- إشباع الحاجات:

ويشير العارف إلى أن لُب موضوع جودة الحياة يكمن في دراسة "ماسلو" عن الحاجات الإنسانية، ومن المعلوم أن تصنيف "ماسلو" للحاجات الإنسانية يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها وهي كالتالي:

- الحاجات الفيزيولوجية.
- الحاجة للأمن.
- الحاجة للإنتماء.
- الحاجة للمكانة الاجتماعية.
- الحاجة لتقدير الذات. (بن خليفة وخماد، 2020، ص. 133)

4-3- الوقوف على معنى إيجابي للحياة:

يعتبر حسن مصطفى أن مفهوم معنى الحياة مفهوم هام جداً ويرتبط بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين وشعر بإنجازاته ومواهبه أدى إلى إحساسه بجودة الحياة.

ويرى "فرانكل" (Frankl) أن الإنسان يستطيع اكتشاف معنى لحياته بثلاث طرق مختلفة هي:

- عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما.
- تجربة خبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.
- الالتقاء بإنسان آخر في أوج تفرده الإنساني. (بن خليفة وخماد، 2020،ص. 133)

حدد "فرانكل" ثلاث مصادر يستطيع الفرد من خلالها تحقيق معنى لحياته هي:

– القيم الإبداعية: وتتضمن كل ما يمكن أن يحصل عليه الإنسان، من خبرات حسية ومعنوية ويمكن الحصول عليه بالاستمتاع بالجمال، أو في محاولات البحث عن الحقيقة...إلخ.

– القيم الاتجاهية: وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان في مواقف الألم والمعاناة التي لا يمكن تجنبها كالقدر أو المرض أو الموت.

ويشير "الأنصاري" إلى مفهوم التوجه نحو الحياة بقوله، أن الفرد هو الذي يجعل من السعي الدؤوب وتحمل المشقة شيئاً يرفع من قيمة الحياة ويجعلها تستحق أن تعاش وهذا يعني أن الإيمان بمعنى الحياة يمد الفرد بالقدرة على العطاء والتسامي على الذات وهنا تكمن قيمة الحياة. (بن خليفة وخماد، 2020، ص. 133)

4-4- وجود علاقات اجتماعية ومساندة اجتماعية:

يؤكد فاروق عثمان أن العلاقات الجيدة من أهم مصادر السعادة، كأن يكون الفرد متزوجاً زيجةً سعيدة، وله أصدقاء وعلاقاته جيدة مع أفراد الأسرة والاقارب وزملاء العمل والجيران، وربما يحتاج الفرد إلى تدريب على المهارات الاجتماعية التي تجلب السعادة.

ويذكر "شو Chou" في دراسة له بعنوان "المساندة الاجتماعية وموضوعية السعادة لدى صغار المراهقين في هونج كونج" حيث أجريت على عينة من 475 تلميذاً ومن بين ما توصلت إليه نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية دالة بين المساندة الاجتماعية وكل من البهجة والهدوء والاسترخاء والاهتمام والمشاركة والانتباه كمشاعر موجبة تدل على الصحة النفسية والسعادة، كذلك درجات الرضا عن المساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء تعد منبئاً جيداً للتوافق الشخصي والنفسي والاجتماعي. (بن خليفة وخماد، 2020، ص. 133)

4-5- التدين:

يرى حسن مصطفى أن الإرشاد الديني يستخدم كمخفض للإحساس بضغوط الحياة، ويجعل الفرد أكثر قدرة على ضبط انفعالاته الى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة. وهذا ما تؤكده الدراسة التي قام بها "Rule" لبحث العلاقة بين التدين وجودة الحياة لدى عينة من الشباب في جنوب إفريقيا، حيث أثبتت النتائج أن الشباب الأكثر تديناً هم الأكثر شعوراً بجودة الحياة وأكثر رضا عن الحياة. (بن خليفة وخماد، 2020، ص. 134)

وعليه نستطيع القول أنه حتى يحقق الإنسان جودة الحياة ويشعر بالرضا العام عن حياته، لابد أن يعمل على تنمية الجوانب الإيجابية فيها، وذلك من خلال سعيه نحو تطوير ذاته وإمكاناته، وتحقيق التوازن بين مختلف جوانب حياته، والتكيف معها، إضافة إلى إعطاء معنى إيجابي لحياته.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل، نستخلص أنّ جودة الحياة لا يمكن حصرها في جانب واحد من جوانب حياة الفرد، بل تقوم أساساً على تحقيق نوع من التوازن بين مختلف هذه الجوانب، من خلال التفاعل الإيجابي مع الذات والمحيط. ولهذا تم التطرق في هذا الفصل إلى أبرز الاتجاهات النظرية المفسرة التي تحدثت عن جودة الحياة وأهميتها في حياة الفرد، ثم عرض أبعادها المختلفة، لنختتم في الأخير بالتعرّف على مجموعة العوامل التي تُسهم في تحقيقها.

الفصل الثالث: مرض باركنسون

تمهيد

1- تعريف مرض باركنسون

2- عرض تشريحي للبنى الدماغية المسؤولة عن الإصابة بمرض باركنسون (فيزيولوجية مرض باركنسون)

3- أسباب مرض باركنسون

4- أعراض مرض باركنسون

5- التكفل بمرض باركنسون

خلاصة الفصل

تمهيد:

تزايد الاهتمام بالأمراض العصبية بشكل ملحوظ في الدراسات والأبحاث العلمية نتيجة انتشارها وتأثيرها المباشر على حياة الإنسان، ومن بين هذه الأمراض العصبية تبرز الأعداد المتزايدة من المصابين بمرض باركنسون (شلل الرعاش)، الذي يخلف آثاراً صحية ونفسية واجتماعية معقدة لهم.

ونظراً لتأثيراته المتعددة والعويصة على المرضى ارتأينا في دراستنا عامة وفي هذا الفصل خاصة التركيز على هذا النوع من الأمراض من أجل فهم أبعاده المختلفة وذلك وفقاً للعناوين التالية: تعريف مرض باركنسون، فيزيولوجية هذا المرض، أسبابه، أعراضه، ثم في الأخير نتعرف على طرق التكفل به.

1- تعريف مرض باركنسون:

هو مرض تنكسي يصيب الجهاز العصبي المركزي، يصنف ضمن الأمراض العصبية الشائعة لدى كبار السن بعد مرض ألزهايمر، يظهر أساساً من خلال الإصابة تحت قشرية Sous Cortical في مستوى المادة السوداء Locus Nigers منطقة تجمع الخلايا العصبية الدوبامينية، ناتج عن مرض باركنسون فقدان التدريجي للخلايا الدوبامينرجية. (سنوساوي، 2024، ص. 720)

يعرف باسم داء الباركنسوني وهو اضطراب تنكسي في الجهاز العصبي المركزي الذي يؤثر أساساً على الجهاز الحركي.(حسن، 2024، ص. 186)

يعرف مرض باركنسون أيضاً بالشلل الرعاش وهو اضطراب يحدث نتيجة لتدهور خلايا الدماغ (التنكس العصبي) خاصة تلك المسؤولة عن إنتاج الدوبامين وعند انخفاض مستويات الدوبامين يؤدي إلى اضطراب في الحركة. (حسن، 2024، ص. 186-187)

يقصد بالشلل الرعاش بأنه عبارة عن خلل في الأعصاب حيث يبدأ مع المريض في الخلايا التي توجد في الدماغ وهو ناتج بسبب عدم إنتاج مادة الدوبامين وبالتالي تموت الخلايا العصبية ويؤدي إلى الشلل الرعاش الذي يؤثر على حركة الجسم. (عادلي أحمد، 2022، ص. 944)

إذن، يمكن أنْ نعرِّف مرض باركنسون على أنَّه عبارة عن: مرض عصبي انحلالي، يوثر أساساً على الحركة.

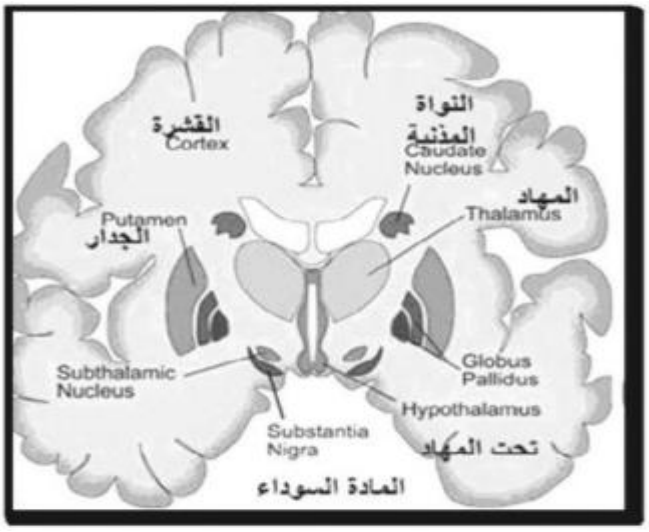
2-عرض تشريحي للبنى الدماغية المسؤولة عن الإصابة بمرض باركنسون (فيزيولوجية مرض الباركنسون):

يرتبط مرض باركنسون بشكل مباشر بدمار النظام الدوبامنرجي الذي يظم "الجملة المخططة" « Le striatum » " والمادة السوداء" « La substance noire » على مستوى جذع الدماغ، كما يمكن أن تكون هناك إصابة على مستوى نظم عصبية غير دوبامنرجية مع

تطور المرض، ما يفسر قلة فاعلية الأدوية الدوبامنرجية على بعض الأعراض لدى المريض على غرار اضطرابات التوازن و التدهور المعرفي. (قدور، 2019، ص.17)

تعتبر المادة السوداء في جذع الدماغ من بين البنى التحت قشرية المعروفة تحت مسمى " العقد القاعدية" «Les noyaux gris centraux ou ganglion de base» المعروفة بدورها الهام في عملية التخطيط، البرمجة والتنفيذ الحركي. أما الجملة المخططة والتي تشكل جزء من العقد القاعدية فتتكون من " الجدار" « Putamen » و" النواة المذنبة" « Noyau caudé»، فتمثل مدخلا للعقد القاعدية أين يتم تحويل الرسائل الحركية القادمة من القشرة الدماغية. تنتقل المعلومة الحركية القشرية من الجملة المخططة إلى النواة " الشاحبة الداخلية" «Pallidum interne» و " المادة السوداء" « Substance noire » من خلال طريق مباشر وغير مباشر، الطريق المباشر يحرض نشاط المهاد « Thalamus » بواسطة الوسيط الكيميائي الدوبامين "د1" «D1» في حين أن الطريق غير المباشر يثبط نشاط المهاد بواسطة الوسيط الكيميائي الدوبامين "د2" «D2». تنشأ الخلايا الدوبامنرجية من المادة السوداء وتقوم بوصل محاورها العصبية بالجملة المخططة لتقوم بتعديل عمل هذه البنية، ينبغي الإشارة الى أن المهاد عبارة عن جسيمان يشبهان البيضة، مكونان من المادة الرمادية يتواجدان عميقا داخل كل نصف من الكرة المخية، يشكل المهاد محطة إرسال لكل الإشارات الحسية التي تدخل إلى الدماغ، يعتبر المهاد نقطة وصل بين الباحات القشرية الثانوية المسؤولة عن استقبال مختلف الأحاسيس الداخلية والخارجية والباحات القشرية الرئيسة المسؤولة عن عملية الإدراك الحسي. من خلال الربط بين الباحات الدماغية الحركية ونشاط المهاد، تقوم الخلايا الدوبامنرجية بتحديد قوة، سرعة، مدى النشاط الحركي المراد القيام به وذلك من خلال بلوغ مستوى معين من إفراز مادة الدوبامين. لدى المصاب بمرض باركنسون يحدث خلل في إنتاج مادة الدوبامين، ما من شأنه تثبيط نشاط المهاد بشكل متواصل، يؤدي نقص إنتاج الدوبامين إلى خلل على مستوى العقد القاعدية بشكل سريع، ويكون تفاقم عرض

قلة الحركة الإرادية مرتبطا بوتيرة فقدان الخلايا الدوبامنرجية على مستوى المادة السوداء والجملة المخططة. (قدور، 2019، ص.18)



الشكل رقم(02): عرض تشريحي للعقد القاعدية. (قدور، 2019، ص.19)

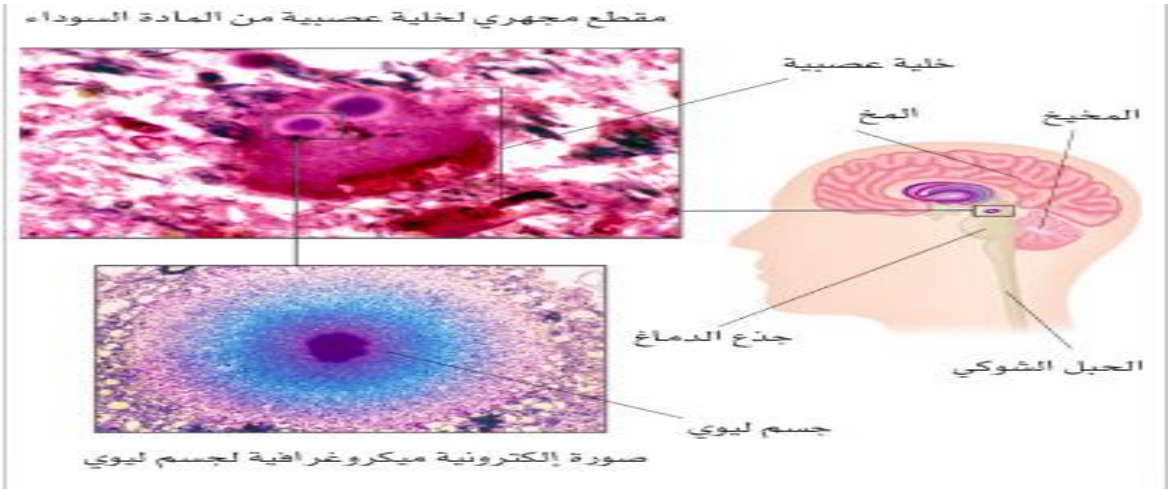
3-أسباب مرض الباركنسون:

إن السبب الرئيسي لمرض باركنسون لا يزال غير معروف إذا كانت الشيخوخة مسؤولة عن التدهور التدريجي في عدد الخلايا العصبية الدوبامينية (neurones dopaminergiques) في المادة السوداء(La substance noire)، فهذا لا يكفي ليعكس حقيقة المرض، في الواقع إنه من المقبول حاليا إلى حد ما في معظم الحالات أن تكون الأسباب متعددة العوامل فالافتراضات الاكثر احتمالا تتعلق بتدخل عوامل الخطر البيئية.

(Cambier et al, 2012, p.297)

- **أجسام ليوي (corps de lewy):**

تظهر الفحوصات المجهرية لمنطقة المادة السوداء عند أحد مرضى باركنسون خسارة في خلايا الدوبامين، ولا يمكن إتمام هذه الفحوصات إلا بعد وفاة المريض لأي سبب كان، بعد موافقة الجهة المعنية، كما تظهر الفحوصات وجود بنى بروتينية تسمى اجسام ليوي (corps de lewy) في بعض الخلايا العصبية المتبقية. تتألف أجسام ليوي من خليط من البروتينات، بما فيها اليوبيكويتين وألفا- سلينوكليين كما يمكن أن تظهر هذه الاجسام غالبا في أجزاء أخرى من الدماغ، في مرض باركنسون فضلا عن بعض الاعتلالات العصبية الأخرى، والتي تتضمن نوعا من العته. (خروب وصبايحي، 2023، ص.25)



شكل رقم(03): صورة الكترونية ميكروغرافية لجسم ليوي(خروب وصبايحي، 2023، ص.25)

- **عوامل وراثية:**

تستند فرضية العوامل الوراثية إلى اكتشاف ما لا يقل عن 16 موقعا مرتبطا بأشكال أحادية المنشأ لمرض باركنسون وتسعة جينات مشتركة في أشكال متجمعة ومتفرقة. يمكن أن يحدث الانتقال الجيني في وضع جسدي سائد (Mode autosomique dominant) أو جسدي متنحي (autosomique récessif) وهو الأكثر شيوعًا، ومع ذلك فإن جميع الطفرات

الجينية تمثل 5-10% فقط من حالات الأسرة والشكل الأكثر شيوعا هو الحالات المتفرقة. (خروب وصبايحي، 2023، ص.26)

- **عوامل بيئية:**

بما أنه لا يوجد لدى معظم مرضى باركنسون تاريخ عائلي واضح للمرض فيفترض أن الجنيات لا تقوم بأي دور أساسي لدى معظم المصابين به. ولذا تحول التركيز الى العوامل البيئة التي قد تؤدي الى إصابة بهذا المرض. ولكن على الرغم من اجراء عدة دراسات حول العالم لم يتم التعرف الى تأثير بيئي واضح يمكن اعتباره مسببا للإصابة بمرض باركنسون. فهناك بعض التأثيرات البيئية الضعيفة نسبيا التي قد تزيد من خطر الإصابة بالمرض بشكل بسيط. في الثمانينيات لوحظت متلازمات باركنسون ثانوية للتسمم بواسطة ميثايل فينايل تيترا هايدروبايريدين (MPTP) كما أن التعرض المفرط للمواد السامة ذات التركيب الكيميائي القريب من MPTP، وخاصة في مبيدات الأعشاب ومبيدات الآفات ومبيدات الحشرات سيكون عامل خطر بيئي. اكتشف العلماء ان مركب (MPTP) يتحول في الدماغ الى مركب آخر هو (MPP) فتمتصه الخلايا العصبية المستخدمة للدوبامين بفعالية وتدخل هذه المركبات الى الحبيبات الخيطية وتؤثر في تصنيع الطاقة في الخلية كما تنتج أيضا الجذور الحرة التي تلحق الضرر بأجزاء عديدة من الخلية لذا يمكن اعتبار المركب (MPP) سما شديد الفاعلية على الرغم من أن التقييمات أظهرت أن 200 الى 400 شخص تقريبا تعرضوا لمركب (MPTP) الا انه لم يصيب بمرض باركنسون فعليا سوى حوالي عشرة اشخاص. ولربما يعود السبب في ذلك ببساطة الى كمية المخدر التي تعاطاها كل شخص كما قد يعني ذلك أيضا أن لدى بعض الأشخاص قابلية مسبقة لتلقي تأثير مركبات مثل (MPTP). وقد أيدت هذه الملاحظات الاقتراح الذي يشير الى أن بعض مرضى باركنسون قد أصيبوا بالمرض من جراء قابلية جينية بالإضافة الى تعرضهم لعامل بيئي معين. (خروب وصبايحي، 2023، ص.26-27)

4-أعراض مرض باركنسون:

يعرف مرض باركنسون على أنه مرض تطوري تظهر أعراضه بصفة تدريجية يمكن وصف تطور مرض الباركنسون بثلاثة مراحل: (قدور، 2017، ص.30-31)

- مرحلة بداية المرض التي تتراوح بين ستة وتسع سنوات.
- مرحلة ترسخ المرض بداية من تسع سنوات.
- مرحلة متقدمة من المرض، والتي تتميز بفقدان المريض للاستقلالية.

في سنة 1967 قام كل من "هوهن و ياهر" « Hoehn et Yahr »، وهما طبيبا أعصاب يابانيان بشرح التطور التدريجي للإعاقة الحركية الناتجة عن مرض باركنسون من خلال خمس مراحل تصاعدية للإعاقة. تبدأ المرحلة الأولى في المتوسط في سن الخامسة والخمسين سنة فيما تدل المرحلة الخامسة على تقدم المرض بنحو تسع سنوات. لحد الآن لا يمكن تحديد بداية فقدان العصبونات الدوبامنرجية، لكن في الغالب يبدأ فقدانها قبل عدة سنوات من ظهور الأعراض الأولى للمرض. (قدور، ص.31)

4-1- أعراض مرض باركنسون الحركية:

يشخص مرض باركنسون اكلينيكيا عند ظهور ثلاثية الأعراض المتمثلة في رعاش الراحة، التصلب العضلي وقلة الحركة الارادية. يعتبر رعاش الراحة العرض الأول الذي يظهر لدى المصاب بمرض باركنسون بنسبة سبعين الى ثمانين في المائة، والذي يظهر في البداية على شكل احساس برعاش داخلي، يتفاقم هذا العرض نتيجة للإجهاد والارهاق أو قيام المريض بجهد فكري. يظهر رعاش الراحة بشكل أحادي الجانب على مستوى نهايات الأطراف العلوية (المعصم، الابهام والسبابة)، يعطي المصاب انطباعا بأنه يفتت الخبز أو يلف سيجارة على مستوى المعصم يظهر المصاب حركات ثني وبسط متواصل. يمس رعاش الراحة في حالات متقدمة من المرض الاطراف السفلية، أين يكون الرعاش على شكل ثني وبسط الفخذ وكأن المصاب يقود دراجة. يمكن لرعاش الراحة كذلك أن يمس الشفتان، الفك،

اللسان. يتجلى رعاش الراحة عند استرخاء عضلي تام في شكل تذبذبات حركية منتظمة بطيئة أو ضعيفة المدى تتراوح بين أربعة وستة حركات في الثانية. يختفي رعاش الراحة عند الحركة، عند اتخاذ وضعية ارادية ما أو أثناء النوم. عند القيام بحركة ما يختفي الرعاش ليعاود الظهور بعد دقائق معدودة، في حالات متقدمة من المرض لا يختفي الرعاش باتخاذ وضعية معينة أو القيام بحركة إرادية بل يمكن أن تكون الحركة الارادية سببا في الزيادة من حدة الرعاش. (قدور، 2017، ص.32)

الى جانب رعاش الراحة، نجد لدى المصاب بمرض الباركنسون ما يعرف بقلة الحركة الارادية والتصلب العضلي يظهر هذان العرضان في بداية المرض بنسبة عشرين الى ثلاثين في المائة بصفة مفاجئة للمريض. تؤدي قلة الحركة الارادية والتصلب العضلي في بداية المرض الى شعور المصاب بانزعاج وظيفي ملحوظ أثناء قيام المريض بمختلف الوظائف الحركية اليومية كحلق الذقن، صعود السلالم، حيث يشعر المصاب بثقل حركة اليدين أو تصلب عضلات الأطراف السفلية. يمكن أن تسبق "الكتابة بخط صغير"« La micrographie » التي تظهر بصفة تدريجية ظهور باقي الأعراض الحركية لمرض باركنسون بعدة سنوات، حيث تكون الكتابة ثقيلة وغير منتظمة مع انخفاض تدريجي في حجم الحروف وتقارب فيما بينها وغياب التنسيق بين السطور. شيئا فشيئا تصبح الكتابة غير مقروءة خصوصا مع بداية ظهور رعاش الراحة. (قدور، ص.33)

إن أهم ما يميز قلة الحركة الارادية، "البطئ" « Bradykinésie » "وانخفاض المدى" «Hypokinésie » وصعوبات بدأ تنفيذ الحركة. تظهر هذه الاعراض بشكل أحادي الجانب في البداية، يمكن لهذه الأعراض أن تكون ثنائية الجانب لكنها تبقى غير متوازنة الحدة. يبدأ ظهور اضطرابات الحركة الاتوماتيكية بشكل تدريجي لكنها أقل إزعاجا للمريض، تتجلى في انخفاض تأرجح اليد أثناء المشي، فقدان القدرة على التعبير اليدوي أثناء الكلام، انخفاض في التعبير الوجهي وندرة في التواصل البصري، تدريجيا يصبح المريض غير قادر على التعبير عن شعوره من خلال وجهه وباستعمال عينيه ما يولد انطباعا أن المريض مندهش. هذه

الأعراض تدفع المريض للإكتفاء بإنجاز حركة واحدة بشكل منعزل، ومع مرور الوقت يصبح غير قادر على ارتداء ملابسه والحديث في نفس الوقت أو التنقل حاملا غرضا ما مثلا. في بداية مرض الباركنسون يكون الصوت مضطربا والكلام أحادي النغمة مع انخفاض ملحوظ في الشدة رغم أن كلام المصاب يبقى مسموعا بشكل جيد. يكون تطور اضطرابات الصوت بشكل تدريجي على نحو كبير، الأمر الذي لا يشد انتباه المحيطين بالمريض مبكرا. تكون قلة الحركة الارادية مصحوبة بالتصلب العضلي الذي لا يمكن ملاحظته في البداية إلا من خلال الفحص الإكلينيكي ومن علاماته "التقلص العضلي" « La contraction musculaire» عند تحسس جسم المريض. (قدور، 2017، ص.33-34)

4-2- أعراض مرض باركنسون غير الحركية:

يصاحب مرض باركنسون ظواهر حسية مؤلمة مرتبطة بإرتفاع التوتر العضلي كالتنمل، الشعور بالانقباض العضلي، أو الاحساس برعاش داخلي. عادة ما يشتكي المصاب من "متلازمة ركب من دون راحة"« Jambe sans repos » خاصة في الليل. يصاحب مرض باركنسون اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب، كما يعاني المصاب مع تطور المرض من حالات خرف يصاحب مرض باركنسون أمراض القلب والهضم، إضافة الى أعراض مرتبطة بالعلاج الدوائي مثل اضطرابات الجهاز البولي، القيء، مشاكل في السلوك الجنسي، اضطرابات النوم، الهذيان، واضطرابات سمعية وبصرية. (قدور، 2017، ص.34)

5- التكفل بمرض باركنسون:

إن التكفل بأعراض مرض باركنسون يرتكز على عدة معايير متعلقة بالسن والجدول الاكلينيكي للمريض، الأمراض المصاحبة ... إلى غيرها من العوامل. هناك إجماع في الأوساط الطبية حول فعالية العلاج الدوائي باستعمال ل - دوبا، إلا أن هذا العلاج غير كاف لتحسين جودة حياة المصاب بمرض باركنسون ما يستدعي اللجوء لطرق علاجية أخرى مثل العلاج الجراحي الكفالة الارطفونية، والعلاج الحركي الطبيعي. (قدور، 2019، ص.33)

تقوم الكفالة بمرض باركنسون على إستراتيجية محددة تضمن العلاج المناسب في وقت مبكر. يمكن حصر عناصر هذه الإستراتيجية في: (قدور، 2019، ص.33-34)

- تأكيد تشخيص مرض باركنسون ووضع التشخيص الفارقي بين مرض باركنسون وعرض باركنسون الناتج عن تسمم دوائي أو ناتج عن إصابة وعائية، الذي يستلزم كفالة خاصة.
- تحديد حجم الضرر الناتج عن مرض باركنسون عبر تقييم حدة الأعراض الحركية (سقوط، صعوبات المشي، فقدان التوازن، عرض الديزارتريا ...).
- تقييم الأعراض غير الحركية خاصة الاضطرابات الحركية، الاضطرابات العقلية، واضطرابات المشي.
- تقييم الحالة الوظيفية للمريض.
- الوقوف على الأمراض المصاحبة لمرض باركنسون.
- تقييم المحيط الاجتماعي والعائلي للمريض.

فيما يلي سنستعرض مختلف الطرق العلاجية المقترحة لعلاج مرض باركنسون:

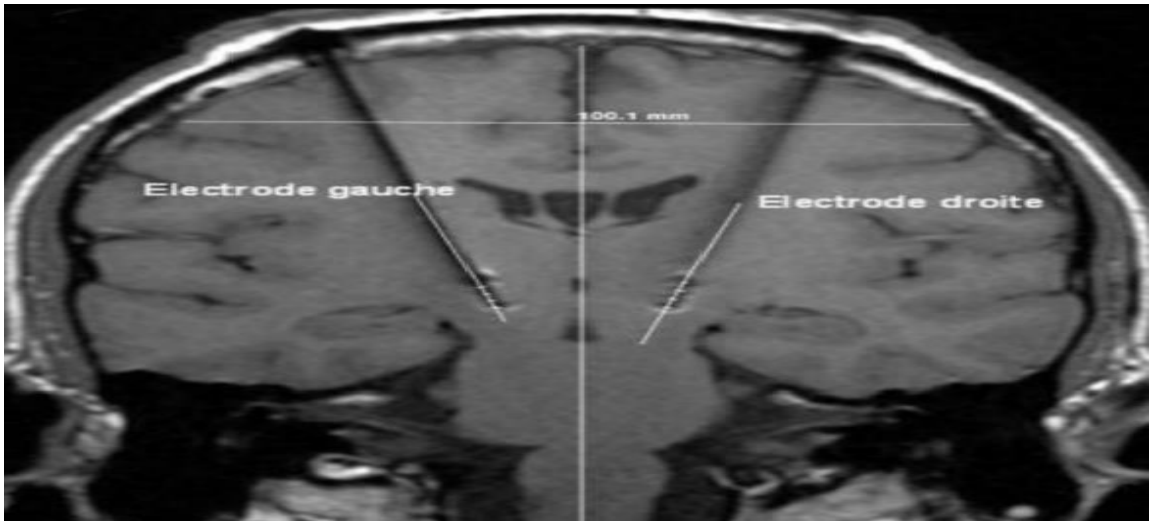
• العلاج الدوائي:

يرتكز العلاج الاساسي على ليفودوبا (levodopa) يتميز بفعالية عالية في التقليص من الاعراض وحدة الارتعاش. في بداية المرض نعطي للمريض جرعات تقدر بخمسين ميليغرام مرتين في اليوم، ليقوم الطبيب فيما بعد برفع الجرعات حوالي 300 الى 600 ميليغرام مقسمة إلى ثلاث جرعات يوميا، وبعد فترة طويلة من تعاطي هذا الدواء يمكن التخفيض في الجرعات لأن فعاليته تظهر بصفة متأخرة. وهناك علاجات دوائية أخرى: (بن زينة وبوشيخي، 2020، ص.15)

- مضادات الكولين les anticholinegique: تستعمل بشكل عام للتقليص من حدة الاعراض وخاصة الارتعاش لكن لها أعراض جانبية كالهلوسة، تشوش الرئة، جفاف الفم.
- الأمنتدين Amantadine: الاسم التجاري amantin كانت في البداية لعلاج الانفلونزا ومن مكوناته الدوبامين لهذا خصص لعلاج باركنسون للحالات غير حادة.
- ليفودوبا levodopa: تأثيرها قوي على أعراض المرض خصوصا بشأن المشاكل بطء الحركة، وتأثير هذا الدواء الفعال يمكن في أن الجسم يستطيع تحويله إلى دوبامين.

• العلاج الجراحي:

خلال الفترة الممتدة بين سنة 1950 و1960 كان من الشائع إجراء عمليات جراحية للتخفيف من أعراض مرض باركنسون. كان الهدف من هذه العمليات الجراحية إتلاف بنى عصبية معينة قصد وقف نشاطها المرضي (غير العادي) لتقوم بنى عصبية أخرى بتبني وظائف البني العصبية المتلفة. تركزت عمليات إتلاف البني العصبية بشكل أحادي أو ثنائي الجانب خاصة على إتلاف (المهاد، تحت المهاد النواة الشاحبة) لتخفيف من عرض رعاش الراحة وقلة الحركة الإرادية. لكن هذه العمليات الجراحية، إضافة لصعوبة القيام بها، كانت ذات تأثيرات جانبية كبيرة مثل الحركات غير الإرادية « Ballisme » وغيرها من الأعراض المزعجة. مع بداية سنوات الثمانينات ظهرت تقنيات جراحية أخرى أكثر فعالية، والمتمثلة في "التنبيه العصبي العميق" « La stimulation cérébrale profonde » الموجهة أساسا للمرضى الذين يعانون من أعراض حادة لم يستجيبوا بشكل فعال للعلاج الدوائي. تقوم هذه العملية على زرع قطب كهربائي أو اثنين بشكل أحادي أو ثنائي الجانب (أنظر الصورة رقم (04))على مستوى بنية عصبية محددة في دماغ المريض (عادة على مستوى العقد القاعدية). ترتبط الأقطاب الكهربائية بمنبه الكتروني، يضعه المريض على مستوى الصدر، يصدر نبضات كهربائية مرتفعة التردد تقوم بحث العقد القاعدية على تنبيه المهاد بشكل أكثر فاعلية. (قدور، 2019، ص.35)



الشكل رقم(04): زراعة قطبين كهربائيين بشكل ثنائي الجانب على مستوى العقد القاعدية لدماغ شخص مصاب بمرض باركنسون بهدف إحداث تنبيه كهربائي مستمر عال التردد للتخفيف من حدة أعراض المرض (قدور، 2017، ص.51)

من الملاحظ في هذا النوع من العمليات الجراحية، أن فعاليتها تتوقف على البنية العصبية التي يجري تنبيهها من خلال الأقطاب العصبية، كما يمكن لهذه العمليات الجراحية أن تتسبب في ظهور أعراض جانبية متفاوتة الحدة ذات طابع معرفي سلوكي أو حركي. (قدور، 2019، ص.36)

•طرق علاجية أخرى:

إن أسباب تنكس الخلايا الدوبامنرجية نتيجة للإصابة بمرض باركنسون تبقى مجهولة، لكن هناك عدة طرق علاجية مفيدة للحد من الأعراض الناتجة عن هذا المرض مثل زرع الخلايا، العلاج الجيني، والحقن بمادة البروتيين، كل هذه الطرق هدفها زيادة إنتاج مادة الدوبامين تبقى هذه الطرق العلاجية محدودة الفعالية عند تطبيقها بشكل منفرد، لكنها تصبح ذات فاعلية كبيرة عندما تكون مصحوبة بحصص إعادة التأهيل الحركي وحصص إعادة التأهيل الارطفوني اليومية، حيث تعتبر مكملة للعلاج الدوائي والجراحي. (قدور ،ص.36)

• إعادة التأهيل الارطفوني:

مع التطور الذي خرجت فيه الأبحاث بنتائج إيجابية ومستمرة لدى الأشخاص المصابين بمرض باركنسون عند التدخل الأرطوفوني، حيث تمرن على القدرات العصبية والمعرفية وذلك حسب برنامج مكثف ودقيق من التمرينات على هذا الأساس فانه من المستحسن أن تتدخل إعادة التأهيل الأرطوفوني في مرحلة مبكرة من ظهور المرض، ويجب على المختص الأرطوفوني أن يقيم أولا الوضعية العامة للمصاب ثم يقوم بتطوير تقنية إعادة التأهيل مكيفة لحالته. (حرمل وعلي عمارة، 2023، ص.19)

تعتبر اضطرابات إنتاج الكلام عند مرضى باركنسون من المؤشرات الأساسية الاكلينيكية الهامة حول تطور المرض من الناحية الحركية والمعرفية، التي تؤدي إلى تدهور استقلالية المصاب وصورته الاجتماعية نتيجة لتدهور قدراته الاتصالية. كما تمثل اضطرابات البلع والتحكم في اللعاب تهديداً مباشراً للتوازن الغذائي للمريض بالنظر للإنزعاج الذي يشعر به المريض من جهة، وخطورة هذه الاضطرابات على حياة المصاب من جهة أخرى نتيجة للاختناق الذي يمكن أنْ يحدث بسبب اضطرابات البلع. (حرمل وعلي عمارة، ص.19)

– طريقة لي سيلفرمان (LSVT) لعلاج الكلام:

تطورت الأبحاث الاكلينيكية الخاصة باضطرابات إنتاج الكلام عند المصاب بمرض باركنسون والتي سمحت بتحديد مختلف المظاهر الاكلينيكية لهذا المرض، غير أنه انطلاقا من السنوات الأخيرة ظهرت العديد من التقنيات والطرق التي أظهرت فعالية حقيقية واستمرارية وموضوعية، ومن بينها الطريقة المعروفة ب (Lee Silverman Voice)التي تطورت على يد المختصة الأرطوفونية لوران راميغ (Lorraine Raming) ومساعديها في الولايات المتحدة الأمريكية، إذْ طبقت هذه التقنية في الميدان ابتداءً من سنة 2004م و قد ارتكزت أعمالها حول وظيفة الحنجرة. وللعلم فإن الطريقة حملت اسم أول مريضة خضعت لهذه التقنية من إعادة التأهيل الأرطوفوني ألاَ وهي (Lee Silverman).

لقد ارتكزت طرق ووسائل إعادة التأهيل الأرطوفوني التقليدي على مراقبة مجرى الكلام والنطق في المقابل نجد طريقة (LSVT) التي ترتكز خاصة على الاضطرابات الصوتية الملاحظة على مستوى نطق الكلمة والتي تشمل في نقص الصوت (Hypophonie) وفقدان إمكانية تغيير الارتفاع مما يعطي للصوت ميزة الملل، كما يصبح الطابع خشناً وأجشاً. (حرمل وعلي عمارة، ص.19)

خلاصة الفصل:

في ختام هذا الفصل، يمكن القول أنَّ مرض باركنسون من الأمراض التي تفرض على المصاب تحديات كبيرة تمس الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية، وقد تم خلال هذا الفصل التطرق إلى مختلف الجوانب المرتبطة به بداية بمفهومه وبعدها أسبابه ثم أعراضه، وفي الاخير أساليب التكفل به الذي يتطلب التعامل مع هذا المرض بناءً على رعاية شاملة ومتكاملة تجمع بين الجوانب الطبية والنفسية وإعادة التأهيل، وهو ما يستدعي تضافر جهود الأطباء والمختصين النفسانيين، كما لا ننسى الأسرة لما لها من دور بالغ الأهمية في مراقبة المريض ومساعدته على التكيف مع متطلبات حياته اليومية.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

- عينة الدراسة الاستطلاعية
- صلاحية أدوات الدراسة

2- الدراسة الاساسية

- منهج الدراسة
- حدود الدراسة
- عينة الدراسة وخصائصها
- أدوات الدراسة
- التقنيات الإحصائية المستخدمة في الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد الانتهاء من الجانب النظري الذي تطرّق إلى مختلف المفاهيم المرتبطة بمتغيرات الدراسة، النظريات والدراسات السابقة، نصُبُّ تركيزنا الآن في هذا الفصل على الجانب التطبيقي الذي يترجم المعطيات النظرية إلى واقع ميداني ملموس. حيث سنتناول فيه أهم الإجراءات المنهجية المتبعة في هذه الدراسة، والبداية بالدراسة الإستطلاعية، ثم الدراسة الأساسية والتي تحتوي على المنهج المستخدم في الدراسة، تحديد العينة وأدوات القياس والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة بيانات الدراسة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تُعدّ الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولية في العمل الميداني، يقوم بها الباحث قبل الشروع في الدراسة الأساسية، بهدف اختبار أدوات جمع البيانات والتأكد من مدى صلاحيتها وملاءمتها لمجتمع الدراسة، بالإضافة إلى التعرف على ظروف الميدان وطبيعة المبحوثين. كما تساهم في تقليل الأخطاء المنهجية، وتحسين إجراءات البحث، مما يساعد الباحث على إعداد خطة أكثر دقة وفعالية لتنفيذ دراسته الأساسية، وقد امتدت هذه الدراسة من 2025/12/08 الى 2026/01/06.

- **عينة الدراسة الاستطلاعية:**

شملت الدراسة الاستطلاعية على عينة قدرت بـ 20 مريض باركنسون وهذا للتحقق من صلاحية أدوات الدراسة والجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	6	%30
اناث	14	%70
المجموع	20	%100

الجدول رقم(05):أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس

يتضح من الجدول رقم(05) أن العينة تتكون من(20) مريض باركنسون حيث بلغ عدد الذكور 6 مرضى بنسبة 30% والاناث 14 مريضة بنسبة70% .

- **صلاحية أدوات الدراسة:**
- **مقياس جودة الحياة (WHOQOL –BREF):**

هذا المقياس صادر عن منظمة الصحة العالمية المختصر WHOQOL_BREF، وقد قامت الباحثة فاطيمة حمزة بتقنينه على عينات من البيئة الجزائرية.

1-وصف المقياس:

جاء هذا المقياس كاختصار لمقياس جودة الحياة المئوي WHOQOL 100 الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذي تم إعداده عام 1991، عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس نوعية الحياة، يغطي الجوانب المختلفة لجودة الحياة التي تناولتها أو لم تتناولها الأدوات التقليدية لتقدير جودة الحياة المتعلقة بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع، وهو تصميم أداة لتقييم جودة الحياة يمكن استعمالها بشكل واسع حيث تم إعداده من خلال 15 مركزاً ميدانياً تابعاً لمنظمة الصحة العالمية وترجم لـ 12 لغة، حيث طبقت الصيغة الاستطلاعية الأصلية 235 بنداً، واستعملت هذه الصيغة في خمسة عشر مركزاً ميدانياً بلغات مختلفة عبر العالم لتنتهي إلى 100 بند شملت 24 مجالاً من مجالات الحياة والذي اختصر فيما بعد إلى WHOQOL BREF المكون من 26 بنداً تقييس جودة الحياة في ست مجالات وهي الممثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم(06): مجالات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة والتعب، الراحة (الانزعاج)، الألم، النوم والراحة
الصحة النفسية	صورة الجسم والمظهر، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، ردود الفعل(التعلم، الذاكرة، التركيز)

مستوى الاستقلالية	الحركة، النشاط اليومي، الاستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية، القدرة على العمل
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي
البيئة	الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية والمعونة الاجتماعية، السكن، القدرة على التعلم، الهوايات، البيئة الفيزيقية: التلوث، الصخب، المناخ
الصحة الروحية	الروحانية، التدين، المعتقدات الشخصية

تكونت الصيغة المختصرة من بند واحد ممثل عن كل مجال من المجالات الأربع والعشرين إضافة لبندين عن الحياة ككل. وأصبح WHOQOL BREF مكوناً من 26 بنداً موزعة على 4 أبعاد بندين حول جودة الأول حول الحياة عامة والبند الثاني حول الصحة العامة أما باقي الأبعاد فهي موزعة كالتالي:

الجدول رقم(07): جدول يمثل أبعاد مقياس جودة الحياة

البعد	**البنود**
1-الصحة الجسدية	3 - 4 - 10 - 15 - 16 - 17 - 18
2-الصحة النفسية	5 - 6 - 7 - 11 - 19 - 26
3-العلاقات الاجتماعية	20 - 21 - 22
4-البيئة	8 - 9 - 12 - 13 - 14 - 23 - 14 - 23 - 24 - 25

وصيغت البنود على شكل أسئلة يجاب عن كل منها على أساس مقياس خماسي ترتيبي يتراوح بين 1و5 من 1-5 في البنود الايجابية والمتمثلة في البنود التالية (1 -2- 5 - 6 -7- 8- 9 - 10 -11 - 12 - 13- 14- 15 -16- 17- 18-19- 20- 21 -22- 23 - 24 -25) وتعكس في البنود السلبية (3 - 4 - 26) وتشير الدرجة العليا إلى ارتفاع جودة الحياة. (حمزة، 2018، ص. 148- 149)

2-الخصائص السيكومترية للمقياس:

2-1- ثبات المقياس:

تم استخراج معامل ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة αلكرونباخ، وفيما يلي عرض للنتائج:

الجدول رقم(08): معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي

معامل الثبات	α لكرونباخ
جودة الحياة	**0.95**

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل α لكرونباخ تقدر بـ 0.95، ومنه نستطيع القول أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

2-2- صدق المقياس:

تم حساب معامل الصدق بطريقة الاتساق الداخليInternal Consistency. وذلك من خلال حساب الارتباطات بين بنود المقياس ودرجات الأبعاد، وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وقد استخدم هذا الإجراء للدلالة على صدق الاتساق الداخلي للمقياس، إذ أنّ الارتباطات الداخلية بالرغم من استخدامها كدلالة على الاتساق الداخلي إلا أنها يمكن أن تستخدم كدلالة على الصدق البنائي وذلك لأنّ الأساس النظري الذي تقوم عليه الدراسة هو وحدانية موضوع القياس.

الجدول رقم(09) : معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه (الصحة الجسدية)

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد	مستوى الدلالة
3	0.786	دال عند 0.01
4	0.627	دال عند 0.01
10	0.694	دال عند 0.01
15	0.628	دال عند 0.01
16	0.792	دال عند 0.01
17	0.833	دال عند 0.01
18	0.636	دال عند 0.01

يبين الجدول معاملات ارتباط البنود المكونة لبعد الصحة الجسدية بالدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس جودة الحياة. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.627 و0.833، وجميعها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يدل على وجود اتساق داخلي جيد بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه، وهو ما يؤكد تمتع البعد بدرجة مقبولة من الصدق البنائي.

الجدول رقم(10): معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه (الصحة النفسية)

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد	مستوى الدلالة
5	0.827	دال عند 0.01
6	0.842	دال عند 0.01
7	0.832	دال عند 0.01
11	0.823	دال عند 0.01

19	0.779	دال عند 0.01
26	0.442	دال عند 0.01

يبين الجدول معاملات ارتباط البنود المكونة لبعد الصحة النفسية بالدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس جودة الحياة. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.442 و0.842، حيث سجل أعلى ارتباط للبند6 (0.842) ، في حين سجل أدنى ارتباط للبند26 (0.442) وجميع معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يدل على وجود اتساق داخلي جيد بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه، وهو ما يؤكد تمتع بعد الصحة النفسية بدرجة مقبولة من الصدق البنائي.

الجدول رقم(11) معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه (العلاقات الاجتماعية)

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد	مستوى الدلالة
20	0.947	دال عند 0.01
21	0.830	دال عند 0.01
22	0.862	دال عند 0.01

يوضح الجدول معاملات ارتباط البنود المكونة لبعد العلاقات الاجتماعية بالدرجة الكلية لهذا البعد. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.830 و0.947، حيث سجل أعلى ارتباط للبند(0.947) 20، بينما سجل أدنى ارتباط للبند21 (0.830) وجميع معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يشير إلى وجود اتساق داخلي مرتفع بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه، وهو ما يدل على تمتع بعد العلاقات الاجتماعية بدرجة عالية من الصدق البنائي.

الجدول رقم(12) معاملات ارتباط البند بالبعد الذي ينتمي إليه (البيئة)

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد	مستوى الدلالة
8	0.875	دال عند 0.01
9	0.817	دال عند 0.01
12	0.819	دال عند 0.01
13	0.864	دال عند 0.01
14	0.558	دال عند 0.01
23	0.875	دال عند 0.01
24	0.915	دال عند 0.01
25	0.876	دال عند 0.01

يبين الجدول معاملات ارتباط البنود المكونة لبعد البيئة بالدرجة الكلية لهذا البعد في مقياس جودة الحياة. وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.558 و0.915، حيث سجل أعلى ارتباط للبند24 (0.915) ، بينما سجل أدنى ارتباط للبند14 (0.558) وجميع معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يدل على وجود اتساق داخلي قوي بين البنود والبعد الذي تنتمي إليه، وهو ما يؤكد تمتع بعد البيئة بدرجة جيدة من الصدق البنائي.

الجدول رقم(13) معاملات ارتباط أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية	مستوى الدلالة
الصحة الجسدية	0.914	دال عند 0.01
الصحة النفسية	0.921	دال عند 0.01
العلاقات الاجتماعية	0.903	دال عند 0.01
البيئة	0.907	دال عند 0.01

يبين الجدول معاملات ارتباط أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس، حيث أظهرت النتائج وجود معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائيا بين جميع الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس عند مستوى الدلالة 0.01. فقد بلغ معامل الارتباط بين بعد الصحة الجسدية والدرجة الكلية للمقياس (0.914)، بينما بلغ معامل الارتباط بين بعد الصحة النفسية والدرجة الكلية (0.921)، في حين سجل بعد العلاقات الاجتماعية معامل ارتباط قدره (0.903)، أما بعد البيئة فقد بلغ معامل ارتباطه بالدرجة الكلية (0.907).

وتشير هذه النتائج إلى وجود اتساق داخلي قوي بين الأبعاد والدرجة الكلية **للمقياس**، مما يدل على تمتع مقياس جودة الحياة بدرجة جيدة من **الصدق البنائي** وصلاحيته للتطبيق على عينة الدراسة.

- **مقياس اضطراب التأقلم20 Adjustment Disorder – New Module :**

صمم هذا المقياس من طرف كل من Einsle, Kollner, Maercker & Dannamann، وقد قامت الباحثة بوزغاية نهاد بترجمته وتقنينه. (بوزغاية، 2022، ص.191)

1-وصف المقياس:

وهو إستبيان لقياس أعراض اضطراب التأقلم حيث يعد مقياس للتقرير الذاتي يتكون من جزأين قائمة الضغوطات وقائمة العناصر، قائمة الضغوطات تحتوي على مجموعة واسعة من أحداث الحياة الحادة والمزمنة في العامين الماضيين وقائمة العناصر تقيس أعراض الإستجابة لأكثر الأحداث المؤلمة، يشير المشاركون على مقياس ليكرت المكون من 4 نقاط، والذي يتراوح من 1 (أبدا) إلى 4 (غالبا)، ليحددوا كم مرة عانوا فيها من الأعراض المختلفة لـ AjD خلال الأسبوعين الماضيين، ويتكون ADNM-20 من ستة مقاييس فرعية: الإنشغال (4 عناصر) والفشل في التأقلم (4 عناصر)، والتجنب (4 عناصر)، والمزاج الإكتئابي (3 عناصر) والقلق (عنصران)، وإضطراب الإندفاع (3عناصر). (بوزغاية، 2022، ص.191)

والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (14): يوضح توزيع البنود على أبعاد مقياس اضطراب التأقلم- الوحدة الجديدة20 (ADNM-20)

أبعاد20 -ADNM		أرقام البنود
الاعراض (Core-symtoms)	الانشغال(Preoccupations)	2-4-13-15.
	فشل التأقلم(failure-to-adapt)	10-17-19-20.
الاعراض الثانوية (Accessory- symptoms)	التجنب(Avoidance)	3-7-11-14.
	مزاج اكتئابي (Depressive-mood)	1-5-18.
	القلق(Anxiety)	6-16.
	اضطراب الاندفاع (Impulse- disturbance)	8-9-12.

2-الخصائص السيكومترية للمقياس:

2-1- ثبات المقياس:

تم استخراج معامل ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة αلكرونباخ، وفيما يلي عرض للنتائج:

الجدول رقم(15): معامل الثبات بطريقة الاتساق الداخلي

معامل الثبات	α لكرونباخ
اضطراب التأقلم	0.70

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل α لكرونباخ تقدر بـ 0.70، ومنه نستطيع القول أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات.

2-2-صدق المقياس:

تم حساب معامل الصدق بطريقة الاتساق الداخليInternal Consistency.

الجدول رقم(16) : معاملات ارتباط أبعاد مقياس اضطراب التأقلم بالدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس	مستوى الدلالة
الانشغال	0.906	دال عند 0.01
الفشل في التأقلم	0.906	دال عند 0.01
التجنب	0.906	دال عند 0.01
المزاج الاكتئابي	0.892	دال عند 0.01
الاندفاع	0.906	دال عند 0.01

القلق	0.892	دال عند 0.01

يبين الجدول معاملات ارتباط أبعاد مقياس اضطراب التأقلم بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك بهدف التحقق من الصدق البنائي للمقياس .وقد أظهرت النتائج وجود معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائيا بين معظم الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس عند مستوى الدلالة 0.01. حيث بلغ معامل الارتباط لكل من بعد الانشغال، الفشل في التأقلم، التجنب، والاندفاع مع الدرجة الكلية (0.906)، بينما بلغ معامل ارتباط بعد المزاج الاكتئابي والقلق مع الدرجة الكلية (0.892)، وهي معاملات ارتباط مرتفعة تشير إلى وجود اتساق داخلي قوي بين الأبعاد والمقياس ككل.

وتشير هذه النتائج إلى أن مقياس اضطراب التأقلم يتمتع بدرجة جيدة من **الصدق البنائي** وصلاحيته للتطبيق على عينة الدراسة.

2-الدراسة الأساسية:

بعد الانتهاء من الدراسة الاستطلاعية والتأكد من صلاحية أدوات الدراسة، تم الانتقال الى الدراسة الأساسية التي تهدف الى جمع البيانات للإجابة عن تساؤلات الدراسة. وفيما يلي عرض للإجراءات المنهجية المعتمدة.

- **منهج الدراسة:**

من غير الممكن أن ندرس ظاهرة ما دون ضبطها بمنهج علمي معين يتلاءم مع موضوع الدراسة، ذلك لأنها من الركائز الأساسية في منهجية البحث والتي تساهم بشكل مباشر على دراسة الظاهرة بطريقة علمية ومضبوطة للتوصل إلى معرفة منظمة بجوانب الواقع المدروس.

وبناءً على ذلك، فقد استخدمنا المنهج الوصفي لمناسبته مع طبيعة الدراسة، حيث يهدف إلى دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع (سيبوكر ونجاحي، 2019، ص.46)، وتم توظيفه بأسلوبيه:

– الارتباطي: للكشف عن طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة. (سلوم وآخرون، 2022، ص. 64)

– المقارن: الذي يعتمد على المقارنة للتعرف على الفروق بين أفراد العينة وفقاً لبعض المتغيرات المعتمدة في دراستنا والمتمثلة في الجنس ومدة المرض.(سلوم وآخرون، ص. 55)

- **حدود الدراسة:**

– الحدود الزمانية: وتتمثل في الفترة الزمنية المستغرقة لإجراء الدراسة (المحمودي،2019، ص.106)، حيث امتدت من 2026/01/07 إلى غاية 2026/02/22.

ـ الحدود المكانية: وهو المكان الذي أجريت فيه الدراسة(المحمودي، ص.106)، حيث تمت دراستنا على مستوى العيادات الطبية المتخصصة في كل من ولايتي الجزائر العاصمة و الوادي.

-عينة الدراسة وخصائصها:

1 – عينة الدراسة:

تُمثل العينة جزء من وحدات المجتمع الأصلي محلّ الدراسة، تكون ممثلة له بحيث تحمل صفاته المشتركة، مما يتيح للباحث الاستغناء عن دراسة جميع مفردات المجتمع، خاصة في حال صعوبة أو استحالة ذلك. (جلول وآخرون، 2019، ص.63)

وقد تم في هذه الدراسة الاعتماد على العينة العرضية (عينة الصدفة)، والتي يتم فيها اختيار المفحوصين عن طريق اللقاء العرضي، فلا يحددون سلفا بل يقصد الباحث أماكن يتوقع فيها تواجدهم ويجمع بياناته على من يجد منهم حتى يستوفي العدد المطلوب (جديدي، 2021، ص.166) مع مراعاة توفر شروط تضمن تمثيل العينة للمجتمع الأصلي. (جلول وآخرون، 2019، ص.70)

تكونت عينة دراستنا من47 مريض ومريضة من مرضى باركنسون منهم (20) مريضة و(27) مريض ويختلفون من حيث مدة المرض وتم تقسيمهم على فئتين (أقل من 5 سنوات) و (أكثر من 5 سنوات).

3-خصائص عينة الدراسة:

- **حسب الجنس:**

جدول (17): يوضح خصائص عينة الدراسة من حيث الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
اناث	20	%42,6
ذكور	27	%57,4
المجموع	**47**	**%100**

يبين الجدول توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس، حيث بلغ عدد الاناث (20) بنسبة(42,6%) في حين بلغ عدد الذكور(27) بنسبة(57,4%)، ومن خلال هذه المعطيات نلاحظ أن نسبة الذكور تفوق نسبة الاناث في العينة، مما يدل على أن الذكور كانوا الأكثر تمثيلا في هذه الدراسة.

- **حسب مدة المرض:**

جدول (18): يوضح خصائص عينة الدراسة من حيث مدة المرض

مدة المرض	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	20	%42,6
أكثر من 5 سنوات	27	%57,4
المجموع	**47**	**%100**

يبين الجدول توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة المرض، حيث بلغ عدد الأفراد الذين تقل مدة مرضهم عن 5 سنوات(20) بنسبة(42,6%)، بينما بلغ عدد الذين تفوق مدة مرضهم 5 سنوات (27) بنسبة(57,4%)، وتشير هذه النتائج أن أغلب أفراد العينة يعانون من المرض منذ فترة تزيد عن 5 سنوات .

- **حسب مدة اضطراب التأقلم:**

جدول (19): يوضح خصائص عينة الدراسة من حيث مدة اضطراب التأقلم

مدة اضطراب التأقلم	التكرار	النسبة المئوية
أقل من شهر	1	2.1 %
من 1 إلى 6 أشهر	1	2.1 %
من 6 أشهر إلى سنتين	45	95.8 %
المجموع	**47**	**100 %**

يبين الجدول توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة اضطراب التأقلم، حيث يظهر أن الغالبية العظمى من المرضى (95.8%) يعانون من أعراض اضطراب التأقلم لمدة تتراوح بين ستة أشهر وسنتين، في حين سجلت نسب ضئيلة لدى فئتي أقل من شهر ومن شهر إلى ستة أشهر بنسبة (2.1%) لكل منهما.

- أدوات الدراسة:

- مقياس اضطراب التأقلم – الوحدة الجديدة (ADNM- 20) المكون من 20 بند.

- مقياس جودة الحياة WHOQOL-BREF الذي يحتوي على 26 بند.

وقد تم عرض وصف للمقياسين والتحقق من صلاحيتهما وملاءمتهما لعينة الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية، وذلك بحساب الصدق والثبات.

- التقنيات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

نظرا لأهمية الإحصاء كأداة من خلالها يتمكن الباحث من الوصول إلى نتائج علمية سليمة، هذا على خلاف بعض الوسائط والأساليب الأخرى المختلفة وفي مقدمتها الملاحظة الشخصية التي لا تعود على الباحث بنتائج تنطبق على الحقائق العلمية، وتأسيسا على هذا فقد تم إدخال بيانات عينة الدراسة في الحاسب الآلي SPSS (برنامج الحزمة الإحصائية العلوم الاجتماعية) استعدادا للقيام بالتحليلات الإحصائية للإجابة على تساؤلات الدراسة.

1- المتوسط الحسابي للبحث عن مستوى اضطراب التأقلم ومستوى جودة الحياة.

2- الانحراف المعياري لقياس درجة تشتت المتغيرات لدى أفراد العينة حسب الجنس ومدة المرض، بهدف الكشف عن مدى تجانس أو تباين استجابات أفراد كل مجموعة.

3- النسب المئوية لتحديد خصائص العينة من حيث الجنس، مدة المرض ومدة اضطراب التأقلم.

4- معادلة α لكرونباخ للتحقق من ثبات الأدوات المستخدمة.

5- معامل ارتباط بيرسون للبحث عن العلاقة بين المتغيرات وتحديد اتجاهها وقوتها، ولحساب الاتساق الداخلي لأدوات الدراسة.

6- اختبار (كا²) للتحقق من دلالة الفروق بين مستوى اضطراب التأقلم ومستوى جودة الحياة على أفراد عينة الدراسة (مرضى باركنسون).

7- اختبار T.Test للتأكد من وجود فروق دالة احصائيا بين مرضى باركنسون على مقياسي اضطراب التأقلم وجودة الحياة تبعا للجنس ومدة المرض.

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل الذي يمثل الجانب التطبيقي للدراسة، تم التطرق إلى مختلف الإجراءات الميدانية المعتمدة، حيث استُهل بالدراسة الاستطلاعية، ثم الدراسة الأساسية التي تم فيها تحديد منهج الدراسة، وحدودها، وعينتها، الأدوات التي استخدمت، بالإضافة إلى عرض التقنيات الإحصائية الملائمة. وذلك تمهيدًا لإجراء التحليلات الإحصائية والإجابة عن تساؤلات الدراسة التي سيتم تناولها في الفصل الموالي من هذا البحث.

الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة التساؤل الأول

2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة التساؤل الثاني

3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى

4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية

5- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثالثة

6- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الرابعة

7- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الخامسة

تمهيد:

بعد تطبيق الإجراءات المنهجية المناسبة لدراستنا وتفريغ البيانات ومعالجتها إحصائياً، نختم دراستنا بهذا الفصل الذي سنقوم فيه بعرض وتحليل النتائج ثم تفسيرها وفقاً لدراسات عديدة قريبة لموضوعنا منها ما يتوافق مع دراستنا ومنها ما يخالفها، ويساهم هذا الأمر في مدى التعمق في الفهم العلمي للظاهرة المدروسة حتى نصل إلى استنتاجات دقيقة تدعم أو ترفض فرضيات الدراسة.

1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة التساؤل الأول:

1-1-عرض وتحليل نتيجة التساؤل الأول:

ينص التساؤل الأول على: ما مستوى اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون؟،

وبالرجوع إلى معايير تفسير النتائج الخاصة بمقياس اضطراب التأقلم، تحصلنا على البيانات الآتية:

جدول رقم (20) يوضح توزيع مستويات مرضى باركنسون حسب متغير اضطراب التأقلم

المستويات / المتغير	ضعيف		متوسط		مرتفع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
اضطراب التأقلم	0	0%	0	0%	47	100%

يتضح من خلال الجدول رقم (20) أن جميع أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم **47 مريضا** يعانون من **مستوى مرتفع من اضطراب التأقلم** بنسبة **100%**، في حين لم تسجل أي حالة ضمن المستويين الضعيف أو المتوسط، وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المستويات، قمنا بحساب اختبار (كا²) والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (21) يوضح دلالة الفروق بين مستويات اضطراب التأقلم

المؤشرات / اضطراب التأقلم	التكرار المشاهد	التكرار المتوقع	كا²	مستوى الدلالة
منخفض	0	15.67	94.00	دال عند 0.01
متوسط	0	15.67		
مرتفع	47	15.67		

أما الجدول رقم (21) فقد أظهر وجود فروق دالة إحصائيا بين مستويات اضطراب التأقلم، حيث بلغت قيمة كا² = 94.00 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يدل على أن التوزيع غير متكافئ بين مستويات اضطراب التأقلم، وأن المستوى المرتفع هو السائد لدى أفراد العينة.

1-2- مناقشة وتفسير نتيجة التساؤل الأول:

يمكن تفسير ارتفاع اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون في ضوء نظرية الاجهاد النفسي للازاروس وفولكمان التي ترى أن الضغط النفسي ينشأ من خلال تقييم الفرد للحدث الضاغط ومدى ادراكه لخطورة الموقف إضافة الى محاولاته للتكيف مع هذا الحدث بإستخدام الموارد المتاحة له، وبالنسبة لمرضى باركنسون قد يدركون المرض كتهديد كبير لرفاهيتهم بسبب التحديات الجسدية والنفسية والاجتماعية وقد تكون استراتيجيات التكيف لديهم غير كافية لمواجهة هذه المتطلبات، مما يؤدي الى صعوبة في التكيف والتأقلم مع المرض وارتفاع مستوى اضطراب التأقلم لديهم.

اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Peker et Topuzoglu ,2023) بعنوان تقييم اضطراب التأقلم لدى المصابين بعدوى كوفيد-19 حيث وجد أن اضطراب التأقلم لدى 28,8% من المشاركين وفقا لمقياس ADNM-20 بينما بلغ معدل الإصابة باضطراب التأقلم بسبب الاجهاد المرتبط بكوفيد-19 نحو 26,7 % ومع ازدياد عبء الاجهاد ازداد تطور اضطراب التكيف بشكل ملحوظ.

2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة التساؤل الثاني:

2-1-عرض وتحليل نتيجة التساؤل الثاني:

ينص التساؤل الثاني على: ما مستوى جودة الحياة لدى مرضى باركنسون؟، وبالرجوع إلى معايير تفسير النتائج الخاصة بمقياس جودة الحياة، تحصلنا على البيانات الاتية:

جدول رقم (22) يوضح توزيع مستويات مرضى باركنسون حسب متغير جودة الحياة

المستوى / المتغير	منخفض		متوسط		مرتفع	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
جودة الحياة	20	42.6 %	25	53.2 %	2	4.3%

يتضح من خلال الجدول رقم (22) أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى باركنسون يميل إلى المستوى المتوسط، حيث بلغت نسبة المرضى الذين يتمتعون بمستوى متوسط من جودة الحياة 53.2%، في حين بلغت نسبة المرضى ذوي المستوى المنخفض 42.6%، بينما سجلت نسبة ضعيفة فقط للمستوى المرتفع من جودة الحياة بلغت 4.3%، وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المستويات، قمنا بحساب اختبار (كا²) والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (23) يوضح دلالة الفروق بين مستويات جودة الحياة

المؤشرات / جودة الحياة	التكرار المشاهد	التكرار المتوقع	كا²	مستوى الدلالة
ضعيف	20	15.67	17.53	دال عند 0.01
متوسط	25	15.67		
مرتفع	2	15.67		

الجدول رقم (23) فقد أظهر وجود فروق دالة إحصائيا بين مستويات جودة الحياة، حيث بلغت قيمة كا² = 17.53 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01، مما يدل على أن توزيع

مستويات جودة الحياة لدى أفراد العينة غير متكافئ، وأن المستوى المتوسط هو الأكثر شيوعا بين المرضى.

2-2- مناقشة وتفسير نتيجة التساؤل الثاني:

يمكن تفسير المستوى المتوسط لجودة الحياة لدى المرضى بأن المرض يؤثر بشكل واضح على الجوانب الجسدية والوظيفية للحياة (الاعراض الحركية، صعوبة القيام ببعض الأنشطة...) الا أن هذا التأثير لا يكون بنفس الدرجة في جميع جوانب الحياة فقد يحافظ المرضى على بعض الجوانب الإيجابية مثل العلاقات الاسرية أو الدعم الاجتماعي إضافة الى تلقيهم للعلاج والمتابعة الطبية وهو ما يساهم في الحد من التدهور الكبير في جودة الحياة إضافة الى ذلك فإن تقييم جودة الحياة لا يعتمد فقط على الحالة الصحية للفرد بل يرتبط أيضا بالادراك الذاتي للمريض لظروف حياته وكيفية نظرته للمرض حيث قد يشعر بعض المرضى بدرجة من الرضا عن حياتهم رغم وجود بعض الصعوبات الصحية وهو ما قد يؤدي في النهاية الى ظهور مستوى من جودة الحياة لدى العينة. وجد أن هذه النتيجة تتفق مع دراسة (بن جخنون وزوايمية، 2021) بعنوان جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الطلبة ذوي الامراض المزمنة والتي توصلت الى مستوى جودة حياة متوسطة إضافة الى دراسة (بن حرمة وطلاب، 2024) بعنوان جودة الحياة لدى مرضى السيلياك والتي توصلت كذلك الى جودة حياة متوسطة لدى المرضى، وتعارضت الدراسة مع (برفان وشيبوط، 2016) التي هدفت الى معرفة جودة الحياة لدى المصابين بالقصور الكلوي حيث توصلت الى مستوى جودة حياة منخفض.

3- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى:

3- 1- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى:

بغرض معالجة الفرضية الأولى التي تنص على ما يلي: توجد علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون، وللتحقق من ذلك قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (24): قيمة ودلالة العلاقة بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون

المؤشرات / المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
اضطراب التأقلم	−0.59	0.01
جودة الحياة		

يتضح من خلال الجدول رقم (24) أن قيمة معامل الارتباط بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون بلغت **(0.59−)**، وهي قيمة سالبة ومتوسطة القوة، كما أنها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **0.01.**

وتشير هذه النتيجة إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، أي أنه كلما ارتفع مستوى اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون انخفض مستوى جودة الحياة لديهم، والعكس صحيح.

3-2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى:

يمكن تفسير العلاقة العكسية بين ارتفاع اضطراب التأقلم وانخفاض جودة الحياة بالاستناد الى نظرية ماسلو للحاجات الإنسانية التي تشير الى أن رضا الفرد ورفاهيته يرتبطان بمدى اشباع حاجاته الأساسية(الجسدية، النفسية، الاجتماعية...) ارتفاع اضطراب التأقلم يعكس صعوبة الفرد في مواجهة تحديات المرض مثل القيود الجسدية والاعراض النفسية والاجتماعية مما يعيق تلبية واشباع هذه الحاجات الأساسية نتيجة لذلك يشعر المريض بانخفاض الرضا العام عن حياته ويتأثر شعوره بالرفاه النفسي والاجتماعي وهو ما

يفسر انخفاض جودة الحياة، بهذا الشكل يبرهن نموذج ماسلو كيف أن ضعف القدرة على التكيف مع الضغوط يمنع تحقيق التوازن بين حاجات الفرد المختلفة مما يؤدي الى تدهور جودة الحياة بشكل مباشر.

وتتقارب نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (costa et al 2025) التي هدفت الى فهم العلاقة بين القلق والاكتئاب والقدرة على أداء الوظائف اليومية وجودة الحياة لدى أشخاص يعانون من مرض مزمن وتوصلت الى أنه كلما زادت القدرة على أداء الوظائف اليومية وجودة الحياة انخفضت مستويات القلق والاكتئاب.

4- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية:

4-1-عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية:

بغرض معالجة الفرضية الثانية للدراسة والتي تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تعزى لمتغير الجنس.

وللتحقق من ذلك قمنا بحساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لكلا الفئتين ثم طبقنا عليها اختبار T.Test

الجدول رقم (25): قيمة ودلالة الفروق في اضطراب التأقلم تبعا لمتغير الجنس

المؤشرات / المتغيرات	ذكور			إناث			قيمة T	مستوى الدلالة
	ن	م	ع	ن	م	ع		
اضطراب التأقلم	27	78.33	2.88	20	79.65	0.48	-2.016	0.050

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن المتوسط الحسابي لاضطراب التأقلم لدى الذكور بلغ 78.33بانحراف معياري قدره 2.88، في حين بلغ المتوسط الحسابي لدى

الإناث 79.65بانحراف معياري قدره 0.48. وقد بلغت قيمة T = −2.016عند مستوى دلالة 0.050 وهي قيمة قريبة من الحد المعتمد للدلالة الإحصائية، مما يشير إلى أن مستوى اضطراب التأقلم يختلف بين الذكور والإناث من مرضى باركنسون، وبما ان المتوسط الحسابي الاكبر كان لصالح الاناث فإننا نستطيع القول ان الفروق لصالح الاناث.

4-2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية:

يمكن تفسير ذلك بأن اضطراب التأقلم يرتفع لدى الاناث نتيجة تعدد المسؤوليات التي تتحملها المرأة في الاسرة والعمل... إضافة الى توقعات المجتمع منها للالتزام بمعايير محددة والحفاظ على التوازن بين حياتها الشخصية والاجتماعية هذه الضغوط المتراكمة تزيد شعورها بالاجهاد وتؤثر في قدرتها على التكيف مع المرض والتحديات اليومية، كما أن الاختلافات الفيزيولوجية والهرمونية تجعل الاستجابة للضغط النفسي أكثر حساسية، بينما تؤثر استراتيجياتها المعرفية والعاطفية مثل التركيز على المشاعر السبية أو تحليل المشاكل بعمق على طريقة تعاملها مع الضغوط كل هذه العوامل تتفاعل لتجعل المرأة أكثر عرضة لظهور اضطراب التأقلم لديها مقارنة بالذكور.

واتفقت نتيجة دراستنا مع دراسة (Braquehais et al 2016) التي هدفت الى فحص الفروق الديموغرافية والسريرية بين الجنسين في الاضطرابات النفسية لدى الأطباء حيث كان اضطراب التأقلم من بين هذه الاضطرابات وبينت النتائج أن هذا الاضطراب كان أعلى لدى الاناث مقارنة بالذكور وتعارضت مع دراسة (الحميضي والقرني،2023) والتي هدفت الى التعرف على مدى علاقة اضطراب التأقلم بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من السعوديين في مدينة تبوك حيث توصلت الى عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في مستوى الإصابة باضطراب التأقلم.

5- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثالثة:

5-1-عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة:

بغرض معالجة الفرضية الثالثة للدراسة، والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تعزى لمدة المرض.

وللتحقق من ذلك قمنا بحساب المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لكلا الفئتين ثم طبقنا عليها اختبار T.Test

الجدول رقم (26): قيمة ودلالة الفروق في اضطراب التأقلم تبعا لمتغير مدة المرض

المؤشرات / المتغيرات	أقل من 5 سنوات			أكثر من 5 سنوات			قيمة T	مستوى الدلالة
	ن	م	ع	ن	م	ع		
اضطراب التأقلم	**20**	**79.50**	**0.76**	**27**	**78.44**	**2.88**	**1.591**	**0.119**

يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لاضطراب التأقلم لدى المرضى الذين مدة إصابتهم أقل من بلغ 79.50بانحراف معياري 0.76، بينما بلغ لدى المرضى الذين مدة إصابتهم أكثر من 78.44بانحراف معياري 2.88.

وقد بلغت قيمة T = 1.591عند مستوى دلالة 0.119 وهي قيمة أكبر من 0.05، ومنه نستطيع القول ان هذه النتيجة تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تبعا لمدة المرض .

5-2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثالثة:

يمكن تفسير عدم وجود فروق في اضطراب التأقلم تبعا لمدة المرض بأن تأثير المرض لا يرتبط فقط بالمدة الزمنية للإصابة به، بل يعتمد بدرجة أكبر على الخصائص النفسية

للفرد وطرق تعامله مع الضغوط المرتبطة بالمرض، فبعض المرضى يطورون أساليب للتعامل مع المرض منذ المراحل الأولى في حين قد يواجه آخرون صعوبة في التكيف حتى بعد مرور فترة طويلة على الإصابة، لذلك فإن اختلاف قدرات التكيف والدعم النفسي والاجتماعي بين المرضى قد تجعل مستوى اضطراب التأقلم متقاربا بينهم بغض النظر عن مدة المرض.

6- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الرابعة:

6-1-عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة:

بغرض معالجة الفرضية الرابعة للدراسة والتي تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تعزى لمتغير الجنس.

وللتحقق من ذلك قمنا بحساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لكلا الفئتين ثم طبقنا عليها اختبار T.Test

الجدول رقم (27): قيمة ودلالة الفروق في جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس

المؤشرات / المتغيرات	ذكور			إناث			قيمة T	مستوى الدلالة
	ن	م	ع	ن	م	ع		
جودة الحياة	27	48.18	12.84	20	42.10	11.54	1.675	0.101

بالنسبة لمتغير جودة الحياة فقد بلغ المتوسط الحسابي لدى الذكور 48.18 بانحراف معياري 12.84، بينما بلغ لدى الإناث 42.10بانحراف معياري 11.54، حيث بلغت قيمة 1.675 = Tعند مستوى دلالة 0.101، ومنه نستطيع القول بأنه لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث، حيث بلغ مستوى الدلالة 0.101 وهو أكبر من 0.05، مما يدل على أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى باركنسون لا يختلف باختلاف الجنس.

6-2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الرابعة:

يمكن تفسير عدم وجود فروق في جودة الحياة بين الجنسين بأن تأثير المرض يفرض تحديات متقاربة على كل من الذكور والاناث مثل الاعراض الجسدية وصعوبة القيام ببعض الأنشطة اليومية مما يجعل تجربتهم مع المرض متشابهة الى حد كبير كما أن جودة الحياة لا تعتمد فقط على الجنس بل تتأثر بعدة عوامل أخرى مثل الدعم الاجتماعي، الحالة الصحية ... وهي عوامل قد تكون متقاربة بين أفراد العينة مما يؤدي الى عدم ظهور فروق واضحة بين الذكور والاناث في مستوى جودة الحياة.

وجد أن نتيجة دراستنا لا تختلف فيما يخص عدم وجود فروق في جودة الحياة بين الذكور والاناث مع ما توصلت اليه دراسة (بن حرمة وطلاب، 2024) بعنوان جودة الحياة لدى مرضى السيلياك وكذا دراسة (بشيش وموالكية، 2021) بعنوان جودة الحياة وعلاقتها بالاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد والتي توصلت كذلك الى عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في مستوى جودة الحياة واختلفت مع دراسة (برفان وشيبوط، 2016) بعنوان قياس جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي والتي توصلت الى وجود فروق في مستوى جودة الحياة لصالح الذكور.

7- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الخامسة:

7-1-عرض وتحليل نتيجة الفرضية الخامسة:

بغرض معالجة الفرضية الخامسة للدراسة والتي تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تعزى لمدة المرض.

وللتحقق من ذلك قمنا بحساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لكلا الفئتين ثم طبقنا عليها اختبار T.Test

الجدول رقم (28): قيمة ودلالة الفروق في جودة الحياة تبعا لمتغير مدة المرض

المؤشرات / المتغيرات	أقل من 5 سنوات			أكثر من 5 سنوات			قيمة T	مستوى الدلالة
	ن	م	ع	ن	م	ع		
جودة الحياة	20	47.40	10.74	27	44.25	13.78	0.846	0.402

يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لجودة الحياة لدى المرضى الذين مدة إصابتهم أقل من بلغ 47.40 بانحراف معياري 10.74، بينما بلغ المتوسط الحسابي لدى المرضى الذين مدة إصابتهم أكثر من 44.25 بانحراف معياري 13.78، وقد بلغت قيمة T = 0.846 عند مستوى دلالة 0.402 وهي قيمة أكبر من .0.05

تشير هذه النتيجة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تبعا لمدة المرض .

7-2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الخامسة:

يمكن تفسير عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة تبعا لمدة المرض بأن تأثير المرض في حد ذاته قد يكون العامل الأكثر تأثيرا في حياة المرضى وليس مدة الإصابة به، فبمجرد الإصابة بالمرض قد يفرض مجموعة من التغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر على حياة المريض بشكل عام، سواء كانت مدة المرض قصيرة أو طويلة، لذلك قد يعيش المرضى تجارب متقاربة مرتبطة بالمرض مما يؤدي الى تشابه مستوى جودة الحياة بينهم رغم اختلاف مدة الإصابة.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Musarezaie et al 2012) بعنوان دراسة جودة الحياة وعلاقتها بالخصائص الديموغرافية والسريرية لدى النساء المصابات بسرطان الثدي واللواتي يخضعن للعلاج الكيميائي والتي توصلت الى عدم وجود علاقة بين جودة الحياة

والمدة المنقضية منذ التشخيص وكذلك دراسة (بن حرمة وطلاب، 2024) والتي توصلت الى عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة تعزى لمدة المرض.

خلاصة نتائج الدراسة:

حاولنا في دراستنا الحالية التعرف على العلاقة بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون باستخدام مقياس اضطراب التأقلم ADNM-20 الذي صمم من طرف كل من Einsle, Kollner, Maercker & Dannamann وقامت الباحثة بوزغاية نهاد بترجمته وتقنينه ومقياس جودة الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية المختصر المقنن على عينات من البيئة الجزائرية من طرف الباحثة فاطيمة حمزة. وبعد عملية الفرز والتفريغ تمت المعالجة الإحصائية بالاعتماد على برنامج الحزمة الاحصائيةSPSS الذي يقوم على أساليب المعالجة الإحصائية المختلفة. وقد تم التوصل الى النتائج التالية:

- مستوى اضطراب التأقلم مرتفع.
- مستوى جودة الحياة متوسط.
- توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب التأقلم وجودة الحياة لدى مرضى باركنسون.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تعزى لمتغير الجنس(لصالح الاناث).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون تبعا لمدة المرض.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى مرضى باركنسون تبعا لمدة المرض.

اقتراحات:

- تعزيز التثقيف الصحي للمريض وعائلته حول طبيعة المرض وكيفية التعامل مع تطوراته.
- ضرورة التكفل النفسي بمرضى باركنسون إلى جانب العلاج الطبي، من خلال إدماج الأخصائي النفسي ضمن الفريق العلاجي.
- تصميم برامج إرشاد نفسي وتدريب على مهارات التكيف لمساعدة المرضى على التعايش مع المرض.
- تعزيز الدعم الأسري وتوعية العائلة بكيفية التعامل مع المريض نفسيًا واجتماعيًا.
- تشجيع إنشاء مجموعات دعم لمرضى باركنسون لتبادل الخبرات وتقليل الشعور بالعزلة.
- تحسين الخدمات الاجتماعية المقدمة للمرضى، خاصة فيما يتعلق بالمرافقة والدعم اليومي.
- تحسين ظروف التكفل الصحي بمرضى باركنسون، خاصة من حيث المتابعة المستمرة وتوفير العلاج.
- نوصي بإنشاء مراكز متخصصة متعددة التخصصات للتكفل بمرضى باركنسون والامراض العصبية التنكسية الأخرى تجمع بين العلاج الطبي والدعم النفسي وإعادة التأهيل بهدف تحسين جودة الحياة والتخفيف من الاضطرابات النفسية.
- إجراء دراسات حول فعالية البرامج النفسية في خفض اضطراب التأقلم لدى مرضى باركنسون.
- التوسع في البحث حول عوامل أخرى مؤثرة مثل الشخصية أو الصلابة النفسية.

- اجراء دراسات أخرى حول اضطراب التأقلم أو اضطرابات نفسية أخرى لدى المصابين بالامراض العصبية وخاصة مرض باركنسون.

خاتمة:

يُعد مرض باركنسون وارتباطه باضطراب التأقلم وتأثيره على جودة الحياة من المواضيع المهمة التي تستحق الاهتمام والدراسة، لما له من انعكاسات مباشرة على حياة المريض الصحية والنفسية والاجتماعية، خاصة في ظل ما يفرضه هذا المرض من تحديات تؤثر على مختلف أبعاد جودة الحياة.

حيث لا يقتصر تأثيره على الجانب الجسدي فقط، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض. حيث تسهم مجموعة من العوامل السريرية والاجتماعية–الاقتصادية في زيادة شدة معاناة المريض، مما يؤدي إلى صعوبات في التكيف مع المرض وظهور اضطرابات نفسية، من بينها اضطراب التأقلم. ويؤثر هذا الاضطراب بشكل مباشر على جودة حياة المريض في أبعادها المختلفة: الجسدية، النفسية، الاجتماعية، والبيئية. وعليه، فإن فهم هذه العلاقة بين المرض واضطراب التأقلم وجودة الحياة يُعد أمرًا ضروريًا لتحسين التكفل بالمرضى، من خلال الاهتمام بالجانب النفسي إلى جانب العلاج الطبي، بهدف الرفع من مستوى جودة حياتهم وتحقيق تكيف أفضل مع المرض.

قائمة المراجع والمصادر

قائمة المراجع والمصادر:

1- المراجع والمصادر العربية:

- أبي زيد، خالد.(د. ت). اضطراب التأقلم(التكيف) Adjustment Disorder. العلاج النفسي في الجمعية الالمانية السورية.

- الجبوري، محمود كاظم علي والدليمي، عباس خضير راقية. (2023). اضطراب التأقلم وعلاقته بالتشاؤم الدفاعي لدى طلبة الجامعة. مجلة مركز بابل للدراسات الإنسانية، 12(1). مارك:
اضطراب التأقلم وعلاقته بالتشاؤم الدفاعي لدى طلبة الجامعة

- الحميضي، علي أحمد والقرني، عبد الرحمان وجدان. (2023). علاقة اضطراب التأقلم بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من الاناث والذكور المراجعين لمجمع إرادة والصحة النفسية بمدينة تبوك. مجلة العلوم التربوية والنفسية(JEPS)، 7(41)، 77-96.
https://journaleps.com/2024/02/01/q270823/

- المحمدي، ايمان علي وكعكي، داليا خالد. (2022). تأثير القلق والاكتئاب على جودة الحياة لدى مرضى الصرع. المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، (40)، 161-192.
https://share.google/9yPCXofKGSO4uzWW7

- المحمودي، محمد سرحان علي.(2019). مناهج البحث العلمي (ط. 3). دار الكتب.

- برفان، ذهبية وشيبوط، فطيمة.(2016) قياس جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي.[مذكرة ماستر، جامعة عمار ثليجي -الاغواط-].
https://www.scribd.com/document/1029617690/

- برقيقة، يوسف وبوتي، شهرزاد. (04-05 فيفري, 2020). رؤية نظرية في جودة الحياة " المفهوم والاتجاهات"[بحث مقدم]. أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر- الأبعاد والتحديات.

- بشلاغم، يحي وهبري، منال. (2018). ماهية جودة الحياة ومجالاتها الأساسية. مجلة تنوير، (07)، 209-219.https://share.google/RHV6GSDTrgTYvuDdm

- بشيش، هناء وموالكية، اناس.(2021). جودة الحياة وعلاقتها بالاستجابة الاكتئابية لدى المسن المتقاعد[مذكرة ماستر، جامعة 8 ماي 1945 قالمة].
https://www.scribd.com/document/1007557303/

- بلخير، مالحة وغازلي، نعيمة. (2023). جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالصرع(دراسة نقدية لبعض الدراسات السابقة). مجلة قيس للدراسات الانسانية والاجتماعية، 7(03)، 965-994. https://share.google/uhRizzENeXSZq5g7f

- بن جخنون، بلال وزوايمية، ايمان.(2021). جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى الطلبة الجامعيين المصابين بالامراض المزمنة[مذكرة ماستر، جامعة 8 ماي 1945].
https://www.scribd.com/document/803945056/

- بن جدو، مسعودة و بوناصر، خولة.(2024). القدرة التنبؤية لليقظة العقلية بجودة الحياة لدى طلبة سنة أولى ماستر علم النفس وعلوم التربية بجامعة قاصدي مرباح -ورقلة-[مذكرة ماستر، جامعة ورقلة]. الفضاء الرقمي لجامعة ورقلة. https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/36743/1/bounacer-khaoula.pdf

- بن حرمة، ليلى وطلاب، كميلية.(2024). جودة الحياة لدى مرضى السيلياك [مذكرة ماستر، جامعة ورقلة]. الفضاء الرقمي لجامعة ورقلة. https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/36181/1/tallab-kamilia.pdf

- بن خليفة، إسماعيل وخماد، محمد.(2020). التنمية المستدامة والتربية البيئية ودورهما في تحسين مستوى جودة الحياة في الجزائر. مجلة الأثر للدراسات النفسية والتربوية، 01(02)، 121-137.
https://asjp.cerist.dz/en/article/121906

- بن خولة، بتول.(2023). جودة الحياة لدى المتعافيات من سرطان الثدي [مذكرة ماستر، جامعة مستغانم]. https://e-biblio.univ-mosta.dz/items/e3e6b627-babb-4050-887e-776726ca1d13

- بن زينة، عائشة وبوشيخي، اسمهان.(2020). الأبراكسيا الفمية الوجهية عند المصابين بالأمراض الاضمحلالية (الباركنسون)[مذكرة ماستر، جامعة مستغانم]. الفضاء الرقمي لجامعة مستغانم.
https://www.scribd.com/document/686810714/

- بن سعيد زمعلاش، لواري عبد القادر. (2023). التكفل النفسي(المعرفي-السلوكي) باضطراب التكيف لدى نزلاء مراهقين ابتدائيين. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية،11(04)، 49-70.
https://asjp.cerist.dz/en/article/240311

- بوزغاية، نهاد. (2022). علاقة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية باضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري[أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة باتنة1-الحاج لخضر-].
https://dspace.univ-batna.dz/items/48ea25db-80c6-4d34-9397-74d69a9483bc/full

- بوفولة، بوخميس وجديد، حنيفة. (2024). مقاربة سيميائية بين مرض الزهايمر والشيخوخة الطبيعية. مجلة أنسنة للبحوث والدراسات،15(1)، 148-160.
https://share.google/dYGnqDUG2I2vophEb

- جديدي، زليخة. (2021). خطوات تطبيقية لتدريب الباحث في المنهجية المنطلقات النظرية والخطوات التنفيذية. سامي للطباعة والنشر والتوزيع.

- جلول، أحمد وبوترعة، بلال ولوحيدي، فوزي وجديدي، زليخة. (2019). محاضرات في المدارس والمناهج. سامي للطباعة والنشر والتوزيع.

- حرمل، هجيرة وعلي عمارة، نورة نريمان. (2023). تقييم الاضطرابات الصوتية لدى المرضى المصابين بمرض باركنسون[مذكرة لنيل شهادة الماستر، جامعة محمد بن أحمد -وهران2-].
https://ds.univ-oran2.dz:8443/jspui/bitstream/123456789/6396/

- حسن، ياسر عدنان. (2024). الاحكام الفقهية المتعلقة بمتلازمة باركنسون فقه العبادات أنموذجا. مجلة الدراسات التربوية والعلمية،3(24)، 186-195.
7c30f1e4517c886ba5fba2a6dd569b85.pdf

- حمزة، فاطيمة.(2018). تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL_BREF) على عينات من البيئة الجزائرية. مجلة العلوم الاجتماعية، 07(31)، 139-156.
https://share.google/yhZaWGCcyXXOi9LL1

- خالدي، كوثر. (2025). التربية العلاجية لمرضى الباركنسون. مجلة المعيار، 29(2).
https://asjp.cerist.dz/en/article/265067

- خروب، كريمة وصبايحي، ليتسيا. (2023). دراسة وظيفة التخطيط وسرعة معالجة المعلومات لدى الأشخاص المصابين بمرض الباركنسون[مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، جامعة مولود معمري تيزي وزو].https://dspace.ummto.dz/items/57ecd999-321c-4a46-97ef-74eccc81531f/full

- زواني، نزيهة ولطرش، محمد.(2024). جودة الحياة لدى المصابين بمتلازمة القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات (دراسة ميدانية بالعيادة متعددة الخدمات حي بوزيان- المدية). مجلة البحوث والدراسات العلمية، 19(01)، 590-609.https://share.google/pPJNK59LrzjcDvlfb

- سلوم، توفيق عبد الله والزين، رويده والشباب، ريتا وعاقوري، يوسف والحاج محمد، نبال وأبي راشد، زياد والعريبي، محمد زياد.(2022). دليل مناهج البحث في علم النفس. الجامعة اللبنانية.

- سنوساوي، سعاد. (2024). التكفل الارطوفوني بالدزارتيا عند المصاب بمرض الباركنسون. المجلة الدولية للتربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة،16(04)، 719-724. التكفل الارطوفوني بالدزارتيريا عند المصاب بمرض الباركينسون

- سيبوكر، إسماعيل ونجاحي، نجلاء.(2019). أهمية المنهج الوصفي للبحث في العلوم الإنسانية. مجلة مقاليد، (16)، 43-54.https://asjp.cerist.dz/en/article/134748

- طيار، شهيناز.(2024). تقييم القدرات المعرفية لمريض الباركنسون. مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية الإنسانية، 08(01)،22-50.
https://share.google/Bdt34ykCAZZe0cymk

- عادلي أحمد، عبد الرحيم منى. (2022). تأثير تعليم العزف على آلة البيانو في تحسين الحالة الصحية والنفسية لمرضى الشلل الرعاش باركنسون. مجلة علوم وفنون الموسيقى، 48، 941-974. https://journals.ekb.eg/article_249098_0.html

- عبيد، بية عائشة. (د.ت). جودة الحياة وسبل تحقيقها في ظل علم النفس الايجابي. مجلة تاريخ العلوم، 06، 352-362.https://share.google/mlXgLxhk6duRbfpSS

- عكاشة، احمد وعكاشة، طارق. (2010). الطب النفسي المعاصر (ط. 15). مكتبة الانجلو المصرية.

- عمامرة، سميرة ومأمون، عبد الكريم.(2015). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى كبار السن. مجلة المرشد، (04)، 173-189.https://asjp.cerist.dz/en/article/32957

- عيد، نانسي كمال صالح. (2018). مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع. مجلة البحث العلمي في التربية،(19)، 59-78.https://share.google/9i9gfPpitMxTIZCFn

- غدايفي، هند.(د.ت). دراسة الخصائص السيكومترية لكل من MMSE30 و MMST90 بتطبيقهما على عينتين من مرضى باركنسون ومرضى الازهايمر(جزائرية-تونسية). 51-60.
https://share.google/bQpybRVyqF65T74k5

- غرايبية، محمد الطيب. (2022). التشخيص باستخدام الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (ط.1). دار المثقف للنشر والتوزيع.

- قدور، علي. (2017). بناء شبكة التقييم الذاتي للإعاقة الصوتية الناتجة عن مرض الباركنسون في الوسط الاكلينيكي الجزائري[مذكرة دكتوراه، جامعة الجزائر 2]. بناء شبكة التقييم الذاتي للإعاقة الصوتية الناتجة عن مرض الباركنسون في الوسط الاكلينيكي الجزائري

- قدور، علي. (2019). الاعاقة الصوتية لدى المصاب بمرض الباركنسون(ط.1). شركة دار الأكاديميون للنشر والتوزيع.

- قربوع، سهام. (2023). التقييم النفس عصبي للإصابات الدماغية(دراسة نظرية لتطبيقات علم النفس العصبي العيادي). مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية،6(01) ، 412-423. https://share.google/kEFxpio8h006PxfGs

- كاظم، علي مهدي ومنسي، محمود عبد الحليم.(17- 19 ديسمبر, 2006). مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة [بحث مقدم]. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، مسقط.

- كاظم، علي مهدي ومنسي، محمود عبد الحليم.(2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان. مجلة الأكاديمية الأمريكية للعلوم والتكنولوجيا (أماراباك)، 1(1)، 41- 64. https://www.scribd.com/document/806533421/

- كحلة، ألفت حسين. (د. ت). علم النفس العصبي. مكتبة الانجلو مصرية.

- لعزري، روزة و ولوناس، رادية.(2024). دراسة اضطرابات التنفيذية والسيولة اللفظية لدى الأشخاص المصابين بمرض الباركنسون [مذكرة ماستر، جامعة تيزي وزو]. الفضاء الرقمي لجامعة تيزي وزو. https://dspace.ummto.dz/items/b5f3cae4-2a90-428b-a73b-d1d0fed75f2a/full

- مسعودي، أمحمد. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي دراسة تحليلية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، (20)، 203-220.https://share.google/jch1NENhVjTagzwuS

- مشري، سلاف. (2017). الهوية لدى المراهق: بين الازمة والالتزام على ضوء أعمال (جيمس مارسيا). المجلة الليبية العالمية،(26). https://www.researchgate.net/publication/338999695_alhwyt_ldy_almrahq_byn_alazmt_w alaltzam_ly_dw_amal_jyms_marsya_James_Marcia

- معمرية، بشير.(04-05 فيفري, 2020). جودة الحياة تعريفاتها محدداتها مظاهرها أبعادها[بحث مقدم]. أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات-.

- منظمة الصحة العالمية(1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكيةICD10 (أحمد عكاشة، ترجمة؛ ط.5). المكتب الإقليمي لشرق المتوسط(1992).

2- المراجع والمصادر الأجنبية:

- Braquehais,M.D, Arrizabalaga,P, Lusilla,P, Valero,S, Jordi Bel,M, Bruguera, E, Sher,L, Cassas,M.(2016) Gender Differences in Demographic and Clinical Features of Physicians Admitted to a Program for Medical Professionals with Mental Disorders. The Journal Frontiers in Psychiatry, 7. doi: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2016.00181/full

- Cambier, J, Masson, M, Dehen, H, Masson, C. (2012). Neurologie (13ed). Elsevier Masson SOS.

- costa, A.P, Brito, I.D.S, Mestre,T.D, Pires, A.M, Lopes,M.J.(2025). Meshing Anxiety, Depression, Quality of Life, and Functionality in Chronic Disease, MDPI, 13(5). doi: https://www.mdpi.com/2227-9032/13/5/539

- Lakshmi, G. P. (2017). Effectiveness of an Integrative Approach on Adjustment Disorder. Psychology and Behavioral Science International Journal. 5(4). doi: https://juniperpublishers.com/pbsij/PBSIJ.MS.ID.555668.php

- Moubark, E.M, Sobhy Elsayed. D.M, Mohy El-Deen. H.F.(2023) Quality of life for Patients with Parkinson's Disease. Journal of Nursing Science- Benha University. 4(02). doi: https://journals.ekb.eg/article_310621_0.html

- Musarezaie, A, Ghale Ghasemi, T.M.G, Esfahani, H.N.(2012). Investigation the Quality of Life and its Relation with Clinical and Demographic Characteristics in Women with Breast Cancer Under Chemotherapy. International Journal of Preventive Medicine, 3(12), 853-859. doi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3530303/

- over 1 in 3 people affected by neurological conditions, the leading cause of illness and disability worldwide. (14 March, 2024) .World Health Organization. doi:https://www.who.int/news/item/14-03-2024-over-1-in-3-people-affected-by-neurological-conditions--the-leading-cause-of-illness-and-disability-worldwide

- Parkinson disease. (9 August, 2023) .World Health Organization. doi:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease

doi:https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2017.1421819

- Patra, B.N, & Sarkar, S.(2013). Adjustment disorder: current diagnostic status. Indian journal of psychological medicine. 35(1). doi:https://journals.sagepub.com/doi/10.4103/0253-7176.112193

- Perker, S, & Topuzoglu, A.(2023). Assessment of adjustment disorder in people with COVID-19 infection. Turkish journal of Public Health.21(01).dio:https://dergipark.org.tr/en/pub/tjph/article/1097282?issue_id=76781

- Van Beek, F.E, Wijnhoven, L.M.A, Custers, J.A.E, Holtmaat, K, De Rooij, B.H, Horevoorts, N.J.E, Aukema, E.J, Verheul, S, Eerenstein, S.E.J, Strobbe, L, Van Oort, I.M, Vergeer, M.R, Prins,J.B, Verdonck-de Leeuw,I.M, Jansen,F.(2022). Adjustment disorder in cancer patients after treatment: prevalence and acceptance of psychological treatment.30, 1797-1806

doi:https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06530-0

الملاحق

الملحق (01):

مقياس جودة الحياة (WHOQOL – BREF)

تحية طيبة... وبعد

في إطار إعداد مذكرة ثانية ماستر علم نفس عيادي، أقدم لسادتكم هذه الوثيقة والمتضمنة استبيان خاص بمقياس جودة الحياة والذي يهدف إلى التعرف على جودة حياتك بشكل عام.

نرجو منك (ي) قراءة عبارات هذا الاستبيان بعناية والإجابة عنها بصدق وموضوعية بوضع علامة (×) في الخانة المناسبة، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، كما أن الإجابات التي ستدلي بها ستحاط بالسرية التامة ولن تستخدم إلاّ لغرض البحث العلمي فقط. ولكم منّا خالص الشكر والإحترام.

المعلومات الشخصية:

الجنس: ذكر( )، أنثى( ).

السن:

المستوى التعليمي:

متى ظهر المرض:

	سيئة جدا	سيئة	ليست سيئة وليست جيدة	جيدة	جيدة جدا
1- ما هو تقييمك لجودة حياتك؟					

	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
2- ما مدى رضاك عن صحتك؟					
	لا إطلاقا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا
3- إلى أي درجة تمنعك حالتك الصحية عن ما أنت بحاجة إلى القيام به؟					
4- إلى أي درجة أنت بحاجة لعلاج طبي لتأدية نشاطاتك اليومية؟					
5- إلى أي درجة تستمتع بحياتك؟					
6- إلى أي درجة تشعر أن لحياتك معنى؟					
	ضعيفة جدا	ضعيفة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
7- ما درجة قدرتك على التركيز؟					
8- ما درجة شعورك بالأمان في حياتك اليومية؟					
9- إلى أي درجة تعد بيئتك المادية بيئة صحية؟					
	لا إطلاقا	قليلا	بقدر متوسط	كثيرا	تماما
10- هل لديك الطاقة الكافية لأداء مهامك اليومية؟					
11- هل لديك القدرة على تقبل مظهرك الجسماني؟					
12- هل لديك المال الكاف لقضاء					

احتياجاتك؟					
13- هل تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟					
14- إلى أي مدى لديك الفرصة للقيام بالأنشطة الترفيهية؟					
	سيئة جدا	سيئة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
15- ما مدى قدرتك على التنقل؟					
	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
16- ما مدى رضاك عن نومك؟					
17- ما مدى رضاك عن قدراتك على أداء أنشطتك اليومية؟					
18- ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟					
19- ما مدى رضاك عن ذاتك؟					
20- ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟					
21- ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟					
22- ما مدى رضاك عن الدعم المقدم من أصدقاءك؟					

23- ما مدى رضاك عن ظروف معيشتك (المكان)؟					
24- ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة لك؟					
25- ما مدى رضاك عن المواصلات المتاحة لك (وسائل النقل)؟					
	أبدا	نادرا	غالبا	في كثير من الأحيان	دائما
26- في الأيام القليلة السابقة هل انتابتك مشاعر سلبية كالمزاج السيء أو القلق أو اليأس أو الاكتئاب؟					

الملحق (02):

مقياس اضطراب التأقلم20 Adjustment Disorder – New Module

تم وضع هذا الاستبيان والذي يهدف إلى التعرف على طريقة تعاملك مع الضغوط أو المواقف الصعبة في حياتك.

هذا المقياس يتكون من 20 بند المطلوب منك (ي) أن تضع (ي) علامة (×) على أحد البدائل (أبداً/ نادراً/ أحياناً) التي تمثل عدد المرات التي تنطبق فيها كل عبارة معينة عليك، وضع دائرة حول أحد هذه العبارات (أقل من شهر/ 1- 6 أشهر/ من 6 أشهر إلى سنتين) والتي تمثل المدة التي تلقيت فيها هذا التفاعل، قد لا يكون من السهل إعطاء تقدير دقيق لكن فقط يرجى محاولة إعطاء تقدير تقريبي لمدة التفاعل.

الرجاء التكرم بقراءة كل عبارة بعناية والإجابة عنها بصدق وموضوعية مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة وستحاط أجوبتكم بالسرية التامة ولن تستخدم إلاّ لغرض البحث العلمي فقط. شكراً على تعاونكم معنا.

البنود / البدائل	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا
1- منذ ذلك الموقف المجهد، أشعر بالحزن والإحباط.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
2- لا بد لي من التفكير في الموقف المجهد مرارا وتكرارا.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
3.-أحاول تجنب الحديث عن الموقف المجهد كلما أمكن ذلك.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
4- يجب أن أفكر في الموقف المجهد كثيرا وهذا عبء كبير علي.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
5-نادرا ما أفعل تلك الأنشطة التي كنت أستمتع بها سابقا.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
6.— أجد نفسي في حالة قلق حقيقية اذا فكرت في الموقف الملئ بالضغوط.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
7- أتجنب بعض الأشياء التي قد تذكرني بالموقف المجهد.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
8-أنا عصبي وقلق منذ هذه الحالة المجهدة.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
9— منذ الموقف المجهد، أفقد أعصابي				

أسرع بكثير مما كنت عليه، حتى في الأشياء الصغيرة.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
10- أجد صعوبة في التركيز على أشياء معينة، منذ الموقف العصيب.			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
11- أحاول استبعاد الموقف المجهد من ذاكرتي.			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
12- لاحظت أنني أصبحت أكثر عصبية بسبب الموقف المجهد.			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
13- تتبادر إلى ذهني ذكريات عن الموقف المجهد ولا يمكنني فعل أي شيء لإيقافها.			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
14- أحاول كبح مشاعري لأنها عبء عليّ.			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
15- أفكاري غالبا ما تدور حول أي شيء يتعلق بالوضع المجهد.			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
16- منذ الموقف المجهد، وأنا خائف من القيام بأمور معينة أو من الدخول في حالات معينة.			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
17- منذ الموقف المجهد، لا أحب الذهاب إلى العمل أو القيام بالمهام الضرورية في الحياة اليومية.			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
18- لقد كنت أشعر بالإحباط منذ موقف المجهد ولدي أمل ضئيل في المستقبل			
	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
19- منذ الموقف المجهد، لم أعد			

أستطيع النوم بشكل جيد.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين
20- بشكل عام، تسبب لي هذا الموقف المجهد في انخفاض هام في الحياة الإجتماعية أو المهنية ، ووقت فراغي ، وغيرها من مجالات العمل المهمة.	أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين

شكرا لتعاونكم.

الملحق(03):

مخرجات spss:

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=Q3 Q4 Q10 Q15 Q16 Q17 Q18 الصحة_الجسدية
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		03-MAR-2026 23:16:52
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=Q3 Q4 Q10 Q15 Q16 Q17 Q18 الصحة_الجسدية /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.05
	Elapsed Time	00:00:00.04

Correlations

		Q3	Q4	Q10	Q15	Q16
Q3	Pearson Correlation	1	.637**	.420**	.578**	.357*
	Sig. (2-tailed)		.000	.003	.000	.014
	N	47	47	47	47	47
Q4	Pearson Correlation	.637**	1	.255	.048	.205
	Sig. (2-tailed)	.000		.084	.747	.167
	N	47	47	47	47	47
Q10	Pearson Correlation	.420**	.255	1	.418**	.604**
	Sig. (2-tailed)	.003	.084		.003	.000
	N	47	47	47	47	47
Q15	Pearson Correlation	.578**	.048	.418**	1	.452**
	Sig. (2-tailed)	.000	.747	.003		.001
	N	47	47	47	47	47
Q16	Pearson Correlation	.357*	.205	.604**	.452**	1
	Sig. (2-tailed)	.014	.167	.000	.001	
	N	47	47	47	47	47
Q17	Pearson Correlation	.402**	.299*	.590**	.442**	.929**
	Sig. (2-tailed)	.005	.041	.000	.002	.000
	N	47	47	47	47	47
Q18	Pearson Correlation	.122	.408**	.400**	.063	.778**
	Sig. (2-tailed)	.413	.004	.005	.672	.000
	N	47	47	47	47	47
الصحة_الجسدية	Pearson Correlation	.786**	.627**	.694**	.628**	.792**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	47	47	47	47	47

Correlations

		Q17	Q18	الصحة_الجسدية
Q3	Pearson Correlation	.402**	.122	.786**
	Sig. (2-tailed)	.005	.413	.000
	N	47	47	47
Q4	Pearson Correlation	.299*	.408**	.627**
	Sig. (2-tailed)	.041	.004	.000
	N	47	47	47
Q10	Pearson Correlation	.590**	.400**	.694**
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.000
	N	47	47	47
Q15	Pearson Correlation	.442**	.063	.628**
	Sig. (2-tailed)	.002	.672	.000

	N	47	47	47
Q16	Pearson Correlation	.929**	.778**	.792**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
Q17	Pearson Correlation	1	.836**	.833**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	47	47	47
Q18	Pearson Correlation	.836**	1	.636**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	47	47	47
الصحة_الجسدية	Pearson Correlation	.833**	.636**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	47	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=Q5 Q6 Q7 Q11 Q19 Q26 الصحة_النفسية
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		03-MAR-2026 23:17:47
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.

Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=Q5 Q6 Q7 Q11 Q19 Q26 الصحة_النفسية /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.03
	Elapsed Time	00:00:00.03

Correlations

		Q5	Q6	Q7	Q11	Q19
Q5	Pearson Correlation	1	.708**	.718**	.773**	.545**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	N	47	47	47	47	47
Q6	Pearson Correlation	.708**	1	.607**	.586**	.622**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	47	47	47	47	47
Q7	Pearson Correlation	.718**	.607**	1	.841**	.455**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.001
	N	47	47	47	47	47
Q11	Pearson Correlation	.773**	.586**	.841**	1	.490**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	47	47	47	47	47
Q19	Pearson Correlation	.545**	.622**	.455**	.490**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.000	
	N	47	47	47	47	47
Q26	Pearson Correlation	.037	.291*	.129	.024	.512**
	Sig. (2-tailed)	.805	.048	.388	.870	.000
	N	47	47	47	47	47
الصحة_النفسية	Pearson Correlation	.827**	.842**	.832**	.823**	.779**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	47	47	47	47	47

Correlations

		Q26	الصحة_النفسية
Q5	Pearson Correlation	.037	.827**
	Sig. (2-tailed)	.805	.000
	N	47	47
Q6	Pearson Correlation	.291*	.842**
	Sig. (2-tailed)	.048	.000
	N	47	47

Q7	Pearson Correlation	.129	.832**
	Sig. (2-tailed)	.388	.000
	N	47	47
Q11	Pearson Correlation	.024	.823**
	Sig. (2-tailed)	.870	.000
	N	47	47
Q19	Pearson Correlation	.512**	.779**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	47	47
Q26	Pearson Correlation	1	.442**
	Sig. (2-tailed)		.002
	N	47	47
الصحة_النفسية	Pearson Correlation	.442**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=Q20 Q21 Q22 العلاقات_الاجتماعية
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		03-MAR-2026 23:22:46
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.

Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=Q20 Q21 Q22 لعلاقات_الاجتماعية /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.03

Correlations

		Q20	Q21	Q22	لعلاقات_الاجتماعية
Q20	Pearson Correlation	1	.776**	.743**	.947**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	47	47	47	47
Q21	Pearson Correlation	.776**	1	.470**	.830**
	Sig. (2-tailed)	.000		.001	.000
	N	47	47	47	47
Q22	Pearson Correlation	.743**	.470**	1	.862**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001		.000
	N	47	47	47	47
لعلاقات_الاجتماعية	Pearson Correlation	.947**	.830**	.862**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	47	47	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=Q8 Q9 Q12 Q13 Q14 Q23 Q24 Q25 البيئة
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		03-MAR-2026 23:23:15
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47

Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=Q8 Q9 Q12 Q13 Q14 Q23 Q24 Q25 البيئة /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.03
	Elapsed Time	00:00:00.03

Correlations

		Q8	Q9	Q12	Q13	Q14	Q23
Q8	Pearson Correlation	1	.728**	.664**	.768**	.525**	.756**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	47	47	47	47	47	47
Q9	Pearson Correlation	.728**	1	.744**	.503**	.288*	.726**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.050	.000
	N	47	47	47	47	47	47
Q12	Pearson Correlation	.664**	.744**	1	.654**	.282	.620**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.055	.000
	N	47	47	47	47	47	47
Q13	Pearson Correlation	.768**	.503**	.654**	1	.664**	.605**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	47	47	47	47	47	47
Q14	Pearson Correlation	.525**	.288*	.282	.664**	1	.352*
	Sig. (2-tailed)	.000	.050	.055	.000		.015
	N	47	47	47	47	47	47
Q23	Pearson Correlation	.756**	.726**	.620**	.605**	.352*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.015	
	N	47	47	47	47	47	47
Q24	Pearson Correlation	.694**	.775**	.767**	.744**	.278	.850**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.058	.000
	N	47	47	47	47	47	47
Q25	Pearson Correlation	.659**	.612**	.647**	.732**	.339*	.906**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.020	.000
	N	47	47	47	47	47	47

البيئة	Pearson Correlation	.875**	.817**	.819**	.864**	.558**	.875**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	47	47	47	47	47	47

Correlations

		Q24	Q25	البيئة
Q8	Pearson Correlation	.694**	.659**	.875**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
Q9	Pearson Correlation	.775**	.612**	.817**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
Q12	Pearson Correlation	.767**	.647**	.819**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
Q13	Pearson Correlation	.744**	.732**	.864**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
Q14	Pearson Correlation	.278	.339*	.558**
	Sig. (2-tailed)	.058	.020	.000
	N	47	47	47
Q23	Pearson Correlation	.850**	.906**	.875**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
Q24	Pearson Correlation	1	.894**	.915**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	47	47	47
Q25	Pearson Correlation	.894**	1	.876**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	47	47	47
البيئة	Pearson Correlation	.915**	.876**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	47	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES= جودة_الحياة_العامة صحة_الحياة_العامة الصحة_الجسدية الصحة_النفسية
لعلاقات_الاجتماعية
    البيئة الكلي
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		03-MAR-2026 23:24:02
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=جودة_الحياة_العامة صحة_الحياة_العامة الصحة_الجسدية الصحة_النفسية لعلاقات_الاجتماعية البيئة الكلي /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.05
	Elapsed Time	00:00:00.03

Correlations

		جودة_الحياة_العامة	صحة_الحياة_العامة	الصحة_الجسدية	الصحة_النفسية
جودة_الحياة_العامة	Pearson Correlation	1	.624**	.711**	.724**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
	N	47	47	47	47
صحة_الحياة_العامة	Pearson Correlation	.624**	1	.591**	.670**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	47	47	47	47
الصحة_الجسدية	Pearson Correlation	.711**	.591**	1	.841**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	47	47	47	47
الصحة_النفسية	Pearson Correlation	.724**	.670**	.841**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	

	N	47	47	47	47
لعلاقات_الاجتماعية	Pearson Correlation	.531**	.620**	.817**	.824**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	47	47	47	47
البيئة	Pearson Correlation	.405**	.564**	.720**	.729**
	Sig. (2-tailed)	.005	.000	.000	.000
	N	47	47	47	47
الكلي	Pearson Correlation	.667**	.697**	.914**	.921**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	47	47	47	47

Correlations

		لعلاقات_الاجتماعية	البيئة	الكلي
جودة_الحياة_العامة	Pearson Correlation	.531**	.405**	.667**
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.000
	N	47	47	47
صحة_الحياة_العامة	Pearson Correlation	.620**	.564**	.697**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
الصحة_الجسدية	Pearson Correlation	.817**	.720**	.914**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
الصحة_النفسية	Pearson Correlation	.824**	.729**	.921**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	47	47	47
لعلاقات_الاجتماعية	Pearson Correlation	1	.782**	.903**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	47	47	47
البيئة	Pearson Correlation	.782**	1	.907**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	47	47	47
الكلي	Pearson Correlation	.903**	.907**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	47	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=جودة_الحياة_العامة صحة_الحياة_العامة Q3 Q4 Q10 Q15 Q16 Q17 Q18 Q5 Q6 Q7 Q11
Q19 Q26
    Q20 Q21 Q22 Q8 Q9 Q12 Q13 Q14 Q23 Q24 Q25
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Notes

Output Created		03-MAR-2026 23:24:59
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=جودة_الحياة_العامة صحة_الحياة_العامة Q3 Q4 Q10 Q15 Q16 Q17 Q18 Q5 Q6 Q7 Q11 Q19 Q26 Q20 Q21 Q22 Q8 Q9 Q12 Q13 Q14 Q23 Q24 Q25 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.01

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	47	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	47	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.959	26

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=T2 T4 T13 T15 الانشغال
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		03-MAR-2026 23:58:48
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=T2 T4 T13 T15 الانشغال /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.06
	Elapsed Time	00:00:00.04

Correlations

		T2	T4	T13	T15	الانشغال
T2	Pearson Correlation	.[a]	.[a]	.[a]	.[a]	.[a]
	Sig. (2-tailed)		.	.	.	.
	N	47	47	47	47	47
T4	Pearson Correlation	.[a]	.[a]	.[a]	.[a]	.[a]

	Sig. (2-tailed)	.		.	.	.
	N	47	47	47	47	47
T13	Pearson Correlation	.[a]	.[a]	.[a]	.[a]	.[a]
	Sig. (2-tailed)	.	.		.	.
	N	47	47	47	47	47
T15	Pearson Correlation	.[a]	.[a]	.[a]	1	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.	.	.		.000
	N	47	47	47	47	47
الانشغال	Pearson Correlation	.[a]	.[a]	.[a]	1.000**	1
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.000	
	N	47	47	47	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=الانشغال الفشل_في_التأقلم التجنب مزاج_اكتئابي القلق الاندفاع التأقلم
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		04-MAR-2026 00:03:36
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.

Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES= الانشغال الفشل_في_التأقلم التجنب مزاج_اكتئابي القلق الاندفاع التأقلم /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.05
	Elapsed Time	00:00:00.03

Correlations

		الانشغال	الفشل_في_التأقلم	التجنب	مزاج_اكتئابي	القلق
الانشغال	Pearson Correlation	1	1.000**	1.000**	.616**	.[b]
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.
	N	47	47	47	47	47
الفشل_في_التأقلم	Pearson Correlation	1.000**	1	1.000**	.616**	.[b]
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.
	N	47	47	47	47	47
التجنب	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	1	.616**	.[b]
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.
	N	47	47	47	47	47
مزاج_اكتئابي	Pearson Correlation	.616**	.616**	.616**	1	.[b]
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.
	N	47	47	47	47	47
القلق	Pearson Correlation	.[b]	.[b]	.[b]	.[b]	.[b]
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	
	N	47	47	47	47	47
الاندفاع	Pearson Correlation	1.000**	1.000**	1.000**	.616**	.[b]
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.
	N	47	47	47	47	47
التأقلم	Pearson Correlation	.906**	.906**	.906**	.892**	.[b]
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.
	N	47	47	47	47	47

Correlations

		الاندفاع	التأقلم
الانشغال	Pearson Correlation	1.000**	.906**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	47	47
الفشل_في_التأقلم	Pearson Correlation	1.000**	.906**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000

	N	47	47
التجنب	Pearson Correlation	1.000**	.906**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	47	47
مزاج_اكتئابي	Pearson Correlation	.616**	.892**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	47	47
القلق	Pearson Correlation	.b	.b
	Sig. (2-tailed)	.	.
	N	47	47
الاندفاع	Pearson Correlation	1	.906**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	47	47
التأقلم	Pearson Correlation	.906**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

b. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=N12 N9 N8 C16 C6 F18 F5 F1 T14 T11 T7 T3 T20 T19 T17 T10 T15 T13 T4 T2
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Notes

Output Created		06-MAR-2026 09:46:21
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.

Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=N12 N9 N8 C16 C6 F18 F5 F1 T14 T11 T7 T3 T20 T19 T17 T10 T15 T13 T4 T2 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Resources	Processor Time	00:00:00.05
	Elapsed Time	00:00:00.07

Warnings

Scale has zero variance items.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	47	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	47	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.691	20

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=الكلي التأقلم
  /PRINT=ONETAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		06-MAR-2026 10:41:19
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>

	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=الكلي التأقلم /PRINT=ONETAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.03
	Elapsed Time	00:00:00.05

Correlations

		الكلي	التأقلم
الكلي	Pearson Correlation	1	-.596-**
	Sig. (1-tailed)		.000
	N	47	47
التأقلم	Pearson Correlation	-.596-**	1
	Sig. (1-tailed)	.000	
	N	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=الكلي التأقلم
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		06-MAR-2026 10:41:44
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>

	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=الكلي التأقلم /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.05
	Elapsed Time	00:00:00.03

Correlations

		الكلي	التأقلم
الكلي	Pearson Correlation	1	-.596-**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	47	47
التأقلم	Pearson Correlation	-.596-**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	47	47

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

```
T-TEST GROUPS=الجنس(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=الكلي التأقلم
  /ES DISPLAY(TRUE)
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created		06-MAR-2026 10:42:31
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=الجنس(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=الكلي التأقلم /ES DISPLAY(TRUE) /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.03
	Elapsed Time	00:00:00.06

Group Statistics

	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الكلي	1.00	27	48.1852	12.84235	2.47151
	2.00	20	42.1000	11.54807	2.58223
التأقلم	1.00	27	78.3333	2.88231	.55470
	2.00	20	79.6500	.48936	.10942

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
الكلي	Equal variances assumed	.016	.900	1.675	45
	Equal variances not assumed			1.702	43.239
التأقلم	Equal variances assumed	4.145	.048	-2.016-	45
	Equal variances not assumed			-2.329-	28.005

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower
الكلي	Equal variances assumed	.101	6.08519	3.63243	-1.23091-
	Equal variances not assumed	.096	6.08519	3.57439	-1.12211-

التأقلم	Equal variances assumed	.050	-1.31667-	.65313	-2.63214-
	Equal variances not assumed	.027	-1.31667-	.56539	-2.47481-

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means 95% Confidence Interval of the Difference Upper
الكلي	Equal variances assumed	13.40128
	Equal variances not assumed	13.29248
التأقلم	Equal variances assumed	-.00120-
	Equal variances not assumed	-.15853-

Independent Samples Effect Sizes

				95% Confidence Interval	
		Standardizer[a]	Point Estimate	Lower	Upper
الكلي	Cohen's d	12.31248	.494	-.096-	1.079
	Hedges' correction	12.52255	.486	-.094-	1.061
	Glass's delta	11.54807	.527	-.081-	1.122
التأقلم	Cohen's d	2.21385	-.595-	-1.183-	-.001-
	Hedges' correction	2.25162	-.585-	-1.163-	-.001-
	Glass's delta	.48936	-2.691-	-3.706-	-1.652-

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the pooled standard deviation.

Hedges' correction uses the pooled standard deviation, plus a correction factor.

Glass's delta uses the sample standard deviation of the control group.

```
T-TEST GROUPS=المرض(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=الكلي التأقلم
  /ES DISPLAY(TRUE)
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created		06-MAR-2026 10:43:23
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=المرض(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=الكلي التأقلم /ES DISPLAY(TRUE) /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.02

Group Statistics

	المرض	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الكلي	1.00	20	47.4000	10.74783	2.40329
	2.00	27	44.2593	13.78291	2.65252
التأقلم	1.00	20	79.5000	.76089	.17014
	2.00	27	78.4444	2.88675	.55556

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
الكلي	Equal variances assumed	.377	.543	.846	45
	Equal variances not assumed			.877	44.850
التأقلم	Equal variances assumed	2.788	.102	1.591	45
	Equal variances not assumed			1.817	30.736

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference Lower
الكلي	Equal variances assumed	.402	3.14074	3.71460	-4.34084-
	Equal variances not assumed	.385	3.14074	3.57934	-4.06908-

التأقلم	Equal variances assumed	.119	1.05556	.66358	-.28097-
	Equal variances not assumed	.079	1.05556	.58102	-.12986-

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means 95% Confidence Interval of the Difference Upper
الكلي	Equal variances assumed	10.62233
	Equal variances not assumed	10.35057
التأقلم	Equal variances assumed	2.39208
	Equal variances not assumed	2.24098

Independent Samples Effect Sizes

				95% Confidence Interval	
		Standardizer[a]	Point Estimate	Lower	Upper
الكلي	Cohen's d	12.59099	.249	-.332-	.829
	Hedges' correction	12.80581	.245	-.327-	.815
	Glass's delta	13.78291	.228	-.356-	.807
التأقلم	Cohen's d	2.24928	.469	-.120-	1.053
	Hedges' correction	2.28766	.461	-.117-	1.035
	Glass's delta	2.88675	.366	-.224-	.949

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the pooled standard deviation.

Hedges' correction uses the pooled standard deviation, plus a correction factor.

Glass's delta uses the sample standard deviation of the control group.

```
FREQUENCIES VARIABLES= 5مت 1مت 14مت 11مت 7مت 3مت 20مت 19مت 17مت 10مت 15مت 13مت 4مت 2مت
16مت 6مت 18مت
    12مت 9مت 8مت
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Notes

Output Created		06-MAR-2026 10:49:20
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES= مت13 مت4 مت2 مت15 مت10 مت17 مت19 مت20 مت5 مت1 مت14 مت11 مت7 مت3 مت16 مت6 مت18 مت12 مت9 مت8 /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.03

Statistics

		مت2	مت4	مت13	مت15	مت10	مت17	مت19
N	Valid	47	47	47	47	47	47	47
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		مت20	مت3	مت7	مت11	مت14	مت1	مت5
N	Valid	47	47	47	47	47	47	47
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		مت18	مت6	مت16	مت8	مت9	مت12
N	Valid	47	47	47	47	47	47
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

مت2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 1الى - اشهر	1	2.1	2.1	2.1
	من 6اشهر الى سنتين	46	97.9	97.9	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

مت10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 1الى - اشهر	1	2.1	2.1	2.1
	من 6اشهر الى سنتين	46	97.9	97.9	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

مت17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	اقل من شهر	1	2.1	2.1	2.1
	من 6اشهر الى سنتين	46	97.9	97.9	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

مت7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	اقل من شهر	1	2.1	2.1	2.1
	من 6اشهر الى سنتين	46	97.9	97.9	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

مت5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	اقل من شهر	1	2.1	2.1	2.1

	من 6اشهر الى سنتين	46	97.9	97.9	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

مت18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	47	100.0	100.0	100.0

مت12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	من 6اشهر الى سنتين	46	97.9	97.9	97.9
	4.00	1	2.1	2.1	100.0

	Total	47	100.0	100.0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=التأقلم
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Notes

Output Created		06-MAR-2026 12:57:06
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=التأقلم /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.02

Statistics

التأقلم

N	Valid	47
	Missing	0

التأقلم

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	65.00	1	2.1	2.1	2.1
	77.00	5	10.6	10.6	12.8
	78.00	3	6.4	6.4	19.1
	79.00	16	34.0	34.0	53.2
	80.00	22	46.8	46.8	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=جودة_الحياة
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Notes

Output Created		06-MAR-2026 13:10:00
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=جودة_الحياة /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.01

Statistics

جودة_الحياة

N	Valid	47
	Missing	0

جودة_الحياة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26.00	3	6.4	6.4	6.4
	27.00	1	2.1	2.1	8.5
	28.00	3	6.4	6.4	14.9
	33.00	3	6.4	6.4	21.3
	36.00	1	2.1	2.1	23.4
	38.00	3	6.4	6.4	29.8
	39.00	2	4.3	4.3	34.0
	40.00	3	6.4	6.4	40.4

	43.00	2	4.3	4.3	44.7
	46.00	1	2.1	2.1	46.8
	49.00	1	2.1	2.1	48.9
	50.00	4	8.5	8.5	57.4
	51.00	2	4.3	4.3	61.7
	52.00	7	14.9	14.9	76.6
	53.00	2	4.3	4.3	80.9
	54.00	3	6.4	6.4	87.2
	57.00	1	2.1	2.1	89.4
	58.00	2	4.3	4.3	93.6
	63.00	1	2.1	2.1	95.7
	66.00	1	2.1	2.1	97.9
	90.00	1	2.1	2.1	100.0
	Total	47	100.0	100.0	

```
T-TEST GROUPS=المرض(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=التأقلم جودة_الحياة
  /ES DISPLAY(TRUE)
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created		07-MAR-2026 00:10:32
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	47
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.

Syntax		T-TEST GROUPS=المرض(1 2) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=جودة_الحياة التأقلم /ES DISPLAY(TRUE) /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.08

Group Statistics

	المرض	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
جودة_الحياة	أقل من	20	47.4000	10.74783	2.40329
	أكثر من	27	44.2593	13.78291	2.65252
التأقلم	أقل من	20	79.5000	.76089	.17014
	أكثر من	27	78.4444	2.88675	.55556

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
جودة_الحياة	Equal variances assumed	.377	.543	.846	45
	Equal variances not assumed			.877	44.850
التأقلم	Equal variances assumed	2.788	.102	1.591	45
	Equal variances not assumed			1.817	30.736

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
جودة_الحياة	Equal variances assumed	.402	3.14074	3.71460
	Equal variances not assumed	.385	3.14074	3.57934
التأقلم	Equal variances assumed	.119	1.05556	.66358
	Equal variances not assumed	.079	1.05556	.58102

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
جودة_الحياة	Equal variances assumed	-4.34084-	10.62233
	Equal variances not assumed	-4.06908-	10.35057
التأقلم	Equal variances assumed	-.28097-	2.39208
	Equal variances not assumed	-.12986-	2.24098

Independent Samples Effect Sizes

				95% Confidence Interval	
		Standardizer[a]	Point Estimate	Lower	Upper
جودة_الحياة	Cohen's d	12.59099	.249	-.332-	.829
	Hedges' correction	12.80581	.245	-.327-	.815
	Glass's delta	13.78291	.228	-.356-	.807
التأقلم	Cohen's d	2.24928	.469	-.120-	1.053
	Hedges' correction	2.28766	.461	-.117-	1.035
	Glass's delta	2.88675	.366	-.224-	.949

a. The denominator used in estimating the effect sizes.

Cohen's d uses the pooled standard deviation.

Hedges' correction uses the pooled standard deviation, plus a correction factor.

Glass's delta uses the sample standard deviation of the control group.