



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد خيضر بسكرة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم العلوم الاجتماعية  
شعبة علم النفس



الرقم التسلسلي :

رقم التسجيل : 07/PG/D/PSY/15

عنوان:

مصدر الضبط الصحي و المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج  
الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة  
الدماغية (AVC)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم  
تخصص: علم النفس العيادي (تربية علاجية)

إشراف:

أ.د. ساعد صباح

إعداد

بلوا ضح الربيع

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
عائشة نحوي	أستاذ التعليم العالي	جامعة بسكرة	رئيسا
صباح ساعد	أستاذ التعليم العالي	جامعة بسكرة	مشرفا ومقررا
عبد الحليم خلفي	أستاذ التعليم العالي	المركز الجامعي بريكة	مناقشا
مزوز بركو	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 1	مناقشا
سعيد قارة	أستاذ محاضر	جامعة المسيلة	مناقشا
شفيق ساعد	أستاذ محاضر	جامعة بسكرة	مناقشا

السنة الجامعية: 2021/2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
1438



# فهرس المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
فهرس المحتويات.....	أ.....
فهرس الجداول.....	ر.....
فهرس الأشكال والنماذج.....	س.....
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	ص.....
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية (الفرنسية).....	ض.....
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية (الانجليزية).....	ط.....
-مقدمة.....	ك.....

## الفصل التمهيدي : الإطار العام للدراسة

1-تحديد الإشكالية.....	1.....
2-أهمية الدراسة.....	8.....
3-أهداف الدراسة.....	8.....
4- تحديد المفاهيم .....	9.....
5-الدراسات السابقة .....	12.....
6-التعقيب على الدراسات السابقة .....	25.....

## الجانب النظري للدراسة

### الفصل الأول : مصدر الضبط الصحي

- تمهيد : ..... 28
- 1- مفهوم مصدر الضبط ..... 29
- 1-1- تعريف مصدر الضبط الصحي..... 31
- 1-2- الأسس النظرية لمصدر الضبط ..... 32
- 3- أبعاد مصدر الضبط ..... 33
- 4- أنواع مصدر الضبط الصحي ..... 34
- 5- العوامل المؤثرة في مصدر الضبط..... 35
- 6- مكونات مصدر الضبط ..... 40
- 7- بعض خصائص وسمات الأفراد لمصدر الضبط الداخلي /الخارجي..... 41
- 8- مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج..... 44
- خلاصة الفصل ..... 45

## الفصل الثاني : المساعدة الاجتماعية

- تمهيد: ..... 48.
- 1-تعريف المساعدة الاجتماعية ..... 49.
- 2-بعض النظريات المفسرة للمساعدة الاجتماعية ..... 50.
- 1-2 النظرية البنائية ..... 51.
- 2-2 النظرية الوظيفية ..... 51.
- 3-2 النظرية الكلية ..... 52.
- 4-2 نظرية التبادل الاجتماعي ..... 52.
- 5-2 نظرية المقارنة الاجتماعية ..... 52.
- 6-2 نموذج الأثر الرئيسي للمساعدة الاجتماعية ..... 53.
- 7-2 نموذج الأثر الواقي ( المخفف ) من الضغط ..... 55.
- 8-2 نموذج أثر الوقاية من المشقة ..... 55.
- 3-أشكال المساعدة الاجتماعية ..... 56.
- 4-مصادر المساعدة الاجتماعية ..... 59.
- 5- الفرق بين المساعدة الرسمية وغير الرسمية ..... 60.
- 6-وظائف المساعدة الاجتماعية ..... 61.
- 7- أهمية المساعدة الاجتماعية في التقليل من حدوث المرض وتقبل العلاج ..... 61.
- 8- آليات المساعدة الاجتماعية للمصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ..... 63.
- 9- المصاب بالشلل النصفي وحاجته للمساعدة الاجتماعية ..... 64.
- خلاصة الفصل ..... 65.

## الفصل الثالث: تقبل العلاج الفيزيائي الحركي

- تمهيد : ..... 68
- 1-تعريف تقبل العلاج..... 69
- 2-تعريف عدم تقبل العلاج ..... 70
- 3- بعض النظريات المفسرة لتقبل العلاج ..... 71
- 1-3 النموذج المعرفي ..... 71
- 2-3 نموذج القناعة الصحية ..... 73
- 3-3 نموذج تعزيز الصحة ..... 75
- 4-3 نموذج مراحل التغيير ..... 76
- 5-3 نموذج الإدارة الذاتية ..... 77
- 6-3 النظرية الاجتماعية المعرفية لـ بندورا ..... 77
- 4-عوامل تقبل العلاج ..... 78
- 1-4 عوامل تقبل العلاج المرتبطة بالعلاج ..... 78
- 2-4 عوامل تقبل العلاج المرتبطة بالمعالج ..... 80
- 3-4 عوامل تقبل العلاج المرتبطة بالمعالج ( المريض ) ..... 81
- 5-قياس مستوى تقبل العلاج ..... 82
- 6-العلاج الفيزيائي الحركي ..... 82
- 1-6 مفهوم العلاج الفيزيائي الحركي ..... 82

- 83.....2-6 تاريخ العلاج الفيزيائي الحركي.....
- 84.....3-6 أهداف العلاج الفيزيائي الحركي.....
- 85.....7-مجالات تخصص العلاج الفيزيائي الحركي.....
- 86.....8-تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.....
- 88.....- خلاصة الفصل.....

## الفصل الرابع : الجلطة الدماغية والشلل النصفي

- 91.....1- الجلطة الدماغية.....
- 91.....1-تعريف الجلطة الدماغية.....
- 92.....2-أنواع الجلطات الدماغية.....
- 92.....1-2الجلطة الدماغية المؤقتة.....
- 92.....2-2الجلطة الدماغية الانسدادية.....
- 92.....2-3الجلطة الدماغية النزيفية.....
- 93.....3- عوامل حدوث الجلطة الدماغية.....
- 94.....4-أعراض الجلطة الدماغية.....
- 95.....5-تشخيص الجلطة الدماغية.....
- 96.....6-الوقاية من الجلطة الدماغية.....
- 97.....7-العلاج من الجلطة الدماغية.....
- 97.....1-7العلاج الطبي.....
- 98.....أ/العلاج الجراحي.....
- 98.....ب/العلاج الدوائي.....
- 99.....2-7العلاج الفيزيائي الحركي.....

99.....	7-3 أهداف العلاج الفيزيائي الحركي في المرحلة المبكرة من الإصابة
100 .....	7-4 أهداف العلاج الفيزيائي الحركي في المرحلة المتأخرة من الإصابة
100.....	7-5 العوامل التي تؤثر في الاستفادة من العلاج الفيزيائي الحركي
101.....	7-6 برنامج التمارين المنزلية التي ينصح بها المعالج الفيزيائي المصابين بالشلل النصفي
106.....	7-7 توجيهات وإرشادات المعالج الفيزيائي الحركي
107.....	8- المضاعفات التي قد تنتج عن الجلطة الدماغية بعد فترة من الزمن وكيفية تجنبها
109.....	II - الشلل النصفي
109 .....	1-تعريف الشلل النصفي
109.....	2-أسباب الشلل النصفي
111 .....	3-أعراض الشلل النصفي
112 .....	4-علاج الشلل النصفي
114 .....	-خلاصة الفصل

## الجانب الميداني للدراسة

### الفصل الخامس : منهج وإجراءات الدراسة

118 .....	تمهيد:
119.....	1- الدراسة الاستطلاعية.
120.....	- عينة الدراسة الاستطلاعية.
120.....	- خصائص العينة الاستطلاعية

- 122.....2-منهج الدراسة
- 123.....3- أدوات الدراسة
- 124.....3-1مقياس مصدر الضبط الصحي
- 147.....3-2مقياس المساندة الاجتماعية
- 160.....3-3 مقياس تقبل العلاج
- 170.....4- الدراسة النهائية
- 170..... - خصائص العينة النهائية
- 172..... 5 -حدود الدراسة
- 172 .....أ/الحدود المكانية
- 173.....ب/الحدود الزمانية
- 173 .....ج/الحدود البشرية
- 173 .....6-أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات
- 173.....-النمذجة بالمعادلة البنائية
- 177.....-الطريقة التقليدية في التحليل الإحصائي
- 177.....-الطريقة الحديثة (منهجية النمذجة بالمعادلة البنائية)
- 180.....7-النموذج العام للدراسة
- 181.....-النموذج القياسي للدراسة
- 182 .....-النموذج البنائي بعد التحليل

## الفصل السادس: عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها

- تمهيد:.....185
- النموذج البنائي بعد التحليل تذكير .....186
- جدول مؤشرات المطابقة للنموذج البنائي .....186
- تفسير نتائج جدول مؤشرات المطابقة للنموذج البنائي.....187
- |- عرض وتحليل النتائج .....188
- عرض نتائج الفرض الأول .....188
- تحليل نتائج الفرض الأول .....188
- مناقشة الفرض الأول .....189
- عرض نتائج الفرض الثاني.....189
- تحليل نتائج الفرض الثاني.....190
- مناقشة الفرض الثاني .....191
- عرض نتائج الفرض الثالث.....197
- تحليل نتائج الفرض الثالث.....192
- مناقشة الفرض الثالث.....192
- عرض نتائج الفرض الرابع .....193
- تحليل نتائج الفرض الرابع .....193
- مناقشة نتائج الفرض الرابع.....193
- خلاصة الفصل .....197
- خاتمة.....199
- الاقتراحات .....202



205.....قائمة المراجع

205.....المراجع باللغة العربية

210.....المراجع باللغة الأجنبية

.....الملاحق

.....الملحق رقم 1 مقياس مصدر الضبط الصحي

.....الملحق رقم 2- مقياس المساندة الاجتماعية

.....الملحق رقم 3- مقياس تقبل العلاج

.....الملحق رقم 4- مخرجات أموس

## فهرس الجداول

رقم الصفحة	محتوى الجدول	رقم الجدول
60	الفرق بين المساندة الرسمية والغير رسمية	1
71	أنواع عدم تقبل العلاج حسب دراسة إكلينيكية	2
73	ملخص لأهم النقاط المتعلقة بالنموذج المعرفي	3
79	دراسة حول العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء وبين عدد المرضى المتقبلين للعلاج	4
80	دراسة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج	5
120	خصائص العينة الاستطلاعية	6
120	خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس	7
121	خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن	8
121	خصائص العينة الاستطلاعية حسب درجة الإصابة	9
137	الجداول التصنيفية لمؤشرات جودة المطابقة	10
138	الجداول التصنيفية لمؤشرات جودة المطابقة	10
139	الجداول التصنيفية لمؤشرات جودة المطابقة	10
140	قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس مصدر الضبط الصحي قبل التعديل	11
142	قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس مصدر الضبط الصحي بعد التعديل	12
154	قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس المساندة الاجتماعية قبل التعديل	13
156	قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس المساندة الاجتماعية بعد التعديل	14
164	قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس تقبل العلاج قبل التعديل	15
166	قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس تقبل العلاج بعد التعديل	16
171	خصائص العينة النهائية	17
171	خصائص العينة النهائية حسب الجنس	18
171	خصائص العينة النهائية حسب السن	19
172	خصائص العينة النهائية حسب درجة الإصابة	20
172	توزيع العينة حسب المكان	21
186	جدول مؤشرات المطابقة للنموذج البنائي للدراسة	22

188	نتائج الفرض الأول	23
190	نتائج الفرض الثاني	24
192	نتائج الفرض الثالث	25
193	نتائج الفرض الرابع	26

## فهرس الأشكال والنماذج

رقم الصفحة	محتوى الشكل	رقم الشكل
93	أنواع الجلطة الدماغية	1
99	مصاب بالشلل النصفي أثناء عملية العلاج الفزيائي الحركي	2
101	شكل يوضح وضعية تمارين اليد	3
102	شكل يوضح تمارين الذراعين	4
103	شكل يوضح تمارين القدم	5
103	شكل يوضح وضعية الساق	6
104	شكل يوضح تمارين الرقبة	7
105	شكل يوضح تمارين وضعية الجذع	8
106	شكل يوضح الوضع السليم للاستلقاء للمصابين بالشلل النصفي	9
107	شكل يوضح الجلطة في أوردة الرجل أو اليد للمصابين بالشلل النصفي	10
108	شكل يوضح تقرحات الفراش للمصابين بالشلل النصفي	11
108	شكل يوضح نقص مدى حركة المفاصل	12
176	شكل توضيحي للغة النمذجة	13

رقم الصفحة	محتوى النموذج	رقم النموذج
3	نموذج فرضية العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي	01
4	نموذج فرضية العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي	02
5	نموذج فرضية العلاقة بين مصدر الضبط الصحي و المساندة الاجتماعية	03
6	نموذج فرضية العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي عبر المتغير الوسيطي المساندة الاجتماعية	04
7	النموذج البنائي قبل التحليل	05
54	نموذج الأثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية	06
54	نموذج العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل المساندة الاجتماعية	07
74	نموذج المعتقد الصحي ( السلوك النزيفية صحي الوقائي )	08
75	نموذج المشاركة في سلوك تعزيز الصحة	09
132	النموذج المفترض لمقياس مصدر الضبط الصحي	10
140	نموذج مقياس مصدر الضبط الصحي (مخرجات أموس) قبل التعديل	11
142	نموذج مقياس مصدر الضبط الصحي (مخرجات أموس) بعد التعديل	12
150	النموذج المفترض لمقياس المساندة الاجتماعية	13
153	نموذج مقياس المساندة الاجتماعية (مخرجات أموس قبل التعديل	14
156	نموذج مقياس المساندة الاجتماعية (مخرجات أموس بعد التعديل	15
152	النموذج المفترض لمقياس تقبل العلاج	16
164	نموذج مقياس تقبل العلاج (مخرجات أموس) قبل التعديل	17
166	نموذج مقياس تقبل العلاج (مخرجات أموس) بعد التعديل	18
181	النموذج القياسي الخاص بالدراسة	19
182	النموذج البنائي بعد التحليل	20

**العنوان :** مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية .

**إعداد الطالب الباحث :** الربيع بلواضح.

**إشراف :** أ.د صباح ساعد.

**إشكالية الدراسة:** تبلورت مشكلة الدراسة في الإجابة على السؤال الرئيسي التالي : هل هناك علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي في وجود متغير وسيطي المساندة الاجتماعية .

**مجتمع وعينة الدراسة :** يتمثل مجتمع البحث في المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية في قاعات العلاج الفيزيائي الحركي بولايات (المسيلة، الجلفة ، بسكرة)، وكان حجم العينة (242) فردا.

**منهج الدراسة وأدواتها :** استخدم الباحث المنهج الوصفي لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها. ووظف مقاييس ( مصدر الضبط الصحي، المساندة الاجتماعية، تقبل العلاج) كأدوات لدراسته.

**أهم النتائج :**

1- أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

2- كما أظهرت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

3- كما تم التوصل إلى وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

4- كما أظهرت النتائج أن متغير المساندة الاجتماعية يمارس دورا وسيطيا في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي.

**الكلمات المفتاحية :** مصدر الضبط الصحي-المساندة الاجتماعية – تقبل العلاج – الجلطة الدماغية

## Résumé :

**Intitulé :** le lieu de contrôle de sante et du soutien social et leurs relations avec l'observance thérapeutique de la kinésithérapie des hémiplegiques suite à un accident vasculaire cérébral.

**Préparé par :** Belouadah Rabie

**Encadré par :** Pr. Sabah saàd

### La problématique de notre recherche c'est de répondre à la question suivante :

Est-ce qu'il y a une relation entre le lieu de contrôle de sante et l'observance thérapeutique de la kinésithérapie en présence de la variante soutien social.

### Communauté ciblée et échantillon de recherche :

La communauté ciblée par notre recherche sont les personnes hémiplegiques suite à un AVC qui se trouvent dans les salles de kinésithérapie dans les wilayas (M'sila, Djelfa, Biskra) , notre échantillon est composé de 242 individus .

### Méthodologie et outils de la recherche :

L'approche adoptée afin de répondre aux questions et d'atteindre les objectifs est une approche descriptive en employant les paramètres (le lieu de contrôle de sante, soutien social, l'observance thérapeutique ) comme outils d'étude.

### Résultats obtenus :

- 1- Les résultats de notre recherche ont montré l'existence d'une relation positive entre le lieu de contrôle de sante et l'observance thérapeutique de la kinésithérapie des hémiplegiques suite à un AVC.
- 2- Les résultats ont montré l'existence d'une relation positive entre le soutien social et , l'observance thérapeutique de la kinésithérapie des hémiplegiques suite à un AVC.
- 3- On a trouvé aussi une relation entre le lieu de contrôle de sante et le soutien social des hémiplegiques suite à un AVC.
- 4- Les résultats de notre recherche ont prouvé que la variante soutien social joue un rôle intermédiaire dans la relation entre le lieu de contrôle de et l'observance thérapeutique de la kinésithérapie des hémiplegiques.

### Mots clés :

**le lieu de contrôle de sante – soutien social - l'observance thérapeutique –  
accident vasculaire cérébral.**

**Abstract :**

**Title :**

health locus of control (HLC) and social support and their relationship with adherence to treatment physiotherapy in hemiplegic patients following a stroke.

**Prepared by :** Belouadah Rabie

**supervised by :** Pr. Sabah Saad

**The problem of our research is to answer the following questions :**

is there a relationship between health locus of control and adherence to treatment with physiotherapy in the presence of variant social support.

**Target community and research sample :**

The community targeted by our research are people with hemiplegic following a stroke who are in physiotherapy rooms in the wilayas (M'sila- Djelfa- Biskra) our sample is made up of 242 individuals

**research methodology and tools :**

The approach adopted in order to answer the questions and achieve the objectives in a descriptive approach employing parameters ( place of the health control , social support , therapeutic adherence) as tools of study.

**Results obtained :**

- 1- The results of our research have shown the existence of positive relationship between the place of health control and therapeutic compliance with physiotherapy for hemiplegics following a stroke.
- 2- The results showed the existence of a positive relationship between social support therapeutic compliance with physiotherapy for hemiplegic patients following stroke.
- 3- We also found a relationship between the place of health control and the social support of hemiplegics following a stroke.
- 4- The results of our research have shown that the variant social support plays an intermediate role in the relationship between control and therapeutic compliance with physiotherapy in hemiplegic patients.

**Key words :**

**Health locus of control - social support - adherence to treatment - stroke.**



مقدمة

لقد تطور البحث في الصحة والمرض وذلك من خلال تجاوز العلماء للنظرة الكلاسيكية التي تهتم بالجانب الطبي أي الجسدي فقط ، حيث أصبح ينظر للصحة والمرض على أساس كل متكامل من العوامل البيوبسيكوسوسيولوجية .(رعاية طبية ونفسية واجتماعية) إذ ينظر للفرد كما أنه وحدة متكاملة إذا اختل منها جانب تأثرت الجوانب الأخرى ، وهذا ما أدى إلى ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي أحدث تطورا كبيرا في البحث عن فكرة الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض إذ أكد هذا النموذج أن العناصر البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية على درجة متساوية من الأهمية في الوظائف والاستجابات الإنسانية ، ووسع هذا النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في مجالات التشخيص والعلاج وهذا الأخير يعتبر تقبله (تقبل العلاج) عملية صعبة و معقدة ومشكل في حد ذاته خاصة بالنسبة للمصابين في الجانب الحركي في الكبر ، ومشكل تقبل العلاج موضوع خصب لدراسات عديدة أثرت نتائجها على الجوانب التي ضلت إلى وقت قريب غير واضحة ، ويعنى تخصص التربية العلاجية بدراسة هذه المعضلة ، حيث تعتبر التربية العلاجية جزءا لا يتجزأ من العلاج والتكفل بالمرضى والمصابين في الجوانب المختلفة ، فيما يتعلق بالحياة اليومية للمرضى والبيئة النفسية والاجتماعية ، وتهدف إلى مساعدة المرضى للحفاظ على المكاسب أو المهارات التي يحتاجون إليها لإدارة حياتهم بشكل جيد خلال إصابتهم وتشمل التربية العلاجية أنشطة منظمة بما في ذلك المساندة الاجتماعية ، حيث تعتبر المساندة الاجتماعية من مستويات التربية العلاجية بما أنها تقوي لدى المرضى تقديرهم لذواتهم وتولد لديهم مشاعر الأمل بدل الأمل .

ويعتبر إدراك المساندة الاجتماعية أهم عامل لأنه يرتبط بتوقعات الفرد الذي يعرف بمصدر الضبط الصحي الذي يعتبر كمجموعة معتقدات الفرد حول مصدر صحته ، فهناك من يرجع ذلك سواء ايجابي أو سلبي إلى سلوكياته الخاصة (ضبط داخلي) ، وهناك من يعتقد أن قوى خارجية هي المسؤولة عنها :الحظ أو القدر أو الطاقم الطبي (مصدر الضبط الخارجي) .

وانطلاقا مما توصلت إليه بعض الدراسات كدراسة قارة سعيد حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج إلى وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات وتقبل العلاج لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي و حول أثر المساندة الاجتماعية الايجابي في تقبل العلاج كدراسة ( بوسيلور شارون ) حول المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالرعاية الذاتية لدى الراشدين المصابين بالنوع الثاني من السكر إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين مستوى المساندة الاجتماعية وبين الخضوع للعلاج الطبي أي أن الذين يحضون

بمساندة اجتماعية مرتفعة يميلوا إلى إظهار التزاما أكبر بالعلاج الطبي الأمر الذي يؤدي إلى استقرار أكبر للأعراض المرضية .

ومن هنا جاء اهتمام الدراسة الحالية منصبا على البحث في الارتباط بين مصدر الضبط الصحي و المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج وبالتحديد العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية حيث هذه الفئة تشكل فئة هامة من فئات المجتمع لهم متطلباتهم واحتياجاتهم في كثير من الأحيان ( العجز عن التكيف ، وتقبل الوضع ، والصورة في المجتمع ) لذلك فان هذه العينة تستدعي الاهتمام والرعاية خاصة من الأسرة والمعالج الفيزيائي الحركي في فترة العلاج .

وقد هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج وأيضا معرفة وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية بالإضافة إلى معرفة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية وفي الأخير معرفة ما إذا كان متغير المساندة الاجتماعية يمارس دورا وسيطيا في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي.

وقد تضمنت الدراسة سبعة فصول مقسمة على الجانب النظري والميداني :

حيث تضمن الفصل التمهيدي :الإطار العام للدراسة حيث تم التطرق إلى تعريف بالإشكالية وطرح التساؤلات وصياغة الفرضيات بالإضافة إلى إبراز أهداف وأهمية الدراسة ثم تحديد مفاهيم المتغيرات وأخيرا ذكر الدراسات السابقة مع التعقيب عليها .

**والجانب النظري :** الذي احتوى أربع فصول تناولت ما يلي :

-**الفصل الأول :**مصدر الضبط الصحي حيث تم التطرق إلى تعريف مصدر الضبط الصحي والأسس النظرية لمصدر الضبط وأبعاده وأنواعه ومكوناته وبعض خصائص وسمات الأفراد لمصدر الضبط الداخلي /الخارجي وذكر علاقة مصدر الضبط الصحي بتقبل العلاج وأخيرا خلاصة الفصل

- **في الفصل الثاني :** المساندة الاجتماعية حيث تم التطرق إلى تعريف المساندة الاجتماعية وذكر النظريات والنماذج المفسرة لها ثم أشكال ومصادر المساندة الاجتماعية وبعدها وظائف وآليات المساندة الاجتماعية وأخيرا أهمية المساندة الاجتماعية و حاجة المصاب بالشلل النصفي للمساندة الاجتماعية .

- وفي الفصل الثالث : تقبل العلاج وبالتحديد العلاج الفيزيائي الحركي حيث تم تعريف تقبل العلاج وعدم تقبل العلاج وذكر النظريات المفسرة له وعوامل تقبل العلاج ومستوى قياسه ، ثم تم التطرق للعلاج الفيزيائي من حيث مفهومه وتاريخه وأهدافه ومجالاته وأخيرا تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي وبعدها خلاصة الفصل .

- أما الفصل الرابع : تناول الجلطة الدماغية والشلل النصفي حيث تم التطرق إلى تعريف الجلطة الدماغية وذكر أنواعها وعوامل حدوثها وتشخيصها و الوقاية منها وعلاجها وبعدها أعراضها ثم مضاعفتها وبعدها تناولنا الشلل النصفي من حيث تعريفه وذكر أسبابه وأعراضه وعلاجه و في الأخير خلاصة الفصل .

**وفي الجانب الميداني : الذي احتوى فصلين .**

- الفصل الخامس : تناول منهج وإجراءات الدراسة حيث تم التطرق للدراسة الاستطلاعية ثم منهج الدراسة وأدوات الدراسة وبعدها حساب الخصائص السيكومترية بالطريقة الحديثة (التحليل العاملي التوكيدي) أسلوب النمذجة بالمعادلة البنائية وبعدها الدراسة النهائية من حيث خصائص العينة النهائية وحدود الدراسة ( المكانية ، الزمانية ، البشرية ) . وأخيرا أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة ونموذج الدراسة العام القياسي والبنائي

- وفي الفصل السادس : تم عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها .

1/ عرض وتحليل النتائج وفيها تم عرض نتائج الفرضيات وتحليلها .

2/ مناقشة النتائج حيث تم مناقشة نتائج الفرضيات وتفسيرها .

وبعدها تم وضع خلاصة للفصل السادس، وبعدها خاتمة واقتراحات الدراسة والمراجع وأخيرا الملاحق .

الفصل التمهيدي :

الإطار العام للدراسة

1- تحديد الإشكالية

2 - أهمية الدراسة

3 - أهداف الدراسة

أ-الأهداف النظرية

ب- الأهداف التطبيقية

4- تحديد مفاهيم الدراسة:

أ.نظريا: قائم على الدلالات المفاهيمية التنظرية المجردة للمفهوم

ب.إجرائيا: قائم على الدلالة الأمبريقية ( الإجراءات التجريبية وطرق قياس

المفهوم في الواقع)

5- الدراسات السابقة

6- التعقيب على الدراسات السابقة

### 1-الإشكالية :

تعتبر الجلطة الدماغية ( Accident Vasculaire Cérébral ) ( A.V.C ) هي السبب الثاني المؤدي للموت في العالم فهي تؤثر 20 % تقريبا من الأشخاص الذين يزيد عمرهم عن 65 عاما وتحصي الجرائز سنويا ما أشارت إليه ( saha ) 16 ألف حالة وفاة، والأهم من ذلك هي سبب رئيسي للإصابة بالإعاقة عموما والإعاقة الحركية خصوصا وبالتالي يصبح هؤلاء المصابين يحتاجون إلى رعاية وتأهيل ومساندة، ربما أكثر ممن لهم إعاقة منذ الصغر لأنهم هم الأصعب في التقبل، حيث كانوا أسوياء وفجأة ضربهم المرض فأعاق حركتهم هؤلاء تحولوا تحولا كاملا من كينونة إلى كينونة أخرى فتغيرت صفاتهم النفسية والجسدية وعلى قدر تحملهم وقدر الإصابة وقدر ما يقدمه المجتمع تكون حالتهم النفسية تلك الحالة التي لا تدرك عواقبها حيث أن للمساندة الاجتماعية قيمة وأهمية كبيرة على الصحة النفسية من خلال المؤازرة والدعم والتعاطف والمعونة النفسية .

وتتجلى أهمية المساندة النفسية الاجتماعية للمصاب بالشلل النصفي في إعادته على تقبل العلاج ( العلاج الفيزيائي الحركي ) لأن تقبل العلاج هي المرحلة الأولى والمهمة والذي يعتبر مشكل في حد ذاته الذي يسبق تقبل الذات والتكيف والتوافق النفسي والاجتماعي .

حيث أن هناك دراسات كشفت عن العوامل المساعدة لتقبل العلاج فيؤكد ( جيمس دريفر ) ( J.Dravier ) على أن المساندة النفسية الاجتماعية للمريض تعتبر ضرورة علاجية وان مساندهته نفسيا واجتماعيا تؤدي إلى تقبل وضعه وعلاجه وتدعيم أمله في الحياة .

كما كشفت دراسات ( بركمان وسيمس ) أن شبكة العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن تدعم المريض تساهم بقدر كبير في علاجه وتعزز من مراحل شفائه من مرضه. ( بيومي، 1996، ص ص 92-119 ).

وقد أشارت المنظمة العالمية للصحة ( oms ) في تقريرها لها سنة ( 2003 ) إلى بعض العوامل على تقبل العلاج من بينها المساندة الاجتماعية .

والمساندة الاجتماعية تعتمد على مجموعة من العوامل لتظهر فعاليتها من بينها طبيعة المساندة مقدارها وتوقيتها ومصدر مقدمها، ويعتبر إدراكها أهم عامل لأنه يرتبط بتوقعات الفرد الذي يعرف بمصدر الضبط الصحي الذي يعتبر كمجموعة معتقدات الفرد حول مصدر صحته فهناك من يرجع ذلك سواء ايجابي أو سلبي إلى سلوكياته الخاصة (ضبط داخلي) وهناك من يعتقد أن قوى خارجية هي المسؤولة عنها: الحظ أو القدر أو الطاقم الطبي (مصدر الضبط الخارجي)، من خلال هذا جاءت دراستنا التي هي بعنوان: مصدر الضبط الصحي و المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية (

. A.V.C )

ومن خلال هذا هدفت الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية :

### التساؤل العام

-هل لمصدر الضبط الصحي و المساندة الاجتماعية علاقة ارتباطية بتقبل العلاج الفيزيائي الحركي عند المصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ؟

### التساؤلات الفرعية:

1- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية؟

2- هل تساهم المساندة الاجتماعية في الرفع من درجة تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ؟

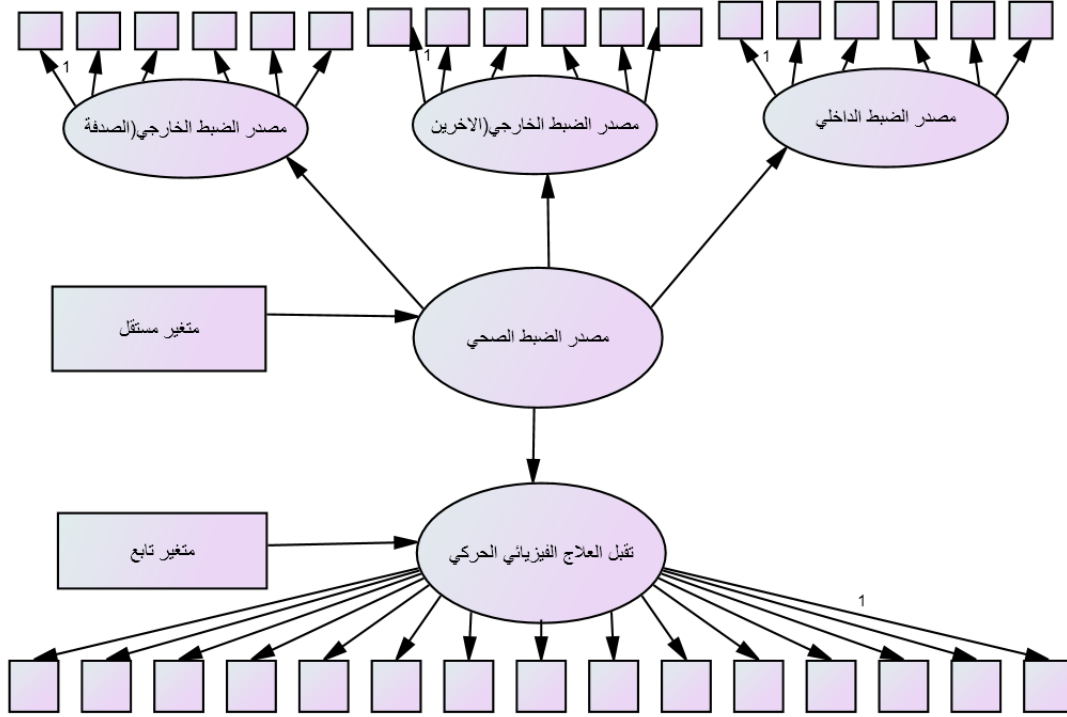
3-هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي و المساندة الاجتماعية لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية؟

4\_ هل متغير المساندة الاجتماعية يمارس دورا وسيطيا للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي؟

واعتمادا على التساؤلات تم صياغة مجموعة من الفرضيات وهي موضحة على شكل نماذج وهي كالتالي :

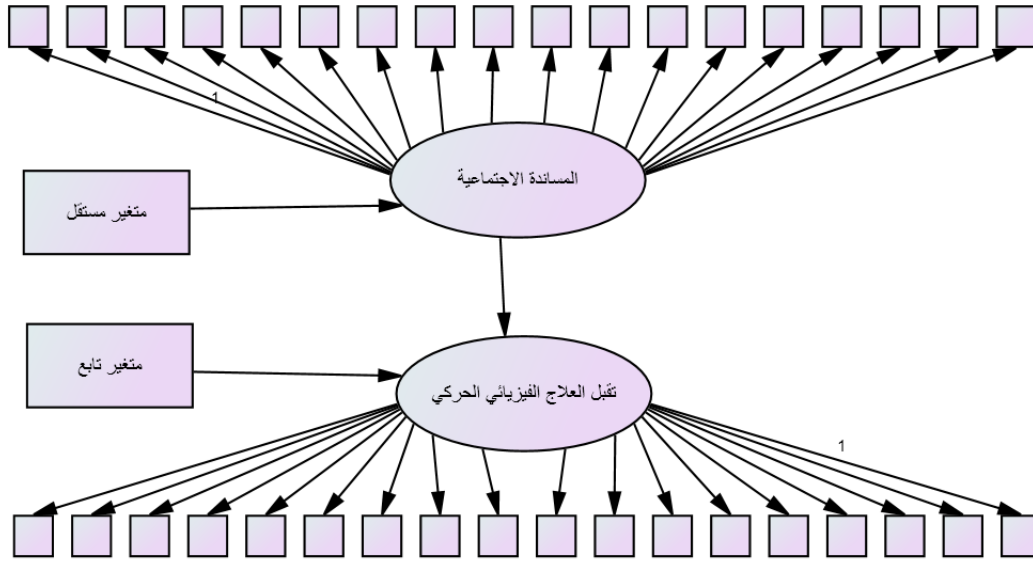


1- توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية



النموذج رقم (1): نموذج فرضية العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي.

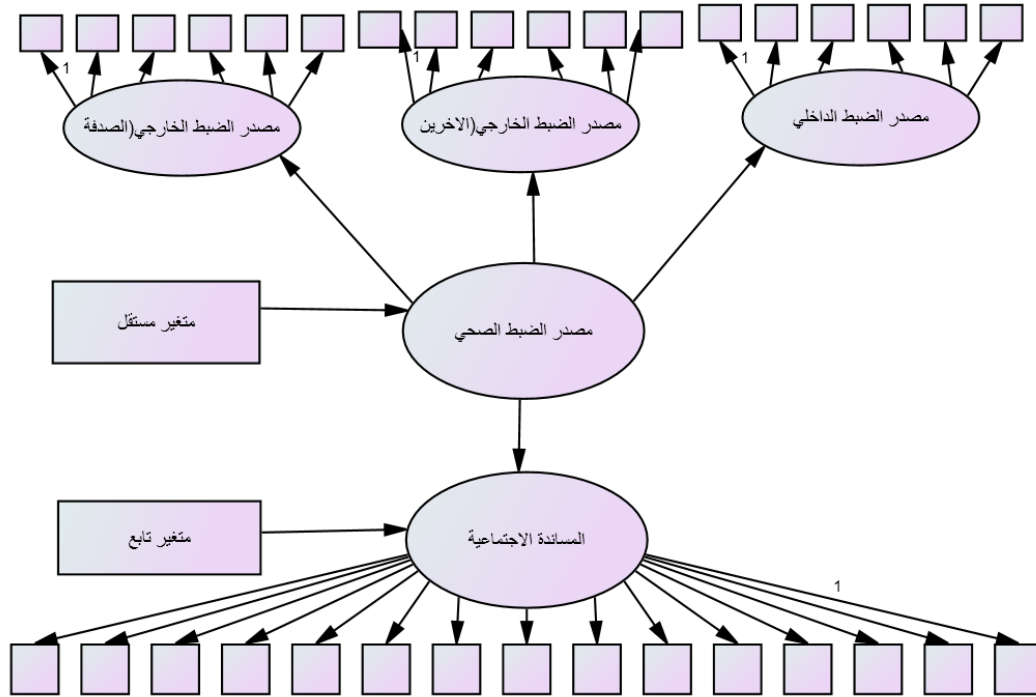
2- تساهم المساندة الاجتماعية في الرفع من درجة تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.



النموذج رقم (2) : نموذج فرضية العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي.

3- توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالشلل النصفي

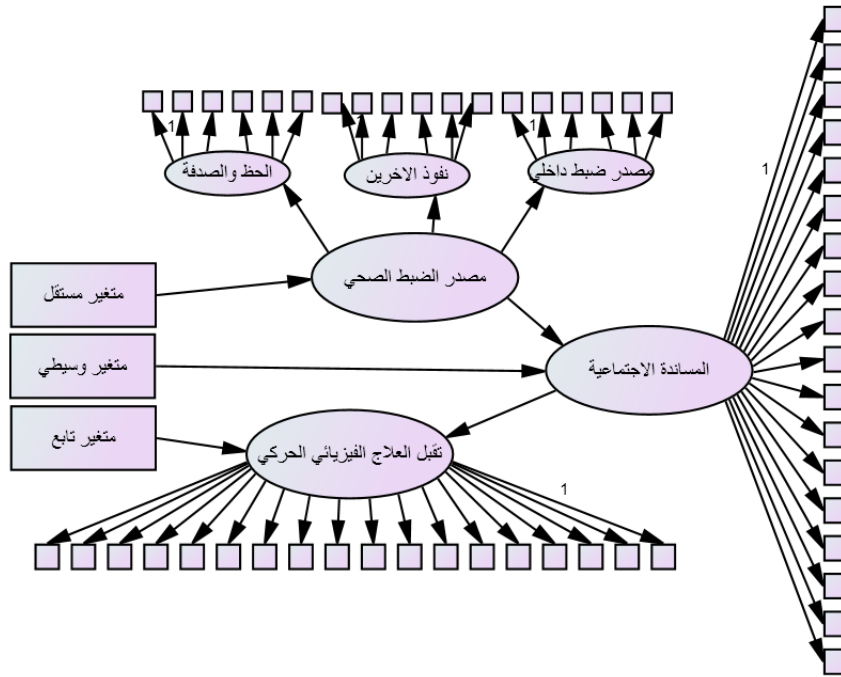
الناتج عن الجلطة الدماغية.



النموذج رقم (3): نموذج فرضية العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية.

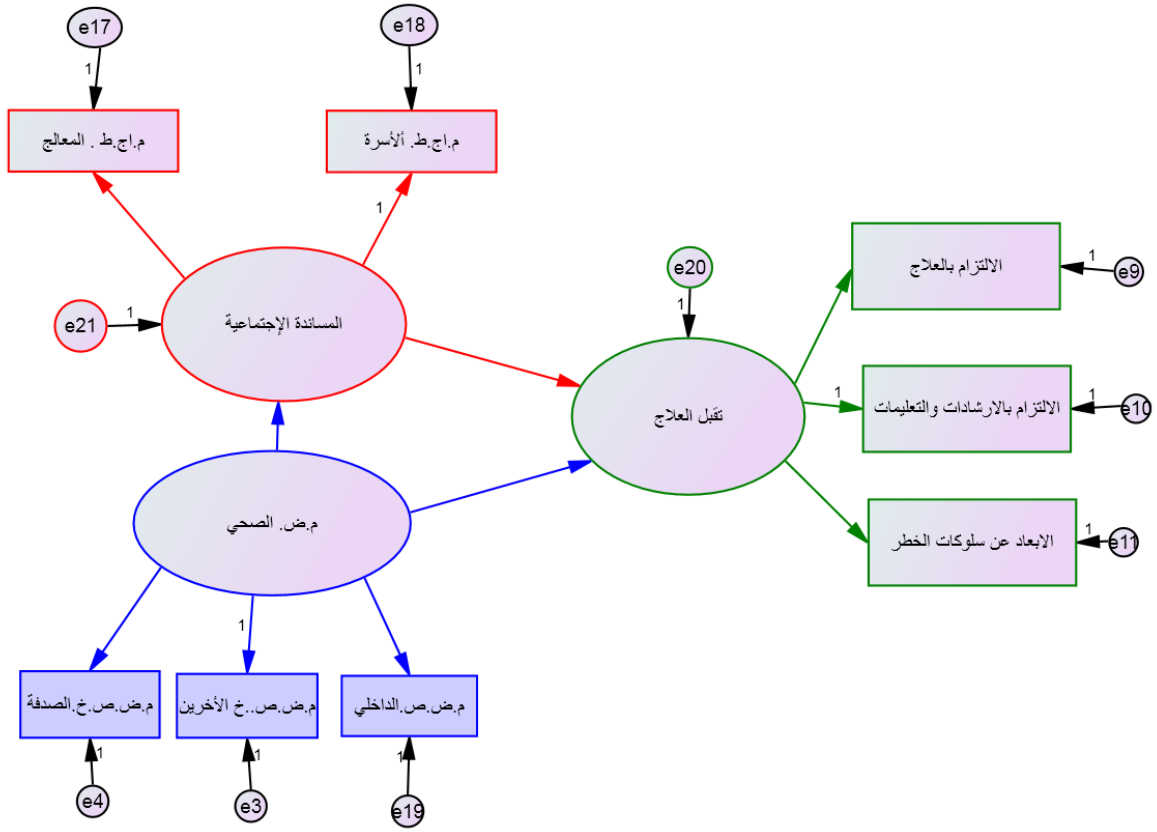
4- يمارس متغير المساندة الاجتماعية دورا وسيطيا في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل

العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي.



النموذج رقم (4): نموذج فرضية العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي عبر المتغير

الوسيطي المساندة الاجتماعية



النموذج رقم (5): النموذج العام للدراسة قبل التحليل

## 2- أهمية الدراسة:

- تستمد هذه الدراسة أهميتها من طبيعة الموضوع الذي تتناوله من جهة، ومن نوع المشكلات التي تطرحها للتحقيق والتقصي من جهة ثانية، وعليه يمكن حصر أهمية دراستنا في النقاط التالية:
- انتشار الإصابة بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية خاصة في مجتمعنا .
  - تعتبر من المواضيع الحديثة المتناولة بالدراسة وخاصة باللغة العربية على حد علم الباحث .
  - التأثير الايجابي للمساندة الاجتماعية على صحة الأفراد .
  - تتناول مفاهيم موجودة في المحيط الاجتماعي لكن قيمتها والشعور بأهميتها مهملان .
  - دعوة للالتفات إلى هذه الفئة من المجتمع وحسن التكفل بهم خاصة ( أفراد الأسرة ) .
- استخدام النمذجة بالمعادلات البنائية كمنهجية جديدة (وهو منطق جديد، ومنهجية جديدة لم يسبقها إليها تزامم المجالات المعرفية والمنهجيات السابقة، وليست منهجية تجميعية لعدة عناصر معروفة، بل تناول جديد في الاختبار، لا يعتمد على الدلالة الإحصائية، بل يستعمل جملة من الأدلة التي توفرها مؤشرات المطابقة العديدة والمتباينة).

## 3-أهداف الدراسة:

### أ-الأهداف النظرية :

- إثراء المعرفة وزيادة الرصيد النظري حول المساندة الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة عموماً وحالة الشلل النصفي الحركي خصوصاً ..
- تبصير المعالجين (المعالج الفيزيائي ) وأفراد العائلة بقيمة المساندة النفسية الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي لتقبل العلاج الفيزيائي الحركي للمصابين بالشلل النصفي الحركي الناتج عن الجلطة الدماغية .

تبيان منهجية جديدة (منهجية النمذجة بالمعادلات البنائية)

### ب- الأهداف التطبيقية :

- تحديد مدى العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساعدة الاجتماعية للمصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية .
- التحقق من وجود علاقة بين المساعدة الاجتماعية وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.
- التحقق من وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي الحركي الناتج عن الجلطة الدماغية .
- التحقق من وجود اختلاف في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية في وجود متغير وسيطي المساعدة الاجتماعية .

### 4- تحديد مفاهيم الدراسة:

#### أ نظريا (قائم على الدلالات المفاهيمية التنظيرية المجردة للمفهوم):

"إن الباحث يتعامل مع الظواهر وصفا وتحليلا وتفسيرا عبر المفاهيم. وما النظريات والفرضيات مهما تشعبت وتنوعت إلا نسق من العلاقات القائمة (وبتعبير أصح المفترضة) بين المفاهيم. ولما كانت المفاهيم مستغرقة في التجريد-أي تعميم لأصناف من الوقائع والظواهر بتجريد قاسمها المشترك-فإن الباحثين اجتهدوا في توضيح تصوراتهم لها بهدف توضيح دلالتها ، ورسم حدودها ، وتميزها عن المفاهيم الأخرى المرتبطة بها" (تيغزة، 2002، ص1).

#### أولاً:- مفهوم مصدر الضبط الصحي:

نظريا : يعد أحد أشكال الضبط النوعي المتعلق بالجانب الصحي، فقد استخلصت عدة دراسات أن وجهة نظر الأفراد حول أنفسهم والى العالم والى الآخرين والمستقبل تنبئ بمدى قابليتهم للإصابة أو المرض وأكثر من ذلك فإنها تنبئ بطول العمر الذي يمكن أن يعيشوه، كما تبين كذلك أن مصدر الضبط يعد عامل وسيط في حدوث المرض وأن له أهمية في تقبل العلاج ومتابعته ، وقد أشار فاريز ( 1957 ) إلى أن مصدر الضبط يعني مدى إدراك الفرد للنتائج التي يحصل عليها، فإذا أدرك الفرد أن هذه النتائج تعود إلى الصدفة والحظ فإنه يكون ذو مصدر ضبط خارجي، أما إذا أدرك أن هذه النتائج تعود إلى مدى انجازه فإنه يكون ذا مصدر ضبط داخلي( مخيمر، 1997، ص 184 ) .

وقد عرف روتر (1966) مصدر الضبط بأنه "الدرجة التي عليها يدرك الفرد أن المكافأة أو التدعيم مضبوطة أو محكومة بقوى خارجية وربما تحدث مستقلة عن سلوكه أي أن مصدر الضبط هو مدى إدراك الفرد بوجود علاقة سببية بين السلوك وما يلي السلوك من مكافأة أو تدعيم" (روتر، 1966 ص، 1)

كما عرفه كذلك بأنه:

يشير إلى الجهة التي يعزى إليها السبب في السلوك، فقد أشار إلى أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الداخلي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ترتبط بعوامل داخلية أو عوامل تتعلق بشخصية الفرد مثل الذكاء أو المهارة أو السمات الشخصية المميزة له، في حين أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الخارجي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته أو ما يحدث له من حوادث طيبة أو سيئة ترتبط بعوامل خارجية غير شخصية مثل الفرص والمصادفات أو تأثير الآخرين وهي من أهم العوامل التي تلعب دورا كبيرا في حياتهم" (روتر، 1966، ص26) .

### إجرائيا (قائم على الدلالة الأمبريقية المتمثلة في الإجراءات التجريبية وطرق قياس المفهوم في الواقع)

"يقصد بالتعريف الإجرائي للمفهوم ، تبيان معناه بالاعتماد على كفايات قياس الظاهرة السلوكية التي يفترض أو يعتقد أنها تنتمي إلى المفهوم ، وفي الواقع توجد أنماط عديدة للتعريف الإجرائي لكن أكثرها استعمالا وشيوعا تلك التي تقوم أساسا على كيفية دراسة أو قياس تجليات المفهوم في الواقع" (تيغزة، 2002، ص 4)

### ويعرف إجرائيا :

بأنها الدرجة التي يحصل عليها المصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية على كل بعد من الأبعاد الثلاثة المكونة لمقياس مصدر الضبط الصحي للباحثين (wallston et al.1978) والذي كيفه وقتنه على البيئة الجزائرية (جبالي نورالدين.2007) الذي تم إعداده لذلك ( المعد لأغراض الدراسة).بعد مصدر الضبط الداخلي-بعد مصدر الضبط الخارجي (الآخرين)- بعد مصدر الضبط الخارجي(الحظ).



### ثانيا- مفهوم المساندة الاجتماعية :

نظريا وهي المساندة التي يتلقاها الفرد من الجماعة التي ينتمي إليها كالأسرة، والأصدقاء، او الزملاء

وتعرف كذلك على أنها : "النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين"

وتعرف كذلك على أنها : " السند العاطفي الذي يستمد الفرد من شبكة العلاقات الاجتماعية والذي يساعده على التفاعل الفعال مع الأحداث الضاغطة " ( يخلف، 2001، ص138 ).

ويرى Cobb ( 1976 ) أن مفهوم المساندة النفسية الاجتماعية يحتوي على بعدين الأول

سيكولوجي : يتمثل في إحساس الفرد بالحماية والعناية من طرف أفراد الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها . ويعرف ( الباحث ) المساندة الاجتماعية للمصابين بالشلل النصفي، بأنها الدعم والمساعدة المقدمة من طرف الآخرين مصدرى المساندة الأساسيين ( الأسرة، المعالج الفيزيائي الحركي ) للمصاب بالشلل النصفي وتشعره بالراحة وتساعد على تقبل الوضع سواء كانت هذه المساندة بتعبيرات كلامية كالتعليقات أو بتعبيرات الوجه والإيماءات أو إجراءات النقل والمواصلات) تنقل المصابين بالشلل النصفي ( أو مساندة مالية كالتكفل بعلاجه .

### وتعرف إجرائيا :

بأنها الدرجة التي يحصل عليها المصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية على كل بعد من الأبعاد المكونة لمقياس المساندة الاجتماعية الذي أعده إلى العربية محمد الشناوي وسامي أبوبية (1990) وقننه على البيئة الجزائرية الدكتور قارة سعيد على عينة مصابة بارتفاع الضغط الدموي الأساسي، استنادا على الدراسات السابقة التي تناولت المساندة الاجتماعية وعلى مجموعة من الاستبيانات المصممة لقياس المساندة الاجتماعية ، منها استبيانات برلين للمساندة الاجتماعية (BSSS) وهي تضم 6 استبيانات تقيس أبعادا مختلفة للمساندة الاجتماعية ، وكذا استبيان (SSQ6) ل SARASON واستبيان (QSSP) ل Bruchon-Chweitzer (بعدي المساندة الاجتماعية) بعد المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة وبعد المساندة الاجتماعية من طرف المعالج الفيزيائي الحركي ،الذي تم إعداده لذلك . ( المعد لأغراض الدراسة ).

### ثالثا - مفهوم تقبل العلاج :

نظريا :الانتظام في إتباع التوصيات والإرشادات الطبية طوال فترة العلاج وهو مفتاح نجاح الخطة العلاجية .

ويعرف كذلك بأنه موافقة وإرادة المريض وإسهامه الفعال في إتباع العلاج المقدم له من طرف ممتهني الصحة ويعرف ( الطالب الباحث ) تقبل العلاج : " انتظام والتزام ( المعالج ) فيما يخص إتباعه لتعليمات وإرشادات ( المعالج ) .

**ويعرف إجرائيا :** بأنها الدرجة التي يحصل عليها المصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية على كل بعد من الأبعاد المكونة لمقياس تقبل العلاج للباحث الدكتور قارة سعيد استنادا على الدراسات السابقة التي تناولت تقبل العلاج ، وارتفاع ضغط الدم الأساسي، وعلى استبيان Morisky

واستبيان Gererd حول تقبل الدواء (Adoubi et al.2006.19)

الذي تم إعداده لذلك ( المعد لأغراض الدراسة ).

### 5- الدراسات السابقة:

تعتبر مراجعة الدراسات أو البحوث السابقة أو الأدبيات أو التراث الإنساني من أهم المراحل المساعدة على حل مشكلة البحث لما لها من إسهامات، والمنطلق المهم لتثمين البحث بمجموعة من الدراسات ذات العلاقة بموضوع البحث وليس نفخه وحشوه،، وذلك لتحديد الإشكالية بدقة وتصويبها وحسن صياغة الفرضيات ومنطقيتها بحسب متغيرات الدراسة ومدلولها ، والاستفادة من منهجية البحث المتبعة من حيث مجتمع الدراسة والعينة المختارة ، ومنهج الدراسة وأداتها ، والأساليب الإحصائية المستخدمة وأهم نتائجها ولذا وجب اختيارها بدقة بحسب الغرض من الدراسة الحالية واستيفائها لمتغيراتها ، وبالتالي فالدراسات السابقة... هي مصادر إلهام لاغنا عنها بالنسبة للباحث أو الباحثة ، فهي فحص معمق منظم وشامل لما ينشر حول موضوع ما ( أنجرس ،2006، ص125).

وعلى الرغم من القيمة المستفادة من الدراسات السابقة ذات العلاقة إلا أننا لم نجد الدراسات وهذا في حدود علم ( الباحث ) التي تناولت بوجه الخصوص مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية باعتبارهما المتغير المستقل في دراستنا وعلى تقبل العلاج – الفيزيائي الحركي ) بالتحديد

كمتغير تابع لدى الفئة المبحوثة ( المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ) باستخدام النمذجة كمنهجية جديدة ( اختبار النماذج بدل الفرضيات) .حيث أن معظم الدراسات تناولت كل متغير على حدى إما كمتغير تابع أو كمتغير مستقل

ولكن بالرغم من ذلك سنورد بعض الدراسات السابقة ذات العلاقة في جانب من جوانب الدراسة التي استطعنا الحصول عليها محاولين ذكر أهدافها والفئة المبحوثة ( العينة ) والأدوات المستخدمة مع إبراز أهم النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسات لنبين في الأخير أهم النقاط التي انفردت وتميزت بها دراستنا عن غيرها والإضافة المقدمة في ذلك.

وفيما يلي ندرج الدراسات السابقة التي لها علاقة بالدراسة الحالية وذلك في حدود إطلاع ( الباحث ) وقد تم تقسيم هذه الدراسات حسب المتغيرات وحسب كونها دراسات عربية أو أجنبية

### أ) استعراض الدراسات السابقة :

#### أولاً:الدراسات العربية التي تناولت متغير مصدر الضبط الصحي :

\*دراسة( جبالي نورالدين، 2007):والتي كانت تحت عنوان : علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي ، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن النمط السائد لدى العينة الجزائرية من أبعاد مصدر الضبط ، والكشف عن الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي بين كل من : الجنسين ،المستويات الثقافي ، الحالة الاجتماعية ،وكذا الكشف عن العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والاضطراب السيكوسوماتي.

وقد اعتمدت الدراسة على عينة مكونة من 250 فرد راشد من الجنسين ، من مختلف المستويات التعليمية، وقد تم استخدام الأدوات التالية : مقياس مصدر الضبط الصحي لـوا لسطن wallston ومعاونه قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية .

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- احتلت إصابات الجهاز العصبي والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي قائمة الاضطرابات، كما أظهرت النتائج سيادة مصدر الضبط الداخلي لدى العينة مقارنة بالضبط الخارجي .

- وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الخارجي بعد (نفوذ الآخرين )لصالح الذكور ، وفي نفس البعد وجدت فروق بين المتزوجين وغير المتزوجين لصالح المتزوجين ،كما وجدت فروق

في درجات أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستويات التعليمية، ففي مصدر الضبط الداخلي وجدت فروق لصالح الجامعيين وفي مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين والحظ) وجدت فروق لصالح المستوى الابتدائي ، كما اتضح أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الخارجي و(نفوذ الآخرين ) والسن

- وجود فروق بين الجنسين في كل من الجهاز التنفسي ، والدرجة الكلية لصالح الذكور ، بينما وجدت فروق لصالح الإناث في كل من الجهاز الهضمي ، الجلد ، العب ، تكرار المرض ، عدم الكفاية ، الاكتئاب ، القلق ، الحساسية والتوتر .

- وجود فروق بين الزوجين والعزاب لصالح العزاب في كل من الجهاز التنفسي ، القلب والأوعية ، الجهاز الهضمي ، الجهاز العصبي ، عدم الكفاية ، الاكتئاب والتوتر .

- وجود فروق بين المستويات التعليمية والدرجة الكلية في كل من القلب والأوعية الدموية، الجهاز الهضمي ، الجهاز العصبي ، تكرار المرض ، أمراض مختلفة ، العادات ، عدم الكفاية ، الاكتئاب والاضطراب والتوتر.

- وجود علاقة ارتباطية بين درجات أبعاد مصدر الضبط ودرجات مقاييس السيكو سوماتية في كل من : السمع والإبصار ، الجهاز التنفسي القلب والأوعية الدموية، تكرار المرض، أمراض مختلفة ، العادات ، عدم الكفاية ، الاكتئاب والقلق والحساسية والتوتر ،

- وجود علاقة بين سالبة بين السن والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي ، الجهاز العصبي عدم الكفاية ، الاكتئاب ، القلق ، الحساسية ، التوتر والدرجة الكلية (جبالي ، 2007)

\*دراسة (عليوة سمية 2007) بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري :

أجريت الدراسة على عينة مكونة 86 مريضا بالسكري (50 ذكور 36 إناث) ، وذلك باستخدام مقياس مصدر الضبط الصحي ل wallston et al المعد للعربية من طرف جبالي نور الدين واستبيان الكفاءة الذاتية لمرضى السكري ل Roben وآخرون والذي أعدته الباحثة (عليوة سمية)الى العربية بعد إجراء بعض التعديلات عليه.

من بين النتائج :

-لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والكفاءة الذاتية

-لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي لخوي النفوذ والكفاءة الذاتية

-لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي للحظ والكفاءة الذاتية

### ثانيا: الدراسات الأجنبية التي تناولت متغير مصدر الضبط الصحي :

\*دراسة (كوبازا Kobasa,1979) والتي هدفت إلى معرفة المتغيرات النفسية الاجتماعية التي من

شأنها مساعدة الفرد للاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه للضغوط .

وتكونت العينة من مجموعتين: الأولى 86 فرد تعرضوا لأحداث حياة ضاغطة والثانية من 75

فرد لم يتعرضوا لأحداث حياة ضاغطة .

وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط دال موجب بين الأحداث الضاغطة والمرض ، كما أن الشخصية

التي تتميز بشدة الصلابة والتي تتعرض للضغوط كانت أكثر صمودا ومقاومة وانجازا وسيطرة

وقيادة ، وكانت أكثر ضبطا داخليا، بينما المجموعة الأخرى ذات الضبط الخارجي كانت أكثر

تعرضا للضغوط وأقل صلابة ويجدون أنفسهم والبيئة مملة وليس لها معنى ، كما كانت المجموعة

الأولى أكثر شعورا بالأمن والمرونة والنشاط والمبادأة والواقعية.

\*دراسة(فيلدينج وجال Fielding &Gall 1982 ) التي هدفت إلى الكشف عن أثر الخصائص

الشخصية للمعلم على مستوى إدراك المعلمين للضغوط التي يتعرضون لها والاحترق النفسي

لديهم.

وتكون العينة من 162 معلم ومعلمة من المرحلة الإعدادية والثانوية .وأشارت النتائج إلى أن

المعلمين يتعرضون للضغوط والاحترق النفسي بدرجة متوسطة ، وأن المعلمين الذين يتصفون

باتجاهات سالبة نحو طلابهم ودرجة متدنية من التسامح معهم، ومركز ضبط خارجي يواجهون

ضغوطا واحترقا نفسيا أكثر من غيرهم من المعلمين(Fielding &Gall 1982)

\*دراسة (yvan.pqauet.2006) بعنوان –التأكد من البنية العاملية لمقياس مصدر الضبط الصحي للرياضيين المصابين بفرنسا. هدفت هذه الدراسة للتحقق من البنية العاملية لمقياس مصدر الضبط الصحي للرياضيين المصابين باستخدام التحليل العنقودي التوكيدي، حيث استعملت مقياس مصدر الضبط الصحي لوانسون المكيف في البنية الفرنسية من طرف (Brunchon-Schweitzer) ( وتكونت العين من 260 طالب (170) ذكور و(90) إناث متوسط العمر من (20-26 سنة) لديهم معرفة جيدة بالبيئة الرياضية سواء من خلال دراستهم أو الممارسة الشخصية، وأشارت الدراسة إلى تطابق النموذج مع البيانات وهي كالتالي :

Indice	×2	CFI	RMSEA	GFI	RMR	PNFI
Valeur	232/132=1.74	0.84	0.055	0.91	0.04	0.60

\* دراسة ل (Bon Marianna LaNoue,<sup>1</sup> Dawn Mautner,<sup>1</sup> Abby Harvey,<sup>1</sup>

Ku,<sup>2</sup> and Kevin Scott بعنوان التحليل العنقودي لمقياس مصدر الضبط الصحي

المتعدد الأبعاد (البيض والسود بأمريكا) Confirmatory factor analysis and

invariance testing between Blacks and Whites of the

Multidimensional Health Locus of Control scale. ، هدفت الدراسة للتأكد من البنية

العاملية الثلاثية لمقياس مصدر الضبط الصحي للمستجيبين وتحليل الفروق بين المجموعات

وتكونت العينة من (863) وبعد إزالة (99) حالة لا تخدم أهداف العينة أصبحت العينة (762) ،

طبق مقياس مصدر الضبط الصحي لوانسون النموذج ( B ) هذا من جهة ومن جهة أخرى

فحص الاختلاف بين النماذج النموذج 1 (العوامل مستقلة) والنموذج 2 (العوامل مرتبطة

.) وتوصلت النتائج إلى :

M1	Indice	×2	RMSEA	AGFI	TLI
	Valeur	596.18	0.071	0.877	0.730

M2	Indice	×2	RMSEA	AGFI	TLI
	Valeur	730.12	0.051	0.896	0.729

- صدق مقياس مصدر الضبط الصحي النموذج B

-النموذج 2 كان ثابتا بين البيض والسود أي أنه هو النموذج المناسب.

### ثالثا: الدراسات العربية التي تناولت متغير المساندة الاجتماعية:

\*دراسة (عبير محمد حسن الصبان ،2003) بعنوان :المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط

النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة ،وهدفت الدراسة الى البحث عن أسباب المشكلات الجسمانية والنفسية الناتجة عن الضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة، مما يؤدي إلى ضرورة الاهتمام بمقاومة الضغط النفسي عن طريق المساندة الاجتماعية ، وأجريت على عينة قدرها 400من مختلف المهن ( معلمات ممرضات وطبيبات وإداريات وعضوات هيئة التدريس )وتراوح أعمارهن بين 30 -45 وتمثلت المقاييس التي تم استعمالها في جمع البيانات مقياس المساندة الاجتماعية ، قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية ومقياس الضغوط النفسية

وتمثلت النتائج فيما يلي :

-تترتب الضغوط النفسية حسب شدتها لدى النساء السعوديات المتزوجات العاملات على النحو التالي :ضغوط انفعالية أخرى ، ضغوط الخادمت ،ضغوط الأصدقاء ،ضغوط العمل ،ضغوط عائلية ، ضغوط الأبناء ، ضغوط الزوج وضغوط اقتصادية ،ضغوط صحية.

-توجد علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية.

-توجد علاقة ارتباطية دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية .

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات ذوات الرباعي الأعلى وذوات الارباعي الأدنى في المساندة الاجتماعية على مقياس الضغوط النفسية لصالح ذوات الارباعي الأدنى.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات ذوات الرباعي الأعلى وذوات الارباعي الأدنى في المساندة الاجتماعية على قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية لصالح ذوات الارباعي الأدنى. ماعدا بعد القلب والأوعية الدموية كان لصالح الارباعي الأعلى .

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية تبعا لمتغير العمر ، فيما عدا بعد ضغوط العمل وضغوط اقتصادية ، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الاضطرابات السيكوسوماتية تبعا لمتغير العمر ، فيما عدا بعد القلب والأوعية الدموية والجهاز الهضمي والهيكل العظمي ، وأمراض مختلفة وعدم الكفاية والدرجة الكلية لمقاييس النواحي البدنية والنواحي الانفعالية (الصبان ، 2003)

\*دراسة (علي عبد السلام علي ، 2000) بعنوان :المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية . وهدفت الدراسة إلى معرفة دور المساندة الاجتماعية من الأسرة وجماعة الرفاق ، في تخفيف الصراعات النفسية لدى الطلاب المقيمين مع أسرهم ، والمقيمين في المدن الجامعية ، ودور المساندة الاجتماعية بالتحصيل الدراسي .

وتكونت العينة من مجموعتين : عينة تجريبية من 50 طالب مقيمين في المدن وغير مدعمين بالمساندة الاجتماعية الكاملة من أسرهم .وعينة ضابطة مكونة من 50 طالب مقيمين مع أسرهم ، بحيث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في المستوى العمري والاقتصادي والاجتماعي والتعليمي .

وقد تمثلت المقاييس في استبيان المساندة الاجتماعية ، استبيان مواجهة الأحداث الضاغطة وكانت النتائج كالتالي:

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية ، على استبيان المساندة الاجتماعية لصالح المجموعة الأولى



-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية ،على أبعاد استبيان مواجهة الأحداث الضاغطة وهما : التعامل الايجابي لصالح مجموعة الطلاب المقيمين مع أسرهم ، والتعامل السلبي لصالح مجموعة الطلاب المقيمين في المدن الجامعية.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق الأكاديمي والشخصي والعاطفي والالتزام بتحقيق الأهداف ، بين مجموعة الطلاب المقيمين مع أسرهم والمدعمن بالمساندة الاجتماعية ، ومجموعة الطلاب المقيمين في المدن الجامعية غير المدعمن بالمساندة الاجتماعية ، لصالح المجموعة الأولى

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية علة بعد التوافق الاجتماعي بين المجموعتين .بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية على بعد التوافق الشخصي والعاطفي .(عبد السلام علي ،2000،ص ص6،

(22

رابعاً: الدراسات الأجنبية التي تناولت متغير المساندة الاجتماعية :

**\* - دراسة بوسيلور شارون 2004:**

بعنوان " المساندة الاجتماعية وممارسات الرعاية الذاتية الراشدين المصابين بالنوع الثاني من السكر "

وهدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين المساندة الاجتماعية وممارسات الرعاية الذاتية للكبار المصابين بالنوع الثاني من السكر الذي لا يعتمد في علاجه على الأنسولين وتكونت الدراسة من (31) فرد من الراشدين وعن طريق البحث المسحي ثم جمع البيانات اللازمة وأظهرت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين مستوى المساندة الاجتماعية وبين الخضوع للعلاج الطبي أي أن الذين يحصلون بمساندة اجتماعية مرتفعة يميلوا إلى إظهار التزاما أكبر بالعلاج الطبي الأمر الذي يؤدي إلى استقرار أكبر للأعراض المرضية.

**\*دراسة كوفمان- مارين-جيل ( 2005 ) Coffman – Maren Jill**

بعنوان : ( علاقة الاكتئاب والمساندة الاجتماعية المدركة بفاعلية الذات في مجتمع احصائي من كبار السن المصابين بمرض السكر في بورتوريكا )

تهدف هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين الاكتئاب والمساندة الاجتماعية وتأثيرهما على فعالية الذات، وتكونت عينة الدراسة من ( 115 ) كهلا من الأسباب من المصابين بالنوع الثاني من مرض

السكر، وقد استخدمت الدراسة التصميم الارتباطي الوصفي، وفي المقابلة أكمل المرضى مقياس فعالية الذات، الاختبار المبدئي للاكتئاب، مقياس المساندة الاجتماعية، والاستبيان السكاني، مع ملاحظة ان المتغيرات التي كانت تتنبأ عن تحسن الضبط الذاتي للسكر تمثل قيام المريض بدراسة برامج تربوية عن السكر، أن يكون المريض على مستويات تعليمية عالية، وأن يخلو من أعراض الاكتئاب وأشارت أهم النتائج إلى :

- المتغير الأكثر تنبؤاً عن الضبط الذاتي للسكر هو المساندة الاجتماعية المدركة .
- أكثر أنواع المساندة التي يحتاجها مرضى السكر الكبار تتمثل في النقل، والاتصال .

1- يمثل أفراد الأسرة المصدر الأساسي للمساندة.

### خامسا :الدراسات العربية التي تناولت متغير تقبل العلاج

#### \* دراسة دغمي وآخرون سنة 2007:

تمت بالمغرب الأقصى بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط وذلك على مستوى مصلحة أمراض الغدد الصماء والأمراض الاستقلابية والسكري، على عينة قوامها 106 مرض مصابين بالسكري النمط الثاني من بينهم 62 امرأة و 44 رجلا بهدف :

- 1- دراسة العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى أفراد العينة .
  - 2- دراسة الفروق في نتائج تقبل العلاج حسب المتغيرات التالية : ( السن، الجنس، المستوى الثقافي والاجتماعي، عدد الجرعات خلال اليوم، مدة تشخيص الإصابة بالسكري ).
- ذلك بالاعتماد وعلى استبيان لقياس تقبل العلاج والتحليل الإحصائية لنتائج اختبار T و  $X^2$  معامل الارتباط.

#### نتائج الدراسة :

دلّت الدراسة على النتائج التالية :

بلغت نسبة المرض المتقبلين للعلاج 55% في حين بلغت نسبة الغير متقبلين للعلاج 45% وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل المرتبطة بالمستوى المتدني لتقبل العلاج هي :

- النسيان : بنسبة 48% .

• تعدد الجرعات : بنسبة 33% .

• التكاليف : بنسبة 20.60% المواعيد بنسبة 20.60%

• الآثار الجانبية للعلاج بنسبة 14.60% .

وحددت الدراسة الفروق التالية في مستوى تقبل العلاج .

بلغ متوسط السن لدى المرضى الذين تقبلوا علاج السكري 51.50 % سنة مقارنة بـ

54.85 % سنة لدى الذين لم يلتزموا به جيدا . بلغت نسبة الرجال المتقبلين لعلاج السكري 56.40

% مقارنة بـ 52.20 % لدى النساء .

بلغت نسبة المرضى ذوي المستوى الثقافي المقبول 55.50 % مقارنة بـ 46 % لدة ذوي

مستوى ثقافي محدود.

بلغت نسبة تقبل العلاج 74.10 % لدى الذين يتلقون موعدا علاجيا واحدا مقارنة بـ 46.60 %

لدى الذين لديهم مواعيد متعددة خلال اليوم . بلغ متوسط مدة تشخيص الإصابة لدى مرضى السكري

الذين تقبلوا العلاج 7.02% سنوات مقارنة بـ 5.84 % سنة لدى لم يتقبلوا العلاج .

ومن خلال ما سبق خلصت الدراسة إلى تحديد العوامل الأساسية المؤثرة التالية المرتبة تبعا لنسبة

تأثيرها .

النسيان .

1- تعدد الجرعات .

2- المستوى الثقافي والاجتماعي .

3- السن.

4- مدة الإصابة .

سادسا :الدراسات الأجنبية التي تناولت متغير تقبل العلاج:

\* - دراسة Konlnetal :

بعنوان " تقبل العلاج والعوامل المؤثرة فيه عند الإفريقي الأسود المصاب بارتفاع ضغط الدم ( HTA ) وهدفت الدراسة إلى تقييم تقبل العلاج والوقوف على العوامل المؤثرة فيه، وتكونت الدراسة من 200 شخص إفريقيا أسودا مصاب بارتفاع ضغط الدم .وتم جمع البيانات اللازمة بواسطة استبيان ( Giread لتقييم تقبل العلاج ) وأظهرت نتائج هذه الدراسة :

- 87.5% من المرضى أي 175 فرد أظهروا صعوبات في تقبل العلاج بطريقة كاملة .
- 12.5 % اظهروا تقبلهم للعلاج أي 25 فرد .

وكان تفسير الباحثين لعدم تقبل العلاج عند الإفريقي الأسود المصاب بارتفاع ضغط الدم الأساسي بالزيادة في نسبة الفقر في هذا المجتمع ( المجتمع الإفريقي الأسود ).

\* - دراسة ( SidySeck Et Al 2008 )

وكانت هذه الدراسة حول الانضباط الصحي عند المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن والغير خاضعين لتصفية الدم بصحراء افريقيا .

هدفت الدراسة إلى تقييم ( الانضباط الصحي ) لدى المرضى المصابين بأمراض الكلى المزمن والغير خاضعين للتصفية من جهة أخرى التعرف على أهم الأسباب التي تحول دون انضباطهم الصحي وشملت عينة الدراسة على 124 مريض وكانت الدراسة تتبعه خلال 03 أشهر وقد تم حساب نسبة الانضباط الصحي بالنسب المئوية لمقدار الأدوية المتناولة خلال أربعة أسابيع، ثم استعمال استبيان لقياس الانضباط الصحي، بالإضافة إلى استخدام عينة شاهدة ( لديها انضباط صحي جيد ) . وكانت النتائج كما يلي :

- نسبة الانضباط الصحي منخفضة.

العوامل التي تحول دون الانضباط الصحي هي : التعقيد في استعمال مقادير ( الدواء، النسيان، عدم الوعي بالنظام الصحي، قلة المعلومات ، مضاعفات ، المرض، استعمال العلاجات البديلة ) بالإضافة إلى السعر الباهظ للدواء.

**\*- دراسة لـ ( oumar et al ( 2005- 2006 ) :**

من مستشفى بامكو بمالي بعنوان ( العوامل المساعدة على تقبل العلاج ضد المصاب بالسيدا )

الدراسة جرت في الفترة الممتدة من فيفري 2005 إلى جانفي 2006 وهي دراسة طولية على أشخاص مصابين بالسيدا في المراكز الثلاثة الموجودة بمالي، والمختصة بالتكفل بالمرضى المصابين بالسيدا، بهدف الوقوف على العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المرضى المصابين بالسيدا .

وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

01- 58.5 % من المرضى بالسيدا غير متقبلي العلاج لأسباب ترجع إلى نسيان تناول الدواء، وصعوبة التنقل إلى المستشفى .

02- 41.5 % من المرضى بالسيدا متقبلي العلاج .

بحث Oumar وفريقه عن العوامل التي كانت وراء تقبل العلاج، فوجدوا أن أهم عامل هو مساندة المصاب بالسيدا من طرف عائلته بتذكيره بتناول الدواء والتوفير الدائم للدواء له، ومساعدته في التنقل على المراكز الصحية المختصة، بغية العلاج وإجراء الفحوصات الدورية .

**سابعا :الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج :**

دراسة سعيد قارة(مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي)

تناولت الدراسة موضوع مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي ، وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية :

-ما هو البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

-هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده وفعالية الذات عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- هل توجد علاقة بين فعالية الذات وتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

على عينة مكونة من 123 مريض مصاب بارتفاع ضغط الدم الأساسي. التي دامت 9 أشهر وكانت النتائج كالتالي :

-البعد السائد لدى عينة الدراسة هو بعد ذوي النفوذ بنسبة 51.21 %

-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وفعالية الذات

-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وتقبل العلاج

-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وتقبل العلاج

-عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الحظ وتقبل العلاج

-وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات وتقبل العلاج.

### ب) أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة

اتفقت الدراسات التي تناولت متغير المساندة الاجتماعية على هدف مشترك وهو فحص

علاقة المساندة الاجتماعية بالضغوط النفسية أو الحياة الضاغطة باستثناء دراسة دراسة بوسيلور

شارون 2004 التي هدفت لفحص علاقة المساندة الاجتماعية بالرعاية الذاتية ودراسة دراسة

كوفمان- مارين- جيل ( 2005 التي هدفت إلى علاقة المساندة الاجتماعية بفعالية الذات. واتفقت

الدراسات التي تناولت متغير مصدر الضبط الصحي على هدف مشترك وهو فحص العلاقة بين

مصدر الضبط الصحي وفعالية الذات أو تقبل العلاج ماعدا دراسة دراسة ل( Marianna

,<sup>1</sup> Abby Harvey, \* Dawn Mautner,<sup>1</sup> Bon Ku,<sup>2</sup> and Kevin LaNoue

Scott\* ودراسة (yvan.pqauet.2006) التي فحصت البنية العاملية لمقياس مصدر الضبط

الصحي

اتفقت الدراسات السابقة في عينتها حيث تم تطبيق الدراسة على عينة من المرضى مصابين بالداء السكري أو بالضغط الدموي أو الأمراض السيكوسوماتية أو أمراض السيدا باستثناء دراسة دراسة (عبيد محمد حسن الصبان، 2003) التي طبقت على عينة من العاملات ودراسة (علي عبد السلام علي، 2000) التي طبقت على عينة من الطلاب

استخدمت الدراسات السابقة أداة الاستبيان ( مقياس المساندة الاجتماعية-مقياس الفعالية الذاتية مقياس مصدر الضبط-مقياس تقبل العلاج لجمع البيانات باستثناء دراسة دراسة ( **SidySeck Et** ) **AI 2008** التي بدأت بحساب نسبة الانضباط الصحي بالنسب المئوية لمقدار الأدوية المتناولة خلال أربعة أسابيع، ثم استعمال استبيان لقياس الانضباط الصحي، بالإضافة إلى استخدام عينة شاهدة ( لديها انضباط صحي جيد )، اختلفت دراسة **Dawn Marianna LaNoue** ،\* **Abby Harvey** ،<sup>1</sup> **Kevin Scott** ،<sup>2</sup> **Bon Ku** ،<sup>1</sup> **Mautner** ودراسة ( **yvan.pqauet.2006** )

عن الدراسات الأخرى كونها فحصت البنية العملية لمقياس مصدر الضبط الصحي

### 6- التعقيب على هذه الدراسات:

تتميز هذه الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بأنها تختلف عنها في الحدود المكانية والزمانية، وتختلف أيضا هذه الدراسة عن الدراسات السابقة من حيث المجتمع الذي سيطبق عليه الدراسة ، وعليه فان هذه الدراسة الحالية تسعى إلى الربط بين عدة متغيرات نادرا ما قامت البحوث والدراسات السابقة خاصة في البيئة الجزائرية وهذا يعد تطبيقا جديدا خاصة أنه طبق على أفراد مصابين بالشلل النصفي وتتميز هذه الدراسة بتحليل العلاقة بين المتغيرات الثلاثة بأسلوب النمذجة بالمعادلة البنائية وذلك للتعرف على مدى مطابقة جودة البيانات مع النموذج النظري ، وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة بحيث أنه وظف الكثير من الجهود السابقة للوصول إلى تدقيق وتشخيص المشكلة ومعالجتها بشكل شمولي ، والوصول إلى صياغة دقيقة للعنوان البحثي الموسوم ب مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ، وتوظيف الدراسة الحالية لمقترحات الدراسات السابقة في دعم مشكلة الدراسة وأهميتها خصوصا دراسة قارة سعيد ، صياغة مشكلة الدراسة وفي الإطار النظري وتحديد أداة الدراسة ومنهجيتها.

الجانب النظري

للدراسة



**الفصل الأول :**  
**مصدر الضبط الصحي**

## تمهيد

### 1- مفهوم مصدر الضبط

#### 1-1- تعريف مصدر الضبط الصحي

#### 1-2- الأسس النظرية لمصدر الضبط

#### 3- أبعاد مصدر الضبط

#### 4- أنواع مصدر الضبط الصحي

#### 5- العوامل المؤثرة في مصدر الضبط

#### 6- مكونات مصدر الضبط

#### 7- بعض خصائص وسمات الأفراد لمصدر الضبط الداخلي/الخارجي

أ- بعض خصائص وسمات الأفراد أصحاب مصدر الضبط الداخلي

ب- بعض خصائص وسمات الأفراد أصحاب مصدر الضبط الخارجي

#### 8- مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج

## خلاصة الفصل

## تمهيد:

مصدر الضبط الذي يقابله باللغة الانجليزية (LOCUS OF CONTROL) وباللغة الفرنسية (LIEU DE CONTROLE) يعد من أهم متغيرات الشخصية التي حظيت باهتمام الباحثين والدارسين في مجال العلوم النفسية والاجتماعية في الآونة الأخيرة ، إذ تبين ما لهذه السمة من قدرة على التنبؤ بدوافع الفرد وأدائه وسلوكه في مواقف الحياة المختلفة، كما أنها أحد الجوانب المهمة في تنظيم التوقعات الإنسانية وتحديد مصادرها، فضلا عن كونها أحد المكونات البارزة في تحديد العلاقة الارتباطية بين سلوك الفرد وما يحدث بعده من نتائج تساعده في تحقيق أهدافه وما يرجوه من نتائج لسلوكه وما يتخذه من قرارات حيال هذا السلوك ( دويدار، 1991، ص)

ويعد مفهوم مصدر الضبط باعتباره سمة من سمات الشخصية من تصورات جوليان روتر **Julian Rotter** 1955 من خلال نظريته (التعلم الاجتماعي) والتي تقوم على فرض أن السلوك المكافئ يحتمل أن يتكرر بصورة أكثر، كما أن الأحداث الماضية في حياة الفرد مهمة . أيضا من بين المفاهيم الأساسية التي جاءت بها هذه النظرية هي : جهد السلوك، التوقعات، التدعيمات، الموقف النفسي.

1- مفهوم مصدر الضبط:

يعد (جوليان روتر ROTTER 1954) أول من قدم مصدر الضبط في نطاق نظرية التعلم الاجتماعي ، ثم قام فاريز (PHARES 1957) بتبني هذا المفهوم في دراسات الشخصية ، وقد كانت له أول محاولة لتعريفه وقام جوليان روتر بصياغة أول تعريف له في (1966).

حيث أشار فاريز (PHARES 1957) إلى أن مصدر الضبط يعني مدى إدراك الفرد للنتائج التي يحصل عليها، فإذا أدرك الفرد أن هذه النتائج تعود إلى الحظ والصدفة فإنه يكون في هذه الحالة موضع ضبط خارجي ، أما إذا أدرك الفرد أن نتائج المهمة التي يقوم بها تعتمد على مدى انجازه فإنه في هذه الحالة موضع ضبط داخلي ( مخيمر ، 1997، ص184)

وعرفه روتر (ROTTER 1954) ب"أنه الدرجة التي عليها يدرك الفرد أن المكافأة أو التدعيم مضبوطة بقوى خارجية ، وربما تحدث مستقلة عن سلوكه ، أي أن مصدر الضبط هو مدى إدراك الفرد بوجود علاقة سببية بين السلوك وما يلي هذا السلوك من مكافأة وتدعيم" ( ROTTER , 1966,p1)

كما عرفه كذلك "بأنه يشير إلى الجهة التي يعزى إليها السبب في السلوك فقد أشار الى أن الأفراد ذوي مصدر الضبط داخلي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ترتبط بعوامل داخلية تتعلق بشخصية الفرد مثل الذكاء ، أو المهارة ، أو السمات الشخصية المميزة له .في حين أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته أو ما يحدث له من حوادث طيبة أو سيئة ترتبط بعوامل خارجية غير شخصية مثل الفرص والمصادفات أو تأثير الآخرين ، وهي من أهم العوامل التي تلعب دورا كبيرا في حياتهم ( ROTTER ,1966,p26 )"

وتفصل (LEVINSON 1973) مصدر الضبط بناء على دراسات عاملية قامت بها إلى

أبعاده الثلاث:

### أ- مصدر الضبط الداخلي:

ويعني اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن الأحداث في حياته وعن النتائج التي يحصل عليها ، وأن هذه الأحداث والنتائج تعتبر نتيجة منطقية للأعمال التي يقوم بها .وأنه يشعر بالتمكن ، والكفاءة والقدرة على التحكم في حياته وعالمه الخاص.

### ب- مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين):

ويعني اعتقاد الفرد بأن أصحاب النفوذ هم المسؤولون عن الأحداث والنتائج ، وأنه يشعر بالعجز واليأس وضعف المسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله.

### ج- مصدر الضبط الخارجي (الحظ والصدفة):

ويعني اعتقاد الفرد بأن القوى الغيبية كالحظ ، والصدفة ، أو القدر ، هي المسؤولة عن الأحداث الايجابية أو السلبية والنتائج في حياته ، واعتقاده بأن النتائج والأحداث في حياته غير مرتبطة بأفعاله الخاصة أو بصفاته الشخصية (جبالي، 2007، ص 41)

وأشار ليفكورت ( LEFCOURT1984) أن مصدر الضبط يعتبر بعدا من أبعاد الشخصية ويؤثر في العديد من أنواع السلوك ، وان الاعتقاد لدى الفرد بأنه يستطيع التحكم والسيطرة في أموره الخاصة والعامة يسمح له بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط ويتمتع بحياته ، ومن ثم يمكن التوافق مع البيئة التي يعيش فيها .

ويرى ووريل ( WORILL&STILLWELL1981) أن مصدر الضبط يصف التوقع العام

للفرد حول العلاقة بين مجهوده ومهاراته وهدفه في النجاح والتفوق ، فعلى سبيل المثال يميل الطلبة ذو مصدر ضبط داخلي إلى عزو نجاحهم أو فشلهم لمهاراتهم الخاصة وجهدهم الشخصي أو لإهمالهم أما الطلبة ذو مصدر الضبط الخارجي فيميلون إلى عزو نجاحهم أو فشلهم إلى عوامل خارجية مثل الحظ (الحسن أو السيئ) أو أن الامتحان كان سهلا أو صعبا أو أن الأستاذ عادل أو غير منصف (معمرية، 2009، ص 10)

ويرى ( معترز سيد عبد الله و محمود السيد عبد الرحمان ، 1994) أن مصدر الضبط مفهوم

يستخدم للتعبير عن مدى شعور الفرد باستطاعته التحكم في الأحداث التي يمكن أن تؤثر فيه حيث ينقسم الناس إلى فئتين :

أ- فئة مصدر الضبط الداخلي: وهم الأفراد الذين يعتقدون أنهم مسؤولون عما يحدث لهم  
ب- فئة مصدر الضبط الخارجي: وهم الأفراد الذين يعتقدون أنهم تحت حكم قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها. (عبد الله وعبد الرحمان، 1994، ص424).

ويرى (strauser 2002) أن مصدر الضبط يشير الى معتقدات الأفراد في قدراتهم على ضبط أو مراقبة أحداث الحياة. (ozen et al p 115) من خلال التعريفات السابقة نستنتج أنه ليس هناك اختلاف في تعريف مصدر الضبط كمفهوم حيث أنه هو درجة اعتقاد الفرد بأن سلوكياته مرجعيتها (مصدر ضبط داخلي) أفعاله الخاصة أو مرجعيتها (مصدر ضبط خارجي) الصدفة. نفوذ الآخرين. الحظ. أفعال خارجية .

و من مصدر الضبط طور مفهوم آخر هو مصدر الضبط الصحي الذي هو أحد أهم المتغيرات التي تمت دراسته على نطاق واسع ضمن المعتقدات الصحية، ويعد مصدر الضبط الصحي أحد أشكال مصدر الضبط النوعي المتعلق بالجانب الصحي، فقد خلصت عدة دراسات أن وجهة نظر الأفراد حول أنفسهم والى العالم والى الآخرين والمستقبل تنبئ بمدى قابليتهم (للمرض- طول العمر – تقبل العلاج ومتابعته).

### 1-1- تعريف مصدر الضبط الصحي :

يعرفه والسطنون wallston " اعتقادات الأفراد حول من ،أو ماهو العامل المحدد لحالتهم الصحية " wallston 1982 p56

"درجة احساس الفرد بأنه متحكم في صحته أو أن صحته متحكم فيها من طرف عوامل أخرى خارجية كالحظ والصدفة أو القدر أشخاص آخرين .  
الداخلي :

احساس الفرد بأن صحته متحكم فيها من خلال تصرفاته الشخصية ( القيام بالحمية الشخصية بممارسة التمارين الرياضية .)  
الخارجي:

إحساس الفرد بأن صحته متحكم فيها عوامل خارجية كمتنهني الصحة .الحظ .الله .  
cherpaakho 2008 p10

### بناء على ما سبق:

يمكن تعريف مصدر الضبط الصحي على أنه مفهوم فرضي (تكويني) يشكل متغيراً من متغيرات الشخصية وهو يرتبط ارتباطاً وثيقاً بإدراك الفرد للعلاقة السببية بين صحته والعوامل الخارجية. :الحظ أو الصدفة أو الآخرين من الأطباء والعاملين في حقل الصحة. أو العوامل الداخلية كالسلوكيات التي يمارسها. التي تتحكم في صحته ومرضه. فإذا اعتقد الفرد بأن العوامل الداخلية (السلوك الفردي) هي المتحكمة في صحته. كان ذو مصدر ضبط صحي داخلي. أما إذا اعتقد الفرد بأن العوامل الخارجية (محصلة الصدفة. والحظ. الآخرون) هي المتحكمة في صحته. كان ذو مصدر ضبط صحي خارجي.

### 1-2- الأسس النظرية لمصدر الضبط :

ويعد مفهوم مصدر الضبط باعتباره سمة من سمات الشخصية من تصورات جوليان روتر **Julian Rotter** 1955 من خلال نظريته (التعلم الاجتماعي) والتي تقوم على فرض أن السلوك المكافئ يحتمل أن يتكرر بصورة أكثر، كما أن الأحداث الماضية في حياة الفرد مهمة، وتقوم هذه النظرية على مجموعة من المسلمات تمثل المنطلقات الأساسية لها وهي:

- وحدة البحث في دراسة الشخصية هي التفاعل بين الفرد وبيئة ذات معنى، حيث تتطلب دراسة السلوك الاهتمام بالمحددات البيئية والشخصية معا.
- المحددات البيولوجية غير المتعلمة ليست ذات أهمية إذا ما قورنت بما لها من أهمية بالغة في إطار نظريات الإدراك والإحساس.
- تركز النظرية على دور المحددات العامة والنوعية للسلوك، وترفض مبدأ الفئات حيث يتميز الشيء عن نقيضه، لذا فهي تدرس التأثير النسبي لكل العاملين في المواقف المختلفة.
- يوصف السلوك الإنساني بأنه سلوك هادف، فقد يكون من أجل هدف يناضل الشخص لتحقيقه أو من أجل استبعاد ضرر يسعى لتجنبه، وهذا يشير إلى مبدأ الدافعية في السلوك.
- سلوك الفرد لا تحدده فقط طبيعة الأهداف أو أهميتها أو المعززات بل يتحدد أيضاً عن طريق التهيؤ الذهني أو التوقع بأن هذه الأحداث سوف تحدث. (Phares, 1979,p13).

ومن بين المفاهيم الأساسية التي جاءت بها هذه النظرية هي: جهد السلوك، التوقعات، التدعيمات، الموقف النفسي.

(أ) **جهد السلوك:** وهو إمكانية حدوث سلوك ما في موقف ما من أجل التعزيز.

ب ) التوقعات: وهو الاحتمال الذي يضعه الفرد لحدوث تعزيز معين كدالة لسلوك معين يصدر عنه.

ج) التوقعات: وهو درجة تفضيل الفرد لحدوث تعزيز معين إذا كانت إمكانية الحدوث لكل البدائل الأخرى متساوية .

د) الموقف النفسي: وهو البيئة الداخلية أو الخارجية التي تحفز الفرد بناء على التجارب السابقة كي يتعلم كيف يستخلص أعظم إشباع في أنسب مجموعة من الظروف ( الذواد 2003، ص ص 119-120)

ومن مصدر الضبط طور مفهوم آخر هو مصدر الضبط الصحي الذي هو أحد أهم المتغيرات التي تمت دراسته على نطاق واسع ضمن المعتقدات الصحية، ويعد مصدر الضبط الصحي أحد أشكال مصدر الضبط النوعي المتعلق بالجانب الصحي، فقد خلصت عدة دراسات أن وجهة نظر الأفراد حول أنفسهم والى العالم والى الآخرين والمستقبل تنبئ بمدى قابليتهم (للمرض- طول العمر – تقبل العلاج ومتابعته).

### 3- أبعاد مصدر الضبط :

يشير (جوهرة عبدالله الذواد، 2003) إلى أن توزيع الأفراد على هذا التركيب الشخصي يقع على خط متصل يبدأ بالضبط الداخلي ( أشخاص يتحكمون في الأحداث وفي حياتهم ) ويمتد إلى الضبط الخارجي ( أشخاص يعتمدون على الحظ والنصيب وقوى أخرى ). (الذواد، 2003، ص119)

### وبهذا فمصدر الضبط

يشمل بعدين رئيسيين هما: مصدر الضبط الداخلي ومصدر الضبط الخارجي.

غير أن الدراسة التي أجراها ( صلاح أبو ناهية، 1984) عن مواضع الضبط وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية والانفعالية والمعرفية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية ، والتي من بين تساؤلاتها : هل موضع الضبط أحادي البعد أم متعدد الأبعاد ؟ أكدت ظهور ثلاث عوامل لمصدر الضبط وهي: الضبط الشخصي ، ضبط الآخرين الأقوياء ، وضبط الحظ (هدية، 1994، ص85) .

وبهذا فقد قسمت هذه الدراسة مصدر الضبط الخارجي الى مصدر ضبط خارجي مرتبط بنفوذ الآخرين ، ومصدر ضبط خارجي مرتبط بالحظ والصدفة .وهو يتفق مع تقسيم (levinson,1973).



وحسب (بشير معمريّة،2009) إلى أن الباحثون يرون بأن مصدر الضبط الذي يعزو إليه الأفراد من الفئتين أسباب حصولهم على التعزيز ليس واحدا بل متعددا، حيث إذا كان التعزيز مضبوطا بالعالم الخارجي للفرد فان مصادره المحتملة هي مايلي: ( الذكاء والقدرات العقلية- المهارة والكفاءة والاستفادة من الخبرات السابقة للسيطرة على البيئة-السمات الانفعالية والمزاجية ، والتي تشمل الخصائص التالية:الثقة بالنفس ، الاكتفاء الذاتي ، الطموح ، المثابرة والجدية ) أما إذا كان الحصول على التعزيز مضبوطا بقوى خارجية فان مصادره المحتملة هي : ( الحظ والصدفة-القدر- الآخرون الأقوياء-الاعتقاد بأن العالم صعب والحياة معقدة ويصعب فهمها ، وأن نصيب الفرد فيها مقدر سلفا ، وهذا يجعل شروط الحصول على التعزيز بعيدة عن الضبط الشخصي ( معمريّة، 2009، ص ص19- 20)

### 4- أنواع مصدر الضبط الصحي :

انطلاقا من التطبيقات الواسعة لمقياس مصدر الضبط الصحي بأبعاده الثلاثة ، فإنه تم تقسيم الأفراد إلى 8 أنواع محتملة .

وكما يقترح ( wallston et al K1978 ) أن الأنواع التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد

انطلاقا من الدرجات العليا أو الدنيا هي (جبالي ،2007،ص 61 )

(أ)- داخلي خالص : درجات مرتفعة على مصدر الضبط الداخلي ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين والحظ.

(ب)- نفوذ الآخرين خالص : درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين ومنخفضة على بعدي الداخلي والحظ.

(ج)- حظ (صدفة ) خالص : درجات مرتفعة على بعد الحظ ومنخفضة على بعدي الداخلي ونفوذ الآخرين.

(د)- خارجي مزدوج : درجات مرتفعة على بعدي الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة على بعد الداخلي .

(هـ)- الاعتقاد في الضبط : درجات مرتفعة على بعدي نفوذ الآخرين والداخلي ومنخفضة على بعد الحظ.

(ح)- النمط السادس :درجات مرتفعة على بعدي الداخلي والحظ ومنخفضة على على بعد نفوذ الآخرين.

(ط)- المجيب بنعم :درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة .

(ي)- المجيب بلا: درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة

ويشير ماك كونيل (Mc CONNEL، 1977) الى أنه لا توجد أنواع نقية من الفئتين ، ولا يجب الوقوع في خطأ الاعتقاد بأن أي فرد يجب أن يكون يجب أن يكون في فئة الضبط الداخلي أو الضبط الخارجي فلكل فرد درجته على خط يمتد بن النهايتين والاختلاف في الدرجة وليس في النوع ( الذواد ،2003، ص128).

ويشير (أبو ناهية،1984) إلى وجود مجموعة من المجموعتين من ذوي الضبط الخارجي والداخلي يعتقدون أنه رغم أنهم لا يستطيعون تغيير العالم إلا أنهم يستطيعون بزيادة فهمهم للعالم الخارجي أن يزيديا من إشباع حاجاتهم الخاصة .مثل هؤلاء يمكن أن يتصفوا بالمجهودات القوية لتعديل أنفسهم للتوافق مع الأوضاع والمواقف الجديدة ولزيادة فهمهم لأقصى حد لنظام الأشياء أو لطبيعة الناس الآخرين ،بعض هؤلاء الأفراد يمكن أن يوصفوا بأنهم يغتنمون الفرص أو الفرصيين.(أبو ناهية ،1984، ص48).

## 5)- العوامل المؤثرة في مصدر الضبط (المتغيرات المرتبطة بمصدر الضبط):

يمكن تصنيف المتغيرات المرتبطة بمصدر الضبط إلى صنفين:

### أ- المتغيرات المرتبطة بالموقف(الموقفية):

وهي عبارة عن متغيرات تحدث في موقف محدد مثل وفاة شخص عزيز أو مواجهة أزمة معينة ، وقد تكون على مستوى فردي أو جماعي .وما يترتب على هذه المتغيرات هو زيادة معدل الضبط الخارجي لدى الفرد وذلك لشعوره بالعجز عن مواجهة تلك المواقف .ولكن بعد انتهاء الأزمة والتغلب عليها يعود المعدل إلى المستوى الذي كان عليه قبل الأزمة .

### ب- المتغيرات المرتبطة بالاستمرار(المستمرة):

وهي متغيرات تؤثر على وجهة الضبط ( داخلية/ خارجية ) بصفة شبه مستمرة ،وقد قسمها بعض الباحثون إلى ثلاث أقسام : التنشئة الاجتماعية ، حالات العجز الطويلة ،التمييز الاجتماعي بين الطبقات الاجتماعية. ويعتبر كل من متغير السن والجنس من المتغيرات التي تؤثر على مصدر الضبط بشكل شبه مستمر ، لذا يمكن تصنيفها ضمن المتغيرات المستمرة . ويمكن إيجاز تأثير هذين المتغيرين بالإضافة إلى متغيري التنشئة الاجتماعية والتمييز الاجتماعي على مصدر الضبط كما يلي:

#### - السن:

أثبتت عدة دراسات إلى ارتباط التحول في اتجاه الضبط الخارجي إلى الداخلي مع العمر خلال مرحلة الطفولة ، فمع تقدم نمو الأطفال وزيادة نضجهم المعرفي والشخصي يزداد إدراكهم لقدراتهم ،كما تنمو قدراتهم على إدراك العلاقة السببية بين ما يقومون به من جهود وما يحصلون عليه من نتائج ، كما تبين من دراسات أخرى أن هناك زيادة بالاحساس في الكفاءة والفعالية الشخصية في مرحلة الشباب الى مرحلة الرشد ، ويكون في مرحلة وسط العمر (30-40 سنة) أكثر نضجا واستقرارا( أبو ناهية ،1987،ص188)

ومن بين الدراسات التي بينت وجود علاقة طردية بين مصدر الضبط والسن ،دراسة lifshitz(1973)التي أوضحت أن الضبط الداخلي يزداد بزيادة السن للأطفال حتى سن الرابعة عشر ، ثم يثبت خلال مرحلة المراهقة .ودراسة كل من (1978Glimore1980Rohner et al .) ، أما فيما يخص الدراسات التي بينت وجود علاقة عكسية بين مصدر الضبط والسن نذكر دراسة Distefano&al 1977-Scott&Severance.1975) ودراسة Knoop1981ostelo.1982.

#### - الفرق بين الجنسين :

لقد كانت أول إشارة للفرق بين الجنسين في مصدر الضبط ، ما جاء به روتر(Rotter،1984)الأول عن الموضوع .

وقد أقر بأن الفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي /الخارجي كانت ضئيلة ولم تصل الى حد الدلالة الا في دراسة واحدة .

وقد توالت بعد ذلك عدة دراسات تناولت الفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي /الخارجي، وقد تباينت نتائجها بين النتيجة التي توصل إليها (روتر) وبين وجود فروق دالة إحصائية بين الإناث والذكور في مصدر الضبط. ومن بين الدراسات التي أبدت نتيجة (روتر) نذكر :

\*دراسة كل من- ( 1971 Mirles. 1973 Lifshitz. 1980 Rohner et al )والتي أسفرت نتائجها عن عدم وجود أي علاقة جوهرية للجنس على أبعاد الضبط (جبالي، 2007، ص55)

دراسة (خانا وخانا Khana&Khana 1979) في الهند التي كان هدفها التعرف على الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط على عينة مكونة من 386 تلميذ وتلميذة من المرحلة الثانوية أخذت من ثلاث مجموعات دينية هي: الهندوس والمسلمين والمسيحيين ، واستخدام مقياس (روتر ) لجمع بيانات الدراسة ، فكانت النتائج وجود فروق دالة بين الجنسين داخل كل مجموعة ، حيث كانت الإناث أكثر داخلية من الذكور ( معمرية ، 2009، ص16)

ومن الدراسات التي بينت أن الذكور يتمتعون بمصدر ضبط داخلي دراسة Lao et al 1977 ودراسة Zerga 1976.

ومن الدراسات التي بينت أن الإناث يتمتعن بمصدر ضبط داخلي دراسة Crandal et al 1965 ودراسة Chan 1989.

- ومن الدراسات التي لم تكشف عن فروق بين الجنسين في مصدر الضبط دراسة Lifschitz 1978

وقد أقر Rotter 1966 عن عدم وجود فروق بين الجنسين على مقياس مصدر الضبط (جبالي، 2007، ص49).

- دراسة (رجاء الخطيب، 1990) والتي أظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين من الجانبين في مصدر الضبط (جبالي، 2007، ص55)

- دراسة (صلاح أبوناية، 1984) عن مواضع الضبط وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية والانفعالية والمعرفية ، لدى تلاميذ المرحلة الثانوية ، والتي أظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين في درجاتهم على مقياس الضبط (هدية، 1994، ص85)

- دراسة (أحمد عبد الرحمان إبراهيم، 1986) التي أجريت على 384 تلميذ وتلميذة من التعليم الثانوي بمصر ، وقد توصلت إلى أن الإناث أكثر اعتقادا في الضبط الداخلي من الذكور وكان الفرق دالا (معمرية، 2009، ص17)

- دراسة (فؤاده محمد علي، 1994) التي بينت أن الإناث أكثر توجهها للضبط الداخلي من الذكور

(ج)- المعاملة الوالدية ( التنشئة الاجتماعية ) :بينت دراسات عديدة لNawicki 1974 et Spigal

Rohneret al1976

Crandal et al 1980 ودراسة لاو Lao1974

أن للبيئة والعلاقة مع الوالدين دور هام في نمو وتحديد الضبط الداخلي -الخارجي للطفل ، فالأطفال الذين يتلقون الحب والدعم والتشجيع الوالدي والذين يدركون أنفسهم على أنهم مقبولين من خلال علاقتهم مع الوالدين ، يزداد نمو الضبط الداخلي لديهم في سن 9-11 سنة ، في حين الأطفال الذين يدركون أنهم منبوذون ويعانون من الإهمال والنقد لا يحدث لهم أي تغيير في نفس السن ( أ بو ناهية ، 1987 ، ص ص187-188).

ويرى (حامد عبد السلام زهران ،1984) أن البيئة الاجتماعية للفرد وظروف تنشئته الاجتماعية تتضمن استدخال الطفل لمعايير والدية ، ويتم ذلك عن طريق أساليب عقلية ،انفعالية واجتماعية أهمها التعزيز والانطفاء القائم على الثواب والعقاب ، حيث تعمل على تعزيز وتدعيم بعض أنماط السلوك المقبولة اجتماعيا وعلى إطفاء بعضها الآخر غير المقبول اجتماعيا وبذلك ينم و الضبط الداخلي -الخارجي متأثرا ببيئة الطفل حيث يكون الدور البارز في هذه البيئة للأسرة (زهران ،1984، ص219 ).

وتلعب الأسرة دور هام في تشكل مصدر الضبط الداخلي -الخارجي لدى أبنائها، فقد أوضحت الدراسات أن مصدر الضبط الداخلي يتشكل لدى الأبناء الذين تتسم أسرهم بالحب والديمقراطية والقبول الحماية، والتوجيه والتشجيع. في حين يتشكل مصدر الضبط الخارجي لدى الأبناء الذين تتسم أسرهم بالقسوة ، العقاب ،الرفض ،الإهمال ،قلة التوجيه .

ومن بين الدراسات التي تناولت أثر المعاملة الوالدية على تشكل مصدر الضبط نذكر:

-دراسة ولسون ورامي (1972Wilson &Ramy) التي كشفت أن الأفراد الذين يعتقدون في مصدر الضبط الداخلي يأتون غالبا من أسر تتسم بالحب والعاطفة والديمقراطية والنظام والمعايير المستقرة ، في أن الأفراد الذين يعتقدون في مصدر الضبط الخارجي يأتون من أسر يتميزون بأنهم يبالغون في عقابهم ويحرمونهم حقوقهم.(معمرية، 2009، ص114).

دراسة (Levenson1973) التي أوضحت أن أساليب المعاملة الوالدية القائمة على القسوة والعقاب البدني والمعنوي كانت مرتبطة ارتباطا موجبا مع مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين) وأن معاملة الأم التي تتسم بالقبول ارتبطت إيجابا مع مصدر الضبط الداخلي (عند الذكور) ومعاملة الأب التي تتسم بالقبول لا ترتبط بأي مصدر من مصادر الضبط سواء داخلي أو خارجي كما أن المعاملة الوالدية المتسمة بالحماية الزائدة ارتبطت إيجابا مع مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين)(عند الذكور ) بينما سلوك الأم المتسم بالحماية الزائدة يرتبط ارتباطا سالباً بمصدر الضبط الداخلي عند الإناث (جبالي، 2007، ص57)

-دراسة (روهنر وآخرون 1980Rohner&al) التي كشفت إلى أن مصدر الضبط الداخلي الذي يزداد لدى الأفراد الذين يدركون أنهم مقبولين من والديهم ، بينما ينخفض لدى الذين يدركون أنهم مرفوضين (جبالي، 2007، ص57)

-دراسة (برلينك ل1982Barling) التي أظهرت أنه يوجد ارتباط موجب بين معاملة الأمهات التي تتسم بالحماية الزائدة وبين مصدر الضبط الخارجي لدى أبنائهن (جبالي، 2007، ص57)

- وأشار ( أبو ناهية ، 1987) إلى أنه تبين من الدراسات أهمية التنشئة الاجتماعية والرعاية خلال مرحلة الطفولة في تحديد اتجاه الضبط ، حيث مصدر الضبط ، حيث تبين أن للعلاقة الوالدية المعتمدة على الحب والدفء والحماية والتوجيه والتشجيع أثرها البالغ في بناء مصدر الضبط الداخلي

لدى الأبناء ، في حين تبين أثر الإهمال وقلة التوجيه وعدم التشجيع في دعم مصدر الضبط الخارجي لديهم (أبو ناهية ، 1987، ص ص، 187-188 )

(د- العوامل العرقية الثقافية والاقتصادية والجغرافية:

تبين من الدراسات المختلفة أن مصدر الضبط يتأثر بمجموعة من العوامل (العرقية ، الثقافية، الاقتصادية) حيث أشارت دراسات Battle وRotter 1973 إلى أن السود والأفراد من الطبقات الاقتصادية الدنيا يتمتعون بمصدر ضبط خارجي عالي أكثر من البيض من أفراد الطبقة المتوسطة.

وأشارت دراسة Lefcourt et Ladwig 1965 حول الفروق في مصدر الضبط بين البيض والسود في مصدر باستعمال مقياس روتر ، وكانت النتيجة أن السود كانوا يتمتعون بمصدر ضبط خارجي أكثر من البيض ، وأكد Dean 1965 نفس النتيجة . (locus control. 92)

بالإضافة إلى العوامل العرقية الثقافية والاقتصادية ، فمصدر الضبط يتأثر بالبيئة الجغرافية ، فقد توصلت دراسة Trompenaars 1993 على عينة مقدره ب15000 مختص في الحوادث الطبيعية هدفها تقييم مصدر الضبط في مختلف المناطق الجغرافية من قارات العالم ، وكانت النتائج إلى أن مصدر الضبط الداخلي كان البعد المميز بنسبة عالية للولايات المتحدة الأمريكية 89% وألمانيا 82% والصين واليابان كانتا أكثر ميلا للبعد الخارجي . (locus control. 85.86 . )

### (6)- مكونات مصدر الضبط :

حدد روتر Rotter المكونات الفرعية لمصدر الضبط وهي كما يلي :

(أ)- **التمكن** : اعتقاد الفرد بأن ما يحدث له في بيئته أو في حياته الشخصية هو محصلة للعمل الذي يقوم به ، فهو بذلك قادر على القيام بجميع نشاطات الحياة التي نتائجها تكون متعلقة بما يفعله هو .

(ب)- **أصحاب النفوذ** : اعتقاد الفرد بأن أصحاب النفوذ وأصحاب السلطة (آباء ، معلمين ، مديرين ، مسؤولين.....) هم المقررين لما يحدث له في حياته .

(ج)- **القدر** : اعتقاد الفرد بأن كل ما يحدث له هو نتيجة القدر ، وأنه ليس بإمكانه تغيير ما يحدث له مهما فعل .

- (د)- العالم العادل :اعتقاد الفرد بأن الحياة في هذا العالم يحكمها العدل ، وأن كل ما يحدث له في هذه الحياة من مكافأة أو عقاب هو نتيجة عمله .
- (ه)- العجز:اعتقاد الفرد بأنه غير قادر وغير كفاء في الحياة فهو عاجز في الحياة الاجتماعية ، العلائقية ، العملية ، وأن أصدقاءه أقوى منه ، فهو ينظر الى نفسه أنه عاجز وغيره قادر وقوي .
- (ز)- العالم الصعب : اعتقاد الفرد بان البيئة المحيطة به صعبة ومعقدة ولا يمكن التحكم فيها .
- (ح)- الداخلية العامة :اعتقاد الفرد بأن ما يحدث له في حياته هو نتيجة أفعاله ، وأنه بإمكانه تقرير ما سيحدث له في حياته انطلاقا من أفعاله وسلوكه .
- (ط)- العالم المستجيب سياسيا : اعتقاد الفرد بأن ما يحدث له في بيئته هو نتيجة لقوى لها نفوذ وسلطة وبالتالي فانه ليس بإمكانه التأثير على الأحداث السياسية في بيئته .
- (ي)- الفرصة :اعتقاد الفرد بأن الحياة فرصة ، وكل ما يحدث له في حياته من أشياء ايجابية هو نتيجة للحظ والفرصة .(الخرندار ، 2000،ص ص ،11-12).

### 7) بعض خصائص وسمات الأفراد لمصدر الضبط الداخلي/الخارجي :

لقد أظهرت عدة دراسات أن الضبط الداخلي -الخارجي يرتبط ارتباطا وثيقا بالسلوكيات ، حيث أن أصحاب مصدر الضبط الداخلي لديهم خصائص خاصة تشجع على ظهور اتجاه (مصدر الضبط الداخلي) لديهم وكذلك فان أصحاب (مصدر الضبط الخارجي ) يتسمون بخصائص معينة تزيد من ظهور (مصدر الضبط الخارجي) لديهم.

حيث أشارت دراسة (شارمان 1998،Sharmann) التي هدفت إلى اختبار أثر مصدر الضبط على متغيرات التنبؤ لفهم طبيعة مادة العلوم ، لدى عينة تكونت من 135 معلما من معلمي المرحلة الابتدائية ، الى تفوق الأفراد أصحاب مصدر الضبط الداخلي على الأفراد أصحاب مصدر الضبط الخارجي في جميع متغيرات الدراسة (القدرة على التفكير المنطقي -معرفة محتوى العلوم- التحصيل الأكاديمي-الاستعداد الكمي). (عرايس،2003،ص 491)

لكن (ج فاريز J.Phares،1976) أشار إلى أن لكل فئة (أصحاب مصدر ضبط داخلي أو خارجي ) محاسن وعيوب حيث أن أصحاب مصدر الضبط الداخلي لا يتصفون كلهم بالفعالية والتفوق لأن البعض منهم يكونون متصلبين قاسين أخلاقيا أو محاصرين بمشاعر الفشل والخوف من



الإحباط وخيبة الأمل ، ويواجهون مشكلات الحياة بانفعال مبالغ فيه . كما أنهم لا يتعاطفون مع الآخرين الذين يكونون في حاجة الى مساعدة ، لأنهم يعتقدون ، الشخص الذي يواجه المتاعب لا بد وانه هو السبب في تلك المتاعب . وبالنسبة لأصحاب مصدر الضبط الخارجي ف لديهم مهارتهم النوعية التي لا تتوفر لدى أصحاب مصدر الضبط الداخلي . فهم يعتقدون أن الحصول على التعزيز يحدث شرط أن يكون في الوقت المناسب والمكان المناسب وأن تكون محظوظا . ( معمريه، 2009، ص15 ) .

وبينت الدراسات التحليلية لمصدر الضبط الصحي Rotter1966.Lefcourt 1966.joe

1971 أن الأفراد يختلفون في اعتقادهم لمصدر الضبط ، فمنهم من لديهم اعتقاد في مصدر الضبط الداخلي ومنهم من لديهم اعتقاد في مصدر الضبط الخارجي ، فأفراد مصدر الضبط الداخلي يبذلون محاولات جادة لضبط البيئة والسيطرة عليها بالانتباه للمثيرات المختلفة والبحث عن المعلومات المتعلقة بهم ، ولديهم القدرة على رؤية الاحتمالات والتوقعات ، في حين أن الأفراد أصحاب مصدر الضبط الخارجي يتميزون بالسلبية العامة وقلة المشاركة ، والافتقار إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على الأحداث ويفشلون في توقعاتهم لهذه الأحداث وبالتالي يتصرفون بأسلوب غير ملائم ( أبو ناهية، 1987، ص185) .

وفيما يلي خصائص وسمات كل فئة (مصدر ضبط داخلي -خارجي):

أ- بعض خصائص وسمات الأفراد أصحاب مصدر الضبط الداخلي :

(حذرين-يقظين -مسيطرين -مركزين على النجاح -لديهم الثقة بأنفسهم -بارعين أدكيااء.) ( Ozen

(,et al,p 115

بالإضافة إلى :

- البحث والاستكشاف للوصول إلى المعلومات ، ثم استخدام هذه المعلومات بفعالية للوصول الى للمشكلات التي تعترضهم في البيئة ، فضلا عن قدرتهم على استرجاع هذه المعلومات ومعالجتها بأشكال مختلفة .

- القدرة على تأجيل الإشباع ، ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم .

- المودة والصداقة في علاقاتهم مع الآخرين ،فهم أكثر حبا واحتراما من الآخرين ، وأكثر تعاونا ومشاركة للآخرين ، وأكثر توكيدية اتجاه الآخرين ،بالرغم من مقاومتهم لتأثيراتهم عليهم .
- العمل والأداء المهني ، حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذي يعملون فيه وبالبيئة المحيطة بهم،كما أنهم أكثر إشباعا ورضا عن عملهم .
- التحصيل والأداء الأكاديمي (ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي –أكثر تفتح ومرونة في التفكير – أكثر إبداعا –أكثر توقعا للإجابة الصحيحة –أكثر تحملا للمسائل والمشكلات الغامضة .)
- الصحة النفسية والتوافق (أكثر احتراما للذات –أكثر قناعة ورضا عن الحياة –أكثر ثقة بالنفس – أكثر طمأنينة –أقل قلقا-أقل إصابة بالأمراض النفسية .)(أبو ناهية ،1989،ص59)
- الطموح والتفوق في سبيل تحقيق النجاح والتحمل من أجل الوصول إلى الهدف.
- الميل إلى تقبل الأفكار والآراء التي تختلف مع أفكارهم وآرائهم ويقبلون العمل الوسط في المسائل أو القضايا المطروحة أمامهم ، ولا يميلون إلى التصلب في الرأي والاعتقاد.
- أكثر اهتماما بإمكانياتهموفشلهم .
- تحمل المسؤولية بصورة أكبر.

### ب- بعض خصائص وسمات الأفراد أصحاب مصدر الضبط الخارجي:

- (أقل حذر – متأثرين بأعضاء الفريق –يتأثرون بسهولة بقوى خارجية –أقل ثقة بالنفس-أداء غير مستقر)(Ozen .et al 116)
- بالإضافة إلى خصائص أخرى حسب (فوقية رضوان ونجوى خليل 1995)،(محمد المومني وأحمد الصمادي1995)،(موسى جبريل 1996)-(نبيل محمد زايد 2003)-ا (لجوهرة عبدالله الذواد2003 ) وهي كالتالي :

- الرضا بالواقع وعدم تقبل المخاطرة ولا توجد لديهم رغبة في التحمل والمثابرة .
- الشعور بالملل والتعب وعدم الراحة والتوتر النفسي .
- ضعف الدافعية للإنجاز وقلة الإنتاج.
- الميل إلى مقاومة الأفكار والآراء والتصلب في التفكير .

- انخفاض الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة .

- الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس والعصابية.

ويظهر جليا أن أصحاب مصدر الضبط الداخلي فعالين ونشطين في حين أن أصحاب مصدر الضبط الخارجي هم أفراد خاضعين.

### (8)- مصدر الضبط الصحي وعلاقته بتقبل العلاج:

يرى (Eachus.1991) أن مصدر الضبط الصحي يعتبر عامل وسيط في حدوث المرض كما تبين أن له أهمية في التنبؤ بقبول العلاج ومتابعته كما أنه عامل مساهم في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض ، كما أنه عامل دال في السلوك التفاعلي بين المريض والمشتغلين في مجال الصحي ( جبالي، 2007، ص15)

ويلعب مصدر الضبط الصحي دورا هاما في الوقاية أو الإصابة بالأمراض الجسدية المختلفة ، وذلك يتوقف على طبيعة مصدر ضبط الأفراد. إذ بينت عدة دراسات أن أصحاب مصدر الضبط الصحي الداخلي هم أكثر الأشخاص الذين يسلكون سلوكا صحيا وقائيا من غيرهم من ( أصحاب مصدر الضبط الصحي الخارجي) الذين يعتقدون في تأثير القدر أو الحظ أو الآخرين في مسارهم الصحي.

ولقد كانت هناك العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي و السلوك الصحي والتي توصلت في مجملها الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والسلوكات الصحية ، إذ أظهرت دراسة (Phares.1978) أن أصحاب مصدر الضبط الصحي الداخلي يبحثون دائما عن معلومات عن حالتهم الجسمية ويمتلكون مثل هذه المعلومات ، فهم أكثر ميلا الى الإقلاع عن التدخين والبحث عن طرق الوقاية لأسنانهم ويلبسون حزام السلامة عند قيادتهم لسياراتهم .ويقبلون على التطعيم الواقي من الأمراض ،ويقومون بالنشاطات التي تؤمن لهم سلامة جسمهم ، ويبدلون جهدا كبيرا للمحافظة على وزنهم ويمارسون أساليب منع الحمل الأكثر سلامة ( جبالي، 2007، ص61)

### خلاصة الفصل :

يعتبر مفهوم مصدر الضبط الصحي مفهوم فرضي يشكل متغيرا من متغيرات الشخصية ، وهو يرتبط ارتباطا وثيقا بادراك الفرد للعلاقة السببية الكامنة بين صحته والعوامل الخارجية (كالخطأ الصدفة ، الآخرون من الأطباء والعاملين في حقل الصحة ) . أو العوامل الداخلية التي تتحكم في صحته ومرضه ، فإذا اعتقد الفرد بأن العوامل الداخلية أو السلوك الفردي هو المسؤول عن صحته أو مرضه كان ذو مصدر صحي داخلي ، أما إذا اعتقد بأن الخطأ أو الصدفة أو الآخرون هم من يؤثرون على صحته كان ذو مصدر ضبط صحي خارجي .

ولمصدر الضبط الصحي دورا هاما في الوقاية والعلاج والتنبؤ حيث يساهم في الوقاية أو الإصابة من المرض الجسدي حيث أكدته عدة دراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي، وله دور في تقبل العلاج أو رفضه هذا من جهة ومن جهة أخرى له دور في المساعدة على التنبؤ بالحالة الصحية للأفراد.

الفصل الثاني :

المساندة الاجتماعية

## تمهيد

1. تعريف المساندة الإجتماعية
2. بعض النظريات المفسرة للمساندة الإجتماعية.
3. أشكال المساندة الاجتماعية
4. مصادر المساندة الإجتماعية
5. وظائف المساندة الإجتماعية
6. أهمية المساندة الاجتماعية في التقليل من حدوث المرض وتقبل العلاج
7. آليات المساندة الاجتماعية للمصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية
8. المصاب بالشلل النصفي وحاجته للمساندة الاجتماعية

## خلاصة الفصل

### تمهيد

تعتبر المساندة الاجتماعية كظاهرة قديمة قدم الإنسان، لكن كمفهوم تناوله الباحثون بالدراسة حديث نسبياً، حيث ترجع جذور مفهوم المساندة الاجتماعية إلى علماء الاجتماع من خلال تناولهم هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية عندما قدموا مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مفهوم المساندة الاجتماعية. (جيهان ، 2002 ، ص51)

1- تعريف المساندة الاجتماعية:

هناك تعريف كثيرة ومختلفة للمساندة الاجتماعية لاختلاف أنواعها ومصادرهما وبالرغم من ذلك فهي تشترك في تأكيدها على تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد في جميع صورها فقد عرفها ليفي بأنها: "إمكانية وجود أشخاص مقربين (أسرة، أصدقاء، زوجة، جيران) يحبون الفرد ويهتمون به ويقفون بجانبه عند الحاجة". (L eavey, 1983,pp 3,12)

ونرى أن هذا التعريف ركز على الحاجة للمساندة، ويعني هذا مدى حاجة الفرد للمساندة الاجتماعية من مصادر متعددة، بينما ركز تعريف سرافينو على المساندة المدركة فعرفها على أنها "إدراك الفرد للرعاية والتقدير والمساعدة من قبل الآخرين ذوي الأهمية في حياته أو من قبل المؤسسات". (Sarafino, 1994,p102)

ويعني ذلك المساندة كما يدركها الفرد ومدى الرضا عنها.

بينما (الشناوي وعبد الرحمن) جمعا بين الحاجة والإدراك للمساندة الاجتماعية حيث " هي تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها". (الشناوي و عبد الرحمن، 1994، ص4)

بينما عرفها كوهين وآخرون أنها "تعني متطلبات الفرد بمساندة ودعم البيئة المحيطة به، سواء أفراد أو جماعات تخفف من أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الفرد وتمكنه من المشاركة الاجتماعية الفعالة في مواجهة هذه الأحداث والتكيف معها". ( عبد السلام، 1997، ص210).

ونرى أن هذا التعريف ركز على المساندة الفعلية أو الواقعية، وتعني المساندة الاجتماعية كما يتلقاها الفرد بالفعل، ويلاحظها عن طريق المشاهدة من المحيطين. بينما ركز البعض الآخر على العلاقات الاجتماعية المتبادلة مثل ما ذهب إليه كابلان (Caplan) بأن المساندة الاجتماعية هي "النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها". (علي عبد السلام، 2000، ص9).



وعرفها أيضا ( كمال إبراهيم مرسى، 2000) بأن المساندة الاجتماعية يقصد بها مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان في مواقف يحتاج فيها إلى المساعدة و المؤازرة ، سواء كانت مواقف سارة ( نجاح، تفوق) أو مواقف ضارة ( فشل، تأزم) . ( مرسى، 2000، ص198).

ويرى كل من ( لو كيا الهاشمي وبن زروال فتيحة، 2006) المساندة الاجتماعية على أنها عبارة عن إحساس الفرد بأنه محبوب ومقدر وذو قيمة وأهمية وينتمي إلى شبكة اجتماعية بإمكانها تقديم المساعدة له إذا احتاج إليها ( لو كيا وبن زروال ، 2006، ص 94 ) .

انطلاقا مما سبق يمكن تعريف المساندة الاجتماعية بأنها :

إدراك الفرد أنه يوجد عدد من الأشخاص في حياته يمكن أن يلجأ إليهم عند الحاجة طلبا للمساعدة والدعم مثل الأسرة والزملاء وغيرهم سواء كانت هذه المساندة مادية أو معنوية بحيث يكون لدى هذا الفرد قدر من الرضا والارتياح عن هذه المساندة المتاحة. ويمكن أن نستنتج من جملة هذه التعاريف شروط المساندة الاجتماعية:

- تقدم من أشخاص مقربين للفرد.
- أن يدرك الفرد أنه يوجد أشخاص يمكن أن يرجع إليهم عند الحاجة.
- أن يكون لدى الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة.
- أن يكون مقدموا المساندة الاجتماعية ممن يثق بهم الشخص .
- أن تكون المساندة الاجتماعية المقدمة قادرة على تحقيق الأهداف التي من أجلها.
- أن تكون قادرة على توفير الحماية للشخص المقدمة له وقادرة على استعادة وتعزيز ثقته بنفسه.

### 2- بعض النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

يأتي التفسير المحتمل لآليات المساندة الاجتماعية من نظرية بولبي (Bowlby) لسلوك التعلق، وافترض بولبي أن الأفراد الذين يقيمون علاقات وروابط مع الآخرين يكونوا أكثر أمنا واعتمادا على أنفسهم من أولئك الذين يفتقدون مثل هذه الروابط، وحينما تعاق قدرة الفرد على إقامة علاقات وروابط مع الآخرين يصبح الفرد عرضة للعديد من المخاطر والأضرار البيئية التي تؤدي لعزله عن الآخرين. (علي عبد السلام، 2005، ص52)

ويرى في نفس السياق كل من جولد سميث والانسكي (JoldsmethAlansky) أن الفرد عرضة للألم من خلال الخوف أو الغضب أو الاحتياجات الجسمية، والذي قد يخلق أجواء غير مريحة له

ولذلك يسعى الفرد إلى الالتصاق بالآخرين من إشباع انفعالاته وتوفير الاحتياجات من أجل الحصول على الراحة، وهذه المقاومة هي صفة أساسية للتعلق. (راتر، 1992، ص14)

وسنعرض نظريات المساندة الاجتماعية وتفسيرها فيما يلي:

### 2-1- النظرية البنائية:

يشير كابلان وآخرون (1993) إلى أن أعلام المدرسة البنائية ركزوا على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمها، وتعدد مصادرها، وتوسيع مجالاتها، لتوظيفها في خدمة الفرد، ولمساندته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ووقايتها من آثار نفسية سلبية يواجهها في البيئة المحيطة. (Kaplou et al, 1993,P75)

ويرى دوك و سيلفر (Duck, Silver) أن الاتجاه البنائي في دراسته للمساندة الاجتماعية يقوم على افتراض أن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، كما تلعب دورا حيويا في تدعيم المواجهة الفعالية للأحداث الضاغطة دون آثار سلبية على الصحة النفسية لمتلقي المساندة. (Duck, Silver, 1995,pp 12,31)

### نقد النظرية :

لقد وجه علي عبد السلام بعض الانتقادات لهذه النظرية:

- إهمالها لدراسة شبكات التفاعلات الكبيرة التي تحيط بالمجتمعات الصغيرة.
- لم تصل هذه النظرية في دراستها لأبعاد المساندة الاجتماعية إلى نتائج صادقة.

### 2-2- النظرية الوظيفية:

يشير كل من دوك وسيلفر إلى أن المساندة الاجتماعية هي تلك المعلومات التي تؤدي إلى اعتقاد الفرد بأنه محبوب من المحيطين به وأنه محاط بالرعاية من الآخرين وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة، ويحس بالتقدير والاحترام من مصادر المساندة الاجتماعية القريبة منه، ويحس أيضا بواجباته والتزاماتها الاجتماعية مع المحيطين به. (Duck, Silver, 1995,p 31)

### نقد النظرية:

ولقد وجه الباحثان دوك وسيلفر بعض الانتقادات إلى النظرية الوظيفية من أهمها:

- فشل الباحثين في تحديد أي أنواع المساندة الاجتماعية يكون مفيدا للأفراد الذين يمرون بأحداث ضاغطة.
- لم يصل علماء هذه النظرية إلى تحديد أنواع ومصادر المساندة وملاءمتها للمواقف الضاغطة وأيضا تقديمها في الأوقات التي يحتاج إليها المتلقي حتى لا تمثل عبئا عليه، أو تسبب له الكثير من المشكلات النفسية.
- لم يدرج علماء هذه النظرية مفهوم "المدلول الشخصي" الذي يقوم على تفسير الفرد لأفعال واستجابات المساندة الاجتماعية لمعرفة قدرة الفرد على التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهة هذه الأحداث لتخفيف الآثار النفسية السلبية لها.

### 2-3- النظرية الكلية:

يشير كل من دوك وسيلفر إلى أن هذه النظرية تؤكد حاجة الفرد إلى المساندة الاجتماعية خاصة في المواقف الصعبة التي يمكن أن يمر بها الفرد، وتركز أيضا على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية والنظرية الكلية تهتم أيضا بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن هذه المصادر، وهذا الإدراك الكلي لمصادر المساندة الاجتماعية يشكل الأساس النظري لعدد من مقاييس المساندة الاجتماعية أهمها مقاييس إدراك المساندة الاجتماعية، حيث يرى ساراسون وآخرون أن الميزة الهامة لهذه المقاييس والخاصة بالمساندة المدركة تركز على الشعور بالقبول، والتقدير من الآخرين، وتقدم أيضا الأفعال المتعددة للمساندة الاجتماعية. (Duck and Silver , 1995,p 16)

### 2-4- نظرية التبادل الاجتماعي:

يرى ( Eleanor, 1990 ) أن هذه النظرية تتسم باتجاهها النظري الذي ينبىء بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة، وعادة ما يكون تقديم المساعدات المادية، والنفسية والأدائية متداخلة في العلاقات التبادلية بين الأفراد، ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة، خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة.

### 2-5- نظرية المقارنة الاجتماعية:

يشير علي حسن فايد نقلا عن بيونكوآزون أنه وفقا لوجهة نظر هذه النظرية أن الأشخاص قد يفضلون الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم، أو يفضلونهم، حيث أن هذا النمط من الاندماج

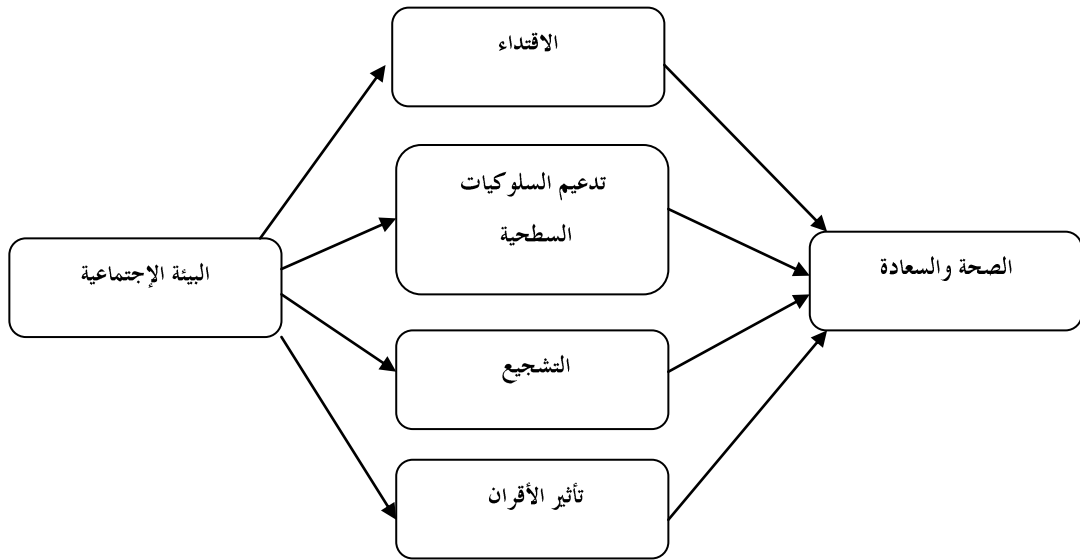
يقدم لهم تفاعلات سارة، ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم. ( فايد، 1998، ص 155 )

### 2-6- نموذج الأثر الرئيسي للمساندة :

هناك أثر عام مفيد للمساندة الاجتماعية على الصحة البدنية والنفسية يمكن أن تحدث لان الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الأشخاص بخبرات إيجابية، وهذا النوع من المساندة يمكن ان يرتبط مع السعادة حيث أنها توفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساسا بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بالذات، ويصور هذا النموذج للمساندة من وجهة نظر سسيولوجية ( علم الاجتماع ) على أنه تفاعل اجتماعي منظم، أو الانغماس في الأدوار الاجتماعية أما عن ناحية ( علم النفس ) المنظور السيكولوجي فإنه ينظر للمساندة الاجتماعية على أنها تفاعل اجتماعي واندماج اجتماعي، ومكافأة العلاقات ومساندة الحالة .

وهذا النوع من المساندة الخاصة بشبكة العلاقات الاجتماعية يمكن أن يرتبط بالصحة البدنية عن طريق آثار الانفعال على الهرمونات العصبية أو وظائف جهاز المناعة أو عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة .

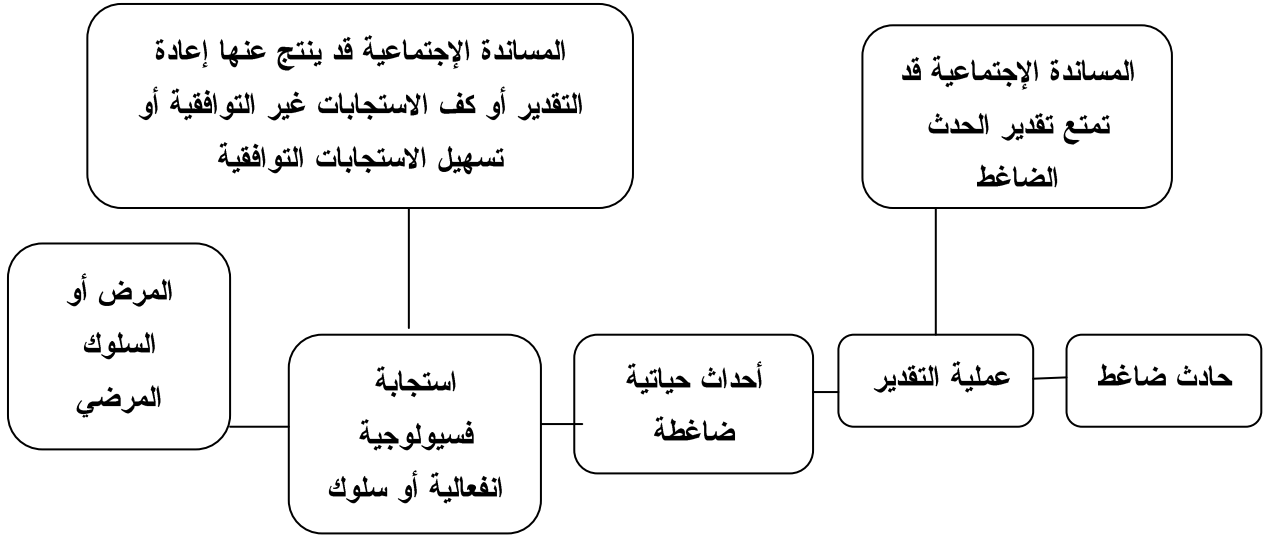
وفي الصورة القصوى فإن نموذج الأثر الرئيسي يفترض أن زيادة المساندة الاجتماعية يؤدي إلى زيادة تحسن أو طيب الحياة بصرف النظر على المستوى الموجود. ( محروس و السيد، 1994، ص 36-37).



النموذج رقم 6 : نموذج الأثر الرئيسي للمساندة الاجتماعية

نقلا عن ( شعبان جاب الله، عادل ، 2001، ص75 )

للضغط المدرك أو عن طريق تسيير السلوكيات الصحية السليمة ( هاوس 1981 )



النموذج رقم 7 : العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل المساندة الاجتماعية

نقلا عن ( محمد محروس، محمد السيد، 1994، ص ص 38-39 ).

7-2 - نموذج الأثر الواعي ( المخفف ) من الضغط :

يرى لازاروس ( 1966 ) ولزاروس ولوفير ( 1978 ) La rarus et Launier أن الضغط ( Strass ) ينشأ عندما يقدر شخص ما موقفا يتعرض له على أنه مهدد او ملح بينما لا تكون لديه الاستجابة المناسبة للتعامل وتشمل الآليات التي تربط الضغط بالمرض على سلسلة من الاختلالات للهرمونات العصبية او لوظيفة جهاز المناعة، وتغيرات مميزة من السلوكيات المتصلة بالصحة، او مجموعة من الاخفاق في الاهتمام بالنفس ويلاحظ أن التعريف الخاص بالضغط يربط بدقة بين الضغط المقدر ومشاعر انعدام القدرة وإمكان فقدان تقدير الذات.

إن الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية في هذه السلسلة يمكن تصويره في الشكل الآتي، وفي هذا الشكل تقوم المساندة الاجتماعية بنقطتين مختلفتين في هذا التتابع السبي الذي يربط بين الضغط والمرض .

النقطة الأولى :

يمكن للمساندة ان تنتقل بين الحدث الضاغط وبين رد فعل الضغط حيث تقوم بتحقيق او منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقوموا له الموارد والامكانات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة الموقف أو تقوى لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف ومن ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط .

النقطة الثانية :

أن للمساندة الاجتماعية المناسبة قد تدخل بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية ( باثولوجية) وذلك عن طريق تقليل أو استعاد رد فعل الضغط أو التأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية، وقد تزيل المساندة الأثر المرتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة حيث يحدث كبح للهرمونات العصبية بحيث الشخص أقل استجابة .

8-2 - نموذج أثر الوقاية من المشقة :

ويشير الشكل السابق إلى أن المشقة المرتفعة تمارس دورها في إحداث المرض في ظل المساندة الاجتماعية المنخفضة، أما في ظل المساندة الاجتماعية المرتفعة فإن تأثيرها يتبدد ويتوقف . ( جاب الله، حريري، 2001، ص75 ).

بعدما تعرفنا على النظريات لمفسرة للمساندة الاجتماعية نمر الآن إلى أنواع وأشكال المساندة الاجتماعية .

### 3- أشكال المساندة الاجتماعية:

يرى دوك Duck أنه يوجد نوعين من المساندة الاجتماعية هما:

- الفئة الأولى: وتتضمن المساندة المادية، ويقصد بها المساعدة على أعباء الحياة اليومية.
- الفئة الثانية: المساندة النفسية، وتشمل التصديق على الآراء الشخصية وتأكيد صحتها ودعم الثقة بالنفس.

ويشير دوك Duck إلى أهمية نوعي المساندة الاجتماعية، وحاجة الأفراد إليهما، وإن كانت الحاجة إلى كل منهما تتفاوت من ظرف إلى آخر، ومن علاقة معينة إلى أخرى. ( أبو سريع، 1993، ص64).

وينفق هاوس (1981) مع كوهين Cohen وويلز Wills في تصنيف المساندة الاجتماعية إلى:

- (أ) المساندة الانفعالية: والتي تظهر في تقديم الرعاية والتعاطف وتعميق الثقة بالنفس.
  - (ب) المساندة الأدائية: وتتمثل في تقديم المساعدات المادية والدعم في مجال العمل.
  - (ب) المساندة بالمعلومات: وتقوم على تقديم المعلومات المفيدة والمساعدة على حل المشكلات.
- ( عبد السلام، 2005، ص40).

ويصنف باريرا (Barera) المساندة الاجتماعية إلى:

1- مساعدة مادية: مساعدة نقدية، إعطاء أو إقراض أدوات.

2- تفاعل حميم: التعبير وتبادل المشاعر والأحاسيس.

3- يضحى: نصائح وتوجيهات.

4- تقديري: معلومات حول شخص الفرد.

5- مشاركة اجتماعية: نشاطات وترفيه.

6- مساعدة جسدية (عضلية): تقاسم المهام.

ويقسم (Michelle et Tridet) المساندة الاجتماعية إلى:

1- المساندة العاطفية (الوجدانية): التي تتضمن كل مشاعر الحب والعاطفة والثقة.

2- المساندة الأدواتية: (قرض مادي أو أدوات).

3- المساندة المعيارية: وتتضمن تقدير الجهد المبذول وتشجيع الهوية الاجتماعية للفرد وقيمه والإحساس بالانتماء إلى الجماعة.

4- المساندة المجتمعية: المشاركة في النشاطات والتعرف على أشخاص آخرين كذلك المرافقة الاجتماعية.

5- المساندة بالمعلومات: تتضمن النصائح والتوجيهات.

يرى كوب Cobb 1976. اربعة أشكال للمساندة الاجتماعية والتي تتمثل في :

أ- المساندة المعلوماتية ( le soutien informationnel ) : وتشمل المعارف، النصائح التوصيات، الاقتراحات لمختلف أوجه التعامل مع الموقف.

ب- المساندة المادية (le soutien matériel organisationnel) : وتنطوي على الدعم في موقف رقيق مثل تكريس وقت للأطفال خلال فترة الاستشفاء والمساعدة المالية المعدة للموضوع.

ج- المساندة الوجدانية ( le soutien émotionnel ) : وتشمل مشاعر الوفاية والأمن خلال اللحظات الصعبة وهي تسمح بالتبادل العاطفي مثلا في لحظة تشخيص مريض قريب من الموت .

د- المساندة التقديرية ( le soutien d'estime ) : وهي تتيح تهدئة الشخص ليظهر كفاءته وإمكاناته، مثلا في مراحل الشك انخفاض تقدير الذات . ( montoreuil Edoran,2006,P270 )

في حين يرى ( هاوس House، 1981 ) بأن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أشكال وهي:

1- المساندة الانفعالية : وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص ( أو يتوقع أن يتلقاها ) من الآخرين، والتي تنطوي على الرعاية والثقة والقبول والتعاطف والمعاوضة.

2- المساندة الأدائية : والتي تنطوي على المساعدة في العمل والمساعدة في المال .

3- المساندة بالمعلومات : والتي تشمل المساندة التي يتلقاها ( أو يتوقع أن يتلقاها ) الفرد من الآخرين .

من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة وتعلم مهارة تؤدي إلى حل مشكلة، وإعطاء معلومات يمكن أن تساعد في عبور موقف ضاغط .

د- مساعدة الأصدقاء : وهي تلك المساندة التي يتلقاها ( أو يتوقع أن يتلقاها ) الفرد من خلال ما يقدمه الأصدقاء لبعضهم البعض وقت الشدة . ( عبد الرزاق، 1998، ص16).



وقام ( Matrin 1986 ) بوصف أربع أشكال للمساندة الاجتماعية هي :

- 1- **مجموعة المساندة الحقيقية** : وهي النوع الذي يقدمه الأشخاص القادرون حقيقة على المساعدة في مواقف الضغط والأزمات عن طريق القيام بعمل ما، مثل اقتراض نقود أو المساعدة للانتقال من مكان لآخر، وحسب دراستنا بالنسبة للمصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية تكون مساعدتكم للانتقال من المنزل إلى قاعة العلاج الفيزيائي العكس.
- 2- **مجموعة الإمكانيات الاجتماعية المتوفرة** : وتنطوي على الأشخاص الذين بإمكانهم المشاركة في حفل عشاء أو رحلات.
- 3- **مجموعة المعلومات والتوجيه**: وتنطوي على الأشخاص الذين يعدون مصدرا للمعلومات المساعدة في حل المشكلة، وكذلك يمكنهم إعطاء التوجيه والنصح .
- 4- **المساندة الانفعالية** : وتنطوي على الأشخاص الذين يشعرون الآخرين بالحرية في التحدث إليهم بما يعانون من مشكلات وهم الذين يسمعون إلى الآخرين دون حرج.

ويشير زيمباردو (1988 Zimbardo) إلى أن مصادر المساندة الاجتماعية للفرد تشمل أفراد العائلة والأصدقاء وزملاء العمل والجيران، ويقدمون أنواع مختلفة من الدعم منها :

- **الدعم العاطفي الاجتماعي** : مثل الحب، الرعاية، الثقة، التعاطف والإحساس بالانتماء إلى الجماعة .
- **الدعم المعلوماتي**: مثل النصائح والتغذية الراجعة . الشخصية والمعلومات الضرورية . (الشقيرات وأبو عين .2001،ص62).

من خلال هذه التصنيفات نرى أن أنواع المساندة الاجتماعية متقاربة وتقريبا هي نفسها عند كل الباحثين وإن كان هناك اختلاف في المصطلحات والتسميات، لكن الاختلاف يكمن في إضافة (Barera) نوع آخر من المساندة هو (المساندة الجسدية ) وذلك بتقاسم المهام والذي غاب عن كل التصنيفات، لكن رغم ذلك لا تخرج كل التصنيفات على الصنفين التاليين:

- 1- **مساندة ملموسة**: (كالمساندة المادية والأدواتية).
  - 2- **مساندة غير ملموسة**: (كالمساندة الوجدانية، التقديرية) وهي مساندة معنوية.
- بعد أن تطرقنا إلى أنواع المساندة الاجتماعية نعرض الآن من أين تستمد هذه الأنواع المختلفة المساندة الاجتماعية أي ما هي مصادرها؟ (مصادر المساندة الاجتماعية).

#### 4) مصادر المساندة الاجتماعية:

تتنوع مصادر المساندة الاجتماعية في فاعليتها حسب الظروف المختلفة مكونة ما يسمى بالشبكات الاجتماعية أو شبكات المساندة وتتمثل في الأسرة، الأقارب، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل... إلخ ( عبد العاطي، 2003، ص22).

ويشير علماء النفس إلى وجود مصدرين أساسيين للمساندة الاجتماعية هما:  
أ) المساندة داخل العمل ويمثلها رؤساء العمل، زملاء العمل، المحيطين ببيئة العمل.  
ب) المساندة خارج العمل ويمثلها أفراد الأسرة، الأقارب، الأصدقاء، الجيران، وشبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في حياته اليومية. ( علي عبد السلام، 2005، ص2)

ويضيف دونكلشيتزر (DunkellSchetter) أن بعض مصادر المساندة الاجتماعية تكون أكثر ملائمة من المصادر الأخرى في مواقف معينة ومثال ذلك مرض السرطان الذين أكدوا من خلال المراحل العلاجية التي يمرون بها أن مصادر المساندة الاجتماعية التي يتلقونها من الفريق العلاجي في ظروفهم المرضية تكون أكثر ملائمة من أي مصدر آخر. ( عبد السلام، 2005، ص22)

ويحصل الفرد على المساندة إما:

- بشكل رسمي: إذا قام بتقديمها اختصاصيون نفسيون أو اجتماعيون مؤهلون في مساعدة الناس في الأزمات والنكبات والمشكلات إما عن طريق مؤسسات حكومية متخصصة أو جمعيات أهلية متطوعة، وتشمل المساندة الاجتماعية الرسمية (تقديم الإرشاد النفسي والاجتماعي في حل المشكلات وتقديم المساعدات المادية والمالية والعينية) للمتضررين بهدف التخفيف عنهم وموازرتهم.
- بشكل غير رسمي: من خلال مساعدات يحصل عليها الفرد من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران بدافع المحبة والالتزامات الأسرية الاجتماعية والإنسانية والدينية وتقدم المساندة الاجتماعية غير الرسمية بعدة طرق أهمها تبادل الزيارات والاتصالات التليفونية والمراسلات والتجمع في الأعياد والمناسبات، وتقديم الهدايا والمساعدات المادية في الأزمات والنكبات ( مرسي، 2000، ص198).

ويمكن أن نستنتج الفرق بين المساندة الرسمية وغير رسمية كما هو موضح في الجدول التالي :

5 ( الفرق بين المساندة الرسمية والغير رسمية :

المساندة الغير رسمية	المساندة الرسمية
- تكون من الزملاء والاسرة والجيران .	- مصدرها المؤسسات العمومية
- غير مهيكلة .	- والخاصة والوكالات .
- لا تحكمها قوانين .	- مهيكلة .
- مرونة في التعامل وتقديم المساندة للفرد	- تحكمها قوانين .
- تقدم جميع انواع المساندة ( المادية، المعنوية )	- دراسة الملفات والحالات قبل تقديم المساندة .
	- تركز على المساندة المادية

جدول رقم 01: يوضح الفرق بين المساندة الرسمية والمساندة الغير رسمية

وفي ضوء ذلك وحسب موضوع دراستنا يمكن أن يقسم ( الباحث) مصادر المساندة الإجتماعية إلى:

- **المساندة الإجتماعية المقدمة من الأسرة:** وهي الحصول على العون والمساندة من قبل الأسرة والشعور بالأمان النفسي لوجود الفرد بينهم وأنه محل ثقتهم.
  - **المساندة الإجتماعية المقدمة من المعالج (الفيزيائي الحركي):** الدعم الوجداني التقديري النصائحي المعلوماتي المادي الذي يتلقاه المصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ممن طرف معالجة (الفيزيائي الحركي) مع الشعور بالرضا من هذا الدعم المقدم له.
- بعد التعرف على مصادر المساندة الإجتماعية، يمكننا البحث عن الدور الذي تقوم به.

## 6) وظائف المساندة الاجتماعية:

### الدور الأول: دور إنمائي:

يتمثل في أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين، ويدركون أن هذه العلاقات موضع ثقة يسير ارتقائهم في اتجاه السواء، ويكونون أفضل في التمتع بالصحة النفسية من الآخرين الذين يفتقدون هذه العلاقات.

### الدور الثاني: دور وقائي:

ويتمثل في أن المساندة الاجتماعية لها أثر مخفض للنتائج السلبية التي تحدثها الحياة الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرون بأحداث ضاغطة أو مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث تبعاً لوجود مثل هذه العلاقات الودية ومقومات المساندة الاجتماعية كما وكيفا، وقد أضحى ذلك الدور معروفاً بالأثر الملطف للمساندة أو فرض التخفيض. ( عبد السلام، 2005، ص7)

### الدور الثالث: دور علاجي:

حيث أن إقحام الأسرة والأصدقاء في العملية العلاجية يشجع المريض على الالتزام بالعلاج، اهتمام محيط المريض بأدويته ومواعيد زيارته للطبيب وحميته الغذائية يساعد المريض على تقبل العلاج والالتزام به. (Julia Russell 2005)

وفي دراسة "بول" "تقبل العلاج عند الطفل المصاب بالربو" (De Blic 2007) جاء فيها أن وجود الأولياء وتكفلهم بطفلم المصاب بالربو ونصائح الطبيب وإرشاداته وحتى نوعية فحوصاته وعلاقته الجيدة بالطفل المصاب بالربو كلها عوامل تعزز من تقبل العلاج لديه.

## 7) أهمية المساندة الاجتماعية في التقليل من حدوث المرض وتقبل العلاج :

أغلب الدراسات بينت أن المساندة الاجتماعية تقلل من إمكانية حدوث المرض، وتسرع في حدوث الشفاء عند التعرض للمرض، وتقلل من معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض الخطيرة وهو ما يبدو واضحاً فيما يلي :

ففي دراسة حول أمراض البرد الشائعة قام عدد من المتطوعين الذين يتمتعون بصحة جيدة بتقديم تقرير عن ارتباطاتهم الاجتماعية مثل : إن كان لهم شريك حياة أم لا ووالدان على قيد الحياة وأصدقاء أو شركاء عمل، وما إن كانوا أعضاء في مجموعات اجتماعية أخرى مثل النوادي، تلا ذلك إعطائهم نقاطاً في الأنف تحتوي على واحد من نوعين من الفيروسات، وتم تتبعهم لمعرفة مدى تعرضهم للإصابة بأمراض البرد الشائعة . فلوحظ أن الأفراد الذين لديهم شبكة علاقات اجتماعية أكبر كانوا أقل ميلاً إلى تطوير أمراض البرد القاسية . ( تايلور، 2008، ص449).

وأشار ( بول مارتن، 2000 ) إلى نتائج بحث علمي رصين استمر مدة عشرين عاما والتي كشفت عن العلاقات الاجتماعية الداعمة للفرد تمكنه من صحة عقلية وجسمية طيبة صافية .  
( مارتن، 2000، ص116 ).

ولقد كشفت دراسة على 100 مريض أجريت لهم عملية زرع نخاع العظام مدى قوة العزلة تعامل ينذر بخطر الموت وقوة العلاقات الوثيقة تعامل للشفاء وقد تمثلت نتيجة الدراسة في أنه 54% من هؤلاء المرضى الذين شعروا بتعاطف شديد من زوجاتهم وأسرهم وأصدقائهم عاشوا عامين بعد نجاح العملية مقابل 20 % من المرضى الذين افتقدوا مثل هذا العون. ( جولمان، 2000، ص262 )  
ويذكر ( تيموثي ج ترولن 2007 ) أن الدراسات تشير إلى وجود ارتباط ايجابي بين الدعم الاجتماعي والنتائج الصحية الأفضل فعلى سبيل المثال تتبع ( ويليامس وزملائه Williamset al ، 1992 ) حوالي 1400 مريض يعانون من مرض الشريان التاجي لمدة تسع سنوات في المتوسط ووجد أن المرضى الذين كانت درجاتهم أعلى على مقياس الدعم الاجتماعي ( كالمتروجين والقادرين على منح الثقة للشريك العاطفي ) أظهروا نسبا أقل من الوفيات بصورة دالة أثناء فترة المتابعة، وقد ظلت هذه العلاقة قائمة حتى بعد ضبط المتغيرات الديموغرافية وعوامل الخطورة الطبية . ( تيموثي، 2007، ص777 ).

ويقول الدكتور ( ماجد عامر، 1996 ) أن أعراض السرطان ليست راجعة للمرض الحقيقي لكن راجحة إلى قلق المريض وفزع مما ألم به، ومن ثم فإن العلاج التديمي او بالمساندة في المنزل ضروري وهام لمساعدة المريض على التغلب على مرضه وترك أمره لله ( أبو النبيل، 1997، ص76 ).

ولعل أقوى دليل على أهمية الدعم الاجتماعي اكلينكيا ما توصلت إليه الدراسة التي أجريت على مجموعات من النساء المريضات بسرطان الثدي الخبيث أثناء علاجهن في كلية الطب بجامعة ستانفورد . فقد عاد السرطان وانتشر بعد العلاج الأول بالجراحة وكانت المسألة من المنظور الطبي مجرد وقت قبل موت المريضات بالسرطان المنتشر في أجسامهن لكن ( ديفيد شبيجل D.Spigel ) رئيس فريق هذه الدراسة أصابه الذهول للنتائج التي خرجت بها فقد عاشت النساء المصابات بسرطان الثدي المتقدم واللاتي يجتمعن أسبوعيا .

**8) آليات المساندة الاجتماعية للمصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية :**

وهذا من خلال الأساليب التي أوردها ( محمد بيومي خليل، 1996) في دراسة ( المساندة الاجتماعية وإدارة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضي إلى الموت ) .  
وذلك لكون الباحث يتفق معه حول هذه الأساليب .

**8-1- الطمأنة على الحالة الصحية للمصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية : الطمأنة**

لها دور بارز في تبديد مخاوف وقلق ( المصاب بالشلل النصفي تلعب دورا كبيرا في تقبله لوضعه وحالته، و يدعم ذلك بموقف المحيطين بالمصاب وذلك بإشعارهم له أنه بخير وفي تحسن مستمر وانه أفضل من حالات كثيرة بشكل يؤثر ايجابيا على حالته النفسية.

**8-2- تقوية أمل المصاب في الحياة : يداهم المصاب قلق العجز وحتى قلق الموت وبالتالي يرفض**

الحياة وينتابه اليأس والاكتئاب لذا وجب تقوية أمل المصاب في الحياة وتعريفه بان لكل داء دواء وأن الموت لا يرتبط بالمرض.

**8-3- تقبل الإصابة : الإصابة بالشلل النصفي في عمر متقدمة كدر وغم وخبرة سيئة مؤلمة، لذا**

فالمصاب يكون في حالة تستدعي الترويح بشكل يولد السرور أو على الأقل يخفف درجة الحزن وذلك بتقديم نشاطات سارة .

**8-4- الزيارة : من طرف المقربين ( المحبوبين من طرف المصاب )**

إن الزيارة دعم نفسي اجتماعي للمصاب، فهي تأكيد للاهتمام وتجميع للأحبة، خلق لجو طبيعي للألفة إشعار بالتواصل الاجتماعي والمشاركة الوجدانية .

**8-5- الدمج الاجتماعي : يعد الدمج بصفة عامة حتمية لأي فرد من ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك**

لتحقيق الرضا النسبي لهؤلاء، وبالتالي دمج المصاب بالشلل النصفي مع المجتمع وذلك حتى لا يشعر أنه معزول اجتماعيا فتزداد لديه مشاعر الإحساس بالوحدة النفسية الاجتماعية، وبعدم المرغوبية الاجتماعية مما يزيد من يأسه واكتنابه، ويضيف إلى اعتلاله البدني اعتلالا نفسيا.

مع صديقاتهن ضعف عمر المريضات الآتي واجهن المرض وحدهن فقد كانت نساء المجموعة الأولى معتادات على الذهاب إلى مجموعة من النساء يستطعن التخفيف من آلامهن بفهم مختصهن ولديهم الرغبة في الاستماع إلى مخاوفهن وآلامهن وغضبهن، وكانت اللقاءات هي المكان الوحيد الذي يستطعن فيه التنفيس عن انفعالاتهن بلا تحفظ لأن الأخريات يخشين التحدث معهن حول مرض السرطان وتوقع قرب وفاتهن . ( لوكيا وبن زروال، 2006، ص97).

**(9) المصاب بالشلل النصفي وحاجته للمساندة الاجتماعية :**

يرى الباحث أن حاجة المصاب بالشلل النصفي للمساندة الاجتماعية ترجع لعدة أسباب منها :

9-1 أن هذا النوع من الإصابات قد لا يظهر في سن مبكرة .

9-2 أن هذا النوع من الإصابات مفاجئ يأتي بغتة، فلا يتهيأ انفعاليا لاستقباله أي شخص.

9-3 أن المصاب بالشلل النصفي يجد صعوبة في التكيف مع حالته ووضعته وعلاجه مثل الالتزام

بنظام غذائي وعلاجي محدد .

9-4 أن هذه الإصابة يترتب عليها مدى واسع من الآثار الجسمية والنفسية والاجتماعية .

خلاصة الفصل :

المساندة الاجتماعية وإن اختلفت تعريفاتها وتعددت فبشكل عام هي تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد في جميع صورها ( انفعالية، تقديرية، أدائية وإجرائية، مالية، معلوماتية ) من خلال المصادر المتاحة ( كالأسرة، المعالج، الأصدقاء، الجيران ... ) . وتنوع هذه المصادر في فاعليتها حسب الظروف، وتكون هذه المساعدات إما بشكل رسمي إن قام بتقديمها مؤسسات عمومية أو خاصة وقد تكون بشكل غير رسمي إن كانت من خلال ( الأسرة، الأصدقاء، الجيران ... ) والمصادر المتاحة للمصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية تتركز على ( الأسرة، المعالج الفيزيائي الحركي ) . وللمساندة الاجتماعية عدة وظائف تقوم بها وهي ( إنمائية، وقائية، علاجية ) . ولها أهمية بالغة في التخفيف من حدة الإصابة أو المرض والإسراع في الشفاء لدى المرضى .



الفصل الثالث :

تقبل العلاج

( الفيزيائي الحركي )

## تمهيد

1. تعريف تقبل العلاج/عدم تقبل العلاج
2. بعض النظريات المفسرة لتقبل العلاج
3. عوامل تقبل العلاج:
4. قياس مستوى تقبل العلاج
5. العلاج الفيزيائي الحركي
7. مفهوم العلاج الفيزيائي الحركي
8. أهداف العلاج الفيزيائي و مجالات العلاج الفيزيائي الحركي
9. تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

## خلاصة الفصل

### تمهيد :

يتطلب أي مرض أو إصابة في أحد أجزاء الجسم علاج مستمر أو متابعة طبية معينة وفرض قيود على النشاطات للسيطرة على الوضع أو لمنع المضاعفات مع ذلك فإن معظم المرضى يفشلون في متابعة التوصيات الموصوفة ما يعرضهم للخطر، ويعتبر تقبل العلاج أحد السلوكيات المهمة الذي يساعد في السيطرة على الأعراض أو المرض أو حدوث مضاعفات.

فما هو مفهوم تقبل العلاج وما هي النظريات المفسرة له وما هي أسباب تقبل العلاج وأنواعه وما هي العوامل المساعدة على تقبل العلاج وكيف يكون تقبل العلاج الفيزيائي الحركي للمصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية، كل هذا سنتناوله في هذا الفصل.

## 1- تعريف تقبل العلاج/عدم تقبل العلاج:

أ- **التعريف اللغوي:** يقابل كلمة تقبل بالفرنسية (Observance)

وتقبل العلاج (Observance Thérapeutique) ولقد اقترح الأطباء الفرنسيين ترجمة الكلمة تقبل بـ(Observance) والتي يعرفها (le petit Robert) بـ "عملية الالتزام أو ممارسة بقاعدة ما من الناحية الدينية، الطاعة للحكم أو القاعدة. (Alain Bottero 2002,p 9)

أما قاموس La rousse فيعرف كلمة (Observance) بـ "اتباع تعليمية، عادة، سلوك، التقيد بقواعد توجيهية" (La rousse 1990).

وبالتالي احترام التعليمات والتوجيهات التي يحددها المعالج.

## ب- التعريف الاصطلاحي:

تنوعت تعاريف تقبل العلاج فمنهم من اعتبر تقبل العلاج هو التزام المريض بالدواء فقط، ومنهم من اعتبره التزاما بالدواء والاستشارات والتعليمات الطبية معا. وسنتناول هنا مجموعة من التعاريف:

- يعرف (Hoynesetal 1979) تقبل العلاج: "مدى توافق سلوك المريض مع

التوصيات الصحية والطبية (من حيث تناول الأدوية وإتباع الحمية أو تغييرات أخرى

تخص نمط الحياة)". (Anthony James curtis, 2001,p 77).

- ويعرفه (Morris et Schelz) "بأنه درجة إتباع المريض للتوصيات الطبية فيما يتعلق

بالنظام الغذائي، ممارسة الرياضة أو الدواء". (AurélicGauchet, 2008,p 22).

وتعرفه المنظمة العالمية للصحة بـ "مدى إتباع المريض للتعليمات والإرشادات الطبية" ( OMS, )

(2003).

وبالتالي اختلفت وتنوعت التعاريف حسب الاستعمال، وعليه في الواقع يجب أن ندرك كل توجيهات المعالجين ( طبيب، معالج فيزيائي ) يجب إتباعها وليس فقط الأدوية مثل (الجرعة اليومية،

ومدة العلاج) المنصوص عليها ولكن أيضا توصيات أخرى مثل تلك التي تتعلق باتباع حمية أو ممارسة نشاط بدني يومي أو السيطرة على الوزن أو نسبة السكر.

وفي دراستنا يرى الطالب الباحث أن المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية يكون تقبل العلاج بمجرد الحفاظ على مواعيد الزيارات للمعالج الفيزيائي بانتظام وأداء حركات إضافية مكتملة قبل وبعد زيارة المعالج الفيزيائي الحركي.

## 2- تعريف عدم تقبل العلاج:

حسب (J. deBlic) لا يوجد هناك تعريف محدد لعدم تقبل العلاج، إنما هناك أخطاء في تقبل العلاج، أو أشكال عدم تقبل العلاج وهي:

1- عدم تقبل العلاج غير المستقر (الغير منتظم) Non Observance erratique: ويتعلق بنمط الحياة وظروف الحياة اليومية وتداخلاتها.

2- عدم تقبل العلاج الغير متعمد أو (اللاوعي) Non Observance inconsciente: يكون فيما يخص التعليمات والوصفات الطبية كالاستعمال الخاطئ للأدوية والأجهزة والفهم الخاطئ لتعليمات المعالج.

3 عدم تقبل العلاج المتعمد Non Observance délibérée: الذي يتمثل في إنكار المرض والعلاج، الخوف من الآثار والمضاعفات الجانبية للأدوية.

وهناك أنواع أخرى من عدم تقبل العلاج يوضحها الجدول التالي:

نوع عدم تقبل العلاج	الخصائص
التوقف الكلي	أشد أنواع عدم تقبل العلاج حدة - الأكثر ملاحظة
التوقف الوقتي	- سلوك متعمد من طرف المريض (مثلا خلال عدة أسابيع) - أكثر صعوبة للقياس من طرف المعالج
النسيان	- السلوك الأكثر شيوعا وصعب الملاحظة من طرف المعالج - معظم المرضى ينسون أدويتهم دائما أو أحيانا
الجرعات مجتمعة	- سلوك أقل شيوعا - أخذ كل الأدوية دفعة أو دفعتين يوميا بدل ثلاث مرات

جدول رقم ( 02 ): أنواع عدم تقبل العلاج حسب دراسة كلينيكية

(Munzerberger, Souville, Mo atti, 1996)

(aurèlie gauchet,2008,p23)

### 3- بعض النظريات المفسرة لتقبل العلاج:

هناك نظريات كثيرة تفسر تقبل العلاج، ويمكن أن نركز على النظريات التالية:

#### 3-1 - النموذج المعرفي: طور (Ley 1989-1981) فرضية النموذج المعرفي لتقبل العلاج

والتي مفادها أنه يمكن التنبؤ بتقبل العلاج من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة، فهم المعلومات المعطاة والتذكير بالمعلومات.

- رضا المريض: درس (Ley 1988) مدى رضا المريض عن الفحص الطبي واستعرض 21

دراسة للمرضى في المستشفى ووجد أن 41% من المرضى غير راضين عن علاجهم و 28% غير

راضين عن المعاملة العامة. وجد في الدراسة التي قام بها (Ley 1988, Hoynes et al 1979) أن

مستويات رضا المرضى تتوافق مع نوعية الاستشارة ولاسيما الجوانب العاطفية (الدعم العاطفي والتفاهم) الجوانب السلوكية (التفسير الكافي، وصف الأدوية) الكفاءة (التشخيص، ملائمة الإحالة)

للقائم على الرعاية، ويذكر Ley أن الرضا يرتبط كذلك بمحتوى الفحص وأن المرضى يريدون معرفة أكبر قدر من المعلومات الممكنة وبرى (Sola et al, 2002)) أن استخدام النكتة والفكاهة أثناء الفحص يزيد من رضا المريض، وبالتالي فرضنا المريض يرتبط بتقبل النصيحة المعطاة والعلاج حسب ما أشارت إليه عدة دراسات .

**- الفهم:** اختبرت دراسات عديدة مدى فهم المرضى لمضمون الاستشارة الطبية قام Boyle سنة 1970 باختبار مدى معرفة المرضى لتعريف الأمراض المختلفة، وذكر أنه عند إعطاء فقط 85% يعرفون بشكل صحيح التهاب المفاصل 77% يعرفون بشكل صحيح اليرقان، 52% يعرفون بشكل صحيح الخفقان و 80% يعرفون بشكل صحيح التهاب الشعب الهوائية كما بحث Boyle عن تصورات المريض لموقع الأجهزة ووجد أن فقط 42% يعرفون موقع القلب بشكل صحيح، 20% يعرفون موقع المعدة بشكل صحيح و 43% يعرفون مرقع الكبد بشكل صحيح ويشير هذا بشكل واضح إلى تدني فهم الاستشارات.

فإذا كان المعالج يقدم النصح للمريض ويوحي له بإتباع برنامج علاجي خاص فيما لا يفهم المريض أسباب المرض، موقع الجهاز المصاب والعمليات التي ينطوي عليها العلاج، فإن هذا النقص في الفهم من المحتمل أن يؤثر على تقبل النصيحة.

**- التذكر:** فحص الباحثون أيضا عملية استرجاع المعلومات المقدمة خلال الفحص الطبي، درست Bain (1977) عينة من المرضى، فوجدت أن 37% منهم لا يتذكر اسم الدواء، 23% لا يذكرون عدد الجرعات و 25% لا يمكنهم تذكر مدة العلاج، وفي دراسة تحليلية حول تذكر معلومات الفحص الطبي وجد (Ley 1981-1989) أن التذكر يتأثر بالعديد من العوامل، على سبيل المثال (القلق، المعرفة الطبية، المستوى الفكري)، كما خلص إلى أن التذكر ليس له علاقة بعمر المريض على عكس بعض التوقعات التي تقر بتأثير الشيخوخة على الذاكرة ( Jameogden, ) (2007)

يرى Ley 1982 أن للرضا تأثير مباشر على الالتزام أما الفهم والتذكر فلهما تأثير غير مباشر عبر تأثيرهما على رضا المريض كما يمكن أن يكون لهذه العوامل الثلاثة تأثير مباشر على الالتزام بالعلاج. (JulliaRussel, 2005,p 104)

ويمكن إدراج أهم ما يتعلق بهذا النموذج في الجدول الموالي:

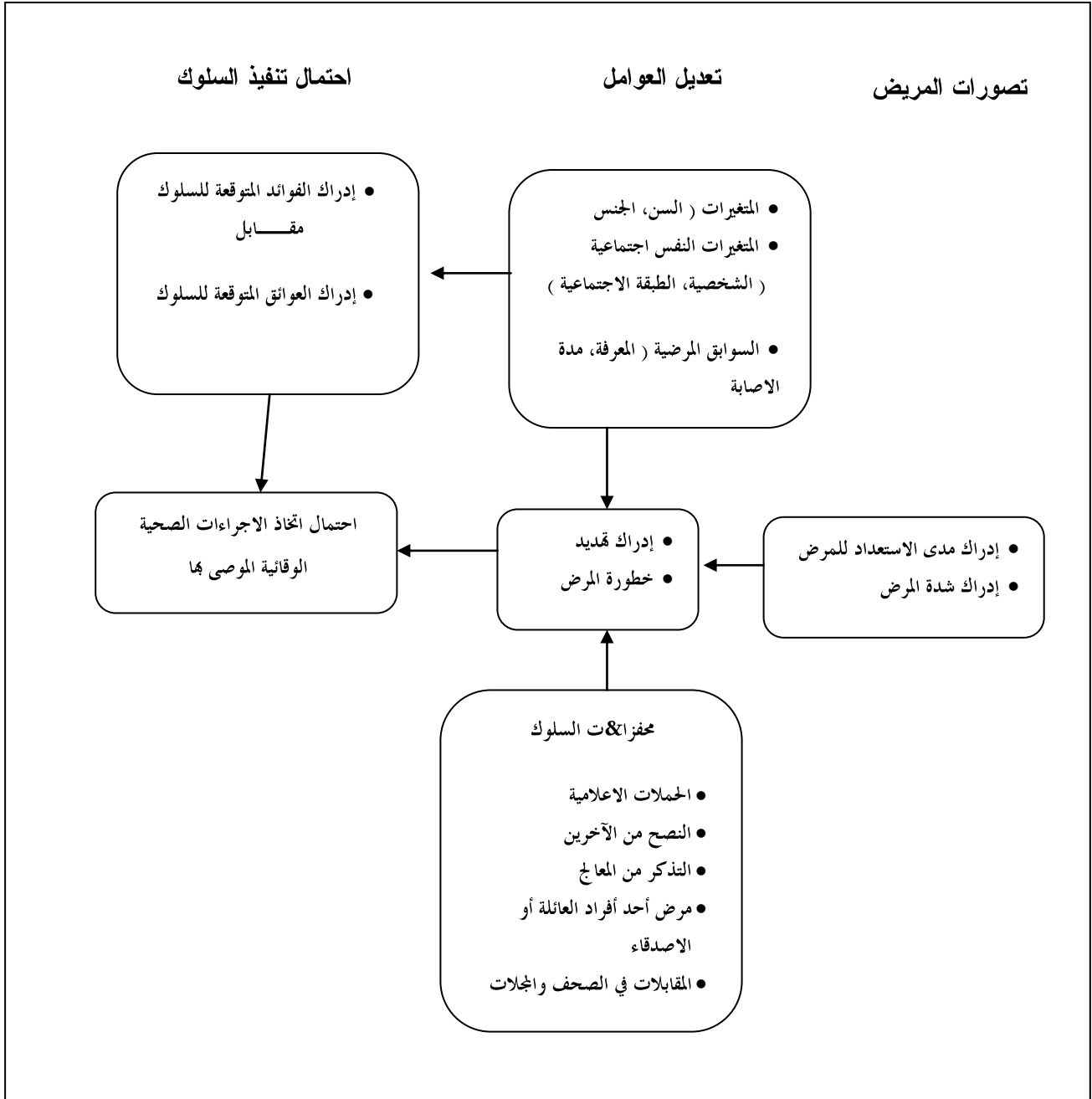
<p>الفهم: - كثير من المرضى لا يفهمون المعلومات التي تقدم لهم بحيث لا يمكنهم الالتزام بها.</p> <p>- تحسين الفهم لا يرتبط دائما بتحسين الالتزام.</p>
<p>الرضا: - عندما يكون المريض راض يميل إلى أن يكون ملتزما.</p> <p>- الرضا والاتصال الفعال يرتبطان بالمعالجين.</p>
<p>التذكر: - لا يمكن للمريض الالتزام عندما لا يمكنه تذكر المعلومات.</p> <p>- تذكر المعلومات يختلف حسب نوعها - تذكر النصائح المتعلقة بالأدوية أحسن منها المتعلقة بالحمية أو التمارين.</p> <p>- تكرار عدد العوامل تؤثر على قدرة المريض في التذكر: كثرة المعلومات، استخدام المصطلحات، أفكار غير مألوفة</p>

جدول رقم ( 03 ): يلخص أهم النقاط المتعلقة بالنموذج المعرفي

### 3-2- نموذج القناعة الصحية:

يعتبر هذا النموذج من بين النماذج النظرية الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، إذ يعتمد عليه تفسير الممارسات الصحية الوقائية، حسب هذا النموذج فإن احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، وينفذ السلوك الوقائية عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعين ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك عالي وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك معتبرة والشكل التالي يوضح ذلك:



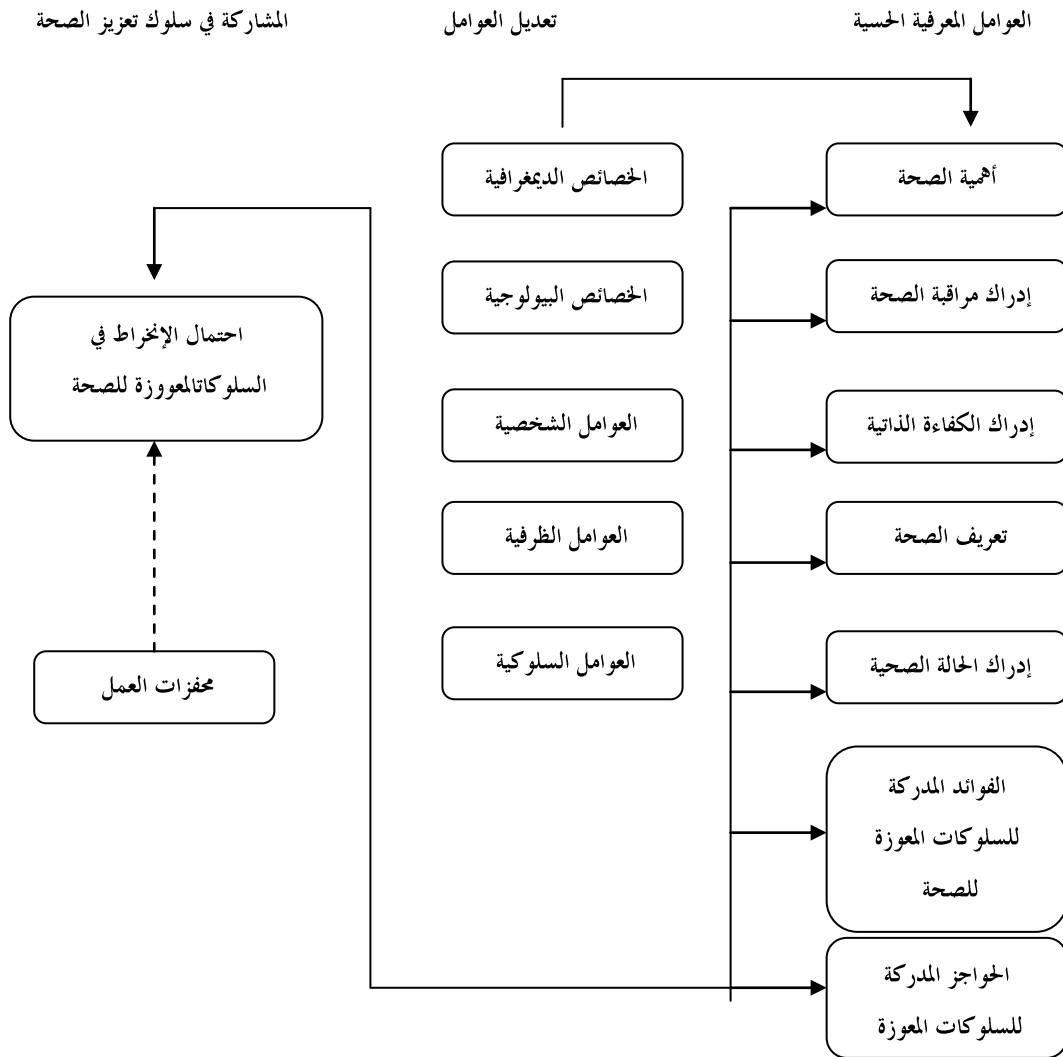


نموذج رقم ( 8 ) نموذج المعتقد الصحي السلوك الصحي الوقائي

( Ilene Morof et al , 2006, p 224 )

### 3-3- نموذج تعزيز الصحة:

نموذج للتمريض اشتق من نموذج المعتقدات الصحية (Pender 1996) يعرف بندر الصحة بوصفها هدف ويعتقد أن الرغبة في الصحة تؤدي إلى الاشتراك في الأنشطة التي تعزز الصحة وقد نظم بندر المفاهيم في إطار الخصائص الفردية والخبرات، السلوك المدرك، نتائج السلوك والشكل التالي يوضح ذلك:



نموذج رقم ( 9 ) : المشاركة في سلوك تعزيز الصحة

( IleneMorof et al , 2006,p 227 )

### 4-3 - نموذج مراحل التغيير:

ولقد قام Prochaska و Diclemente سنة 1983 بتطوير نموذج مراحل التغيير، حيث يهدف إلى دراسة وتوقع عملية التغيير، ويضم هذا النموذج ثلاث ثوابت: مراحل التغيير، عملية التغيير، ومستويات التغيير.

والفرضية الأساسية لهذا النموذج أن الأفراد يمرون في مراحل مختلفة عند رغبتهم في تبني سلوكيات صحية معينة، مع أو دون مساعدة وتعتبر عملية التغيير دوامة من الانعكاس والسلوك الصحي ووضع الفرد في موقف للانتقال إلى الخلف لتأمل السلوك الصحي، كما يعتبر هذا النموذج أن الفعالية الذاتية وصنع القرار من العوامل الرئيسية في عملية التغيير، ولكن هذه العوامل تؤثر في مراحل مختلفة من عملية التغيير، وتشمل مراحل التغيير ما يلي:

- مرحلة ما قبل الوعي: لا نية لتغيير السلوك.
- مرحلة الوعي: النظر في الإجراءات المستقبلية.
- مرحلة ما قبل التنفيذ: وضع جدول زمني والتخطيط للتنفيذ.
- مرحلة التنفيذ: الانخراط في تغيير السلوك.
- مرحلة الاحتفاظ: اعتماد التغيير، تجنب الانتكاس.

تم تطبيق هذا النموذج في البداية لعلاج سلوك الإدمان، وقد كانت الرؤية محدودة فيما يخص تطبيقه في الالتزام بالعلاج في الأمراض المزمنة وقد تم اعتماد هذا النموذج سريريا في سلوكيات صحية مختلفة دون وجود قاعدة من الأدلة الداعمة، وقد تم تطبيقه في العقد الماضي على الألم، الربو المزمن/ الاكتئاب/ الفشل الكلوي، تشير دراسات الالتزام أن هذا النموذج يطبقه للشروع في سلوك جديد، لكن لا يتم الاحتفاظ بالالتزام على المدى البعيد، لذا هناك حاجة للمزيد من البحث لتطبيق هذا النموذج سريريا.

### 3-5- نموذج الإدارة الذاتية:

تشير الإدارة الذاتية إلى "القدرة الوقائية أو العلاجية للمختصين في الرعاية الصحية (Holroyeetcréer, 1986 préface) وينطوي تعلم مهارات وسلوكات جديدة، بدأ السلوك الجديد يعتمد على افتراضات معينة: أن يكون للفرد دافع للتغيير، فقط الفرد وحده يمكنه أن يغير من سلوكه، والسلوكات الصعبة لا يمكن رصدها إلا من قبل الفرد وحده دون غيره، وتترجم هذه الافتراضات إلى ثلاثة خطوات:

- الرقابة الذاتية والتي تنطوي على اهتمام متعمد لسلوك الفرد.
- التقييم الذاتي وذلك بمقارنة السلوك المطلوب والسلوك الفعلي وتقييمه.
- تعزيز الذات حيث يحفز الفرد نفسه لتصحيح أي اختلاف في السلوك وإحداث التغيير، ولكن هذا يعتمد أيضا من حيث التعزيزات لردود الفعل العاطفية، المعرفية خلال التقييم الذاتي.

وتعتبر الإدارة الذاتية أساس مهم لتنفيذ المهام المتعلقة بالأمراض المزمنة إذ يصف Lorige 1999 فعالية برنامج الإدارة الذاتية التي استهدفت مجموعة متنوعة من الأفراد المصابين ب: القلب، الرئة، الجهاز العصبي أو العضلي، في 952 من المشاركين خلال سبعة أسابيع، تم تخفيض العجز وإظهار لحسن في التحكم بأعراض المرض. (IleneMorof et al, 2006,p 228)

### 3-6- النظرية الإجتماعية المعرفية لبندورا:

وتتعلق هذه النظرية بالفعالية الذاتية، فكما سبق الإشارة على المرء أن يكون على ثقة بأنه قادر على أداء سلوك معين ويسمى هذا الاعتقاد بالكفاءة، أو الفعالية الذاتية، تعتبر الفعالية الذاتية نتاج كل من فعالية التوقعات (تصور الفرد حول قدرته أو قدرتها على تحقيق مستوى معين من الأداء) وتوقعات النتائج (تقييم الفرد للنتائج المحتملة لسلوك معين). (Hoyden B. ET AL , 2006,p

15)

حيث تشير هذه النظرية إلى أن التغيير في السلوك مبني على اعتقاد الشخص بأنه يمكن أن يكمل بنجاح السلوك المطلوب. هذا الاعتقاد ضروري ليكون الشخص على استعداد للانخراط في سلوك

معين، على سبيل المثال يمكن أن يشعر الشخص أنه عرضة للمرض، يفهم كيفية تغيير سلوكه ليكون أكثر صحة، يعتقد أن السلوك الجديد سيقبل من احتمال وقوع المرض، ويشعر بدعم من البيئة الإجتماعية، مع ذلك إذا كان الشخص يفتقر إلى قناعة في قدرته على التغيير فإنه حسب النظرية الإجتماعية المعرفية يتوقع أن لا ينجح هذا الشخص في أداء السلوك.

فيما يتعلق ببناء معتقد الشخص عن قدرته على التغيير أو ما يسمى (الفعالية الذاتية) وتعديلها من خلال أربع مصادر للمعلومات:

- الأداء أو تحقيق النجاح في المهام السابقة.
- التقليد أو مراقبة الغير ينفذ المهمة.
- الإقناع اللفظي.
- الحالة الفيزيولوجية مثل القلق والاسترخاء.

تتنبأ النظرية الإجتماعية المعرفية بتأثير الفعالية الذاتية على الالتزام بالعلاج وتقبله، وذلك بطرق متعددة، بما في ذلك الاختيار المباشر للسلوك، الأفكار، ردود الفعل العاطفية وأداء السلوك.

### 4-عوامل تقبل العلاج:

هناك العديد من العوامل التي تتدخل في عملية تقبل العلاج وسنركز في بحثنا على عوامل تقبل العلاج حسب المنظمة العالمية للصحة.

### 4-1-عوامل تقبل العلاج حسب المنظمة العالمية للصحة (OMS):

تتلخص عوامل تقبل العلاج حسب (2003) OMS في العوامل التالية:

- عوامل مرتبطة بالدواء والعلاج.
- عوامل مرتبطة بالمعالج أو الخلية الطبية.
- عوامل مرتبطة بالمريض.

### العوامل المرتبطة بالعلاج:

والتي تتمثل في:

- الآثار الجانبية للدواء.

- فشل المعالجة السابقة (تغيرات دخيلة في النظام العلاجي المتبع سابقا).
- عدد مرات تناول الدواء في اليوم:

دراسة أظهرت العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء في اليوم، وبين عدد المرضى المتقبلين للعلاج فكانت النتائج كما يلي: (De Blic):

عدد مرات تناول الدواء	نسبة المرضى المتقبلين للعلاج
4 مرات	18%
3 مرات	34%
مرتين	71%

جدول رقم ( 04 ): دراسة حول العلاقة بين عدد مرات تناول الدواء وبين عدد المرضى المتقبلين

#### للعلاج.

أي أنه كلما نقصت عدد مرات تناول في اليوم، كلما زادت نسبة تقبل المريض لعلاجه.

\*طرق تناول استخدام الدواء:

بينت دراسة أن المرضى الذين يستخدمون دوائهم عن طريق الفم (Voieorale) يظهرون تقبل كبير للعلاج مقارنة بالمرضى الذين يستخدمون الدواء عن طريق

الاستنشاق (Voiealrolée) (De Blic,2007,p 422)

\*طول مدة العلاج:

ففي إطار تجربة إكلينيكية على أطفال تراوحت أعمارهم بين سن (7-16 سنة) حول العلاقة بين مدة العلاج، كانت النتائج كالتالي:

مدة العلاج	نسبة الأطفال المتقبلين للعلاج
3 أشهر	%77
9 أشهر	%54
27 شهر	%48

جدول رقم ( 05 ) : دراسة حول العلاقة بين مدة العلاج وبين نسبة تقبل العلاج

أي أنه كلما طال مدة العلاج كلما نقصت نسبة تقبل العلاج للأطفال.

#### 4-2- عوامل مرتبطة بالمعالج:

تقرير OMS 2003 أشار إلى أن نوعية العلاقة بين المعالج والمريض من شأنها أن تفرز من عملية تقبل العلاج عند المريض وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في عملية العلاج أي شريك وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض حول الحمية الغذائية ونظام التغذية وحول اختيار الوسائل العلاجية البديلة.

ففي دراسة على 2509 مريضا مصابا بالربو من بينهم 721 طفلا، حول تقبل هؤلاء المرضى

للدواء المستنشق فكانت العوامل المفروزة لتقبل هذا الدواء هي (De Blic.2007.p 421)

- طبيعة الشروحات المقدمة من طرف المعالج فيما يخص الخطة العلاجية.
- الوقت المستغرق في عملية الفحص.
- إحساس المريض بأن المعالج أشركه في عملية إختيار الدواء وطريقة استخدامه.
- إنتظام الزيارات.
- الشروحات المقدمة من طرف المعالج حول الآثار غير المرغوب فيها للدواء.
- التكلم مع المريض حول الصعوبات التي تواجهه في تناول الدواء بطريقة غير تأنيبية.

فنوعية العلاقة بين المعالج والمريض يجب أن تحوي عنصرين أساسيين حتى تكون درجة تقبل المريض للعلاج عالية وحتى يتفادى المضاعفات المرضية .

العنصر الأول : اشراك المريض :

اثناء عملية الفحص والتشخيص، وذلك من خلال إعطاءه معلومات حول المرض وحول الدواء وحول الخطة العلاجية التي ستتبع .

العنصر الثاني : التفاوض مع المريض :

وذلك حول السلوكات والأنظمة الجديدة التي سيتبعها المريض .

**3-4- عوامل مرتبطة بالمعالج ( المريض ) :**

من بين هؤلاء نجد :

▪ المرض في حالات عدم الاستقرار ( تفكك أسري، بدون عمل، مشاكل اقتصادية ) فإنهم يظهرون صعوبات في عدم تقبل العلاج .

▪ سن المريض: كلما تقدم المريض في السن كلما نقص تقبله للعلاج ففي دراسة لـ Gidson

حول العلاقة بين سن المريض وبين نية تقبله للعلاج كانت النتائج كالتالي ( de

blic,2007,p421 )

▪ الرضيع : 77 % .

▪ الطفولة المتوسطة : 50 %.

▪ وأكمل Woldan هذه الدراسة على المرض بين سن 8-16 ووجد أن تقبلهم للعلاج هو 40

%

▪ الاكتئاب والقلق ( عوامل لعدم تقبل العلاج ) .

▪ توفر المساندة الاجتماعية للمريض تعزز من تقبل العلاج .

▪ يقول ( De Blic 2007 ) أن عوامل تقبل العلاج عند الطفل المصاب بالربو هي نفسها عند

المريض المزمن ويتفق معه الطالب الباحث أيضا بالنسبة للمصابين بالشلل النصفي .

▪ يحس المصاب بالشلل النصفي أنه مهمش وليس كغيره من زملاء .



- التناقضات فيما يخص تدخل الأسرة ( أحيانا يقابلها المصاب بالشلل النصفي بالقبول وأحيانا أخرى بالرفض ) .
- عدم تقبل العلاج عن المصاب بالشلل النصفي يعبر عن حالة غير مستقرة لديه يتطلب تدخلا سيكولوجيا معيناً .
- إنكار المرض من طرف المصاب بالشلل النصفي .

### 5-قياس مستوى تقبل العلاج :

بالنسبة لتقييم مستوى تقبل المريض للعلاج، فإن ذلك يتم بطرق مباشرة وغير مباشرة .

(أ) الطرق المباشرة : تتمثل الطرق المباشرة لقياس مستوى تقبل العلاج في :

- إيجاد نسب الدواء ونسب بعض المركبات التي يحتويها الدواء في الدم وفي البول .
- المراقبة .
- تطبيق استمارات ومقاييس تقبل العلاج على المرضى .

(ب) الطرق غير المباشرة : وهي المتمثلة في :

- الحكم الاكلينيكي على حالة المريض فتحسن حالة المريض تعكس مدى تقبله للعلاج.
- الحكم الذاتي الذي يصدره المريض عن تقبله للعلاج .
- حساب عدد حبوب الدواء بيم كل زيارة .
- مراجعة البيانات من الصيدلية وذلك من خلال مراقبة شراء الأدوية وتجديد الوصفات .

( Comité Régional d'éducation pour la santé cresif,2001,pp8,10)

### 6-العلاج الفيزيائي الحركي :

#### 1-6- مفهوم العلاج الفيزيائي الحركي :

هو العلاج الذي يستعمل المصادر الطبيعية الفيزيائية من حرارة و برودة و أشعة تحت الحمراء و لابرز و وحوول بركانية و تيارات كهربائية و موجات قصيرة و فوق الصوتية بالإضافة الى التدليك الطبي للجلد و العضلات و التحريك المنهجي للمفاصل و التمارين الطبية سواء تلك التي تجرى باليد أو تستعمل الوسائل الميكانيكية البسيطة أو الأجهزة المبرمجة الكترونيا أو التي تستعمل

تقنيات كهربائية - ميكانيكية مبرمجة بواسطة الكمبيوتر و قد سمي كذلك بالمقابلة مع العلاج الكيميائي الذي يستعمل الدواء و هو مؤلف في أغلبه من المواد الكيميائية ( CARNOT, 1909,p

(5

وهو العلاج الفيزيائي هو علاج يركز على التأثير على العوامل الفيزيائية في جسم الإنسان وذلك من خلال استعمال أساليب علاجية بسيطة مثل استعمال الماء الساخن أو البارد أو تدليك الجسم أو القيام بحركات من شأنها أن تؤثر على الوظائف الفيزيائية لأعضاء جسم الإنسان بشكل ايجابي وبعبارة أخرى يمكن القول أن العلاج الفيزيائي يركز على استعمال وسائل تهدف إلى أحداث تفاعلات معينة في الجسم، مؤثرة بذلك على وظيفة العضو أو الأعضاء، وتفاعل الجسم وتكيفه مع وسائل العلاج الفيزيائي يختلفان من شخص وآخر، بل وحتى عند الشخص الواحد نفسه.

وعليه، ولكي يكون حكمنا على فعالية الوسيلة المتبعة صائباً، علينا أن نراقب بدقة، طريقة الاستعمال، ومدته وعدد المرات، بالإضافة إلى نوع الوسيلة اللازم استعمالها في بعض الحالات الخاصة.

وهو مهنة طبية وأحد فروع الطب المهمة تقدم خدمات للأفراد من أجل تطوير والحفاظ على الحركة وإعادتها إلى الحد الأقصى والقدرة الوظيفية في جميع مراحل الحياة. يشمل هذا تقديم الخدمات في الظروف التي تكون فيها الحركة مهددة بسبب الشيخوخة أو الإصابات أو الأمراض أو العوامل البيئية ( ALBERT,yelmik,2003,p49 )

## 6-2- تاريخ العلاج الفيزيائي الحركي :

تشير كتب التاريخ والمقالات العلمية أن مهنة العلاج الفيزيائي الحركي ( العلاج الطبيعي ) تعد من أقدم المهن على وجه الأرض و أن أطباء أمثال أبقرات وبعده جالينوس كانوا هم أول من مارسوا العلاج الطبيعي، وتقنيات العلاج اليدوي و العلاج بالماء لعلاج المرضى في عام 460 قبل الميلاد. وحتى وقت حديث نسبياً يعرف المنتسبين إلى هذه المهنة بـ"مساعدو إعادة التأهيل". كما ينسب أهل الاختصاص النهضة الحقيقية لمجال العلاج الطبيعي إلى ما بعد الحرب العالمية الثانية مباشرة لإعادة تأهيل مصابين الحروب حيث يشكل إعادة تأهيلهم هاجساً كبيراً في ذلك الوقت على الدول التي تحتضن عدد كبير من مصابين الحروب.

وحفز هذا الهاجس حركة البحوث العلمية والسريرية في العلاج الطبيعي والتأهيل عالميا منذ قرابة العام 1945. وكان يتألف العلاج في الأربعينات في المقام الأول من التمرين. ومع بداية الخمسينات ومحصلة لازدهار البحوث العلمية والطبية بدأت تظهر أولى تخصصات ومدارس العلاج الطبيعي في ممارسة العلاج اليدوي للعمود الفقري، وخصوصاً في بلدان الكومنولث البريطاني. وفي وقت لاحق من ذلك العقد، بدأ العلاج الطبيعي في تجاوز الممارسة داخل المستشفيات لصالح المرضى المنومين، إلى المرضى الخارجيين في عيادات العظام، والمدارس العامة والجامعات، ومراكز إعادة التأهيل وبيوت الشيخوخة. ومنذ بداية العام 1960 بدء ما يعرف بالنهضة الحديثة على مستوى البرامج التعليمية والتعليم الجامعي والدراسات العليا في تخريج متخصصين في العلاج الطبيعي على مستوى عالي من المهنية والاحترافية في العمل الإكلينيكي والبحثي. (verleysen,1956,p47).

### 3-6- أهداف العلاج الفيزيائي:

يهدف العلاج الفيزيائي في الأساس الى الشفاء من الآلام في الحالات التي يكون سبب الألم فيها قابلاً للشفاء مثل تشنج العضلات و آلام أوتار العضلات و أربطة المفاصل و الإرهاق العضلي و الإجهاد المفصلي.

أما الهدف الثاني فهو الوقاية من عودة الآلام بعد علاج المسببات و هذا ما يسمح بالتوفير الجسدي بحيث يبقى الجسد و لمدة أطول قادرا على تحمل أعباء الحياة.

و الهدف الثالث هو تحقيق الاستقلالية بالنسبة للأمراض الغير قابلة للشفاء أو الناتجة عن إصابات في الحوادث (شلل) أو عند الولادة أو لدى كبار السن. صحيح أن النتيجة ليست شفاء و لكنها تسمح للمريض بالاعتماد على قدراته الذاتية و توفير جهد شخص آخر سوف يكون مضطرا لترك عمله من أجل الاهتمام بالمعاق أو كبير السن.

و هناك هدف رابع و هام جدا، ألا وهو التدخل قبل حصول الخلل و ذلك عن طريق التوعية الصحية سواء في المدارس أو المصانع أو الإدارات (مصارف و غيرها) و كذلك في جميع المهن من أجل اكتشاف مبكر للأعمال التي يمكن لها أن تولد إنهاكا معيناً للجسم بأكمله أو لجزء معين منه و بالتالي توجيه العاملين الى تفادي الأوضاع المضرة و اقتراح أوضاع جديدة في العمل تؤدي الإنتاج المطلوب بدون الأذى الذي يمكن أن ينجم عنه. أن هذا الهدف يحقق إنتاجية أعلى للعاملين و توفيراً في الفاتورة الصحية من خلال تفادي حصول أمراض أو حوادث ناتجة فقط عن عدم توافق شروط

العمل مع القواعد الصحية و الوقائية الأساسية و كذلك فإنه يؤدي الى تخفيض أيام الغياب للعاملين عن أعمالهم مما يزيد في إنتاجيتهم. ( Werner ,1996,p75 )

## 7- مجالات العلاج الفيزيائي الحركي:

لأن مجال معرفة العلاج الفيزيائي كبير جداً، يتخصص بعض أطباء العلاج الفيزيائي في مجال سريرية محددة. في حين أن هناك العديد من أنواع مختلفة من العلاج الفيزيائي، أنشأ المجلس الأمريكي لتخصصات العلاج الفيزيائي قائمة سبع شهادات متخصصة، منها العلاج الطبيعي الرياضي والعلاج السريري الكهربائي. وأكثر ستة مجالات تخصص الأكثر شيوعاً في جميع أنحاء العالم في العلاج الفيزيائي، هي:

### القلب:

يستخدم العلاج الطبيعي للقلب والأوعية الدموية الرئوية وإعادة التأهيل لعدد كبير من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلب، أو أولئك الذين لديهم عملية جراحية في القلب أو الرئتين .

### الشيخوخة:

يغطي العلاج الطبيعي للشيخوخة مساحة واسعة من القضايا المتعلقة بالمسنين. هناك العديد من الظروف التي تؤثر على كثير من الناس عندما يكبرون في السن، وتشمل ولكنها لا تقتصر على ما يلي: التهاب المفاصل و هشاشة العظام و السرطان و مرض ألزهايمر، واستبدال مفصل الورك، واضطرابات في التوازن، و سلس البول، الخ. ويساعد العلاج الفيزيائي للشيخوخة المتضررين من مثل هذه المشاكل في وضع برنامج متخصص للمساعدة على استعادة الحركة والحد من الألم وزيادة مستويات اللياقة البدنية.

### العصبية :

العلاج الفيزيائي العصبي هو مجال يركز على العمل مع الأفراد الذين لديهم اضطرابات أو أمراض عصبية. وهذه تشمل داء ألزهايمر واعتلال الأعصاب الحركية وإصابات الدماغ والشلل الدماغي والتصلب المتعدد والشلل الرعاشي وإصابات الحبل الشوكي والسكتة الدماغية. ( Smith, D.S et al ,1981,.P282 )

## العظام :

العلاج الفيزيائي يساعد على تأهيل المرضى بعد العملية كالكسور وإصابات الملاعب مثل الرباط الصليبي ويساعد على علاج الروماتيزم وخشونة المفاصل واسترخاء العضلات لدى كبار السن .

## طب الأطفال :

يساعد العلاج الفيزيائي للأطفال في الكشف المبكر عن المشكلات الصحية ويستخدم مجموعة واسعة من الطرق لعلاج الاضطرابات الأطفال. ويتخصص هؤلاء المعالجين في تشخيص وعلاج، وإدارة للرضع والأطفال والمراهقين ومع مجموعة متنوعة من الأمراض الخلقية والتنموية والعصبية والعضلية والعظمية، أو الاضطرابات المكتسبة. تركز العلاجات على التحسين العام والتوازن والتنسيق، والقوة والتحمل وكذلك التكامل الإدراكي والحسي. يمكن أن الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو، الشلل الدماغي، والسنسنة المشقوقة، أو تشوهات الرقبة، أن يعالجوا عن طريق أطباء العلاج الفيزيائي للأطفال. ( Smith, D.S et al ,1981,p284 )

## 8- تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة

### الدماغية

قام الباحث بإسقاط ما جاء في تقرير ( OMS ) 2003 حول العوامل المساعدة في تقبل العلاج على المدى الطويل على المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية، وهذه العوامل يجب أن تؤخذ بأهمية من طرف المعالج الفيزيائي الحركي طول فترة علاج المصاب بالشلل النصفي وإتباعه للإرشادات والتعليمات الطبية فهذه الإجراءات موجهة بشكل مباشر للمعالج بهدف تحسين تقبل العلاج عند المصابين بالشلل النصفي وهي متمثلة في :

- التكلم عن تقبل العلاج من الفحص الأول .
- تقييم استعداد المصاب بالشلل النصفي للعلاج .
- تقييم مستوى تقبل المصاب بالشلل النصفي للعلاج .
- الاهتمام بإشكالية المصاب بالشلل النصفي للعلاج .
- إيجاد الحلول
- التكلم عن تقبل العلاج في كل فحص .

- تكييف عن تقبل العلاج في كل فحص.
- تكييف أخذ العلاج الفيزيائي مع إمكانيات المصاب بالشلل النصفي .
- إيصال المعلومة بطريقة واضحة، سهلة، كافية .
- إعطاء علاجات كافية من العلاج الفيزيائي الحركي تتزامن مع الموعد العلاجي المقبل .
- المصاب بالشلل النصفي كمريض شريك فعال أي يجب إشراكه في الخطة العلاجية.
- البحث عن طرق مساعدة مناسبة .
- تنظيم اتباع المصاب بالشلل النصفي .
- المساندة الاجتماعية من ( الأسرة، المعالج بالإضافة إلى الأقارب والأصدقاء ) .

### خلاصة الفصل :

تقبل العلاج بشكل عام هو موافقة المريض النفسية والفعلية للعلاج من خلال الانتظام في أخذ العلاج وإتباع إرشادات ونصائح المعالج ويعتبر تقبل العلاج شكلا واسع الانتشار عند المرضى عموما والمصابين بالشلل النصفي خصوصا .

وتشترك مجموعة من العوامل لتتحكم في مدى تقبل المريض للعلاج منها ما هي متعلقة بالمريض ومنها ما هي متعلقة بالمعالج ومنها ما هي متعلقة بتوعية العلاج أو الدواء، وإعطاء الأهمية لهذه العوامل يمكن أن يساعد ويحسن في تقبل العلاج للمرضى عموما .

## الفصل الرابع :

الجلطة الدماغية والشلل النصفي



## I – الجلطة الدماغية

1. تعريف الجلطة الدماغية
2. أنواع الجلطة الدماغية
3. عوامل حدوث الجلطة الدماغية
4. أعراض الجلطة الدماغية
5. تشخيص الجلطة الدماغية
6. الوقاية من الجلطة الدماغية
7. العلاج من الجلطة الدماغية

## II - الشلل النصفي

1. تعريف الشلل النصفي
2. أسباب الشلل النصفي: (عوامل حدوث الجلطة الدماغية )
3. أعراض الشلل النصفي
4. خلاصة الفصل

## 1- الجلطة الدماغية :

### 1- تعريف الجلطة الدماغية ( Accédant vasculaire cérébral ):

تصنف الجلطة الدماغية بكل أنواعها في حيز الاضطرابات الوظيفية و ليس الأمراض الحقيقية فهي اضطراب يخص ماهية ميوعة الدم أي تركيز الدم و لكون الميوعة لأي سائل لها علاقة أو تتناسب عكسيا مع سرعة السائل و انسيابه و جريانه في الأوعية و الشرايين و بحكم أن الجلطة انسداد أو تخثر أو نزيف في الدماغ مما يغير من ميوعة و شدة تركيز الدم و حركته في كامل مناطق الجسم فالجلطة الدماغية هي خلل في حركة و جريان الدم في الأوعية و الشرايين لأن أي زيادة أو نقصان في الميوعة يؤدي طبعا لتأثير في الحركة و الشد في العضلات ومنه الشلل النصفي و عوارض كثيرة.

وهي تآذي عصبي يحدث عندما يتوقف جريان الدم وتغذيته في منطقة من مناطق الدماغ نتيجة جلطة أو خثرة دموية. ويطلق نفس الاسم أيضا على متلازمة ضياع مفاجئ في الوظائف العصبونية نتيجة اضطراب في الجريان الدموي الدماغية الذي قد يكون بسبب ضيق في شريان الرقبة الذي يغذي الدماغ، أو غالبا ما يكون بسبب انسداد في أحد شرايين الدماغ نفسها، وأحيانا يكون نتيجة جلطة في أحد أوردة الدماغ.

جزء الدماغ الذي يحدث به الاضطراب الدوراني ونقص التغذية الدموية يعاني بالتالي من نقص في الأكسجين الوارد مع الدم، مما يؤدي لتضرر وموت الخلايا العصبية في هذا الجزء من الدماغ مؤثرا على وظيفة الأعضاء التي يتحكم فيها هذا الجزء من الدماغ ، أي قد يحدث الشلل.

### الجلطة الدماغية الإنسدادية



### الجلطة الدماغية النزيفية



شكل رقم 01 : أنواع الجلطة الدماغية

و:الجلطة الدماغية - STROKE)، وكانت تعرف بالانجليزية سابقا باسم حادثة وعائية دماغية (Cerebrovascular accident – CVA) تحدث عندما يتوقف، أو يتعرقل بشدة، تدفق الدم إلى أحد أجزاء الدماغ، مما يحرم أنسجة المخ من الأكسجين الضروري جدا ومواد التغذية الحيوية الأخرى. ومن جراء ذلك، تتعرض خلايا المخ للموت خلال دقائق قليلة. ( Angelelli p,et al ,2004,p55

## 2-أنواع الجلطة الدماغية :

### 1-2- الجلطات المؤقتة :

الجلطات المؤقتة هي جلطات صغيرة نتيجة انقطاع مؤقت في وصول الدم إلى جزء من الدماغ ولكن هذه المنطقة خلاياها لا تموت بسبب رجوع ضخ الدم إليها، في هذه الحالة يحس المريض بنقص في وظيفة معينة من الدماغ ولكن هذا النقص لا يستمر أكثر من دقائق أو ساعات. وهذه الجلطة المؤقتة مهمة فهي رسول يحذر المريض من احتمالية حصول جلطة كاملة إذا لم يبادر إلى علاج أسباب حدوث الجلطات.

### 2-2-الجلطة الانسدادية (AVC ischémique) :

و هي عبارة عن كرة مكونة من الدم المتخثر والنسيج الجسدي والكوليسترول في أحد الشرايين الجسم حيث تنتقل مع الدم حتى تصل إلى أحد الشرايين في الدماغ فتغلقه وبالتالي انقطاع الدم عن الجزء المغذى بهذا الشريان). ( Albers, GW et al , 2002 ,p347 )

### 2-3-الجلطة النزيفية (AVC hémorragique) :

وينتج عن تمزق أحد جدر الأوعية الدموية في الدماغ وبالتالي ضغط النزيف على شرايين أخرى وانسدادها، وارتفاع ضغط الدم وضعف الأوعية الدموية من أكبر مسبباتها. ( Hart.RGet al.1995.p26 )

### 3- عوامل حدوث الجلطة الدماغية :

السبب الرئيسي هو ما يسمى تصلب الشرايين وهذا التعبير مشابه لما يحصل عندما نستخدم أنابيب المياه في منازلنا لسنوات عديدة فإن ما يحصل هو انسداد بعض هذه الأنابيب نتيجة تراكم بعض المواد والصدأ إلى غيره . كذلك يحصل في جسم الإنسان إذا كان الشخص مداوماً على بعض المسببات ، مثل: التدخين ومرض السكر وارتفاع الضغط و زيادة الكوليسترول في الدم . والسبب الرئيسي الآخر لانسداد الشرايين وحصول الجلطة هو انسدادها فجأة نتيجة أمراض القلب (مثلاً: الرجفان الأذيني (atrial fibrillation)، تصلب قوس الأبهر، اعتلالات صمامات القلب (valvular heart disease) حيث تتكون من قلب المريض تخثرات قد تكون صغيرة أو كبيرة تنطلق مع تيار الدم وتسد أحد شرايين الدماغ فجأة.

### 3-1- عواملها :

- ارتفاع ضغط الدم
- مرض السكر.
- التدخين.
- أمراض القلب
- ارتفاع الكوليسترول.
- الكسل:- قلة النشاط البدني
- السمنة.

مع ملاحظة انه كلما زاد عدد العوامل عند الشخص كلما زاد الخطر عليه.

من الصعب إعطاء إجابة دقيقة ولكن بصورة عامة وحسب الإحصائيات العالمية فإن حوالي 15% من المصابين بجلطة الدماغ نتيجة انسداد الشرايين يموتون نتيجة الإصابة في غضون الأيام الأولى. لو نظرنا إلى كل الذين عاشوا الجلطة وتابعناهم لوجدنا أن حوالي نصفهم سوف يشفون شفاء جيداً وأن حوالي النصف سوف يتبقى معهم بعض الإعاقات التي تتراوح بين متوسطة إلى شديدة.

من المهم معرفة أن المعالجة الطبية السريعة خلال الثلاثة ساعات الأولى من حدوث الجلطة الدماغية واجبة لتعافي المصاب . ومتابعة الشفاء بعد الجلطة يأخذ وقتاً طويلاً فهو يبدأ من الساعات

الأولى ويستمر خلال عدة أشهر ، ولكن قد يستغرق ستة أشهر وفي أحيان كثيرة يستغرق حوالي السنة. بالطبع هناك بعض المرضى الذين يسترجعون كافة وظائفهم في خلال ساعات أو أيام إذا كانت الجلطة من النوع البسيط. ( Passeron,2000, pp24 29 )

#### 4- أعراض الجلطة الدماغية :

##### 4-1- الأعراض الأولية :

صداع قوي مفاجئ ، اختلال البصر ، دوخة ودوار، غثيان أو تقيؤ، فقدان الوعي ، تدني القدرة على السمع ، صعوبة في الكلام أو البلع ، اختلال الحركة والتوازن.

##### 4-2- الأعراض المتأخرة المتوقع حدوثها:

1. ضعف أو شلل في الأطراف ( يكون في الجهة اليمنى إذا كانت الجلطة في نصف الدماغ الأيسر والعكس صحيح) .
2. اختلال الإحساس في الجهة المصابة .
3. اختلال شد العضلة الطبيعي في الجهة المصابة (ارتخاء تام في العضلات في المرحلة الأولى يتحول بعد فترة - قد تصل إلى أشهر- إلى زيادة شديدة في انقباضها) .
4. فقدان الوعي في بعض الأحيان.
5. اختلال البصر.
6. اختلال الكلام.
7. اختلال الذاكرة.
8. صعوبة البلع.
9. صعوبات في الإدراك والفهم وتقييم الأمور.
10. بعض المشاكل النفسية والعاطفية ( تغير في المزاج والسلوك ) .
11. صعوبة القراءة والكتابة .
12. اختلال التحكم بالبول والبراز .

13. صداع وألم في الرقبة والكتف.

14. اختلال التوازن والتحكم في القامة. (Anderson,1990,p21)

### 5- تشخيص الجلطة الدماغية :

نستخدم كلمة فاست FAST وهي الحروف الأولى لعلامات الإصابات المترامنة مع حدوث الجلطة

#### • الوجه Face

طالب الشخص المشتبه في إصابته أن يبتسم ، هل يعجز عن الابتسام ؟ أو يسقط جانب من وجهه أثناء المحاولة؟

#### • ساعد اليد Arm

طالب الشخص المشتبه في إصابته أن يرفع ذراعيه ، هل يسقط أحد ذراعيه أو يتمايل لأسفل؟

#### • الكلام والنطق Speech

طالب الشخص المشتبه في إصابته أن يكرر جملة ما ورائك ، هل كلامه مفكك ؟ أو يعجز تماما عن تكرار الجملة بالترتيب؟

#### • الوقت Time

وبناء على ظهور أي عرض من لثلاثة.اطلب الإسعاف فيأسرع وقت  
البعض قد يريد إضافة عرض آخر وهو أن تطلب من الشخص المشتبه في إصابته أن يخرج لسانه من فمه، وإن لم يكن مستقيما وكان مائلا كذلك، فهذا دليل آخر.  
وكنتيجة عامة، فإن كل أعراض الجلطة الدماغية تشتمل حدوث أي من التالي بشكل مفاجئ:

- مشكلة في الكلام كالارتباك أو التلعثم.
- مشكلة في التحكم في جانب واحد من الوجه، الذراعين أو القدم.
- مشكلة في الرؤية بعين أو اثنتين.
- مشكلة في المشي أو حفظ التوازن.

- صداع بدون سبب.الاختبارات التي يمكن أن يوصى بها : التصوير المقطعي المحوسب(ct)–المسح الضوئي والأشعة السينية–التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)

( Bogousslovsky et al ,1993,p20 )

## 6- الوقاية من الجلطة الدماغية :

- الاعتدال في الغذاء والتقليل من الدهون المشبعة والأملاح مع الإكثار من تناول الفاكهة و الخضار و زيت الزيتون ، والتقليل من أكل اللحوم.
- قطع التدخين تماما.
- معالجة ضغط الدم بالأدوية وفي الغالب يحتاج المريض إلى نوعين من الدواء لإنجاز هذا الهدف.
- ويفضل أن يكون ضغط الدم 130 أو أقل والسفلي 80 أو أقل.
- الاستمرار في العلاج الذي وصفه الطبيب ويجب أن يكون المريض إما على نوع من مسيلات الدم الخفيفة مثل الأسبرين أو مشابهه أو المسيلات القوية مثل الكومادين (الوورفارين) حسب ما يصف له الطبيب .
- التحكم الحازم بسكر الدم، وللأسف فكثير من المرضى لديهم استهتار واضح بهذا الموضوع ولا يتنبه للخطر إلا بعد فوات الأوان.
- كثرة الحركة والرياضة وترك الكسل وفي أقل الأحوال ينصح المريض بأن يمشي مشيا سريعا لمدة 45 دقيقة ثلاث مرات أسبوعيا ( SanderCook ,1999,p54 )

## 7- العلاج من الجلطة الدماغية:

### 7-1- العلاج الطبي :

ويهدف إلى:

1. استخدام مسيلات الدم والأدوية المضادة للتخثر.
2. المحافظة على مستوى ضغط الدم .
3. المحافظ لدى مرضى السكر) .
5. التحكم في مشاكل القلب والأمراض الأخرى .
6. التحكم في الالتهابات.

تلقي الإسعاف الطبي الفوري والعاجل فور الإصابة بالسكتة الدماغية هو امر حيوي وحاسم جدا. نوع العلاج يتعلق بنوع السكتة الدماغية. ( Sandercock p et Willems H,1992,p339 )

### **الجلطة الدماغية الانسدادية (Ischemic stroke):**

لمعالجة السكتة الدماغية الانسدادية، ينبغي على الأطباء استئناف تزويد الدماغ بالدم، بأسرع وقت ممكن.

#### **علاج طوارئ بواسطة الأدوية -**

ينبغي إعطاء أدوية لتشجيع تخثر الدم في غضون ثلاث ساعات منذ لحظة ظهور الأعراض الأولى للسكتة الدماغية. العلاج السريع لا يزيد فرص البقاء على قيد الحياة فحسب، بل يمكن أن يساعد أيضا في تقليل المضاعفات التي قد تنجم عن السكتة الدماغية. ( Sandercock p et al .1999.P05)

#### **الجراحة أو علاجات أخرى**

- قد يوصي الطبيب المعالج بإجراء عملية جراحية لفتح شريان المسدود، جزئيا او كليا.



وتشمل هذه العمليات:

- فتح الشريان (CEA)
- تثبيت دعامة شبكية مرنة (stent) داخل التضيق (CAS)

### الجلطة الدماغية النزيفية (Hemorrhagic stroke)

قد تكون الجراحة مفيدة في معالجة السكتة الدماغية النزفية أو في منع السكتة الدماغية المقبلة. الإجراءات الأكثر انتشارا - بضع أمهات الدم (Aneurysmclipping) وإزالة الأوعية الدموية المشوهة (AMV) - ليست عديمة المخاطر.

يمكن أن يوصي الطبيب بأي من هذه الإجراءات إذا كان الشخص يواجه خطرا كبيرا ومتزايدا لتكون أمهات الدم أو تمزق أوعية دموية:

- بضع أمهات الدم (Aneurysmclipping)
- جدل / لف أو ربط (سد أم الدم)
- إزالة الأوعية الدموية المشوهة. (Hommel ,M et al,1999,p666)

## 7-2-العلاج الفيزيائي الحركي :



### شكل رقم 02 : مصاب بشلل نصفي أثناء عملية العلاج الفيزيائي الحركي

ويهدف إلى: استعادة الوظائف الحركية وجعل المريض أكثر استقلالية في حياته اليومية ويشمل برنامج العلاج الطبيعي وبرنامج العلاج الوظيفي ومتابعة أخصائي النطق والسمع والمتابعة النفسية والاجتماعية عند الحاجة. (

اتخاذ وسائل السلامة للأطراف المصابة وأثناء الحركة.

### 7-3-أهداف العلاج الفيزيائي في المرحلة المبكرة من الإصابة :

يتدخل العلاج الفيزيائي في مرحلة مبكرة من الإصابة لهدف منع المضاعفات وتهيئة المريض للتأهيل،حيث يقوم بـ :

- زيادة قدرة المريض لتحمل النشاطات الحركية تدريجياً.
- المحافظة على الأوضاع السليمة في النوم والجلوس.
- تشجيع المريض على الجلوس والوقوف في وقت مبكر.
- المحافظة على حركة المفاصل ومرونة العضلات بواسطة التمارين.
- زيادة الوعي بالجهة المصابة (لأنها عادة تكون مهملة) وذلك بتحريكها ومحادثة المريض من الجهة المصابة .
- تحسين التوازن في الجلوس والوقوف والمشي باستخدام تمارين التوازن .
- تقوية العضلات الضعيفة.

- محاولة تخفيف الشد اللاإرادي في العضلات.
- تنبيه الإحساس في الجهة المصابة.
- تعليم المريض الاستقلالية في الوظائف الحركية اليومية .
- استعادة القدرة على المشي (قد يستخدم بعض الأجهزة المساعدة).
- زيادة وعي المريض وأهله بالمشكلة الحالية وواجباتهم تجاهها .

#### 7-4- أهداف العلاج الفيزيائي الحركي في المرحلة المتأخرة من الإصابة.

المرحلة المتأخرة وهي التي يخرج فيها المريض من المستشفى حيث تقل فيها زيارات وجلسات العلاج الطبيعي ويتم الاستمرار على نفس الأهداف في المرحلة المبكرة بالإضافة إلى تهيئة البيئة المناسبة ليتكيف المريض معها. ( Petit .1997.P40 ) .

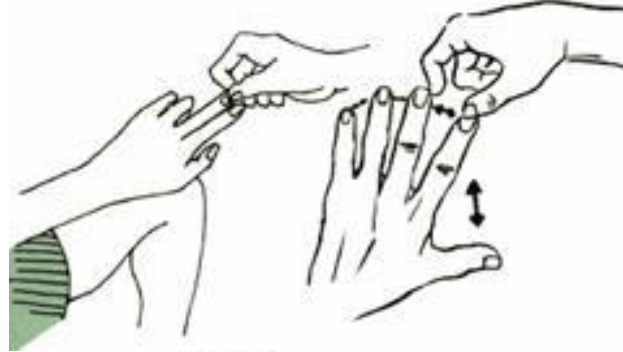
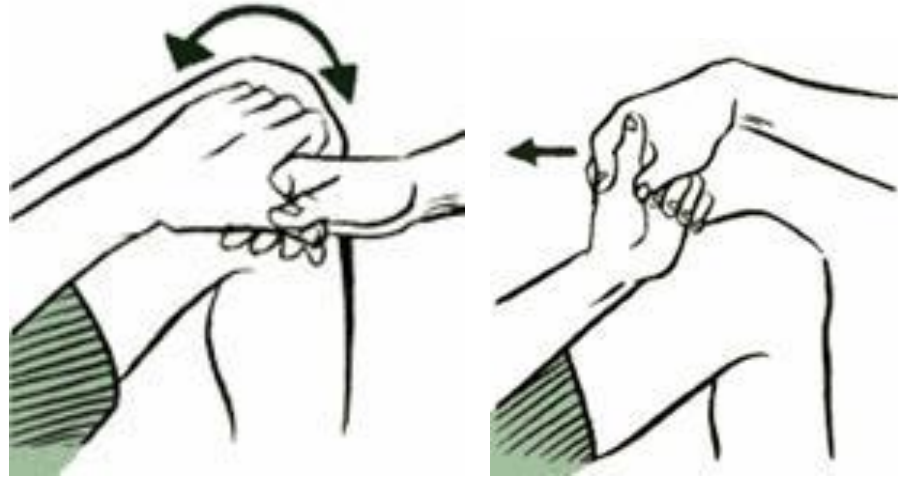
#### 7-5- العوامل التي تؤثر في الاستفادة من العلاج الفيزيائي الحركي :

- التقدم في العمر .
- سوء الحالة الصحية العامة .
- مشاكل الإدراك والفهم.
- مشاكل النظر.
- المشاكل النفسية والاجتماعية. ( Azowvi , p et al ,1999,p155 )

6-7- برنامج التمارين المنزلية التي ينصح بها المعالج الفيزيائي المصابين بالشلل

النصفي:

تمارين اليد :



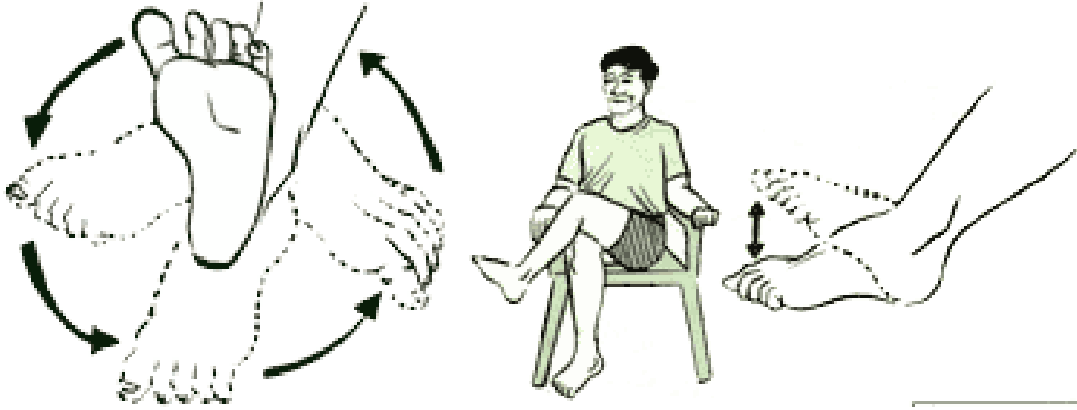
شكل رقم 03 : وضعية تمارين اليد

تمارين الذراعين :



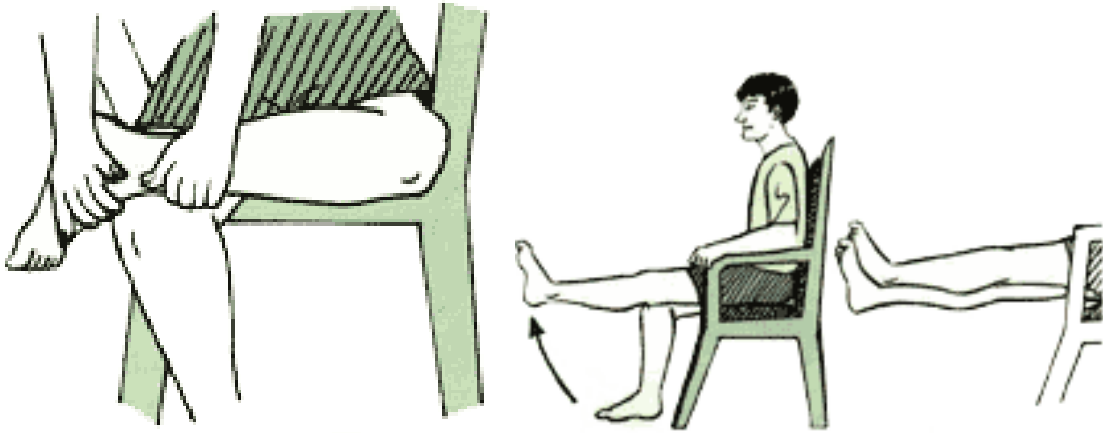
شكل رقم 04 : وضعية تمارين الذراعين

تمارين القدم :

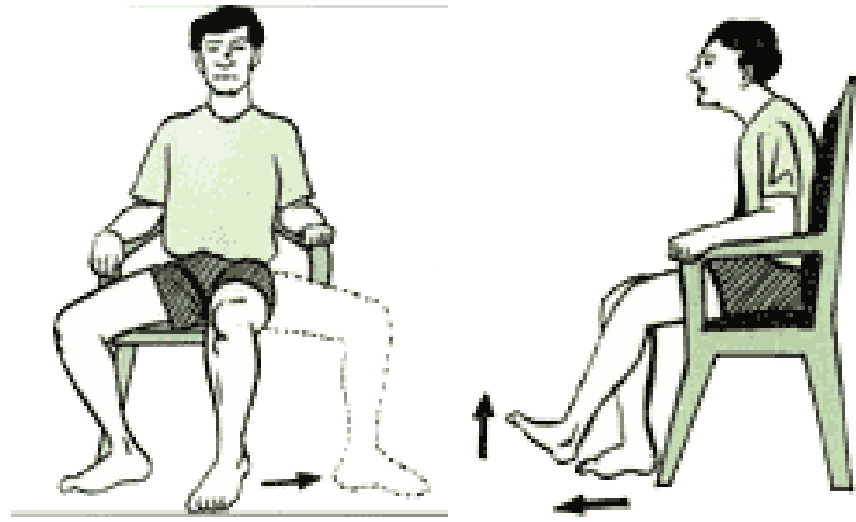


### شكل رقم 05 : وضعية تمارين القدم

تمارين الساق:



### شكل رقم 06 : وضعية تمارين الساق

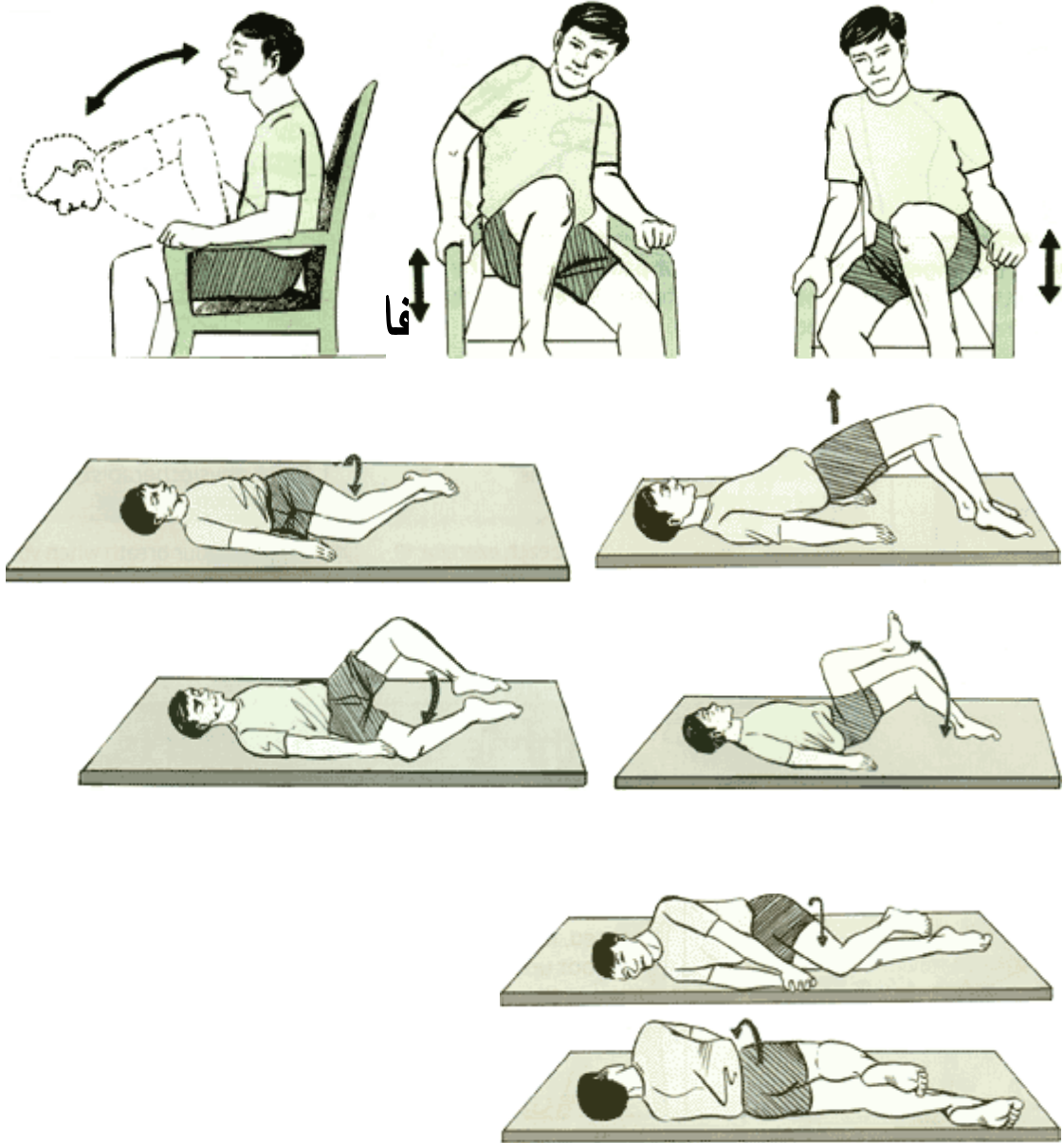


تمارين الرقبة



شكل رقم 07 : وضعية تمارين الرقبة

تمارين الجذع



شكل رقم 08 : وضعية تمارين الجذع

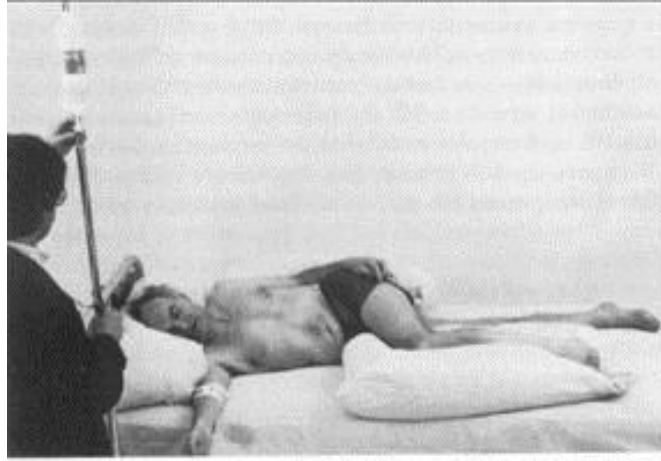


## 7-7 توجيهات و إرشادات المعالج الفيزيائي الحركي

- يجب التركيز على استخدام وتحريك الجانب المصاب.
- يجب الحذر من السقوط وخاصة لمن لديهم هشاشة في العظام .
- اختلال الإحساس لدى المريض قد يمثل خطورة في ملامسة الأشياء الحارّة أو الباردة فيجب الانتباه.
- يجب تجنب سحب الكتف المصاب أو حمل المريض عن طريق الأكتاف .

### الأوضاع السليمة:

الاستلقاء على الجهة المصابة



**شكل رقم 09 : الوضعية السليمة للاستلقاء**

## 8- المضاعفات التي قد تنتج عن الجلطة الدماغية بعد فترة من الزمن وكيفية تجنبها:

هناك بعض المضاعفات التي قد تنتج عن الجلطة الدماغية ، وهي:

### 8-1- جلطة في أوردة الرجل أو اليد:

ناتجة عن ركود الدم وشلل الطرف المصاب وهي خطيرة قد تنتقل إلى القلب فتسبب السكتة القلبية والوفاة، ويتم تجنبها باستخدام الأدوية المسيلة للدم والمضادة للتخثر، وأيضاً الحركة المبكرة للمريض كتحريك الأطراف المصابة والجلوس والوقوف والمشي إذا كان ممكناً ، ويتم ذلك بواسطة فريق العلاج الطبيعي.



## شكل رقم 10 : جلطة في أوردة الرجل أو اليد

### 8-2-تقرحات الفراش:

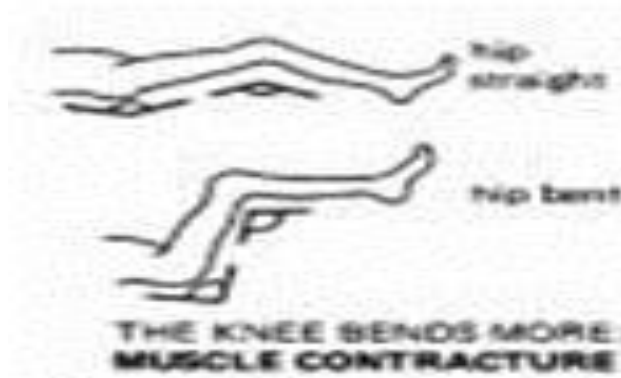
وهو عبارة عن موت وتقرح الجلد المغطي للبروز العظمية نتيجة الضغط المستمر أو الاحتكاك وعدم الحركة وهي خطيرة قد تؤدي للوفاة إذا أهملت ، ويتم تجنبها بالمتابعة الدورية للجلد والمحافظة على الجلد نظيف وناشف وإبعاد أي جسم حاد أو ذا بروز يلامس جسم المريض ، مع استخدام بعض الكريمات ، وتقليب المريض دورياً كل ساعتين كأقصى مدة ، وأيضاً استخدام بعض الوسائد الهوائية أو المائية والمحافظة العامة على التغذية الكافية والحركة المبكرة.



## الشكل رقم 11: تقرحات الفراش للمصابين بالشلل النصفي

### 3-8- نقص مدى حركة المفاصل:

إما نتيجة قصر العضلات أو تيبس المفصل أو انتفاخ اليد ، والحركة اليومية للمفاصل في جميع الاتجاهات والتقليب الدوري مع وضع الجبائر- عند الحاجة لها - يمنع حدوث هذه المشكلة بإذن الله.



## الشكل رقم 12: نقص مدى حركة المفاصل

### 4-8- الخلع الجزئي لمفصل الكتف (عادة يصاحبه ألم):

ناتج عن ضعف العضلات المحيطة والمثبتة للمفصل المصاب ، ويستخدم حامله للكتف كعوض عن العضلات .

## 5-8- هشاشة في العظام مع ضمور في العضلات والجلد:

ويتم منعها أو تخفيفها بالحركة المبكرة وتحميل ثقل الجسم على الأطراف المصابة وقد يستخدم بعض الأدوية المضادة للالتهابات. (Demeurisse G.et Al,1980,p19,89)

## II - الشلل النصفي :

### 1- تعريف الشلل النصفي Hémiplégie:

إن مصدر الاسم من اليونانية: hemi - نصف، plegia - شلل كامل؛ ولذلك فإن معنى Hémiplégia هو الشلل الكامل لنصف الجسم، ويشمل ذلك الوجه، اليد والرجل في نفس الجهة من الجسم. لا تكون الإصابة، في بعض الأحيان، في الدماغ كاملة، ويكون الشلل في الجسم جزئياً. إن المخ، كما هو معروف، مقسوم إلى قسمين، اليمين واليسار. كل واحد من القسمين مسؤول عن نصف الجسم العكسي، أي أن نصف الدماغ الأيسر مسؤول عن نصف الجسم الأيمن والعكس صحيح. سيظهر الشلل النصفي في القسم الأيسر من الجسم، فيما لو حصل ضرر لنصف الدماغ الأيمن. وهو جرح في الدماغ سببها توقف مجرى الدم إلى جزء من المخ. الشلل خطير وينتج عن مشاكل صحية كثيرة والموت أحياناً. إن عطب النطق الحركية على أحد جانبي الدماغ قد يؤدي إلى شلل في الجانب المقابل من الجسم. وهذا النمط الأحادي الجانب من الشلل يعرف بالشلل النصفي (أو الشقي) أو الشلل إذ الشلل : هو مرض عصبي يتصف بانعدام الحركة في أحد شقي البدن (الأيمن أو الأيسر)، وينتج عن آفة دماغية في الطرف المقابل للجهة المصابة. إنَّ للفالج أشكالاً سريرية عديدة جداً، وذلك لأن المنطقة المصابة من الدماغ تختلف بين حالة وأخرى، كما أنَّ العوامل التي تؤدي إلى الإصابة تختلف أيضاً.. ( Bobath .B,1984,p206 )

### 2- أسباب الشلل النصفي: (عوامل حدوث الجلطة الدماغية)

قد يحصل الشلل النصفي نتيجة أسباب مختلفة. أما السبب الأكثر شيوعاً فهو إصابة في الدماغ، النابعة من خلل في تزويد قشرة الدماغ الحركية بالدم، أو في تزويد المسارات الهابطة إلى النخاع الشوكي؛ ومن أسباب الشلل النصفي الأخرى: أورام الدماغ، إصابات الرأس، التهاب

السحايا (Meningitis)، التصلب المتعدد (multiple sclerosis) أو خلل في التطور الذي يؤدي إلى شلل دماغي منذ الولادة.

## 2-1- المؤثرات الخارجية على الدماغ:

كالسقوط من مرتفع. أو الاصطدام بجسم صلب، أو في حوادث الدهس. ويحدث الشلل هنا بما تسببه هذه العوامل من نزف دماغي وانضغاط الدماغ.

## 2-2- بعض آفات الدماغ:

كالخراج الدماغي، وأورام الدماغ، وسرطانات الدماغ. وذلك بسبب تخريبها للخلايا الدماغية أو الضغط عليها.

## 2-3- بعض الأمراض العامة التي تصيب السحايا الدماغية: كالتدرن، والنزف السحائي.

## 2-4- تصلب الشرايين:

إن هذا المرض لا يسبب الشلل... ولكن اختلاطاته هي السبب في ذلك. ومن أهم هذه اختلاطات:

## 2-5- النزف الدماغي:

يحدث هذا النزف لدى المصابين بالتصلب الشرياني الدماغي (أو تصلب شرايين الدماغ) عند ارتفاع الضغط الشرياني لديهم إثر التعب أو الجهد، أو بعد صدمة نفسية مفاجئة. وبارتفاع الضغط الشرياني هذا... ينفجر أحد شرايين الدماغ ويتجمع الدم مخرباً الأنسجة الدماغية وضاعطاً عليها. وفي أغلبية الحوادث يكون النزف الدماغي مميتاً، ولكن المريض.. إن... شفي... فإنه يصاب الشلل.

## 2-6- التخثر الشرياني:

ويقصد به إصابة بعض شرايين الدماغ بالخرثرة (Thrombus) وهذه الخرثرة إذا ما كبرت وسدت قناة الشريان، انقطع الدم عن المنطقة الدماغية التي يغذيها ذلك الشريان، فتتخرّب أنسجتها... ويحدث الشلل.

## 2-7-الصمة الدماغية :

إذا أصيبت الشرايين الدماغية بالصمة (Embolus). الدموية، حدث الموت في الخلايا الدماغية التي ينقطع عنها الإرواء الدموي، وأدى ذلك إلى ظهور الشلل.

### **3- أعراض الشلل النصفي:**

إن العرض الأساسي في الشلل هو الشلل الذي يتناول أحد شقي الجسم، إنَّ الشلل - بصورة عامة - يغلب له أن يبدأ رخوًا ثم يصبح تشنجيًا، كما أنَّ حدوثه قد يكون مفاجئًا وقد يكون تدريجيًا، وهذا الأمر يخضع للأسباب ، كما في المثالين التاليين:

### 3-1-الشلل المفاجئ:

أوضح مثال عليه هو الشلل الذي يحدث بالانسداد الدماغى، فالانسداد يصيب الشريان بسد مفاجئ، ولذلك فإن الشلل النصفي أيضاً يحدث فجأة، فيهوي المريض على الأرض، ويفقد الوعي فقداناً تاماً وتفقد الحركة تماماً، ويرتخي جسم المصاب، وتسمى هذه الحالة ( السكتة. Apoplexy )، هذا وإن الشلل الذي يحدث بالنزف الدماغى يبدأ مفاجئاً أيضاً.

### 3-2-الشلل التدريجى:

ومثالنا عليه الشلل الذي يحدث عن طريق التخثر الشرياني، فإذا تذكرنا أنَّ التخثر يبدأ في جدار الشريان، ثم تكبر الخثرة تدريجياً إلى أن تسد الشريان؛ فلنا أنَّ نتصور كيف أنَّ الشلل هنا يحدث بشكل تدريجى، وهو يبدأ بالضعف العضلي، ثم تصبح الحركات صعبة، وقد تحدث نوبات من العرج المتقطع (غير الدائم ) أول الأمر، ثم يتكامل الشلل بعد ذلك، ولكن نسبة الشفاء في هذه الحالة عالية، ويتحسن حال المريض - ولو بشكل بطيء- خاصة عندما تبدأ معالجته في وقت مبكر، أما إذا تأخر ذلك أكثر من شهرين فالشفاء قد يكون غير ممكن.

#### 4- علاج الشلل النصفي: (علاج الجلطة الدماغية)

يتضمن العلاج العام للشلل النصفي أو الشلل المراحل التالية:

##### 4-1- المعالجة السببية:

وهنا يتم توجيه العلاج إلى السبب المحدث للفالج، كاستئصال الورم الدماغى جراحياً، أو معالجة الحالات الالتهابية عند وجودها، أو إعطاء مضادات التخثر عندما يكون التخثر الشرياني هو السبب.

##### 4-2- التغذية:

ينبغي الاعتناء بتغذية المريض، ويفضل أن تعتمد التغذية على الفيتامينات مع الكمية الوافية من السوائل. وعند تعذر التغذية يلزم اللجوء إلى تنقيب المعدة (أي إدخال الأنبوب إلى المعدة عن طريق الأنف لإجراء التغذية بواسطة الأنبوب)، أو اللجوء إلى التغذية عن طريق الوريد.

##### 4-3- العلاج الفيزيائي:

له الدور الأكبر في معالجة مثل هؤلاء المرضى، وذلك بعد فحص المريض من قبل الإخصائي المتخصص في الحالات العصبية، (فحص الأعصاب والمشيية والمنعكسات والإحساس وغيرها).

##### 4-4- منع التشنجات:

إنَّ التشنج العضلي قد يتحول إلى تشنج دائم غير قابل للارتخاء، وللحيلولة دون حدوث ذلك يجب تحريك المفاصل، وعندما تتحسن حالة المريض يلزم تشجيعه على أن يُجرى الحركات بنفسه، وتعطى له بعض التمرينات الخفيفة أولاً ثم ننتدرج في درجة الصعوبة رويدًا رويدًا (Mazaux).

M,et AL ,1995,p200)

4-5-المعالجة النفسية:

وتكون بإعادة الثقة إلى المريض، وتشجيعه على تحمل مرضه، وتعويده على القيام ببعض الأعمال البسيطة. ولنعلم أنّ أعراض الشلل لا تزول نهائياً بعد شفاء المرض - وخاصة شلل الأطراف العليا - ولذلك فإن للمعالجة النفسية أهمية كبيرة حتى بعد شفاء المرض ( Wade D,T et al .

) ,1987,p151



### خلاصة الفصل:

الجلطة الدماغية تحدث عندما ينقطع وصول الدم إلى جزء من الدماغ وتصاب أنسجة الدماغ بالضرر أكثر الأسباب شيوعا هو انسداد وعاء من أوعية الدم يمكن إن تسبب الجلطة الدماغية، مشاكل عاطفية ومشاكل في التفكير والنطق ومشاكل جسمية مثل الشلل ولهذا الأخير وبرنامج علاجي للتكفل به يشمل العلاج الطبي ( الدوائي والجراحي ) إلى التأهيل الحركي ( العلاج الفيزيائي الحركي ) الذي يعد أهم العلاجات لهذه الفئة .

الجانب الميداني

للدراسة

## الفصل الخامس:

### منهجية وإجراءات الدراسة

1- تمهيد

2- الدراسة الاستطلاعية

-عينة الدراسة الاستطلاعية

3- منهج الدراسة

4- أدوات الدراسة(اختبار صدق الأداة وثباتها)

أ-مقياس مصدر الضبط الصحي

ب-مقياس المساندة الاجتماعية

ج-مقياس تقبل العلاج

5- الدراسة النهائية

-العينة النهائية

-حدود الدراسة(المكانية-الزمانية-البشرية)

6-أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات

النموذج العام للدراسة

**تمهيد:**

قام الباحث في هذا الفصل باستعراض إجراءات الدراسة الميدانية التي اتبعها للتحقق من فروض الدراسة من خلال اختبار النموذج البنائي، حيث يتناول الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، حدود الدراسة، عينة الدراسة والتأكد من صلاحية أدوات الدراسة ، إجراءات التطبيق و كذا اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة التي تتوافق مع طبيعة بيانات وأهداف الدراسة .

## 1- الدراسة الاستطلاعية:

قام الباحث قبل التطبيق الميداني النهائي بعدة خطوات تمهيدية للدراسة النهائية وهي كالتالي :

أ) تنقل الباحث إلى قاعات العلاج الفيزيائي الحركي الموجودة بولايات ( المسيلة والجلفة وبسكرة ) من أجل طلب إجراء الدراسة وكان الرد بالموافقة مع بعض ( المعالجين الفيزيائيين ) وتم تحديد أوقات إجراء الدراسة.

ب) استطلاع مكان الدراسة.

ج) تعرف الباحث على بعض الحالات الموجودة وبمساعدة المعالج الفيزيائي ومعاونه عرفهم على دوره والهدف من العمل معهم ومن ثم اختيار ( العينة الاستطلاعية )

د) انتقاء الأدوات التي تتسجم مع الهدف من الدراسة والتحقق من صلاحيتها مع العينة المستهدفة وهذا استكمالاً للاطلاع على مجموعة من المقاييس المعدة لقياس متغيرات:

( مصدر الضبط الصحي - المساندة الاجتماعية - تقبل العلاج ).

هـ ) التطبيق الأولى لأدوات الدراسة المختارة للنظر في مدى استجابة العينة الاستطلاعية لها وقدرتها على فهم عباراتها من جهة ومن جهة أخرى حساب الخصائص السيكمترية ( الصدق والثبات ) للمقاييس الثلاثة بهدف التأكد من مدى صلاحية أدوات الدراسة .

و) تحديد خصائص العينة.

ز) التعرف على بعض جوانب القصور في إجراءات التطبيق في هذه المرحلة لتفاديها عند الشروع في إجراءات الدراسة النهائية.

- عينة الدراسة الاستطلاعية :

تشير العينة إلى مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها، ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي (عبيدات وآخرون، 1999، ص 84).

وقد تم اختيار العينة الاستطلاعية من قاعات العلاج الفيزيائي الحركي بولايات المسيلة والجلفة وبسكرة وهي عينة قصديه، أي أن العينة تلاءم أغراض الباحث إذ تم اختيار ( المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية) بناء على ملفاتهم واستنادا إلى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالتهم وقد اشتملت العينة الاستطلاعية (197) مصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية من كلا الجنسين وتتراوح أعمارهم بين 52 و 74 سنة.

• خصائص العينة الاستطلاعية :

عدد أفراد العينة الاستطلاعية	السن	الجنس	نوع الإصابة
197	74-52	ذكور و إناث	المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

جدول رقم ( 6 ) : خصائص العينة الاستطلاعية

• خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس:

النسبة المئوية	العدد	الجنس
59%	116	ذكر
41%	81	أنثى
100%	197	المجموع

جدول رقم ( 7 ) : خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس

• خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن:

النسبة المئوية	العدد	السن
30%	60	60-52
70%	137	74-61
100 %	197	المجموع

جدول رقم ( 8 ): خصائص العينة الاستطلاعية حسب السن

• خصائص العينة الاستطلاعية حسب درجة الإصابة:

النسبة المئوية	العدد	درجة الإصابة
11 %	22	خفيفة
67%	131	متوسطة
22%	44	شديدة
100%	197	المجموع

جدول رقم ( 9 ): خصائص العينة الاستطلاعية حسب درجة الإصابة



## 2-منهج الدراسة :

إن الممارسة الرشيدة للبحث العلمي تقوم في أساسها على خلفية من الأفكار والمبادئ المنهجية الفلسفية التي عادة ما تسمى بـ"البرديجم" البحثي Paradigm. وهذه الخلفية الفكرية المنهجية الإستمولوجية ترشد مسار البحث وتوجهه سواء أكان الباحث على بيّنة من ذلك أو على غير بيّنة منها. بل وقد توجه - عن وعي أو غير وعي من الباحث - نظرتَه إلى المنهج، وتقييمه للبحث .. فلا غنى لكل باحث أن يعرّج في بحثه على البراديجم أو المبادئ الإستمولوجية المنهجية التي تشكل التبريرات الفكرية المنهجية للمنهجية التي اعتمدها الباحث، حتى تتعمق معرفته ببحثه، ولا يحيل البحث إلى إجراءات تقنية آلية وسطحية. ومن جهة أخرى، فالتفطن إلى البراديجم الذي يقوم عليه بحثه يرتبط بالاعتقاد بأن هناك براديجمات أخرى منافسة تناسب منهجيات وبحوث أخرى، مما يشجع على الانفتاح على مناهج البحوث الأخرى سواء أكانت كمية أو كيفية، وينأى بالتالي عن تقديس منهج معين، ولا سيما تقديس المنهج الكمي دون سواه (مؤلف جماعي، 2020، ص 1، 3). فالباحث في هذه الدراسة انطلق من براديجم الوضعية Positivism، ولا سيما الوضعية الحديثة أو "ما بعد الوضعية" Interpretism، Post-positivism، ذلك لأن الوضعية الحديثة تأخذ بالتناول أو المنهج الفرضي الاستنباطي Hypothetico-deductive method، فمنهجها يقوم على استقراء الحالات الفردية ذات العلاقة للانتهاء إلى إثبات وجود العلاقات السببية المفسرة للظاهرة المدروسة. بل وتطورت منهجية ما بعد الوضعية للأخذ بالبحوث المسحية التي تدرس مستوى الظواهر (المتغيرات) النفسية، أو الاجتماعية، أو التربوية، أو الإدارية، والعلاقات فيما بينها، لاختبار الإطار النظري (الفرضيات أو النماذج)، بدون اللجوء إلى أي تجريب، بل تكتفي بتحديد المتغيرات الفاعلة (المتغيرات لمستقلة Independent variables أو المتغيرات التنبئية Predictor variables)، والمتغيرات المستهدفة بالتأثير أو التنبؤ (المتغيرات التابعة Dependent variables أو المتغيرات المحكية Criterion variables) وقياسها في الواقع بدون إجراء أي تعديل قبلي على المتغيرات المستقلة. بل هذه التوسعة للمنظور المنهجي [مقابل المنظور الضيق للوضع الكلاسيكية]، مكنها من دراسة نسيج معقد من العلاقات في الواقع، سواء أكانت علاقات مباشرة، أم علاقات غير مباشرة، كالعلاقات الوسيطة Mediation، والعلاقات المعدلة أو الشرطية أو التفاعلية Moderation-Interaction.

كما تخلت عن شرط التفسير القائم على العلاقات السببية المحضة، إلى دراسة علاقات سببية مخففة، كما اهتمت أيضا بهدف التنبؤ بجانب هدف التفسير، على الرغم من أن التنبؤ لا يقوم بالضرورة على شرط العلاقة السببية أو العلية كما هو الشأن في عملية التفسير.

وترتبط بهذا التوجه تسميات عديدة منها الارتباطية (المنهج الارتباطي) وبالتالي من الضرورة بمكان أن يأتي الباحث على ذكر الفرضيات أو النماذج (كما في دراستنا)، وبالموضوعية الصارمة، كما تقوم على ضرورة قياس الظاهرة المدروسة، وبالتالي لا بد من التعرّيج على ذكر أدوات القياس، ولا بد من اللجوء إلى التقييم الكمي لأدوات القياس (عبر الثبات والصدق) من جهة، وإلى التحليل الإحصائي لتحليل البيانات تحليلا كميلا لاختبار صحة الفرضيات أو النماذج كما في دراستنا من جهة أخرى.

فلكل دراسة علمية خصائصها وصفاتها المميزة التي تملي على الباحث منهجا معينا في دراسته، ومن بين المناهج المستخدمة خصوصا في العلوم الإنسانية والاجتماعية المنهج الوصفي وهو ما تعتمد عليه الدراسة الحالية، وبالتحديد المنهج الوصفي الارتباطي ( المنهج الارتباطي) . من خلال طريقة وصف ظاهر العلاقة بين متغيرات الدراسة المباشرة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج و الغير مباشرة بوجود متغير وسيطي وهو المساندة الاجتماعية، وطريقة التحليل المنطقي وذلك من خلال الاستدلال والتحليل والمناقشة لأن الإحصاء لا يقدم معرفة يقينية لا تقبل النقاش بل يقدم معرفة منفتحة على المراجعة الناقدة . ( تيغزة، دت، ص7 )

### 3-أدوات الدراسة (اختبار صدق الأداة وثباتها):

لكل دراسة أداة أو مجموعة من الأدوات تعتمد عليها بغية الوصول إلى نتائج موضوعية:

وفي دراستنا هذه تم الاعتماد على المقاييس الآتية:

\* مقياس مصدر الضبط الصحي

\*مقياس المساندة الاجتماعية .

\*مقياس تقبل العلاج.

ويعرف ستيفنز ( Stevens ) القياس على انه " العملية التي يتم بواسطتها التعبير عن السمات والخصائص برموز وأعداد استنادا إلى قواعد معينة يحددها الباحث " ( كاظم ، 1997 ، ص281 ).

### -التحليل العاملي التوكيدي :

استخدم الباحث نموذج التحليل العاملي التوكيدي ، أو التنبئي للتحقق من صحة المقاييس الثلاثة المستخدمة في الدراسة ، واختبار النموذج العاملي التوكيدي يبين هل البنية العاملية المقترحة للمقياس تتطابق مع البيانات ، وتوفر المفهوم المقاس على مطابقة جيدة للبيانات يعتبر من أقوى الأدلة على توفر الصدق البنائي ، أو المفهوم .

### 3-1-مقياس مصدر الضبط الصحي:

وانطلاقا من مقياس مصدر الضبط الأصلي لروتر (الداخلي - الخارجي) فقد طور العديد من الباحثين ( Phares, Spector, Levenson,...) هذا المقياس إلى مقاييس أخرى بثلاثة أبعاد لمصدر الضبط (داخلي- خارجي- الحظ أو الصدفة)، وانطلاقا من مقياس مصدر الضبط ل- levenson فقد استمد

وا لسطن منه(1978) Wallston مقياس الضبط الصحي (MHLC) الجاري العمل به إلى يومنا هذا، حيث أعده إلى العربية جبالي نور الدين من جامعة باتنة - الجزائر، وقد طبقه باحثون كثر في دراساتهم (قارة، عليوة، عزوز،...) وهذا بعد التأكد من خصائصه السيكمترية في ظل (النظرية الكلاسيكية للقياس)،

و مقياس مصدر الضبط الصحي الذي أعده (wallston et al.1978) والذي كيفه وقتنه على البيئة الجزائرية (جبالي نور الدين،2007) من أهم مقاييس مصدر الضبط النوعية استخداما في مجال الصحة وعلم النفس.

ويهدف مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد إلى قياس وكشف تقديرات الفرد الذاتية حول صحته ، بحيث يميل بعض الأفراد إلى الاعتقاد بدورهم الشخصي في مقاومة المرض (ضبط

داخلي)، بينما يعتقد الآخرون في القدر وتأثير الآخرين كالأطباء وأفراد عائلاتهم في تحديد صحتهم ومرضهم.

ويتكون المقياس من 18 عبارة من عبارات التقرير الذاتي وتتم الإجابة عليه بطريقة سلم ليكارت من 05 درجات تبدأ من موافق بشدة إلى معارض بشدة. وتنقسم العبارات (الفقرات) إلى ثلاث عوامل وهي:

1- مصدر الضبط الصحي الداخلي IHLC ويتضمن 6 فقرات وهي (1-6-8-12-13-17)

2- مصدر الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الآخرون) PHLC ويتضمن 6 فقرات وهي (3-5-7-10-14-18)

3- مصدر الضبط الصحي الخارجي (الحظ والصدفة) CHLC ويتضمن 6 فقرات وهي (2-4-9-11-15-16)

### \* الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية:

( وفق النظرية الكلاسيكية للقياس)

ثبات المقياس:

قام ( جبالي نورا لدين .2007) بحساب ثبات المقياس على العينة الجزائرية من خلال طريقة الاتساق الداخلي ( ألفا كرونباخ) وطريقة التجزئة النصفية وهي موضحة في الجدول التالي:

معامل الارتباط (التجزئة النصفية)	معامل ألفا	البعد
0.71	0.70	الداخلي
0.43	0.53	الحظ
0.58	0.62	نفوذ الآخرين

من خلال الجدول يتمتع المقياس بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده.

**صدق المقياس:**

قام ( جبالي نورالدين .2007) بحساب صدق المقياس على العينة الجزائرية بطريقتين متميزتين وهما: صدق التكوين الصدق التمييزي.

**معامل الارتباط بين بنود الضبط الداخلي والدرجة الكلية**

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.01	0.50	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض.
0.01	0.55	أعتقد أنني متحكم في صحتي.
0.01	0.56	لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض
0.01	0.70	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي.
0.01	0.78	إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض.
0.01	0.77	يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني.

يتضح من الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 وتراوح قيمتها بين 0.50

و0.78

معامل الارتباط بين بنود الضبط الخارجي نفوذ الآخرون والدرجة الكلية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.01	0.67	المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض.
0.01	0.60	عند شعوري بوعكة صحية أزور فوراً طبيباً مختصاً.
0.01	0.58	لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليماً.
0.01	0.64	يلعب المختصون في المجال الصحي دوراً كبيراً في التحكم في صحتي .
0.01	0.52	يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من الأطباء -الأقارب الأصدقاء.
0.01	0.51	إتباع إرشادات الطبيب حرفياً هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي.

يتضح من الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 وتراوح قيمتها بين 0.51

و0.67

معامل الارتباط بين بنود الضبط الخارجي الحظ والدرجة الكلية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.01	0.63	إذا قدر أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفاديه.
0.01	0.56	أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة.
0.01	0.58	يلعب الحظ دوراً كبيراً في سرعة شفائي من المرض.
0.01	0.76	حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة.

0.01	0.41	أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه.
0.01	0.54	القدر والمكتوب هو سبب تمتعي بصحة جيدة.

يتضح من الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 وتراوحت قيمتها بين 0.54 و0.63

مما سبق يتضح أن المقياس يتمتع بصدق تكوين مرتفع يمكن الوثوق به  
الصدق التمييزي:

قيمة ت بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	25.21	1.21	17.54	0.01
الدنيا	16.04	3.69	17.54	0.01

يتضح من الجدول وجود فروق بين متوسطات الفئة الدنيا والفئة العليا حيث بلغت قيمة ت 17.54 وهي دالة عند مستوى 0.01

قيمة ت بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الخارجي (الحظ والصدفة)

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	19.79	2.64	24.48	0.01
الدنيا	10.29	1.14	24.48	0.01

يتضح من الجدول وجود فروق بين متوسطات الفئة الدنيا والفئة العليا حيث بلغت قيمة ت 24.48 وهي دالة عند مستوى 0.01

قيمة ت بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين)

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	23.50	2.49	24.90	0.01
الدنيا	13.71	1.52	24.90	0.01

يتضح من الجدول وجود فروق بين متوسطات الفئة الدنيا والفئة العليا حيث بلغت قيمة ت 24.90 وهي دالة عند مستوى 0.01

\*من خلال ما سبق يتبين تمتع المقياس بأبعاده الثلاث بالصدق التمييزي وتمتعه بقابليته التمييز بين المجموعتين المتناقضتين.

وانطلاقاً من هذا فقد استخدمنا الطريقة الحديثة للتأكد من الخصائص السيكمترية (تقدير الصدق والثبات (التأكد من البنية العاملية) لمقياس (مصدر الضبط الصحي)، أي التحقق من النموذج العاملي المفترض لهذا المقياس على عينة من المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية، وهذا لقلّة استخدام هذا النموذج الجديد (النظرية الحديثة للمقياس) .

تعتمد أغلب الدراسات والبحوث في بناء وتقنين وكذا التأكد من الخصائص السيكمترية على (نظرية القياس التقليدية) ، ونظراً لظهور قصور وبعض العيوب المرتبطة بهذه النظرية، جاءت فكرة استعمال التحليل العاملي التوكيدي كطريقة تعتمدها (نظرية القياس الحديثة) بهدف التأكد من الصدق البنائي لمقياس (مصدر الضبط الصحي) الذي تم التأكد من صلاحيته وفق نظرية القياس التقليدية من طرف الأستاذ الدكتور جبالي نورالدين . و اختبار مدى مطابقة النموذج العاملي للبيانات يعتبر من الأدلة القوية على تحقيق صدق المفهوم ،وعليه التأكد من البنية العاملية لمقياس مصدر الضبط الصحي (الصدق البنائي) باستخدام التحليل العاملي التوكيدي ( بلواضح وقارة، 2018، ص 2).

(إجراءات العملية لنمذجة المعادلة البنائية) من خلال اختبار مدى صحة النموذج المفترض لمقياس مصدر الضبط الصحي بالاستناد لبيانات العينة التي تتضمن استجابات أفرادها على المتغيرات المشاهدة (الفقرات) التي تضمنها المقياس (مقياس مصدر الضبط الصحي).



\*بعض العمليات التي يقوم بها الباحث قبل إجراء التحليل العاملي التوكيدي ( نماذج بين الجانب المنهجي والتطبيقي) في كل مرحلة:

\* قبل إجراء التحليل العاملي التوكيدي يتطلب بالضرورة أن يحدد الباحث نموذجه النظري العاملي بدقة وذلك اعتمادا على تأصيله النظري للموضوع الأبعاد التالية للنموذج العاملي:

1-يحدد نوع النموذج العاملي بما في ذلك عدد العوامل: هل النموذج العاملي أحادي العامل أو ثنائي العامل أو متعدد العوامل. النموذج العاملي لمقياس مصدر الضبط الصحي غير هرمي (نموذج عاملي من الدرجة الأولى). متعدد العوامل متكون من ثلاث عوامل وهي مصدر الضبط الصحي الداخلي -مصدر الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الآخرين)- مصدر الضبط الصحي الخارجي(الصدفة والحظ).

يحدد المتغيرات المقاسة أو المؤشرات (سواء أكانت فقرات، أو مقاييس فرعية ، أو اختبارات، وغيرها) التي تقيس كل عامل من العوامل المفترضة. بمعنى يتصور الباحث أن الموضوع يتكون من بنية عاملية تحتوي عامل أو عاملين وأن كل عامل يحتوي على وجه التحديد ثلاث أو أربع مؤشرات تقيسه بدقة. المتغيرات المقاسة ( المؤشرات) هي فقرات وعددها 18 فقرة. فقرات لكل عامل حيث عامل مصدر الضبط الصحي الداخلي يتكون من الفقرات التالية. (1-6-8-12-13-17 والعامل الثاني مصدر الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الآخرين) يتكون من الفقرات التالية 3-5-7-10-14-18) والعامل الثالث مصدر الضبط الصحي الخارجي (الصدفة والحظ ) يتكون من الفقرات التالية (2-4-9-11-15-16)

3-يحدد ما إذا كانت العوامل التي حددها مرتبطة فيما بينها ام أنها مستقلة. وغالبا ما نجد الباحث يفترض إن العوامل التي حددها مرتبطة فيما بينها. افترض الباحث أن العوامل مرتبطة فيما بينها (يوجد قدر من التباين المشترك بينهما) بحيث أن هذا الارتباط بين العوامل ليس ضعيفا لكي يدل على استقلالهما وليس مرتفعا جدا . لأن الارتفاع الشديد لمعامل الارتباط بين العوامل يدل على أن العوامل غير متميزة وبالتالي يمكن دمجهم في عامل واحد.

2- يحدد أخطاء القياس وهو باقي التباين الذي لم يقوى العامل على تفسيره بالنسبة لكل مؤشر من مؤشرات المقاسة. وتتكون هذه الأخطاء من أخطاء عشوائية وأخطاء منتظمة (يفترض الباحث

سلفا أن أخطاء قياس مؤشرات العوامل عشوائية ومستقلة أم أن بعضها غير مستقل. بحيث يحدد أي أخطاء قياس المؤشرات التي يعتقد أنها مرتبطة. لأن افتراض ارتباط بعض أخطاء القياس في النموذج العاملي القائم على تأصيل نظري قوي يرفع من قدرة النموذج العاملي القائم على المطابقة مع البيانات، وعلى قدرته على التفسير أخطاء القياس عشوائية ومستقلة (تيغزة، 2012، ص ص180،158)

### **\*\*خطوات اختبار النموذج العاملي التوكيدي (إجراءات التحليل العاملي التوكيدي):**

تختلف المراجع في تحديد خطوات اختبار جودة مطابقة النموذج النظري الذي يضعه الباحث سواء أكان نموذجا عامليا توكيديا ، أم نموذجا بنائيا ، أم نموذج تحليل المسارات . ورغم الاختلاف الكبير في تحديد عدد الخطوات ، وفي توضيح طبيعة كل خطوة إلا أننا نميل ونتبنى التصنيف الذي تبناه) البروفسور تيغزة (

حيث لخص عملية اختبار النموذج النظري المفترض عند توظيف طريقة التحليل العاملي التوكيدي في خمس مراحل أساسية (مع تبيان طبيعة كل مرحلة):

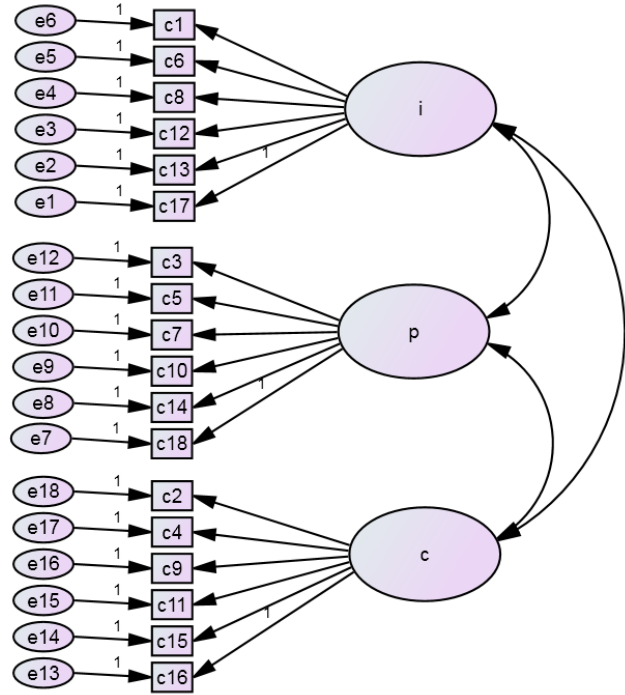
### **المرحلة الأولى: بناء النموذج وتحديده SPECIFICATION**

#### **1-التحديد:**

وهو بناء النموذج أو تحديده ويقصد به توظيف النظريات والأطر النظرية والنماذج التنظيرية المناسبة وقدرة الباحث على التنظير في تطوير نموذج نظري عاملي. ومن الضروري أن تعزز عملية التحديد برسم تخطيطي للنموذج فهو يعين على التوضيح إضافة إلى استعمال اللغة والرموز والمعادلات ويضفي مسحة جمالية على العامل. وينظم أبعاد التنظير ، ويعين على ترجمة النموذج التخطيطي إلى لغات البرامج الإحصائية المتخصصة في المعادلات البنائية (لغة التعليمات ليزرل، حزمة أموس ) وهي من أشهر الحزم المتخصصة في النمذجة بالمعادلات البنائية وغالبا ما يكون النموذج العاملي عرضة لبعض أخطاء التحديد ولعل أهمها افتقار النموذج إلى متغير أو متغيرين أو متغيرات هامة وجوهرية ، لم ينظرن إلى أهميتها الباحث، ولذلك لم يدرجها في نموذج ، أو أن يعاني النموذج المفترض من تخمة أو وفرة زائدة في المتغيرات لا تؤدي وظيفة محددة في النموذج، بل قد تعرقل أو تحجب دور المتغيرات الهامة الحرجة في النموذج، وأخطاء التحديد تمثل تهديدا كبيرا

لصدق النموذج، وتعرقل قدرته على المطابقة، وتقوي من التحيز، وتضخم من أخطاء القياس، ومن أخطاء التباين غير المفسر.

رسم النموذج المفترض لمقياس مصدر الضبط الصحي.



النموذج رقم (10) النموذج المفترض لمقياس مصدر الضبط الصحي

من خلال هذا يكون الباحث قد أنجز خطوة وضع النموذج المفترض أو تحديده.

بعد التحديد النظري للنموذج وقبل الانتقال إلى تقدير بارامترات، لابد من معالجة قضية تعيين النموذج

## 2- المرحلة الثانية التعيين: تعيين النموذج identification

و يقصد بالتعيين تحديد أو تقدير احتياجات النموذج المفترض ومقارنتها بوحدات المعلومات غير المتكررة في البيانات (المعلومات المتاحة أو المتوفرة في البيانات). وتعنى هذه الخطوة بمدى توفر

المعلومات الكافية في بيانات العينة للتوصل إلى حل وحيد ومحدد للبارامترات الحرة للنموذج العاملي المفترض ، فإذا افترق النموذج الى التعيين مثلا يستحيل تقدير قيمة محددة وحيدة لكل بارامتر من البارامترات الحرة للنموذج المفترض .فيكون لكل بارامتر عدد كبير من القيم التي تمثل حلا له ، وبالتالي يستحيل انتقاء الحل الأنسب لكل بارامتر.

لكن متى يكون النموذج المفترض يتسم بالتعيين؟ ولكي نعرف كيف نصنف النموذج هل هو متعدي التعيين ،أو مشبع (معين ) أو دون التعيين لابد من معرفة مايلي :

-نعرف على الطريقة التي تمكننا من إحصاء عدد البارامترات الحرة للنموذج العاملي المفترض .

-نعرف على الطريقة التي تمكننا من إحصاء (أو عد )عدد العناصر غير المتكررة لمصفوفة التباين والتغاير للعينة.

بالنسبة للبارامترات الحرة التي تحتاج الى تقدير في النموذج العاملي التوكيدي هي:

1-عدد قيم التباين للعوامل الكامنة اذا كانت حرة ولم تقيد بقيمة محددة. عدد العوامل الكامنة

### 3 بارامترات حرة.

2-عدد أخطاء قياس المؤشرات. عدد أخطاء قياس المؤشرات 18 بارامتر حر.

3- التغاير أو الارتباط بين العوامل الكامنة . عدد الأسهم المحدبة 3 بارامترات حرة.

4-عدد تشبعات المؤشرات المقاسة على عواملها الكامنة. عدد التشبعات الغير مقيدة

### 15 بارامتر حر.

5-الارتباط بين أخطاء القياس (يفترضه الباحث أحيانا) لا يوجد 0

6-تباين المتغيرات التابعة.(لا تعد بارامترات حرة)

إذن عدد البارامترات الحرة للنموذج المفترض (مصدر الضبط الصحي) هو 39

وبالتالي تباين وتغاير المتغيرات المستقلة (العوامل الكامنة، أخطاء قياس المؤشرات) والتشبعات (علاقة العامل بمؤشراته) تعتبر بارامترات حرة، ما لم يتم تقييدها(تنبئتها) بقيمة ثابتة معينة لتحديد وحدة قياس المتغيرات الكامنة (العوامل أو أخطاء القياس أو البواقي)، أما تباين المتغيرات

التابعة (وليس المتغيرات المستقلة) فلا تعد بارامترات حرة. باختصار يعبر عن احتياجات النموذج بعدد وحدات المعلومات التي يتطلبها النموذج لتقدير البرامترات. ويقصد بالبرامترات أي شيء غير مقيد بقيمة ثابتة يقوم البرنامج بحسابه. ويمكن معرفة عدد برامترات النموذج التي تحتاج إلى تقدير سلفا قبل إخضاع النموذج إلى تقدير برامراته عن طريق حزمة أموس أو أي حزمة أخرى تستعمل لهذا الغرض. (يمكن أليا-أو يدويا)

ب-بالنسبة للطريقة التي تمكننا من إحصاء (أو عد) عدد العناصر غير المتكررة لمصفوفة التباين والتغاير للعينة هي: عدد المتغيرات أو المؤشرات المقاسة  $\times$  [عدد المتغيرات أو المؤشرات المقاسة  $+ 1$ ]  $\div 2$  وهي كالتالي:  $18 \div 2 = 9$  كم المعلومات التي تتوفر عليه البيانات

بعد أن نقوم بإحصاء عدد البارامترات الحرة في النموذج والتي تمثل كم المعلومات التي يحتاج إليها النموذج لاختبار صحته ، وتحديد كم المعلومات غير المتكررة أو المتوفرة في البيانات الأمبريقية

نقوم بمقارنة احتياجات النموذج بوحدات المعلومات غير المتكررة المتوفرة في البيانات. أي ننتقل بعد ذلك الى حساب درجات الحرية لمعرفة نوع تعيين النموذج ويفضل أن يكون النموذج متعدي التعيين أي درجات الحرية تكون موجبة علما بأن درجات الحرية تكون سالبة عند وجود نموذج مفترق للتعيين ، وتساوي صفرا عندما يكون النموذج مشبعا ولمعرفة عدد درجات الحرية ما إذا كانت سالبة (وبالتالي النموذج غي معين ) أو تساوي صفرا (وبالتالي النموذج مشبع) أو موجبة (وبالتالي النموذج متعدي التعيين) نقوم بطرح عدد البارامترات الحرة التي أحصيت في النموذج النظري من عدد العناصر غير المتكررة في مصفوفة التباين والتغاير للعينة ( عدد وحدات المعلومات المتوفرة في بيانات العينة) أي نستعمل العلاقة البسيطة :

عدد درجات الحرية = عدد القيم غير المتكررة لتباين وتغاير مصفوفة المؤشرات المقاسة أو العينة - عدد البارامترات الحرة للنموذج المفترض. عدد درجات الحرية =  $171 - 39 = 132$  وهي موجبة وأكبر من الصفر فالنموذج متعدي التعيين وهو الوضع الأفضل.

أولا- حالة الافتقار إلى التعيين Under-identified نموذج دون التعيين أو بكل بساطة غير معين.

ثانيا- حالة التساوي بين ما هو متوفر في البيانات من وحدات المعلومات وبين ما يحتاجه النموذج نتيجة عدد البرامترات الحرة ويسمى النموذج في هذه الحالة بالنموذج المشبع

Saturated Just-identified

، وتكون المطابقة تامة مع البيانات. ويفضل تلافى هذا الوضع رغم أنه ايجابي غير أنه يفتقر إلى الاقتصاد في التنظير، أو الإفراط في العلاقات ( الاقتصاد في عدد البرامترات التي تحتاج إلى تقدير نتيجة كثرة العلاقات).

ثالثاً-حالة احتياجات النموذج ( عدد البرامترات الحرة)أقل مما هو متوفر في البيانات وهذا الوضع الأمثل ويدعى النموذج في هذه الحالة :

بالنموذج المعين أو المتعدي التعيين Over-identified تحديد وحدة قياس للمتغيرات الكامنة، الأمر الثاني في هذه المرحلة الثانية تحديد وحدة قياس لمتغيرات النموذج لأن المتغيرات المستعملة هي مفاهيم تفتقر إلى وحدة قياس، ويتم تحديد وحدة القياس لهذه المفاهيم أو العوامل الكامنة بطريقتين :

- تثبيت إحدى التشبعات على العامل بقيمة ثابتة (القيمة واحد)

- تثبيت تباين العامل بقيمة ثابتة تساوي الواحد الصحيح بدلا من تثبيت إحدى تشبعاته

### المرحلة الثالثة: طريقة تقدير البرامترات الحرة : Estimation (طريقة الاحتمال

#### الأقصى)

فوظيفة التقدير إيجاد قيم عددية لهذه البرامترات الحرة في النموذج بحيث أن مصفوفة البيانات المشتقة من النموذج ( مصفوفة التباين والتغاير للنموذج المفترض ) تكون قريبة جدا من بيانات العينة ، أي من مصفوفة التباين والتغاير للعينة التي تمثل الإطار المرجعي الذي ينبغي أن يعيد النموذج المفترض إنتاجها

وتجدر الإشارة أن طريقة تقدير البارامترات الافتراضية التي تستعملها أغلب الحزم المتخصصة (إذا لم يعين المستعمل طريقة أخرى )، تتمثل افتراضا أو تلقائيا في طريقة الاحتمال الأقصى. وتزود هذه الطريقة مستعملها بتقديرات دقيقة لبارامترات النموذج عند توفر خاصية التوزيع الطبيعي المتعدد في البيانات، وتحفظ بدقة أدائها (تقديرات للبارامترات) حتى في حالة وجود قدر معتدل من الابتعاد بين توزيع الدرجات عن التوزيع الطبيعي.

بعد أن تعرفنا على طرق تقدير بارامترات النموذج فمن الضروري أن نتعرف في الخطوة الموالية على مؤشرات المطابقة بمعنى هل النموذج المفترض الذي يتكون من العلاقات التي تم قياسها وتقديرها يمثل بيانات العينة وبالتالي فهو يتمتع بمطابقة جيدة للبيانات أو المعلومات التي تم الحصول عليها في البحث، أو لا يمثل بيانات عينة الدراسة، الأمر الذي يدل على عدم صحة النموذج المفترض؟

## المرحلة الرابعة: اختبار جودة مطابقة النموذج عن طريق مؤشرات المطابقة testing

ويقصد بالمطابقة إلى أي حد استطاع النموذج أن يوظف كافة المعلومات التي تنطوي عليها البيانات الأصلية، أو إلى أي حد تمكن النموذج من تمثيل بيانات العينة بحيث لم يبتعد كثيرا عنها. ولذلك اقترحت مؤشرات عديدة لتقدير المطابقة وهناك عدة تصنيفات. ولعل التصنيف الأكثر استخداما وشيوعا التصنيف الذي يقسم مؤشرات المطابقة على اختلافها وتباينها إلى ثلاث أصناف أو مجموعات كبرى وهي:

### المجموعة الأولى: مؤشرات المطابقة المطلقة Absolute Fit indices

سميت مطلقة لأنها لا تقوم على مقارنة مطابقة النموذج المفترض بنماذج أخرى مقيدة.

### المجموعة الثانية: مؤشرات المطابقة المقارنة أو التزايدية Comparative Fit Indices /

#### incremental Fit Indices

وهي المؤشرات التي تقدر مقدار التحسن النسبي في المطابقة التي يتمتع بها النموذج المفترض (نموذج الباحث) مقارنة بنموذج قاعدي Baseline model. ويتمثل النموذج القاعدي في الغالب في النموذج ذي المتغيرات المستقلة ، ويدعى اختصارا بالنموذج المستقل Independent Model أو نموذج العدم Null model الذي يقوم على افتراض أن تغيرات المتغيرات الملاحظة على مستوى المجتمع تساوي صفرا أو منعدمة ولا تبقى إلا قيم تباين هذه المتغيرات.

### المجموعة الثالثة: مؤشرات تصحيح الافتقار للاقتصاد Parsimony Correction Indices أو

#### المؤشرات الاقتصادية

تختلف هذه المؤشرات عن مؤشر مربع كاي ومؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية (SRMR) وغيرها بانطوائها على دالة عقابية Penalty Function عند تحرير أو إضافة بارامترات حرة للنموذج بدون جدوى، أي بدون أن يرافق ذلك تحسن في مطابقة النموذج المفترض. وهو الوضع الذي يسمى بالافتقار للاقتصاد في المتغيرات أو البارامترات الحرة غير المقيدة التي تحتاج إلى تقدير poorparsimony.

وفيما يلي مؤشرات المطابقة مع محكات جودة المطابقة

( الجداول التصنيفية لمؤشرات جودة المطابقة )

الاختصار الذي يعرف به المؤشر	الترجمة العربية له	قيم المؤشر الدالة على وجود مطابقة (قيم المؤشر النموذجية)
مؤشرات المطابقة المطلقة Absolute Fit indices		
$\chi^2$ أو CMIN	مربع كاي	- أن تكون غير دالة. - إذا كان يساوي صفراً يدل على مطابقة تامة.
RMR	مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي	- ينبغي أن تكون دون (0,1) ويفضل أن تكون أصغر من (0,08).
Normed Chi- square (NC)	مربع كاي المعياري أو مربع كاي النسبي	إذا كانت القيمة أصغر من 1.0 تدل على مطابقة رديئة. وإذا كانت أعلى من 5.0 تدل على مطابقة غير كافية. وإذا تراوحت القيمة من 1 إلى 5 تدل على وجود مطابقة ويفضل أن تكون بين 1 و3
SRMR	مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية	- ينبغي أن تكون دون (0,1) ويفضل أن تكون أصغر من (0,08).
GFI	مؤشر حسن المطابقة	- يساوي أو أكبر من (0,90) ويفضل أن تساوي أو أكبر من (0,95).
AGFI	مؤشر حسن المطابقة المصحح	- يساوي أو أكبر من (0,90)



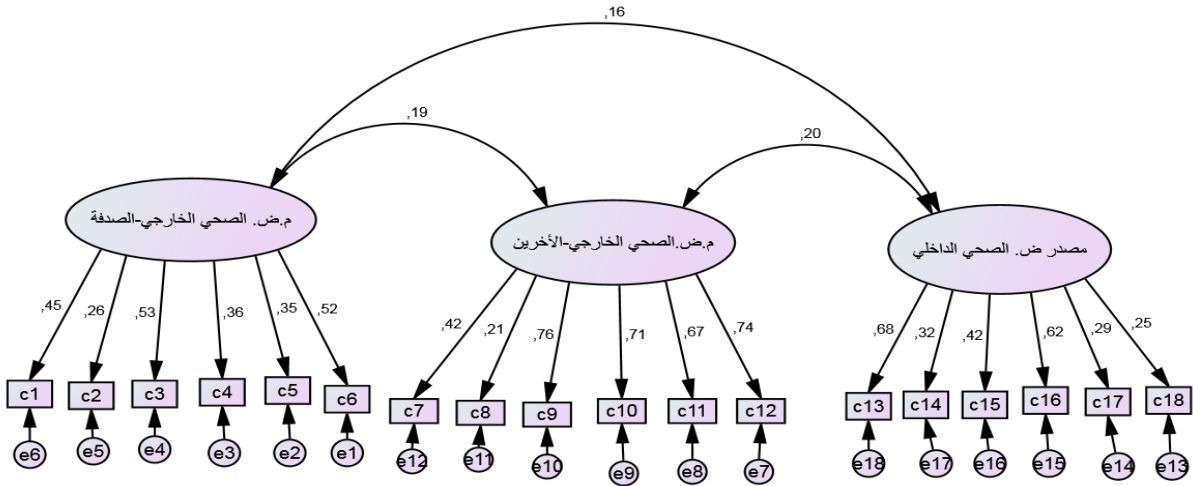
<p>- المؤشر دون (0,05) يدل على مطابقة ممتازة</p> <p>- المؤشر بين (0,05-0,08) يدل على مطابقة جيدة</p> <p>- المؤشر بين (0,08-0,10) يدل على مطابقة لا بأس بها mediocre</p> <p>- المؤشر أعلى من (0,10) يدل على سوء المطابقة.</p> <p>حدود الثقة عند 90% الدالة على المطابقة يجب أن تتراوح من الصفر إلى 0.08 ، أي أن الحد الأصغر يجب أن يكون دون 0.05 بكثير، أي قريبة من الصفر، أما الحد الأكبر فيجب ألا يتعدى 0.08</p>	<p>الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب</p>	<p>RMSEA</p>
<p>يجب أن تكون قيمته أكبر من 0.50</p>	<p>الدالة الإحصائية للمطابقة القريبة</p>	<p>P-Value for Close Fit</p>
<p>مؤشرات الافتقار للاقتصاد Parcimony Correction Indices</p>		
<p>- ينبغي أن يكون أكبر من 0.50 والأفضل أن يتعدى 0,6</p>	<p>مؤشر حسن المطابقة الاقتصادي</p>	<p>(PGFI)</p>
<p>- قيمة المؤشر أعلى من (0,5) تدل على مطابقة معقولة، ويفضل أن يكون أكبر من (0,6).</p>	<p>مؤشر المطابقة المقارن الاقتصادي</p>	<p>(PCFI)</p>
<p>- قيمة المؤشر أعلى من (0,5) تدل على مطابقة معقولة، ويفضل أن يكون أكبر من (0,6).</p>	<p>مؤشر المطابقة المعياري الاقتصادي</p>	<p>(PNFI)</p>

	مؤشر الصدق التقاطعي المتوقع	ECVI
	محك المعلومات لأيكيك	AIC
يجب أن تكون قيمة المؤشر للنموذج الحالي أصغر من قيمة المؤشر للنموذج المستقل أو الصفري.	محك المعلومات المتسق لأيكيك	CAIC
مؤشرات المطابقة المقارنة أو التزايدية Comparative / incremental Fit Indices		
- قيمة المؤشر أعلى من (0,90) تدل على مطابقة معقولة ويفضل أن تساوي أو أكبر من (0,95).	مؤشر المطابقة المقارن	CFI
- قيمة المؤشر أعلى من (0,90) تدل على مطابقة معقولة ويفضل أن تساوي أو أكبر من (0,95).	مؤشر المطابقة غير المعياري أو مؤشر تاكر-لويس Tucker-Lewis Index	NNFI أو TLI
- قيمة المؤشر أعلى من (0,90) تدل على مطابقة معقولة ويفضل أن تساوي أو أكبر من (0,95).	مؤشر المطابقة المعياري	NFI

الجدول رقم (10) جدول تصنيفي لمؤشرات جودة المطابقة

نموذج مقياس مصدر الضبط الصحي (مخرجات أموس) قبل التعديل

الشكل البياني لنموذج التحليل العاملي التوكيدي الذي يوضح درجة تأثير أو تشبع أبعاد مصدر الضبط الصحي بالفقرات أو المؤشرات المرتبطة بها لدى (الأفراد) المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية



### النموذج رقم (11) نموذج مقياس مصدر الضبط الصحي (مخرجات أموس) قبل التعديل

وفيما يأتي تلخيص نتائج مخرجات مؤشرات المطابقة لنموذج مصدر الضبط الصحي في الجدول وهي كالآتي:

Model	GFI	SRMr	TLI	CFI	RMSEA
النموذج 1	0.89	0.072	0.77	0.79	0.048

### الجدول رقم (11) قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس مصدر الضبط الصحي قبل التعديل

في الجدول رقم (11) نلاحظ أن قيمة مؤشر المطابقة المقارن (CFI) تساوي (0.79) حيث يقيس هذا المؤشر الانخفاض النسبي لانعدام التطابق وهي قيمة متوسطة، ضمن مجال قبول المطابقة المقدر بـ 90 فما فوق ما لا يسمح لنا بقبول النموذج. أما بالنسبة لمؤشر توكر لويس (TLI) فكانت قيمته (0.77) حيث يعمل هذا المؤشر على مقارنة انعدام المطابقة المختبر مع النموذج القاعدي أو الصفري وهي قيمة ضعيفة مقارنة بدرجة القطع المقدر بـ 90 فما فوق وهي تدل بأن المطابقة

ضعيفة للنموذج المختبر أما بالنسبة لقيمة مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) التي تساوي (0.048) ومؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) والتي تساوي (0.072) يدلان على مطابقة مقبولة، وقيمة GFI تساوي 0.89 وهي قريبة من المقبول

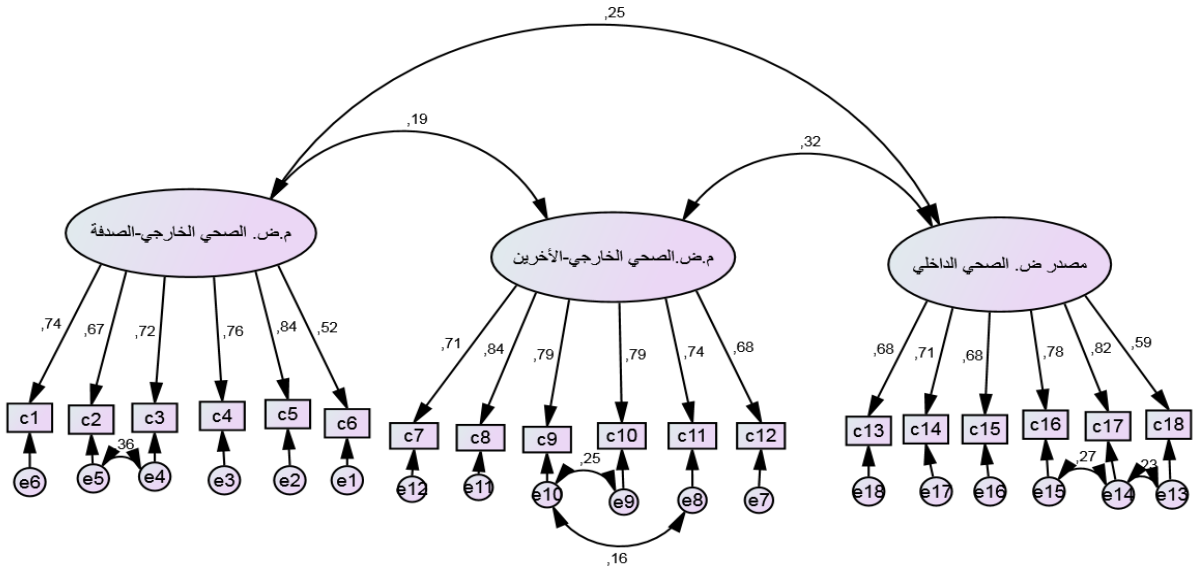
ومن خلال الجدول يتضح أن مؤشرات المطابقة ليست لها مطابقة جيدة أي أن النموذج يتطلب التحسين

(إن مؤشرات المطابقة بينت مطابقة متوسطة) وبالتالي النموذج النظري لا ينسجم مع البيانات ، هذا يحتاج إلى تعديل لكن لا نعتبر عملية التعديل عملية فنية إحصائية بحتة (صرفة) تعود على عاتق مؤشرات المطابقة بل له علاقة وطيدة بتنظير الباحث وله مبررات وشروط حتى وان كانت المؤشرات الإحصائية لها مطابقة جيدة مع البيانات ن لا يستطيع الباحث إثبات صحة النموذج ، لأن ذلك لا يستبعد وجود نماذج نظرية أخرى أكثر جودة وصحة وتمتع نموذج معين بالمطابقة لا يعني إطلاقا انه قائم على تنظير صحيح ولا يعني إطلاقا أنه النموذج الوحيد في مجاله ولا توجد نماذج منافسة تتفوق عليه في جودة المطابقة ( تبقى هناك حدود لمؤشرات المطابقة) .

هذا من جهة ومن جهة أخرى ( العبث بالبيانات من طرف المستجيبين)- وقضية التحيز في تكيف الاختبارات (التحيز في المفهوم) حيث قياس المفهوم غير منسجم عبر الثقافات وبخصوص مقياس مصدر الضبط ( للعينة الجزائرية) الاعتقاد بالشفاء أو بالأصح التأكيد أن الشفاء من عند الله وليس حتى مصدر خارجي أو داخلي( الصدفة -الحظ) بل هو عميق. بالتالي لا يزال مقياس مصدر الضبط الصحي ثلاثي العوامل محل تساؤل حيث تثير دراسات عديدة حول الاختلافات بين المستجيبين عبر الثقافات والفرق ليس ثابتا.

نموذج مقياس مصدر الضبط الصحي (مخرجات أموس) بعد التعديل

الشكل البياني لنموذج التحليل العاملي التوكيدي الذي يوضح درجة تأثير او تشبع أبعاد مصدر الضبط الصحي بالفقرات أو المؤشرات المرتبطة بها لدى (الأفراد) المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية



### النموذج رقم (12) نموذج مقياس مصدر الضبط الصحي (مخرجات أموس) بعد التعديل

وفيما يأتي تلخيص نتائج مخرجات مؤشرات المطابقة لنموذج مصدر الضبط الصحي في الجدول وهي كالآتي:

Model	GFI	SRMR	TLI	CFI	RMSEA
النموذج 2	0.93	0.065	0.96	0.97	0.016

### الجدول رقم(12) قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس مصدر الضبط الصحي بعد التعديل

في الجدول رقم (12) نلاحظ أن قيمة مؤشر المطابقة المقارن (CFI) تساوي (0.97) حيث يقيس هذا المؤشر الانخفاض النسبي لانعدام التطابق وهي قيمة جيدة، ضمن مجال قبول المطابقة المقدر بـ 90 فما فوق ما يسمح لنا بقبول النموذج. أما بالنسبة لمؤشر توكر لويس (TLI) فكانت قيمته (0.96) حيث يعمل هذا المؤشر على مقارنة انعدام المطابقة المختبر مع النموذج القاعدي أو

الصفري وهي قيمة جيدة مقارنة بدرجة القطع المقدرة ب 90 فما فوق وهي تدل بأن المطابقة مقبولة للنموذج المختبر أما بالنسبة لقيمة مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) التي تساوي (0.016) ومؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) والتي تساوي (0.065) يدلان أن النموذج يتماشى مع البيانات ويعد مؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) مقياساً لمتوسط البواقي ، واقتراب قيمته من الصفر يدل على المطابقة الجيدة للنموذج ، أما مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) الذي يصحح ما يقوم به مؤشر مربع كاي من رفض النموذج مع كبر حجم العينة فهو يعد من أهم مؤشرات جودة المطابقة . ومن أفضلها والتي أظهرت دراسات المضاهاة تفوقه وأدائه الجيد حيث يأخذ بعين الاعتبار خطأ الاقتراب في المجتمع فهو يقيس التباعد عن طريق درجات الحرية ، مما يجعله حساساً لعدد البارامترات الحرة التي تحتاج الى تقدير في النموذج المفترض أو بتعبير آخر يتأثر بمدى تعقيد النموذج ، إن القيم التي تقل عن (0.05) تدل على مطابقة جيدة والقيم التي تتراوح بين (0.05)(0.08) تدل على وجود خطأ تقارب معقول في المجتمع والقيم التي تتراوح بين (0.08) و(0.10) تدل على مطابقة غير كافية و إذا تجاوزت قيمة المؤشر (0.10) دلت على مطابقة سيئة .

ومن خلال الجدول يتضح أن مؤشرات المطابقة جيدة أي أن النموذج استطاع إلى حد كبير أن يوظف كافة المعلومات التي تنطوي عليها البيانات الأصلية، أي تمكن النموذج من تمثيل بيانات العينة بحيث لم يبتعد كثيراً عنها.

وبهذا يكون النموذج قد حاز على قيم جيدة فيما يخص مؤشرات المطابقة وهي قيم مشجعة وتدل هذه النتيجة على أن النموذج يمثل البيانات بصورة جيدة .

**\*من خلال نموذج التحليل العاملي التوكيدي نوظف أو نستغله كدليل للصدق البنائي**

**\*أدلة الصدق البنائي:**

ويقصد بها تطابق النموذج النظري مع البيانات أو الواقع وهي نوعان :

أولا : الصدق التقاربي (Convergent Validity):

يشير إلى افتراض أن مجموعة من الفقرات تمثل العامل ذاته إذا كانت نسبة الارتباطات عالية ( درجة تشعب الفقرات على عاملها).

انطلاقاً من النتائج الموضحة في الشكل البياني رقم ( ) لنموذج مصدر الضبط الصحي أن النموذج خالي من الارتباط غير المنطقي والذي يتجاوز 1 صحيح ويتضح لنا أن نسبة التشعب أو الصدق بين عوامل مصدر الضبط الصحي الثلاثة وفقراتها أو مؤشرات الثمانية عشر تجاوزت معظمها 0.50 وهذه النتيجة تعتبر مشجعة وجيدة كما يتضح لنا أن أكثر المتغيرات إشباعاً لأبعاد مصدر الضبط الصحي هو المؤشر أو الفقرة رقم (5) في بعد مصدر الضبط الخارجي (الصدفة ) والفقرة رقم(8) في بعد مصدر الضبط الخارجي (الآخرين) إذ بلغت الدرجة المعيارية للإشباع (84) كما يتضح لنا أن أقل المؤشرات أو الفقرات إشباعاً هي الفقرة رقم (6) في بعد مصدر الضبط الخارجي (الصدفة) إذ بلغت الدرجة المعيارية للإشباع (0.52) أما باقي الفقرات أو المؤشرات فتتراوح الدرجات المعيارية للإشباع بين هاتين القيمتين .

كما يلاحظ أن قيم متوسط التباين المستخلص لأبعاد مصدر الضبط الصحي تساوي 0.509 وهي أكبر من 0.5 وكل هذه الأدلة تدل على الصدق التقاربي.

متوسط التباين المستخلص AVE: عبارة عن المتوسط الحسابي للارتباط المتعدد

متوسط مربع التباين المشترك ASV: عبارة عن قيمة الارتباط بين العوامل مضروبة في نفسها

التطبيق:

$$CR = \frac{\left( \sum_{i=1}^n \lambda_i \right)^2}{\left( \sum_{i=1}^n \lambda_i \right)^2 + \left( \sum_{i=1}^n \delta_i \right)}$$

<<العامل الأول: مصدر الضبط الصحي الداخلي

0.509AVE وهي أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب تحقق (الصدق التقاربي)

العامل الثاني : مصدر الضبط الصحي الخارجي (الأخرين)

AVE = 0.57 هي أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب تحقق (الصدق التقاربي)

العامل الثالث : مصدر الضبط الصحي الخارجي (الصدفة)

AVE = 0.511 هي أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب تحقق (الصدق التقاربي)

ثانيا : الصدق التمايزي (Discriminant Validity):

يشير إلى افتراض أن مجموعة من الفقرات لا تمثل العامل الذي لا تنتمي إليه.

نلاحظ من خلال الشكل البياني لنموذج مصدر الضبط الصحي ، أن معامل الارتباط بين العوامل الثلاثة لمتغير مصدر الضبط الصحي هي دون 0.40 أي تدل على ارتباط منخفض ، أو معتدل الى حد ما بين العوامل الثلاثة (مصدر الضبط الصحي الخارجي الصدفة-مصدر الضبط الخارجي الآخرين-مصدر الضبط الداخلي ) لمتغير مصدر الضبط الصحي ، مايعزز تمايز العوامل عن بعضها البعض ، أي تمتعها بالصدق التمايزي ، كذلك من أدلة الصدق التمايزي أن قيم متوسط التباين المستخلص ((AVE))أعلى من قيم متوسط مربع التباين المشترك (ASV)بين أبعاد مصدر الضبط

الصحي

MSV = 0.10

ASV = 0.082 و AVE أكبر من MSV وأكبر من ASV تحقق (الصدق التمايزي)

CR = 0.86

CR = 0.86 وهي أكبر من 0.7 (الثبات المركب)



0.10 =MSV

0.07 =ASV و AVE أكبر من MSV وأكبر من ASV تحقق (الصدق التمايزي)

0.89 =CR

089 =CR وهي أكبر 0.7 الثبات المركب

0.08 =MSV

0.06 =ASV و AVE أكبر من MSV وأكبر من ASV تحقق (الصدق التمايزي)

0.86 =CR

086 =CR وهي أكبر 0.7 الثبات المركب

Composite Reliability (CR) (الثبات المركب )

Average Variance Extracted (AVE) متوسط التباين المستخلص

Maximum Shared Squared Variance (MSV) مربع التباين المشترك الأعلى

Average Shared Square Variance (ASV) (متوسط مربع التباين المشترك

Reliability: CR > .7 الثبات المركب أكبر من 0.7

Convergent Validity: CR > AVE, AVE>.5 الصدق التقاربي: متوسط التباين

المستخلص أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب

Discriminant Validity: MSV < AVE.....ASV < AVE الصدق التمايزي : متوسط

التباين المستخلص أكبر من مربع التباين المشترك الأعلى و أقل من متوسط مربع التباين المشترك

### 3-2-مقياس المساندة الاجتماعية :

أعدّه إلى العربية محمد الشناوي وسامي أبو بية (1990) وقننه على البيئة الجزائرية الدكتور قارة سعيد على عينة مصابة بارتفاع الضغط الدموي الأساسي، استنادا على الدراسات السابقة التي تناولت المساندة الاجتماعية وعلى مجموعة من الاستبيانات المصممة لقياس المساندة الاجتماعية ، منها استبيانات برلين للمساندة الاجتماعية (BSSS) وهي تضم 6 استبيانات تقيس أبعادا مختلفة للمساندة الاجتماعية ، وكذا استبيان (SSQ6) ل SARASON واستبيان (QSSP) ل Bruchon-Schweitzer، وهو متكون من 22 بند يقيس محورين مختلفين (المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة- والمساندة الاجتماعية من طرف المعالج)

\*الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية: (وفق النظرية الكلاسيكية للقياس)

وتم حساب صدق الاستبيان بواسطة صدق المحكمين ، باستعمال معادلة لوتشي حيث عرض على 7 محكمين من جامعة باتنة -البلدية -المسيلة ، فتبين أن جميع بنود الاستبيان تقيس فعلا ما وضعت لقياسه باستثناء عبارة واحدة وهي -تتلقى زيارات في البيت من طرف طبيبك المعالج ؟

صدق استبيان المساندة الاجتماعية 97.5%

ثبات استبيان المساندة الاجتماعية 0.99%

\*التحليل العاملي التوكيدي لمقياس المساندة الاجتماعية:

1- يحدد نوع النموذج العاملي بما في ذلك عدد العوامل: هل النموذج العاملي أحادي العامل أو ثنائي العامل أو متعدد العوامل. النموذج العاملي لمقياس المساندة الاجتماعية غير هرمي (نموذج عاملي من الدرجة الأولى). متعدد العوامل متكون من عاملين وهما المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة – (والمساندة الاجتماعية من طرف المعالج. )

2- يحدد المتغيرات المقاسة أو المؤشرات (سواء أكانت فقرات، أو مقاييس فرعية ، أو اختبارات، وغيرها) التي تقيس كل عامل من العوامل المفترضة. بمعنى يتصور الباحث أن الموضوع يتكون من بنية عاملية تحتوي عامل أو عاملين وأن كل عامل يحتوي على وجه التحديد ثلاث أو أربع مؤشرات تقيسه بدقة. المتغيرات المقاسة ( المؤشرات ) هي فقرات وعددها 22 فقرة. 11 فقرة لكل عامل حيث عامل المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة يتكون من الفقرات التالية. ( 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11 والعامل الثاني المساندة الاجتماعية من طرف المعالج يتكون من الفقرات التالية 12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22 ) .

3- يحدد ما إذا كانت العوامل التي حددها مرتبطة فيما بينها أم أنها مستقلة. وغالبا ما نجد الباحث يفترض أن العوامل التي حددها مرتبطة فيما بينها. افترض الباحث أن العوامل مرتبطة فيما بينها (يوجد قدر من التباين المشترك بينهما) بحيث أن هذا الارتباط بين العوامل ليس ضعيفا لكي يدل على استقلالهما وليس مرتفعا جدا. لأن الارتفاع الشديد لمعامل الارتباط بين العوامل يدل على أن العوامل غير متميزة وبالتالي يمكن دمجهم في عامل واحد.

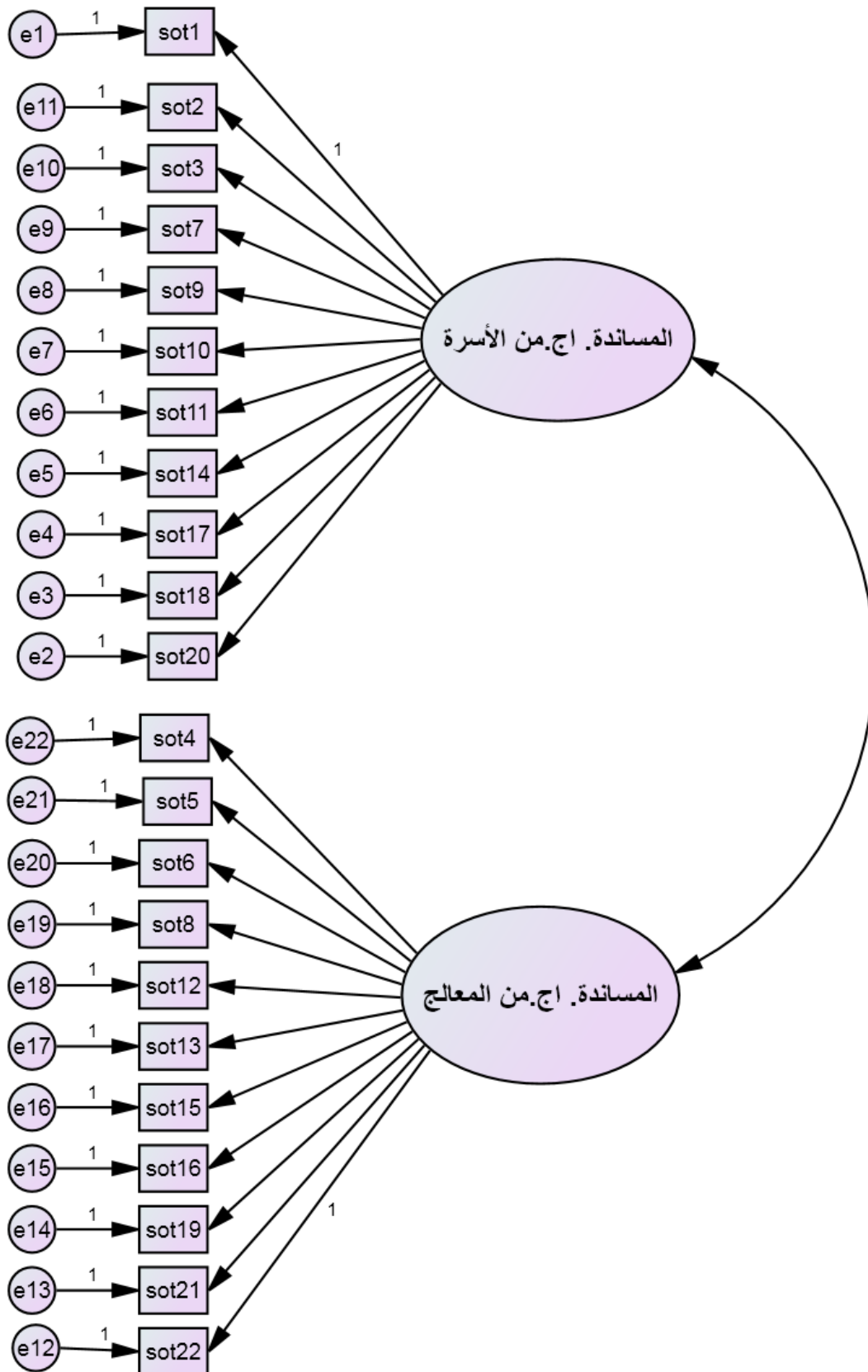
4- يحدد أخطاء القياس:.. أخطاء القياس عشوائية ومستقلة

**\*\*خطوات اختبار النموذج العاملي التوكيدي (إجراءات التحليل العاملي التوكيدي) :**

**المرحلة الأولى: بناء النموذج وتحديده SPECIFICATION**

**1-التحديد:**

رسم النموذج المفترض لمقياس المساندة الاجتماعية .



النموذج رقم (13) النموذج المفترض لمقياس المساندة الاجتماعية

من خلال هذا يكون الباحث قد أنجز خطوة وضع النموذج المفترض أو تحديده.

## 2-المرحلة الثانية التعيين: تعيين النموذج identification

بالنسبة للبارامترات الحرة التي تحتاج الى تقدير في النموذج العاملي التوكيدي هي:

1- عدد قيم التباين للعوامل الكامنة اذا كانت حرة ولم تقيد بقيمة محددة. عدد العوامل الكامنة 2

### بارامترات حرة.

2- عدد أخطاء قياس المؤشرات. عدد أخطاء قياس المؤشرات 22 بارامتر حر.

3- التغاير أو الارتباط بين العوامل الكامنة. عدد الأسهم المحدبة 1 بارامترات حرة.

4- عدد تشعبات المؤشرات المقاسة على عواملها الكامنة. عدد التشعبات الغير مقيدة 20

### بارامتر حر.

5- الارتباط بين أخطاء القياس (يفترضه الباحث أحيانا) لا يوجد 0

6- تباين المتغيرات التابعة. (لا تعد بارامترات حرة)

إذن عدد البارامترات الحرة للنموذج المفترض (مصدر الضبط الصحي) هو 45

ويقصد بالبرامترات أي شيء غير مقيد بقيمة ثابتة يقوم البرنامج بحسابه. ويمكن معرفة عدد برامترات النموذج التي تحتاج إلى تقدير سلفا قبل إخضاع النموذج إلى تقدير برامراته عن طريق حزمة أموس أو أي حزمة أخرى تستعمل لهذا الغرض. (يمكن آليا-أو يدويا)

ب-بالنسبة للطريقة التي تمكننا من إحصاء (أو عد) عدد العناصر غير المتكررة لمصفوفة التباين والتغاير للعينة هي: عدد المتغيرات أو المؤشرات المقاسة  $\times$  [عدد المتغيرات أو المؤشرات المقاسة

$2/[1+22]$  وهي كالتالي:  $22\{1+22\} = 253$  كم المعلومات التي تتوفر عليه البيانات

عدد درجات الحرية= عدد القيم غير المتكررة لتباين وتغاير مصفوفة المؤشرات المقاسة أو العينة-

عدد البارامترات الحرة للنموذج المفترض. عدد درجات الحرية =  $253 - 45 = 208$  وهي موجبة

وأكبر من الصفر فالنموذج متعدي التعيين وهو الوضع الأفضل.

- تثبيت تباين العامل بقيمة ثابتة تساوي الواحد الصحيح بدلا من تثبيت إحدى تشعباته

المرحلة الثالثة: طريقة تقدير البرامترات الحرة : Estimation (طريقة الاحتمال

الأقصى)

وتجدر الإشارة أن طريقة تقدير البارامترات الافتراضية التي تستعملها أغلب الحزم المتخصصة (إذا لم يعين المستعمل طريقة أخرى)، تتمثل افتراضاً أو تلقائياً في طريقة الاحتمال الأقصى.

### المرحلة الرابعة: اختبار جودة مطابقة النموذج عن طريق مؤشرات المطابقة **testing**

ويقصد بالمطابقة إلى أي حد استطاع النموذج أن يوظف كافة المعلومات التي تنطوي عليها البيانات الأصلية،

ملاحظة: حسب اطلاع الباحث في عدة مراجع بخصوص مؤشرات جودة المطابقة في أغلبها إن لم

نقل كلها وجد ثلاث مجموعات من المؤشرات لكن مؤخراً أضاف البروفسور تيغزة مجموعة أخرى

هي:

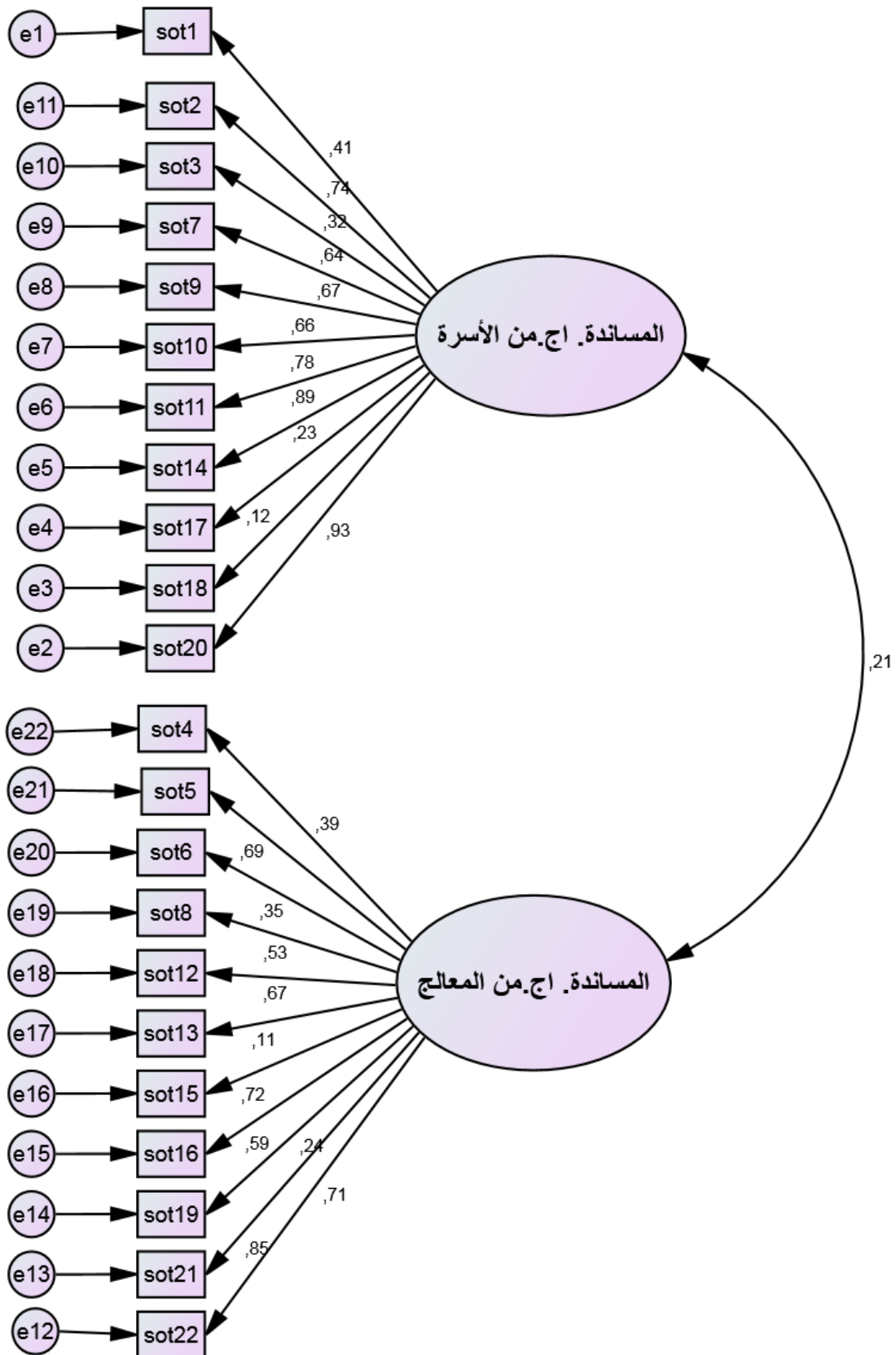
المجموعة الرابعة: مؤشرات المعلومات: استقرار النتائج (استقرار بنية المفهوم، والقابلية للتعميم على عينات أخرى من نفس المجتمع) ويستهدف هذا الدليل البرهان بأن نتائج النموذج النظري الذي اختبرناه ليست ظرفية وخاصة بالعينة المدروسة؛ بل تتسم بنوع من الاستقرار، ويمكن تعميمها على عينات أخرى مشتقة من نفس المجتمع، وليست خاصة بالعينة المدروسة فقط.

وتسمى مؤشرات المطابقة القائمة على هذا المعيار بمؤشرات المعلومات (**Information**

**indices**). ومن أمثلة مؤشرات المعلومات هذه: (ECVI; MECVI; AIC; BIC; CAIC).

النموذج العاملي لمقياس المساندة الاجتماعية: (مخرجات أموس) قبل التعديل

الشكل البياني لنموذج التحليل العاملي التوكيدي الذي يوضح درجة تأثير أو تشبع بعدي المساندة الاجتماعية بالفقرات أو المؤشرات المرتبطة بها لدى (الأفراد) المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية



النموذج رقم ( 14 ) نموذج مقياس المساندة الاجتماعية (مخرجات أموس) قبل التعديل



وفيما يأتي تلخيص نتائج مخرجات مؤشرات المطابقة لنموذج المساندة الاجتماعية في الجدول وهي كالاتي:

**جدول مؤشرات المطابقة:**

Model	GFI	SRMR	TLI	CFI	RMSEA
النموذج 1	0.82	0.08	0.81	0.83	0.09

**الجدول رقم (13) قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس المساندة الاجتماعية قبل التعديل**

في الجدول رقم (13) نلاحظ أن قيمة مؤشر المطابقة المقارن (CFI) تساوي (0.83) حيث يقيس هذا المؤشر الانخفاض النسبي لانعدام التطابق وهي قيمة متوسطة، ضمن مجال قبول المطابقة المقدر بـ 90 فما فوق ما لا يسمح لنا بقبول النموذج. أما بالنسبة لمؤشر توكر لويس (TLI) فكانت قيمته (0.81) حيث يعمل هذا المؤشر على مقارنة انعدام المطابقة المختبر مع النموذج القاعدي أو الصفري وهي قيمة ضعيفة مقارنة بدرجة القطع المقدر بـ 90 فما فوق وهي تدل بأن المطابقة ضعيفة للنموذج المختبر أما بالنسبة لقيمة مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) التي تساوي (0.09) ومؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) والتي تساوي (0.08) يدلان على مطابقة مقبولة، وقيمة GFI تساوي 0.82 وهي قريبة من المقبول

يشير الجدول إلى أن النموذج يقدم مؤشرات غير قوية . هذا يتطلب تعديل النموذج ، (إن مؤشرات المطابقة بينت مطابقة متوسطة ) ، هذا يحتاج إلى تعديل (تحسين النموذج) لكن لا نعتبر عملية التعديل عملية فنية إحصائية بحتة (صرفة) تعود على عاتق مؤشرات المطابقة بل له علاقة وطيدة بتنظير الباحث وله مبررات وشروط حتى وان كانت المؤشرات الإحصائية لها مطابقة جيدة مع البيانات لا يستطيع الباحث إثبات صحة النموذج ، لأن ذلك لا يستبعد وجود نماذج نظرية أخرى أكثر جودة وصحة وتمتع نموذج معين بالمطابقة لا يعني إطلاقاً انه قائم على تنظير صحيح ولا يعني إطلاقاً أنه النموذج الوحيد في مجاله ولا توجد نماذج منافسة تتفوق عليه في جودة المطابقة ( تبقى هناك حدود لمؤشرات المطابقة) .

## المرحلة الخامسة: تعديل النموذج modification:

ولفحص مواطن الخلل في مواقع موضوعية في النموذج المفترض ، أو خلل في جزء أو عنصر ( قد يكون علاقة أو بارامتر أو غيره) من عناصر النموذج ، توجد طريقتان : طريقة فحص البواقي- وطريقة فحص مؤشرات التعديل، التي توفرها كل الحزم الإحصائية- (تيغزة، 2012 ، ص286)

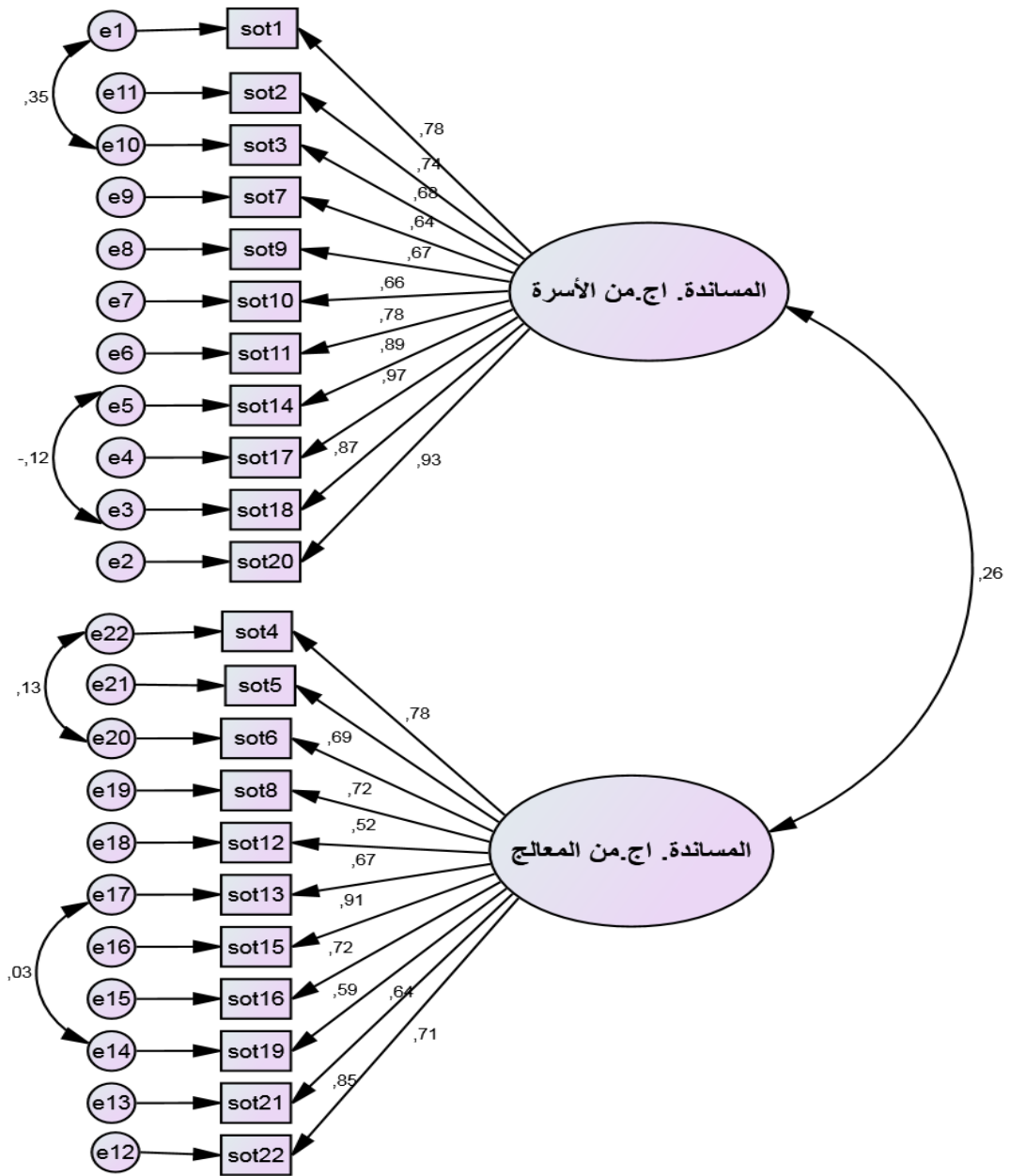
ويعدل النموذج لعدة أسباب منها:

أن بعض المسارات أو العلاقات بين الأخطاء أو بين العامل والمؤشرات المقاسة قد تزيد من قدرة النموذج على التفسير وبالتالي قدرة على المطابقة، ولذلك تضاف في ضوء مؤشرات التعديل ليتم تقديرها في النموذج المعدل ، بعض البواقي بين مصفوفة البيانات للعينة (مصفوفة التباين والتباين بين المتغيرات المقاسة) ومصفوفة البيانات المشتقة من النموذج كبيرة مما يدل على التباعد بين المصفوفتين في بعض البرامترات.

بعض العلاقات تكون غير دالة سواء أعلق ذلك بتباين خطأ المؤشرات الملاحظة، أو التشبعات، والتي قد تكون دالة لكن منخفضة الشدة، وقد يعمل على حذفها أحيانا .

بعد التعديل : (تحسين النموذج)

النموذج 2: الشكل البياني لنموذج التحليل العاملي التوكيدي الذي يوضح درجة تأثير أو تشبع بعدي المساندة الاجتماعية بالفقرات أو المؤشرات المرتبطة بها لدى (الأفراد) المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية



النموذج رقم (15) نموذج مقياس المساندة الاجتماعية (مخرجات أموس) بعد التعديل

وفيما يأتي تلخيص نتائج مخرجات مؤشرات المطابقة لنموذج المساندة الاجتماعية في الجدول وهي كالآتي:

Model	GFI	SRMR	TLI	CFI	RMSEA
النموذج 2	0.98	0.073	0.97	0.92	0.057

الجدول رقم (14) قيم مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس المساندة الاجتماعية بعد التعديل

في الجدول رقم (14) نلاحظ أن قيمة مؤشر المطابقة المقارن (CFI) تساوي (0.92) حيث يقيس هذا المؤشر الانخفاض النسبي لانعدام التطابق وهي قيمة جيدة ، ضمن مجال قبول المطابقة المقدر بـ 90 فما فوق ما يسمح لنا بقبول النموذج . أما بالنسبة لمؤشر توكر لويس (TLI) فكانت قيمته (0.97) حيث يعمل هذا المؤشر على مقارنة انعدام المطابقة المختبر مع النموذج القاعدي أو الصفري وهي قيمة جيدة مقارنة بدرجة القطع المقدر بـ 90 فما فوق وهي تدل بأن المطابقة مقبولة للنموذج المختبر أما بالنسبة لقيمة مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) التي تساوي (0.057) ومؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) والتي تساوي (0.073) يدلان أن النموذج يتماشى مع البيانات ويعد مؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) مقياساً لمتوسط البواقي ، واقتراب قيمته من الصفر يدل على المطابقة الجيدة للنموذج ، أما مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) الذي يصحح ما يقوم به مؤشر مربع كاي من رفض النموذج مع كبر حجم العينة فهو يعد من أهم مؤشرات جودة المطابقة .

من خلال الجدول يتضح أن مؤشرات المطابقة جيدة أي أن النموذج استطاع إلى حد كبير أن يوظف كافة المعلومات التي تنطوي عليها البيانات الأصلية، أي تمكن النموذج من تمثيل بيانات العينة بحيث لم يبتعد كثيراً عنها.

وبهذا يكون النموذج قد حاز على قيم جيدة فيما يخص مؤشرات المطابقة وهي قيم مشجعة وتدل هذه النتيجة على أن النموذج يمثل البيانات بصورة جيدة .

من خلال نموذج التحليل العاملي التوكيدي نوظفه أو نستغله كدليل للصدق البنائي

\*أدلة الصدق البنائي: انطلاقاً من النتائج الموضحة في الشكل البياني رقم (15) لنموذج المساندة

الاجتماعية أن النموذج خالي من الارتباط غير المنطقي والذي يتجاوز 1 صحيح ويتضح لنا أن نسبة التشعب أو الصدق بين عوامل المساندة الاجتماعية الثنائي (عاملين) وفقراتها أو مؤشراتهما الاثنان والعشرون تجاوزت معظمها 0.50 وهذه النتيجة تعتبر مشجعة وجيدة كما يتضح لنا أن أكثر المتغيرات إشباعاً لبُعدي المساندة الاجتماعية هو المؤشر أو الفقرة رقم (14) في بعد

المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة إذ بلغت الدرجة المعيارية للإشباع (0.97) كما يتضح لنا أن أقل المؤشرات أو الفقرات إشباعا هي الفقرة رقم (12) في بعد المساندة الاجتماعية من طرف المعالج إذ بلغت الدرجة المعيارية للإشباع (0.52) أما باقي الفقرات أو المؤشرات فتتراوح الدرجات المعيارية للإشباع بين هاتين القيمتين.

كما يلاحظ أن قيم متوسط التباين المستخلص لأبعاد المساندة الاجتماعية تساوي 0.52 وهي أكبر من 0.5 وكل هذه الأدلة تدل على الصدق التقاربي.

#### التطبيق:

$$CR = \frac{(\sum_{i=1}^n \lambda_i)^2}{(\sum_{i=1}^n \lambda_i)^2 + (\sum_{i=1}^n \delta_i)}$$

العامل الأول: المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة

$$AVE = 0.78 + 0.74 + 0.68 + 0.64 + 0.67 + 0.66 + 0.78 + 0.89 + 0.97 = 0.93$$

وهي أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب تحقق (الصدق التقاربي)  $0.52 = 11 / (0.93 + 0.87^2)$

العامل الثاني: المساندة من طرف المعالج

$$AVE = 0.78 + 0.69 + 0.72 + 0.52 + 0.67 + 0.91 + 0.72 + 0.59 + 0.64 = 0.85$$

وهي أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب تحقق (الصدق)

#### التقاربي

متوسط التباين المستخلص AVE: عبارة عن المتوسط الحسابي للارتباط المتعدد

متوسط مربع التباين المشترك ASV: عبارة عن قيمة الارتباط بين العوامل مضروبة في نفسها

نلاحظ من خلال الشكل البياني لنموذج المساندة الاجتماعية ، أن معامل الارتباط بين العاملين لمتغير المساندة الاجتماعية هي دون 0.30 أي تدل على ارتباط منخفض ، بين العاملين ( المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة –المساندة الاجتماعية من طرف المعالج) لمتغير المساندة الاجتماعية ، مايعزز تمايز العوامل عن بعضها البعض ، أي تمتعها بالصدق التمايزي ، كذلك من أدلة الصدق التمايزي أن قيم متوسط التباين المستخلص AVE أعلى من قيم متوسط مربع التباين المشترك (ASV) بين بعدي المساندة الاجتماعية .

$$0.06=2 \times 0.26 =MSV$$

$$0.26=ASV \quad \text{و} \quad 0.03=2/.^2 \quad \text{أكبر من} \quad MSV \quad \text{وأكبر من} \quad ASV \quad \text{تحقق (الصدق}$$

التمايزي)

$$0.26^2 =MSV$$

$$0.26=ASV \quad \text{و} \quad 0.03=2/.^2 \quad \text{أكبر من} \quad MSV \quad \text{وأكبر من} \quad ASV \quad \text{تحقق (الصدق التمايزي)}$$

$$+ .0.87 +0.97+0.89+0.78+0.66+0.67+0.64+0.68+0.74+ 0.78 ) =CR$$

$$+ .0.87 +0.97+0.89+0.78+0.66+0.67+0.64+0.68+0.74+ 0.78^2 \quad / (0.93$$

$$-1+0.21-1+0.40-1+0.57 \quad -1+0.60-1+0.54 \quad -1+ 0.49-1+0.40-1+^2( \quad 0.93$$

$$0.92= + 0.14-1+0.25 -1+0.04$$

$$0.92 =CR \quad \text{وهي أكبر من} \quad 0.0 \quad \text{(الثبات المركب)}$$

### 3-3- مقياس تقبل العلاج:

أعدّه إلى العربية الدكتور قارة سعيد استناداً على الدراسات السابقة التي تناولت تقبل العلاج ، وارتفاع ضغط الدم الأساسي، وعلى استبيان Morisky واستبيان Gererd حول تقبل الدواء (Adoubi et al.2006.19).

وهو متكون من 32 بند يقيس محاور مختلفة مدرجة مع بعضها البعض ( تقبل الدواء والالتزام بالإرشادات والتعليمات الطبية وبالسلوكات الصحية والابتعاد عن سلوكات الخطر وعن الضغوط

لكن (الباحث) أدرج كل محور أو عامل (بعد) لوحده بحكم التحليل العملي التوكيدي لأن دراسة العلاقة بين مفهومين أو متغيرين بدون تحليل كل مفهوم إلى أبعاده أو مكوناته أو عوامله لا يمدنا باستبصار عن السلوك الحقيقي لكل متغير ولا يزودنا بمعلومات ثرية عن طبيعة العلاقات بين المفهومين أو المتغيرين هذه هي (إستراتيجية التعامل بتحليل المتغيرات )

#### الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية : (الطريقة التقليدية للقياس)

تم حساب الصدق عن طريق (صدق المحكمين ) :حيث قدم الاستبيان ل7محكمين (أطباء مختصين -أطباء عامين-أساتذة جامعيين) وتم تعديل عبارة (هل تفرط في تناول المشروبات الكحولية؟) وأصبحت بصيغة (هل تتناول المشروبات الكحولية؟)

وتم تطبيق معادلة لوتشي لصدق المحكمين ووجد أنه يتمتع بدرجة عالية من صدق المحكمين

الصدق الإحصائي: بعد حساب الثبات -القيمة 0.930

الثبات:تم حساب ثبات الاستبيان عن طريق التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الارتباط بين البنود الفردية والزوجية بعد التصحيح 0.865 وهو معامل ارتباط عالي .

#### \*التحليل العملي التوكيدي لمقياس تقبل العلاج

1-يحدد نوع النموذج العملي بما في ذلك عدد العوامل ،هل النموذج العملي أحادي العامل أو ثنائي العامل أو متعدد العوامل.النموذج العملي لمقياس تقبل العلاج غير هرمي (نموذج عملي من

الدرجة الأولى). متعدد العوامل متكون من ثلاث عوامل وهي --الالتزام بالعلاج--الالتزام بالإرشادات والتعليمات الطبية والسلوكيات الصحية --الابتعاد عن سلوكيات الخطر وعن الضغوط

يحدد المتغيرات المقاسة أو المؤشرات (سواء أكانت فقرات، أو مقاييس فرعية ، أو اختبارات، وغيرها) التي تقيس كل عامل من العوامل المفترضة. بمعنى يتصور الباحث أن الموضوع يتكون من بنية عاملية تحتوي عامل أو عاملين وأن كل عامل يحتوي على وجه التحديد ثلاث أو أربع مؤشرات تقيسه بدقة. المتغيرات المقاسة ( المؤشرات ) هي فقرات وعددها 32 فقرة. حيث عامل الالتزام بالعلاج يتكون من 11 فقرة وهي كالتالي ( 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-

11 والعامل الثاني الالتزام بالإرشادات والتعليمات الطبية والسلوكيات الصحية يتكون من 12 فقرة وهي كالتالي 12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23) والعامل الثالث الابتعاد عن سلوكيات الخطر وعن الضغوط يتكون من 9 فقرات وهي كالتالي 24-25-26-27-28-29-30-31-32)

3-يحدد ما إذا كانت العوامل التي حددها مرتبطة فيما بينها أم أنها مستقلة. وغالبا ما نجد الباحث يفترض إن العوامل التي حددها مرتبطة فيما بينها. افترض الباحث أن العوامل مرتبطة فيما بينها(يوجد قدر من التباين المشترك بينهما) بحيث أن هذا الارتباط بين العوامل ليس ضعيفا لكي يدل على استقلالهما وليس مرتفعا جدا. لأن الارتفاع الشديد لمعامل الارتباط بين العوامل يدل على أن العوامل غير متميزة وبالتالي يمكن دمجهم في عامل واحد.( بلواضح وساعد، 2018، ص 5)

2- يحدد أخطاء القياس وهو باقي التباين الذي لم يقوى العامل على تفسيره بالنسبة لكل مؤشر من مؤشرات المقاسة.

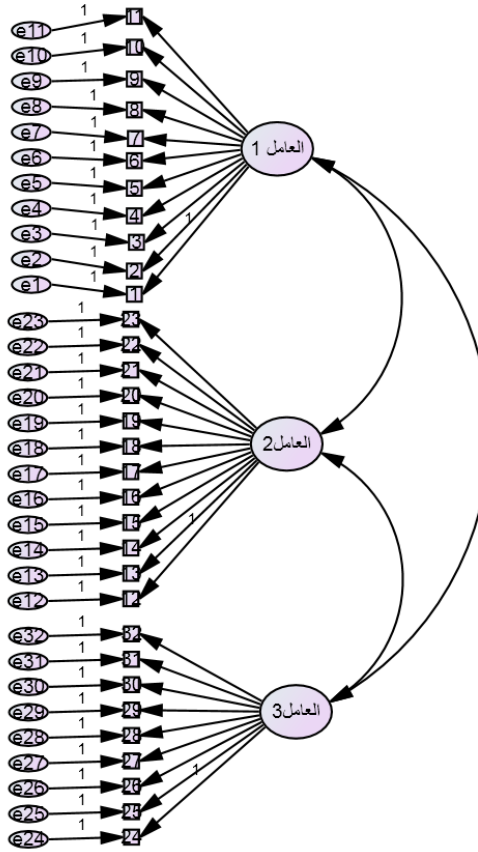


\*\*خطوات اختبار النموذج العاملي التوكيدي (إجراءات التحليل العاملي التوكيدي):

### المرحلة الأولى: بناء النموذج وتحديده SPECIFICATION

#### 1-التحديد:

رسم النموذج المفترض لمقياس تقبل العلاج.



النموذج رقم (16) النموذج المفترض لمقياس تقبل العلاج

من خلال هذا يكون الباحث قد أنجز خطوة وضع النموذج المفترض أو تحديده.

بعد التحديد النظري للنموذج وقبل الانتقال إلى تقدير بارامتراتة ، لابد من معالجة قضية تعيين النموذج

## 2- المرحلة الثانية التعيين: تعيين النموذج identification

بالنسبة عدد أخطاء قياس المؤشرات 32 بارامتر حر للبارامترات الحرة التي تحتاج إلى تقدير في النموذج العاملي التوكيدي هي:

1- عدد قيم التباين للعوامل الكامنة إذا كانت حرة ولم تقيد بقيمة محددة. عدد العوامل الكامنة 3

### بارامترات حرة.

2- عدد أخطاء قياس المؤشرات.

3- التباين أو الارتباط بين العوامل الكامنة. عدد الأسهم المحدبة 3 بارامترات حرة.

4- عدد تشبعات المؤشرات المقاسة على عواملها الكامنة. عدد التشبعات الغير مقيدة 29 بارامتر

### حر.

5- الارتباط بين أخطاء القياس (يفترضه الباحث أحيانا) لا يوجد 0

6- تباين المتغيرات التابعة. (لا تعد بارامترات حرة)

إذن عدد البارامترات الحرة للنموذج المفترض (تقبل العلاج) هو 67

بـبالنسبة للطريقة التي تمكننا من إحصاء (أو عد) عدد العناصر غير المتكررة لمصفوفة التباين والتغاير للعينة هي: عدد المتغيرات أو المؤشرات المقاسة  $\times$  [عدد المتغيرات أو المؤشرات المقاسة

$+1/2$  وهي كالتالي:  $32\{1+32\}/2 = 528$  كم المعلومات التي تتوفر عليه البيانات

عدد درجات الحرية = عدد القيم غير المتكررة لتباين وتغاير مصفوفة المؤشرات المقاسة أو العينة.

عدد البارامترات الحرة للنموذج المفترض. عدد درجات الحرية =  $528 - 67 = 461$  وهي موجبة

وأكبر من الصفر فالنموذج متعدي التعيين وهو الوضع الأفضل.

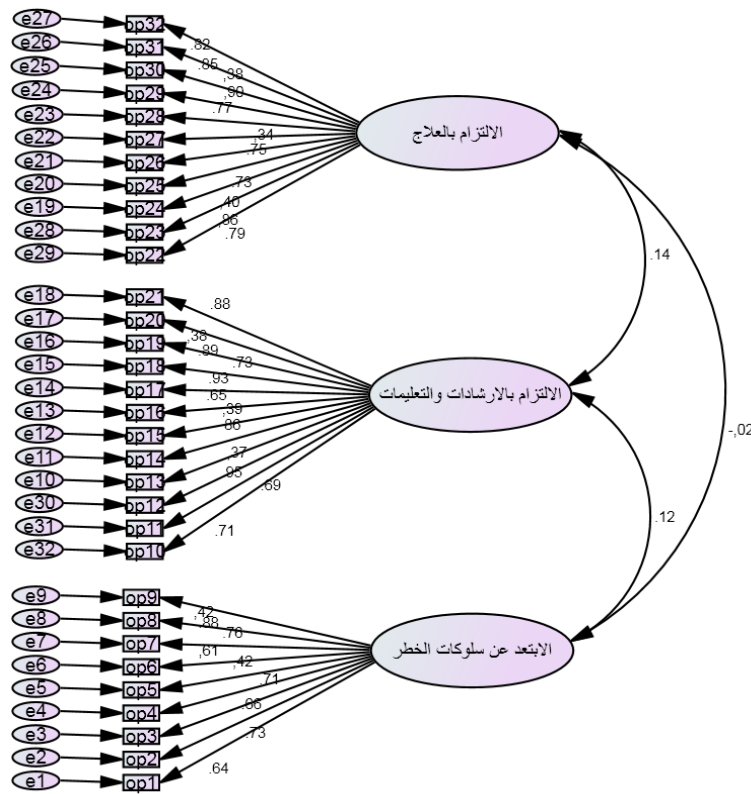
المرحلة الثالثة: طريقة تقدير البارامترات الحرة : Estimation (طريقة الاحتمال

(الأقصى)

المرحلة الرابعة: اختبار جودة مطابقة النموذج عن طريق مؤشرات المطابقة testing

النموذج 1: النموذج العامي لمقياس تقبل العلاج

الشكل البياني لنموذج التحليل العاملي التوكيدي الذي يوضح درجة تأثير أو تشبع أبعاد تقبل العلاج بالفقرات أو المؤشرات المرتبطة بها لدى (الأفراد) المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية



النموذج رقم ( 17 ) نموذج مقياس تقبل العلاج (مخرجات أموس) قبل التعديل

وفيما يأتي تلخيص نتائج مخرجات مؤشرات المطابقة لنموذج تقبل العلاج في الجدول وهي كالآتي:

جدول مؤشرات المطابقة:

Model	GFI	SRMR	TLI	CFI	RMSEA
النموذج 1 1	0.82	0.09	0.86	0.88	0.08

الجدول رقم (15) مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس تقبل العلاج قبل التعديل

## تفسير النتائج:

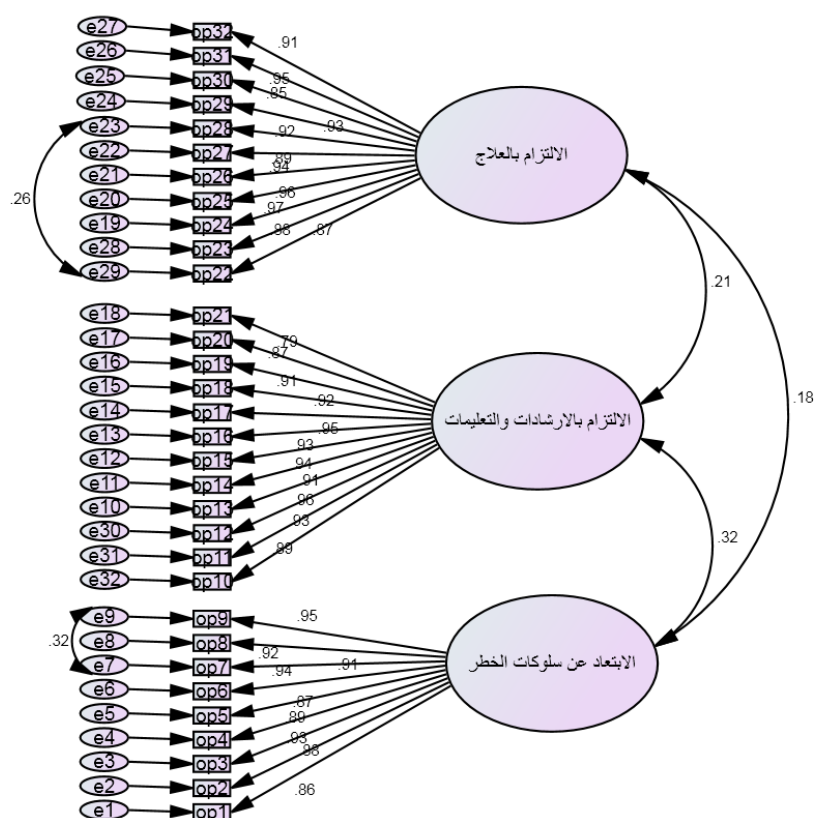
في الجدول رقم (15) نلاحظ أن قيمة مؤشر المطابقة المقارن (CFI) تساوي (0.88) حيث يقيس هذا المؤشر الانخفاض النسبي لانعدام التطابق وهي قيمة متوسطة، ضمن مجال قبول المطابقة المقدر بـ 90 فما فوق ما لا يسمح لنا بقبول النموذج. أما بالنسبة لمؤشر توكر لويس (TLI) فكانت قيمته (0.86) حيث يعمل هذا المؤشر على مقارنة انعدام المطابقة المختبر مع النموذج القاعدي أو الصفري وهي قيمة ضعيفة مقارنة بدرجة القطع المقدر بـ 90 فما فوق وهي تدل بأن المطابقة ضعيفة للنموذج المختبر أما بالنسبة لقيمة مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) التي تساوي (0.08) ومؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) والتي تساوي (0.09) يدلان على مطابقة مقبولة، وقيمة GFI تساوي 0.82 وهي قريبة من المقبول

يشير الجدول إلى أن النموذج يقدم مؤشرات غير قوية . هذا يتطلب تعديل النموذج ، (إن مؤشرات المطابقة بينت مطابقة متوسطة ) ، هذا يحتاج إلى تعديل (تحسين النموذج) ( تبقى هناك حدود لمؤشرات المطابقة) .

## المرحلة الخامسة: تعديل النموذج modification:

بعد التعديل : (تحسين النموذج)

النموذج 2: الشكل البياني لنموذج التحليل العاملي التوكيدي الذي يوضح درجة تأثير او تشبع أبعاد تقبل العلاج بالفقرات أو المؤشرات المرتبطة بها لدى (الأفراد) المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية



### النموذج رقم ( 18 ) نموذج مقياس تقبل العلاج (مخرجات أموس) بعد التعديل

وفيما يأتي تلخيص نتائج مخرجات مؤشرات المطابقة لنموذج تقبل العلاج في الجدول وهي كالآتي:

#### جدول مؤشرات المطابقة:

Model	GFI	SRMR	TLI	CFI	RMSEA
النموذج 2	0.93	0.06	0.94	0.95	0.05

### الجدول رقم (16) مؤشرات المطابقة لنموذج مقياس تقبل العلاج بعد التعديل

في الجدول رقم (16) نلاحظ أن قيمة مؤشر المطابقة المقارن (CFI) تساوي ( 0.95 ) حيث يقبس هذا المؤشر الانخفاض النسبي لانعدام التطابق وهي قيمة جيدة ، ضمن مجال قبول المطابقة المقدره ب 90 فما فوق ما يسمح لنا بقبول النموذج . أما بالنسبة لمؤشر توكر لويس (TLI) فكانت قيمته

(0.93) حيث يعمل هذا المؤشر على مقارنة انعدام المطابقة المختبر مع النموذج القاعدي أو الصفري وهي قيمة جيدة مقارنة بدرجة القطع المقدرة ب 90 فما فوق وهي تدل بأن المطابقة مقبولة للنموذج المختبر أما بالنسبة لقيمة مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) التي تساوي (0.05) ومؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) والتي تساوي (0.06) يدلان أن النموذج يتماشى مع البيانات ويعد مؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) مقياسا لمتوسط البواقي ، واقتراب قيمته من الصفر يدل على المطابقة الجيدة للنموذج ، أما مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) الذي يصحح ما يقوم به مؤشر مربع كاي من رفض النموذج مع كبر حجم العينة فهو يعد من أهم مؤشرات جودة المطابقة .

من خلال الجدول يتضح أن مؤشرات المطابقة جيدة أي أن النموذج استطاع إلى حد كبير أن يوظف كافة المعلومات التي تنطوي عليها البيانات الأصلية، أي تمكن النموذج من تمثيل بيانات العينة بحيث لم يبتعد كثيرا عنها.

وبهذا يكون النموذج قد حاز على قيم جيدة فيما يخص مؤشرات المطابقة وهي قيم مشجعة وتدل هذه النتيجة على أن النموذج يمثل البيانات بصورة جيدة .

من خلال نموذج التحليل العاملي التوكيدي نوظف أو نستغله كدليل للصدق البنائي

#### \*أدلة الصدق البنائي:

انطلاقا من النتائج الموضحة في الشكل البياني رقم (18) لنموذج تقبل العلاج أن النموذج خالي من الارتباط غير المنطقي والذي يتجاوز 1 صحيح ويتضح لنا أن نسبة التشعب أو الصدق بين عوامل تقبل العلاج الثلاثة وفقراتها أو مؤشراتهما الاثنان والثلاثين تجاوزت معظمها 0.50 وهذه النتيجة تعتبر مشجعة وجيدة كما يتضح لنا أن أكثر المتغيرات إشباعا لأبعاد تقبل العلاج هو المؤشر أو الفقرة رقم (24) في البعد الأول الالتزام بالعلاج إذ بلغت الدرجة المعيارية للإشباع (0.97) كما يتضح لنا أن أقل المؤشرات أو الفقرات إشباعا هي الفقرة رقم (21) في البعد الثاني

الالتزام بالإرشادات والتعليمات إذ بلغت الدرجة المعيارية للإشباع (0.79) أما باقي الفقرات أو المؤشرات فتتراوح الدرجات المعيارية للإشباع بين هاتين القيمتين.

كما يلاحظ أن قيم متوسط التباين المستخلص لأبعاد تقبل العلاج تساوي 0.77 وهي أكبر من 0.5 وكل هذه الأدلة تدل على الصدق التقاربي. 1

لتطبيق:

$$CR = \frac{(\sum_{i=1}^n \lambda_i)^2}{(\sum_{i=1}^n \lambda_i)^2 + (\sum_{i=1}^n \delta_i)}$$

العامل الأول: الالتزام بالعلاج

$$+^20.97+^20.96+^20.94+^20.89+^20.92+^20.93+^20.85+^20.95+^20.91 = \underline{\underline{AVE}}$$

وهي أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب تحقق (الصدق التقاربي)  $0.77 = 11 / ^20.87+0.96^2$

العامل الثاني : الالتزام بالإرشادات والتعليمات

$$+^20.93+^20.96+^20.91+^20.94+^20.93+^20.95+^20.91+^20.87+0.79^2 = \underline{\underline{AVE}}$$

هي أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب تحقق (الصدق التقاربي)  $0.83 = 12 / ^20.93 + ^20.96+0.89^2$

(الصدق التقاربي)

العامل الثالث: الابتعاد عن سلوكيات الخطر

$$+^20.86 + ^20.95+^20.93+^20.89+^20.87+^20.94+^20.91+^20.92+0.95^2 = \underline{\underline{AVE}}$$

هي أكبر من 0.5 وأقل من الثبات المركب تحقق (الصدق التقاربي)  $0.82 = 9 /$

متوسط التباين المستخلص AVE: عبارة عن المتوسط الحسابي للارتباط المتعدد

متوسط مربع التباين المشترك  $ASV$ : عبارة عن قيمة الارتباط بين العوامل مضروبة في نفسها

نلاحظ من خلال الشكل البياني لنموذج تقبل العلاج، أن معامل الارتباط بين العوامل الثلاثة لمتغير تقبل العلاج هي دون 0.40 أي تدل على ارتباط منخفض ، أو معتدل الى حد ما بين العوامل الثلاثة ( ) لمتغير تقبل العلاج ، مايعزز تمايز العوامل عن بعضها البعض ، أي تمتعها بالصدق التمايزي ، كذلك من أدلة الصدق التمايزي أن قيم متوسط التباين المستخلص ( ) أعلى من قيم متوسط مربع التباين المشترك ( ) بين أبعاد تقبل العلاج

$$MSV = 0.21^2 = 0.04$$

$ASV = 0.21^2 + 2/0.18 = 0.03$  و AVE أكبر من MSV وأكبر من ASV تحقق (الصدق

التمايزي)

$$CR = (0.87+0.96+0.97+0.96+0.94+0.89+0.92+0.93+0.85+0.95+0.91)$$

$$/ (0.87+0.96+0.97+0.96+0.94+0.89+0.92+0.93+0.85+0.95+0.91) - 1$$

$$+ 0.18 - 1 + 0.10 - 1 + 0.28 - 1 + 0.14 - 1 + 0.16 - 1 + 0.11 - 1 + 0.12 - 1 + 0.08 - 1$$

$$+ 0.06 - 1 + 0.25 - 1 = 0.94$$

$$CR = 0.94$$
 وهي أكبر من 0.7

$$MSV = 0.32^2 = 0.1$$

$ASV = 0.21^2 + 2/0.32^2 = 0.14$  و AVE أكبر من MSV وأكبر من ASV تحقق (الصدق

التمايزي)

$$CR = (0.79 + 0.87 + 0.91 + 0.92 + 0.95 + 0.93 + 0.94 + 0.91 + 0.96 + 0.93)$$

$$+ 0.79 + 0.87 + 0.91 + 0.92 + 0.95 + 0.93 + 0.94 + 0.91 + 0.96 + 0.89) / (0.96 + 0.89$$



$$-1+0.14-1+0.10 \quad -1+0.16-1+0.18 \quad -1+0.25-1+0.38-1+^2(0.96+0.89+0.93$$

$$\underline{0.92}=0.08-1+0.21 \quad -1+0.14-1+0.08 \quad -1+0.18-1+0.12$$

$$\underline{0.92} = \text{CR} \text{ وهي أكبر من } 0.7$$

$$\underline{0.1} = 0.32^2 = \text{MSV}$$

$$\underline{\text{ASV}} = 2/0.32^2 + 0.18 = 0.13 \text{ و } \underline{\text{AVE أكبر من MSV وأكبر من ASV تحقق (الصدق}$$

التمييزي)

$$^2 / (0.86+0.95+0.93+0.89+0.87+0.94+0.91+0.92+0.95) = \text{CR}$$

$$-1 +^2 (0.86 + 0.95+ + 0.93+ 0.89+ 0.87+ 0.94+ 0.91+ 0.92+0.95)$$

$$\underline{0.9}=0.27-1+0.10-1+0.14-1+0.21-1+0.25-1+0.12-1+0.18-1+0.16-1+0.10$$

$$\underline{0.9} = \text{CR} \text{ وهي أكبر من } 0.7 \text{ (الثبات المركب)}$$

خلاصة :

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية(الصدق والثبات) لأدوات الدراسة اتضح أن المقاييس الثلاثة تتمتع بدرجة عالية من حيث الصدق والثبات ، وهذا ما يشجع الباحث استخدامها في الدراسة .

#### 4- الدراسة النهائية :

العينة بالتفاصيل فيما يلي :

1- خصائص العينة النهائية :

2- خصائص العينة النهائية التي طبق عليها الباحث ( المقاييس الثلاثة ) نوردها في الجدول

التالي :

نوع الإصابة	الجنس	السن	عدد العينة
المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية	ذكور و إناث	74-52	242

جدول رقم ( 17 ): يوضح خصائص العينة النهائية

1- أ- خصائص العينة النهائية حسب الجنس :

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الجنس
70%	170	ذكور
29%	72	إناث
100%	242	المجموع

جدول رقم ( 18 ): خصائص العينة النهائية حسب الجنس

1- ب- خصائص العينة النهائية حسب السن:

النسبة المئوية	عدد الافراد	السن
40%	98	60-52
60%	144	74-61
100%	242	المجموع

جدول رقم ( 19 ): خصائص العينة النهائية حسب السن

- ج- خصائص العينة النهائية حسب درجة الإصابة :

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الإصابة
% 22	54	خفيفة
% 33	79	متوسطة
% 45	109	شديدة
% 100	242	المجموع

جدول رقم ( 20 ) : يوضح خصائص العينة النهائية حسب درجة الإصابة

5- حدود الدراسة :

1- الحدود المكانية :

تمت الدراسة بولايات (المسيلة –الجلفة –بسكرة) على مستوى قاعات العلاج الفيزيائي الحركي والجدول الآتي يوضح توزيع العينة حسب المكان .

توزيع العينة حسب المكان

النسبة المئوية	عدد الأفراد	المكان
% 63	153	المسيلة
% 27	62	الجلفة
% 11	27	بسكرة
% 100	242	المجموع

جدول رقم ( 21 ) : توزيع العينة حسب المكان

## 2- الحدود الزمانية :

امتدت الدراسة من شهر جانفي إلى غاية افريل لسنة 2018

## 3-الحدود البشرية :

تمت الدراسة على المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية المقدر عددهم بـ 242 فردا من كلا الجنسين ( ذكور وإناث ) أما السن فكان أفراد العينة بين 52 و 74 سنة وتم اختيارهم بالاعتماد على العينة العمدية (القصدية) (الغرضية)بناء على تقارير طبية (الملف الطبي).

## 6- أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:

تمتفرغ وتحليل البيانات من خلال برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية (Spss20) والذي يحتوي أيضا على برنامج (Amos20)المستعمل في اختبار النماذج ،وأهم الأساليب الإحصائية المستخدمة هي:

اعتمد الباحث في عملية التحليل الإحصائي للبيانات ،على أساليب النمذجة بالمعادلة البنائية لما تتمتع به من عدة مزايا ، تتناسب مع طبيعة الدراسة في هذا البحث .

### **وهذا من خلال برنامج (Amos20) Analysis of Moment Structures**

وفيما يأتي عرض لأسلوب نمذجة المعادلة البنائية نظرا لحدثة هذه المنهجية في التحليل .

### **النمذجة بالمعادلة البنائية :**

هي جملة طرق أو استراتيجيات إحصائية متقدمة في تحليل البيانات بهدف اختبار صحة شبكة العلاقات بين المتغيرات ( النماذج النظرية)التي يفترضها الباحث ، جملة واحدة بدون الحاجة إلى تجزئ العلاقات المفترضة إلى أجزاء ، واختبار صحة كل جزء من العلاقات على حدا. ذلك أن اختبار صحة العلاقات المفترضة في النموذج بين المتغيرات أو المفاهيم ككل ، بدون تفصيلها أو تجزئها إلى علاقات جزئية أقوى على إمداد الباحث بصورة أدق عن سلوك المتغيرات الحقيقي .فتركيبية الواقع المعقدة تجعل من المستحيل استقطاع أجزاء بسيطة من نسيج العلاقات بين المتغيرات ، كدراسة العلاقة الارتباطية بين متغيرين ، أو دراسة الفروقات (وهو الوضع السائد والغالب على

طبيعة التنظير والفرضيات المبنوثة في البحوث) تمد الباحث بنتائج فيسفسائية، و مبتورة، ومبتسرة التي قد لا تعكس السلوك الحقيقي للمتغيرات في الواقع. (تيغزة،2012،ص115 )

وتتميز إستراتيجية التحليل القائمة على المعادلة البنائية لاختبار النماذج النظرية بالخصائص التالية :

1- المعادلة البنائية تستعمل لاختبار العلاقات بين المتغيرات من منظور تثبتي أو توكيدي وليس من منظور استطلاعي أو كشفي.

2- تستهدف المعادلة البنائية اختبار صحة النماذج التي تنطوي في الغالب على علاقات بين المتغيرات الكامنة .

3- إن الأساليب الإحصائية الأولية والمتقدمة المتعددة المتغيرات التقليدية كتحليل الانحدار المتعدد، وتحليل التباين المتعدد وغيرها تقوم على افتراض بأن المتغيرات المستقلة المستعملة في التحليل لا تنطوي على خطأ القياس إلا أن المعادلة البنائية غير ذلك حيث تدخل المتغيرات في التحليل بكامل التباين الذي تنطوي عليه بما في ذلك التباين الناجم عن خطأ القياس.

4- تمكن المعادلة البنائية -على خلاف الطرق الإحصائية المتقدمة الأخرى -من نمذجة أخطاء أو تباين المتغيرات المقاسة أو المؤشرات التي تفضل عن التباين المشترك ( علاقة المؤشر أو المتغير المقاس بمتغيره الكامن أو عامله)، وذلك بافتراض وجود علاقة ارتباط أو تغاير بين بعض أخطاء المؤشرات.

5- إن المعلومات التي توظف لاختبار صحة النموذج لا تتخذ شكل بيانات خام ( الأعمدة تدل على المتغيرات المشاهدة أو المقاسة أو المؤشرات والصفوف تدل على الأفراد )، وإنما تتخذ شكل مصفوفة تباين وتغاير أو تسمى اختصاراً مصفوفة تغاير.

6- إن نمذجة العلاقات باستعمال المعادلة البنائية هي حزمة من الأساليب الإحصائية القوية والمرنة والشاملة بحيث يمكن اعتبار أن بعض الأساليب الإحصائية المتقدمة التقليدية مثل تحليل الانحدار المتعدد والارتباط الزمري أو بين مجموعتين من المتغيرات وتحليل التغاير المتعدد وتحليل التباين المتعدد تعتبر حالات خاصة من المعادلات البنائية.

وتوجد حالياً حزم إحصائية مرنة وجيدة خاصة بالمعادلات البنائية وأهمها -LISREL-EQS-

-AMOS-Mplus (تيغزة،2012، ص ص 116-117-118-119-120 )

## - النموذج:

لقد اكتسب مصطلح النموذج حمولة منهجية واسعة في الدلالة على كل الأشكال و الانتاجات المسخرة لخدمة مرامي المعرفة ويذهب h wirmus 1983 إلى استبعاد العلاقة المباشرة التي يمكن افتراض نشوئها بين النموذج والمجال الواقعي إذ ما يميز النموذج بوجه خاص هو كونه بناء يصاغ في الغالب من بعض الخواص المنتقاة من الواقع ، ويتم ذلك بسند من نظرية مسبقة قد تكون ساذجة ، وعلى غرار ذلك فان الفكر الصوري يستعيز بهندسة مفهومية معينة تنطلق من اللغات والمكونات الأخرى الرمزية لتؤسس مع ذلك أنسق متنوعة وذات طاقة تعبيرية هائلة . وهو تمثيل لظاهرة أو محاكاة لها ، ويرى البعض أن النموذج هو تعبير أو تصور رمزي مصطنع لموقف أو مشكلة بما يساعد على حسن التصور كأساس لصنع القرار المناسب. ( القهوجي ، أبوعواد، 2018، ص15)

وينطوي النموذج في الغالب على عدد من العلاقات بين المتغيرات ، وبالتالي فهو يتجاوز بساطة الفرضيات الفرقية الارتباطية التي قد لاتفي بحقيقة سلوك المتغيرات في الواقع . فالنموذج في الغالب يستهدف الاقتراب من واقع العلاقات بين المتغيرات المدروسة ، محاولا مضاهاة سلوك المتغيرات المستهدفة ، ويعكس قدر الإمكان شبكة العلاقات بين المتغيرات المدروسة التي غالبا ماتتعدى الفرق أو مجرد الارتباط بين متغيرين ، بدون الإسراف في ذكر التفاصيل أو إقحام متغيرات قليلة الأهمية في النموذج ، وبدون استبعاد دراسة المتغيرات الهامة ، أو إهمال بعضها نتيجة لعدم التفطن لأهميتها في النموذج. (تبخزة، 2011، ص14 )

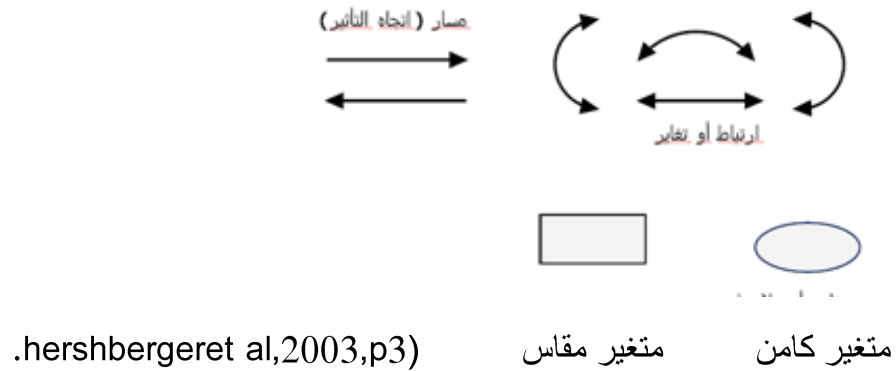
وحتى نتبين أهمية التنظير القائم على النموذج ومزاياه نقدم جوانب تفوقه على الفرضيات :

- 1- مضاهاة سلوك المتغيرات المتشعب والمتداخل في الواقع، الأمر الذي تعجز عنه الفرضيات.
- 2- مرونة النموذج في التنظير فقد تضطلع نفس المتغيرات بأدوار مختلفة فمرة متغيرات مستقلة ومرة أخرى متغيرات وسيطية وتارة أخرى متغيرات تابعة وهذا لا نجده في الفرضيات .
- 3- اختبار نسيج العلاقات التي ينطوي عليها دفعة واحدة. أما الفرضيات فتقوم بتجزئتها. ويتمثل الهدف العام للنمذجة بالمعادلة البنائية بتحديد مدى مطابقة النموذج النظري للبيانات الميدانية ، أي المدى الذي يتم فيه تأييد النموذج النظري بواسطة بيانات العينة ، فإذا دعمت بيانات العينة النموذج النظري فمن الممكن بعد ذلك افتراض نماذج نظرية أكثر تعقيدا ، أما إذا لم تدعم البيانات النموذج النظري فاما أن يتم تعديل النموذج الأصلي واختباره أو أنه يتم تطوير نماذج نظرية أخرى واختبارها نموذج المعادلة البنائية :

هو نمط مفترض للعلاقات الخطية المباشرة وغير المباشرة بين مجموعة من المتغيرات الكامنة والمشاهدة أو هو نموذج مسار كامل للعلاقة بين مجموعة من المتغيرات يمكن وصفه أو تمثيله في شكل رسم بياني ( القهوجي و أبو عواد، 2018، ص17)

### لغة النمذجة :

ويفضل تدعيم النموذج النظري أو توضيحه برسوم تخطيطية، والشكل 1 أحد الأمثلة عن الأشكال التوضيحية. وتوجد للنمذجة لغة موحدة يتفق عليها العلماء في تصميم النماذج وتتمثل في مجموعة من الأشكال والأسمم المستخدمة في رسم النموذج : (شبه اتفاق على استعمال الأشكال التالية)



### الشكل رقم (13) شكل توضيحي للغة النمذجة

- يرمز السهم المحدب ذو الرأسين على مجرد الارتباط أو التغاير بين متغيرين مستقلين
- يرمز السهم المستقيم ذو الرأس أو الاتجاه الواحد على العلاقة بين متغيرين التي تكون في الغالب إما علاقة سببية أو علاقة تنبؤية. وتسمى أحيانا بمعامل المسار أو معاملات المسارات أو مسارات اختصارا.
- يرمز الشكل المستطيل أو المربع على المتغير الملاحظ، أو المقياس أو المتغير غير الكامن
- يرمز الشكل البيضاوي أو الدائري على المتغيرات الكامنة.

## الطريقة التقليدية في التحليل الإحصائي:

تعتمد الطرق التقليدية التي لا تقوم على النمذجة، عند التقدير الكمي للثبات والصدق على دليل الدلالة الإحصائية ودليل مستوى قيمة المعامل، ولا تتعداه إلى تقديم أدلة أخرى . فالصدق التلازمي والصدق التنبؤي وصدق الاتساق الداخلي القائم على الارتباط بين الفقرات بالبعد وارتباط الأبعاد بالاختبار ككل ، تقوم أساساً على الدلالة الإحصائية للحكم على صدق المعامل أو النتيجة. فالصدق التنبؤي القائم سواء على الارتباط المتعدد أو تحليل الانحدار المتعدد يشترط أن تكون معاملات الانحدار(علاقة المتغيرات المستقلة المستعملة في التنبؤ بالمتغير التابع أو المحك) دالة إحصائياً. وصدق الاتساق الداخلي يشترط أن تكون معاملات الارتباط بين كل فقرة بمحورها أو بعدها، وارتباط الأبعاد بالاختبار ككل دالة إحصائياً. ( بلواضح وصالح، 2019، ص 7)

فالثبات عن طريق إعادة الصور المتكافئة والتجزئة النصفية، والاتساق والتجانس الداخلي(معامل كيودر-رديشاردسون، ومعامل ألفا لكرونباخ) تقوم على مستوى المعاملات المحسوبة، فمثلا معامل الثبات بغض النظر عن دلالاته الإحصائية ينبغي أن يحوم حول مستوى(0.7) وفقا لجل المراجع.

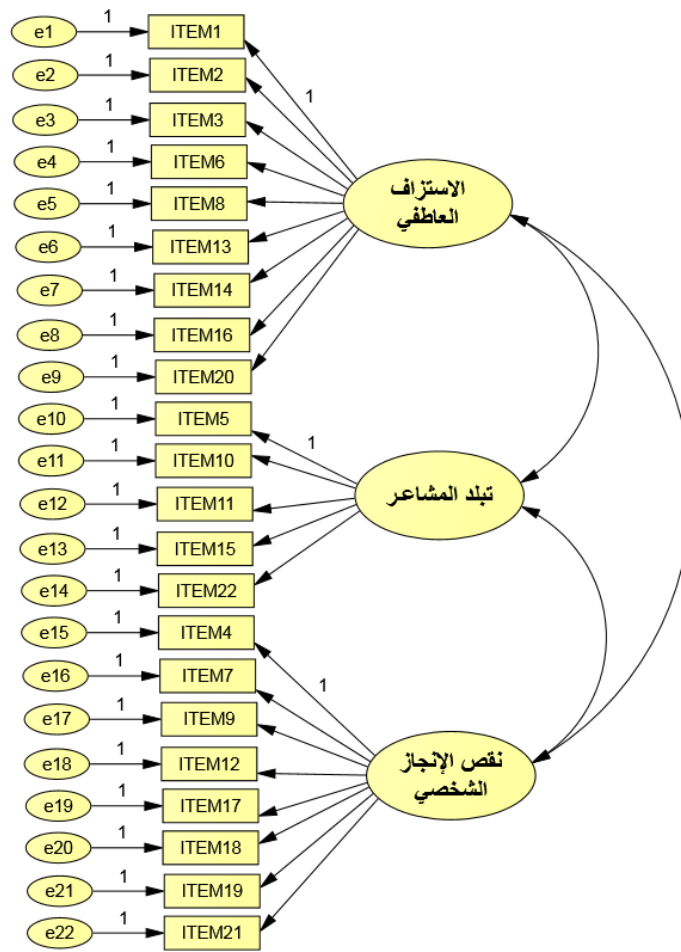
لكن منهجية النمذجة في تقدير الصدق والثبات ترى أن الأدلة القائمة على الدلالة الإحصائية وعلى المستوى غير كافية لأنها تجاهلت محك الدقة (أو التمثيل)، ومحك الاقتصاد، ومحك الإسهام، ومحك الاستقرار أو التعميم، والتي سيتم تعريفها لاحقا.

## الطريقة الحديثة (منهجية النمذجة بالمعادلة البنائية)

وتبنت منهجية النمذجة لتقدير الصدق في ذلك مقاربتين أو منهجيتين: **منهجية تحليلية، ومنهجية تفاضلية مقارنة.**  
**المنهجية التحليلية:**

تقوم النمذجة القائمة على التحليل العاملي التوكيدي على تحليل المفهوم المقاس إلى عوامل أو ابعاده بناء على التنظير الذي يتبناه الباحث. فهي تسترشد بالإطار النظري للباحث بحيث أن الباحث يحدد سلفا المفهوم الذي يراد قياسه (مفهوم الاحتراق النفسي مثلا)، ويحدد عدد مكونات أو أبعاد هذا المفهوم ( ثلاثة عوامل مثلا)، ويحدد أيضا هوية وتسمية كل بعد (بعد الاستنزاف العاطفي، بعد انخفاض الانجاز، بعد تبدل الإحساس)، ويذكر العلاقات التي تربط بين هذه الأبعاد، ويحدد أيضا المؤشرات المقاسة (طبيعة الفقرات وعددها لكل بعد)، وأخطاء القياس. ( بلواضح وصالح، 2019، ص 7).





وبعد بناء الباحث لنموذجه الذي يبين بجلاء بنية المفهوم، تقوم النمذجة باختبار صحة المفهوم أو صدقه مستثمرة تنظير الباحث لإقامة حجية موضوعية عن صدق البنية العاملية التي افترضها الباحث.

وتنفرد النمذجة باستعمال التحليل العاملي أو استعمال نمذجية أخرى (نمذجة المسارات أي نموذج تحليل المسارات، والنموذج البنائي) بالبرهنة على صدق بنية المفهوم بتقديم أدلة متعددة جديدة، غير دليل الدلالة الإحصائية، وغير دليل المستوى، لم تلتفت إليها المنهجيات الأخرى لقياس الصدق والثبات. وتتمايز هذه الأدلة أو الحجج أو البيانات إلى أربعة أنواع وهي:

أولاً-البينة الأولى تتمثل في محك الدقة، أو القدرة على تمثيل البيانات الأصلية من طرف النموذج، وتتجلى في تحقيق تقارب كبير جدا بين البيانات (مصفوفة التباين والتباين) المشتقة من النموذج والبيانات الأصلية (مصفوفة التباين والتغاير للعينة). أي إلى أي حد يقوى النموذج المفترض على إعادة إنتاج البيانات (المعلومات) الأصلية. ومؤشرات المطابقة

التي تنتمي إلى هذا النوع من البيانات تسمى بمؤشرات المطابقة المطلقة Absolute fit

indices، ومن أمثلة مؤشرات المطابقة هذه: . RMR; SRMR; GFI; AGFI;

.RMSEA

ثانيا. البينة الثانية أو المحك الثاني :

يتجلى في محك الاقتصاد في العلاقات المفترضة. فالنموذج الذي يحقق مطابقة جيدة بأقل عدد من العلاقات المفترضة (أقل تعقيدا ) مقارنة بنموذج منافس لكن حقق ذات المستوى من المطابقة بعدد أكبر من العلاقات المفترضة، يعتبر الأول أفضل من الثاني بناء على محك الاقتصاد. وفي فلسفة العلم يعتبر عامل الاقتصاد من المحكات الجوهرية للمفاضلة بين النظريات. وتدعى مؤشرات المطابقة القائمة على محك الاقتصاد بمؤشرات المطابقة الاقتصاديةParcimony fit indices. ومن أمثلة

مؤشرات المطابقة الاقتصادية هذه: PGFI; PCFI; PNFI; AIC; BIC; CAIC .

ثالثا - والبينة أو الدليل الثالث قائم على محك الإسهام الذي حققه النموذج مقارنة بالنموذج الذي

يخلو تماما من التنظير (النموذج الذي يحتوي على المتغيرات المقاسة بدون افتراض وجود علاقات بينها، ولذلك يسمى بالنموذج المستقل أو بنموذج العدم). وتسمى مؤشرات المطابقة القائمة على هذا المعيار بمؤشرات المطابقة المقارنة أو التزايدية Comparative/Incremental fit indices. ومن أمثلة مؤشرات التزايدية هذه:

. NFI; IFI; RFI; TLI; CFI (NNFI)

رابعا - بينة استقرار النتائج (استقرار بنية المفهوم، ولقابلية للتعميم على عينات أخرى من نفس

المجتمع): ويستهدف هذا الدليل البرهان بأن نتائج النموذج النظري الذي اختبرناه ليست ظرفية وخاصة بالعينة المدروسة بل تتسم بنوع من الاستقرار، ويمكن تعميمها على عينات أخرى مشتقة من نفس المجتمع، وليست خاصة بالعينة المدروسة فقط. وتسمى

مؤشرات المطابقة القائمة على هذا المعيار بمؤشرات المعلومات Information

indices. ومن أمثلة مؤشرات المعلومات هذه: ECVI; MECVI; AIC; BIC;

.CAIC, BIC

## 7- النموذج العام للدراسة :

وهو النموذج الذي يجمع كل العلاقات السببية بين المتغيرات الكامنة ، وبين هذه الأخيرة ومتغيراتها المقاسة ، ويتم التوصل إلى النموذج العام للدراسة انطلاقاً من اطلاع الباحث ودراسته المعمقة للأبحاث .

ويتكون النموذج العام للدراسة من شقين ، شق قياسي : وهو الذي يعبر عن المتغيرات الكامنة وعلاقتها بمؤشراتها ، وشق بنائي : والذي يعبر عن علاقة المتغيرات الكامنة مع بعضها البعض

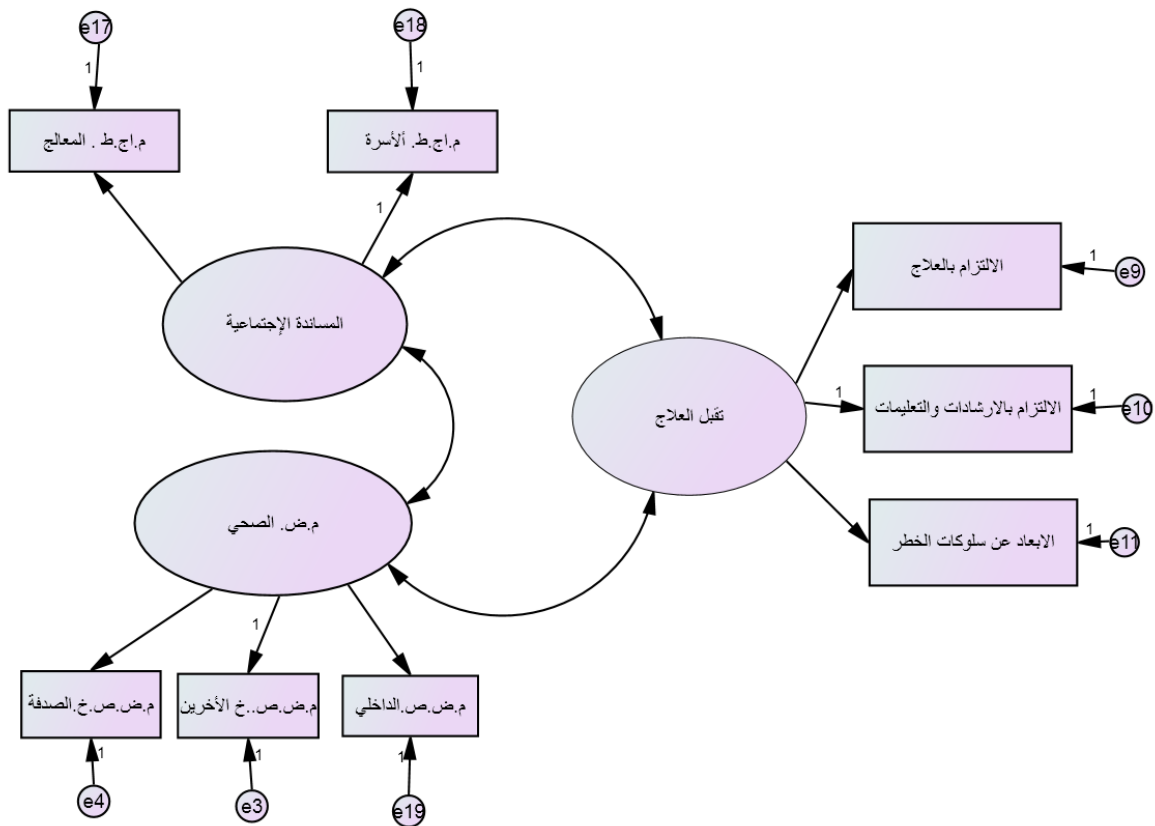
### أ- نموذج القياس :

يتكون نموذج القياس من ثلاثة متغيرات وهي كالاتي:

- المتغير المستقل : مصدر الضبط الصحي
- المتغير الوسيطي : المساندة الاجتماعية
- المتغير التابع : تقبل العلاج

الشكل البياني لنموذج القياس الذي يوضح العلاقة بين المتغير المستقل (مصدر الضبط الصحي) والمتغير الوسيطي (المساندة الاجتماعية) والمتغير التابع (تقبل العلاج) وهذا ما يوضحه

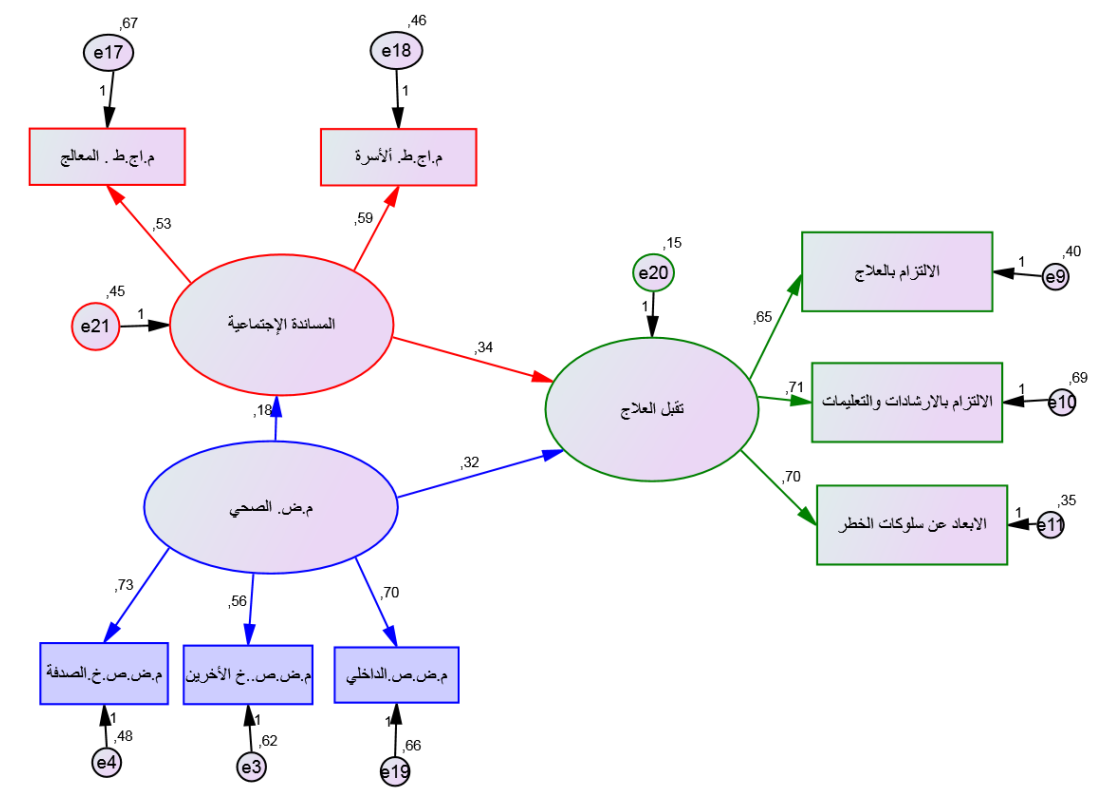
النموذج القياسي :



النموذج رقم (19) النموذج القياسي الخاص للدراسة

ب- النموذج البنائي :

الشكل البياني للنموذج البنائي :تذكير



النموذج رقم (20) للنموذج البنائي بعد التحليل

الفرضيات :

- 1- توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.
- 2- تساهم المساعدة الاجتماعية في الرفع من تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.
- 3- توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساعدة الاجتماعية لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.
- 4- يمارس متغير المساعدة الاجتماعية دورا وسيطيا في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي.

**الفصل السادس:**

**عرض وتحليل ومناقشة**

**النتائج**

تمهيد

النموذج البنائي بعد التحليل

-جدول مؤشرات المطابقة للنموذج البنائي

-تفسير نتائج جدول مؤشرات المطابقة للنموذج البنائي

I-عرض وتحليل النتائج

- عرض نتائج الفرض الأول

-تحليل نتائج الفرض الأول

- مناقشة الفرض الأول

- عرض نتائج الفرض الثاني

- تحليل نتائج الفرض الثاني

- مناقشة الفرض الثاني

- عرض نتائج الفرض الثالث

- تحليل نتائج الفرض الثالث

- مناقشة الفرض الثالث

- عرض نتائج الفرض الرابع

- تحليل نتائج الفرض الرابع

- مناقشة نتائج الفرض الرابع

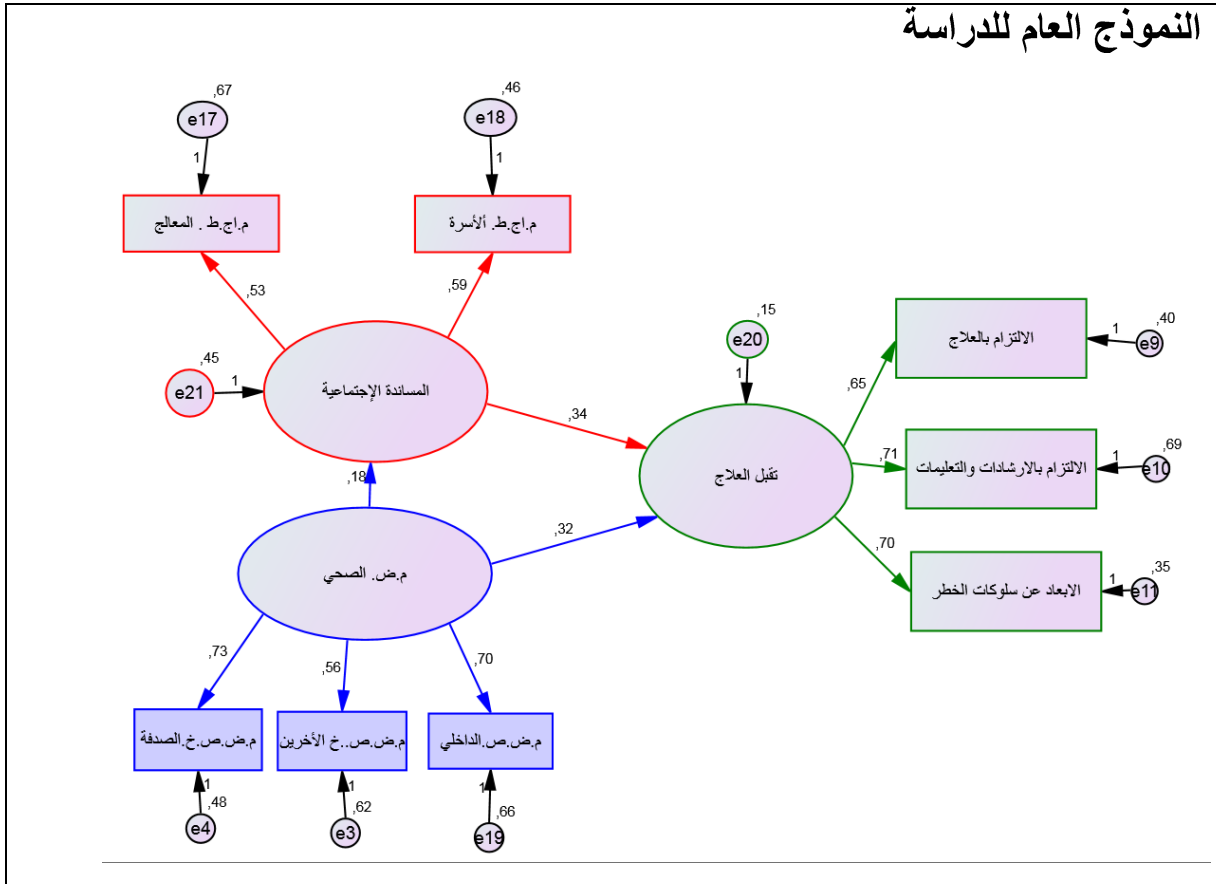
- خلاصة الفصل

### تمهيد :

بعد جمع البيانات من أفراد العينة النهائية قام الطالب الباحث بإفراغها في الحاسوب لمعالجتها اعتمادا على البرنامج الإحصائي ( SPSS V 20 ) ( الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ) والذي يحتوي أيضا على برنامج أموس ( AMOS V 20 ) المستخدم في اختبار النماذج و يتضمن هذا الفصل عرضا لتحليل البيانات ومناقشتها وللإجابة على الأسئلة ، تم اختبار النموذج العام للدراسة والذي يوضح العلاقة بين متغير مصدر الضبط الصحي ، ومتغير تقبل العلاج ، والمتغير الوسيطي المساندة الاجتماعية .



النموذج العام للدراسة



النموذج رقم (20) النموذج العام للدراسة بعد التحليل ..تذكير

قبل عرض وتحليل البيانات ومناقشتها يجب التأكد أولاً من حيادية النموذج على مؤشرات جودة المطابقة

جدول مؤشرات المطابقة:

Model	GFI	SRMR	TLI	CFI	RMSEA
النموذج العام للدراسة	0.92	0.07	0.98	0.96	0.04

الجدول رقم (22) مؤشرات المطابقة للنموذج العام للدراسة

## تفسير النتائج:

في الجدول رقم (22) نلاحظ أن قيمة مؤشر المطابقة المقارن (CFI) تساوي (0.96) حيث يقيس هذا المؤشر الانخفاض النسبي لانعدام التوافق وهي قيمة جيدة ، ضمن مجال قبول المطابقة المقدر بـ 90 فما فوق ما يسمح لنا بقبول النموذج . أما بالنسبة لمؤشر توكر لويس (TLI) فكانت قيمته (0.98) حيث يعمل هذا المؤشر على مقارنة انعدام المطابقة المختبر مع النموذج القاعدي أو الصفري وهي قيمة جيدة مقارنة بدرجة القطع المقدر بـ 90 فما فوق وهي تدل بأن المطابقة مقبولة للنموذج المختبر أما بالنسبة لقيمة مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) التي تساوي (0.04) ومؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) والتي تساوي (0.07) يدلان أن النموذج يتماشى مع البيانات ويعد مؤشر متوسط مربع البواقي المعياري (SRMR) مقياساً لمتوسط البواقي ، واقترب قيمته من الصفر يدل على المطابقة الجيدة للنموذج ، أما مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) الذي يصحح ما يقوم به مؤشر مربع كاي من رفض النموذج مع كبر حجم العينة فهو يعد من أهم مؤشرات جودة المطابقة ومن أفضلها والتي أظهرت دراسات المضاهاة تفوقه وأدائه الجيد حيث يأخذ بعين الاعتبار خطأ الاقتراب في المجتمع فهو يقيس التباعد عن طريق درجات الحرية ، مما يجعله حساساً لعدد البارامترات الحرة التي تحتاج إلى تقدير في النموذج المفترض أو بتعبير آخر يتأثر بمدى تعقيد النموذج إن القيم التي تقل عن (0.05) تدل على مطابقة جيدة والقيم التي تتراوح بين (0.05) و(0.08) تدل على وجود خطأ تقارب معقول في المجتمع والقيم التي تتراوح بين (0.08) و(0.10) تدل على مطابقة غير كافية وإذا تجاوزت قيمة المؤشر (0.10) دلت على مطابقة سيئة .

يشير الجدول إلى أن النموذج العام للدراسة يقدم مؤشرات قوية .

## 1- عرض النتائج :

### 1) عرض نتائج الفرض الأول :

الإجابة على السؤال الأول :

ينص السؤال على مايلي :

• هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى

المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية؟

وفي ضوء هذا السؤال تم صياغة الفرض الأول :

• توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين

بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

من خلال الشكل رقم (25) لنموذج الدراسة العام، ومن خلال مخرجات برنامج أموس التحليلية

والتي يلخصها الجدول رقم (22)

### الجدول رقم (23) نتائج الفرض الأول

المتغير التابع			المتغير المستقل
تقبل العلاج			
البواقي	مستوى الدلالة	معامل الانحدار	مصدر الضبط الصحي
0.15	0.001	0.32	
		0.32	

الجدول رقم (23) نتائج الفرض الأول

## 2- تحليل نتائج الفرض الأول:

من خلال الشكل رقم (25) والجدول رقم (23) تشير النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية

موجبة بين متغير مصدر الضبط الصحي ومتغير تقبل العلاج عند مستوى الدلالة 0.001 حيث

بلغت قيم معامل الانحدار 0.32 كما أن بواقي العلاقة بين متغير مصدر الضبط الصحي ومتغير

تقبل العلاج تساوي 0.15 وهذه القيمة قريبة من الصفر، وعليه تشير كل الدلائل المذكورة والموضحة

في الشكل البياني إلى صحة الفرضية القائلة بأن متغير مصدر الضبط الصحي يساهم في الرفع من تقبل العلاج لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية في حدود 32%

### 3-مناقشة نتائج الفرض الأول:

وتتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصلت إليها دراسة (Eachus.1991) الذي يرى أن مصدر الضبط الصحي يعتبر عامل وسيط في حدوث المرض كما تبين أن له أهمية في التنبؤ بقبول العلاج ومتابعته كما أنه عامل مساهم في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض ، كما أنه عامل دال في السلوك التفاعلي بين المريض والمشتغلين في مجال الصحي ( جبالى، 2007، ص15) وتتفق أيضا مع دراسة

PHARES1978) التي أظهرت أن أصحاب مصدر الضبط الصحي الداخلي يبحثون دائما عن معلومات عن حالتهم الجسمية ويمتلكون مثل هذه المعلومات ، فهم أكثر ميلا الى الاقلاع عن التدخين والبحث عن طرق الوقاية لأسنانهم ويلبسون حزام السلامة عند قيادتهم لسياراتهم .ويقبلون على التطعيم الواقي من الأمراض ،ويقومون بالنشاطات التي تؤمن لهم سلامة جسمهم ، ويبذلون جهدا كبيرا للمحافظة على وزنهم ويمارسون أساليب منع الحمل الأكثر سلامة ( جبالى ، 2007، ص61) وتتفق أيضا مع دراسة (KAREN ANDREA ARMSTRONG 2007) التي أظهرت أن مصدر الضبط الصحي عامل رئيسي في تقبل الراشدين للعلاج، وأن أصحاب مصدر ضبط صحي داخلي تكون حالتهم الصحية جيدة .

### 1-عرض نتائج الفرض الثاني:

الإجابة على السؤال الثاني

ينص السؤال على مايلي :

2- هل تساهم المساندة الاجتماعية في الرفع من تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية ؟

وفي ضوء هذا السؤال تم صياغة الفرض الثاني:

- تساهم المساندة الاجتماعية في الرفع من تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

من خلال الشكل رقم (25) لنموذج الدراسة العام، ومن خلال مخرجات برنامج أموس التحليلية

والتي يلخصها الجدول رقم (22)

الجدول رقم (24) نتائج الفرض الثاني :

المتغير التابع			المتغير المستقل
تقبل العلاج			
البواقي	مستوى الدلالة	معامل الانحدار	المساندة الاجتماعية
0.15	0.001	0.34	
0.34			التأثير المباشر الكلي

الجدول رقم (24) يوضح نتائج الفرض الثاني

### 2-تحليل نتائج الفرض الثاني :

من خلال الشكل رقم (25) والجدول رقم (24) تشير النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين متغير المساندة الاجتماعية ومتغير تقبل العلاج عند مستوى الدلالة 0.001 حيث بلغت قيم معامل الانحدار 0.34 كما أن بواقي العلاقة بين متغير مصدر الضبط الصحي ومتغير تقبل العلاج تساوي 0.15 وهذه القيمة قريبة من الصفر، وعليه تشير كل الدلائل المذكورة والموضحة في الشكل البياني إلى صحة الفرضية القائلة بأن متغير المساندة الاجتماعية يساهم في الرفع من تقبل العلاج لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية في حدود 34%

### 3-مناقشة نتائج الفرض الثاني :

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج التي توصلت إليها دراسة (بوسيلورشارون2004) بعنوان المساندة الاجتماعية و ممارسات الرعاية الذاتية للراشدين المصابين بالنوع الثاني من السكر. وذلك بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين مستوى المساندة الاجتماعية وبين الخضوع للعلاج الطبي. أي أن الذين يحضون بمساندة اجتماعية مرتفعة يميلوا إلى إظهار التزاما أكبر بالعلاج الطبي الذي يؤدي إلى استقرار أكبر للأعراض المرضية.

وهو ما يجعل النتائج المتحصل عليها منطقية، ويمكن تفسير هذه العلاقة الارتباطية التي ظهرت بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج الفيزيائي، فالزيادة في درجة المساندة الاجتماعية تؤدي إلى مجموعة من التغيرات النفسية الايجابية التي تؤدي بدورها إلى الارتياح مع الوضع ( الحالة ) وبهذا يكون هناك تقبل أكثر للعلاج الفيزيائي الحركي .

ونلاحظ أن الارتباط أقل من المتوسط وهو غير قوي ويفسر هذا ما أثبتته الدراسات السابقة أن هناك عدة عوامل مساعدة لتقبل العلاج بصفة عامة (الكفاءة الذاتية ، التربية العلاجية ،.....) وبالتالي لا تعتبر المساندة الاجتماعية عاملا رئيسيا لوحدها في تقبل العلاج الفيزيائي الحركي وهذا ما يجعل النتائج المتحصل عليها منطقية.

وانفقت أيضا مع دراسة ( ديفيد شبيجل D.Spigel التي أجريت على مجموعات من النساء المريضات بسرطان الثدي الخبيث أثناء علاجهن في كلية الطب بجامعة ستانفورد . فقد عاد السرطان وانتشر بعد العلاج الأول بالجراحة وكانت المسألة من المنظور الطبي مجرد وقت قبل موت المريضات بالسرطان المنتشر في أجسامهن لكن رئيس فريق هذه الدراسة أصابه الذهول للنتائج التي خرجت بها فقد عاشت النساء المصابات بسرطان الثدي المتقدم واللاتي يجتمعن أسبوعيا .

### 1- عرض نتائج الفرض الثالث :

الإجابة على السؤال الثالث :

ينص السؤال على مايلي :

3-هل توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالشلل النصفي

النتائج عن الجلطة الدماغية ؟

وفي ضوء هذا السؤال تم صياغة الفرض الثالث :

3 توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالشلل النصفي

النتائج عن الجلطة الدماغية

من خلال الشكل رقم (25) لنموذج الدراسة العام، ومن خلال مخرجات برنامج أموس التحليلية

والتي يلخصها الجدول رقم (22)

الجدول رقم (25) نتائج الفرض الثالث :

المتغير التابع			المتغير المستقل
المساندة الاجتماعية			
البواقي	مستوى الدلالة	معامل الانحدار	مصدر الضبط الصحي
0.45	0.001	0.18	
0.18			التأثير المباشر الكلي

الجدول رقم (25) يوضح نتائج الفرض الثالث

2-تحليل نتائج الفرض الثالث :

من خلال الشكل رقم (25) والجدول رقم (25) تشير النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين متغير مصدر الضبط الصحي ومتغير المساندة الاجتماعية عند مستوى الدلالة 0.001 حيث بلغت قيم معامل الانحدار 0.18 كما أن بواقي العلاقة بين متغير مصدر الضبط الصحي ومتغير المساندة الاجتماعية تساوي 0.45 وهذه القيمة ليست قريبة من الصفر كثيرا، وعليه تشير كل الدلائل المذكورة والموضحة في الشكل البياني إلى صحة الفرضية القائلة بأن متغير مصدر الضبط الصحي له علاقة ارتباطية أقل من المتوسط لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية في حدود 18 %

3-مناقشة الفرض الثالث :

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج التي توصلت إليها دراسة NEAL CRAUSE 1987 حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية في فهم عملية الإجهاد، حيث أن الدعم الاجتماعي يقلل من تأثير الإجهاد على ، إلا أنه لا يُعرف الكثير عن كيفية حدوث هذا التأثير المسبب للامتصاص. كان الغرض من هذه الدراسة هو إثبات أن الدعم الاجتماعي يعمل عن طريق تعزيز الموقع الداخلي لمعتقدات السيطرة. (مصدر الضبط ) تشير البيانات المستقاة من دراسة طولية لكبار السن إلى أن العلاقة بين المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط المدرك ليست خطية. تميل الزيادة في المساندة

الاجتماعية إلى زيادة الشعور بالسيطرة ومصدر الضبط ، ولكن فقط إلى مستوى معين. وراء هذه النقطة ، تميل المساندة الاجتماعية الاضافية إلى تقليل مشاعر التحكم الشخصي(مصدر الضبط).

### 1- عرض نتائج الفرض الرابع :

4- هل متغير المساندة الاجتماعية يمارس دورا وسيطيا للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل

العلاج الفيزيائي؟

وفي ضوء هذا السؤال تم صياغة الفرض الرابع :

4- يمارس متغير المساندة الاجتماعية دورا وسيطيا في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل

العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي.

من خلال الشكل رقم (25) لنموذج الدراسة العام ،ومن خلال مخرجات برنامج أموس التحليلية

والتي يلخصها الجدول رقم (23)

الجدول رقم (26) نتائج الفرض الرابع

المتغير التابع		المتغير الوسيطي		المتغير المستقل
تقبل العلاج		المساندة الاجتماعية		
التأثير غير المباشر	التأثير المباشر	التأثير غير المباشر	التأثير المباشر	مصدر الضبط الصحي
0.06	0.32		0.18	
0.38				التأثير الكلي

الجدول رقم (26) نتائج الفرض الرابع



## 2-تحليل نتائج الفرض الرابع :

من خلال الشكل رقم (25) والجدول رقم (26) ، بلغت قيمة العلاقة المباشرة بين المتغير المستقل (مصدر الضبط الصحي) ، والمتغير التابع (تقبل العلاج ) 0.32 أما العلاقة الغير مباشرة بين المتغير المستقل (مصدر الضبط الصحي ) والمتغير التابع (تقبل العلاج ) في ضوء وجود المتغير الوسيطي المساندة الاجتماعية بلغت 0.06،بمجموع كلي للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي ، وتقبل العلاج في ضوء المتغير الوسيطي المساندة الاجتماعية بقيمة 0.38، ما يدل على أن العلاقة بين المتغير المستقل (مصدر الضبط الصحي) ، والمتغير التابع (تقبل العلاج ) ازدادت قيمتها بوجود المتغير الوسيطي المساندة الاجتماعية .

وبذلك ومن خلال النتائج المحصل عليها يمكن قبول الفرضية القائلة:

يمارس متغير المساندة الاجتماعية دورا وسيطيا في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي.

أي أن هناك اختلاف في العلاقة بين متغير مصدر الضبط الصحي ومتغير تقبل العلاج لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية بوجود متغير وسيطي المساندة الاجتماعية بما يقارب 0.6% عن العلاقة العادية بين متغير مصدر الضبط الصحي ومتغير تقبل العلاج والتي تساوي 0.32

## 3-مناقشة الفرض الرابع :

واتفقت النتائج المتوصل إليها مع دراسة ساراسون وآخرون Sarason,et al (1983) والتي كان موضوعها العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وتقدير الذات ومصدر الضبط والمساندة الاجتماعية ، وذلك على عينة (295) من طلبة الجامعة ،مستخدماً في ذلك عدة أدوات تضمنت: استبيان ضغوط الحياة ، ومقياس "روزنبرج" لتقدير الذات ، واستبيان المساندة الاجتماعية ، ومقياس مركز الضبط .

وأظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط موجب بين أحداث الحياة الضاغطة وبين المرض النفسي وذلك في غياب المساندة الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات، مما يؤكد على الدور الوقائي للمساندة الاجتماعية باعتبارها متغيراً اجتماعياً وسيطاً يخفف من ضغوط الحياة ، وكذلك على دور تقدير الذات المرتفع باعتباره متغيراً نفسياً وسيطاً يخفف-أيضاً- من ضغوط الحياة .

واتفقت أيضا مع دراسة دين وآخرون Dean,et al. (1990) بدراسة لمعرفة الدور الوقائي للمساندة الاجتماعية من مصادر مختلفة على الاكتئاب، وذلك على عينة (997) من الجنسين نصفهم من الذكور ونصفهم من الإناث ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين(50-85) سنة، مستخدماً عدة أدوات تضمنت: مقياس الأعراض الاكتئابية ، ومقياس للمساندة الاجتماعية التعبيرية ، ومقياس لأحداث الحياة ، وباستخدام أسلوب معامل الانحدار المتعدد ، أظهرت نتائج الدراسة أن أحداث الحياة تؤثر بشكل موجب ودال على زيادة الأعراض الاكتئابية ، كما أن انخفاض المساندة الاجتماعية أدى إلى زيادة الأعراض الاكتئابية ، بينما ارتبطت المساندة الاجتماعية المرتفعة بظهور أعراض اكتئابية أقل .

واتفقت أيضا مع دراسة لارا وآخرون Lara ,et al. (1997) بدراسة موضوعها العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب ، وذلك بهدف التعرف على ما إذا كانت المساندة الاجتماعية مرتبطة بالاكتئاب بعد الضبط الإحصائي لمتغير العصابية ، وذلك على عينة (59) مريضا تم تشخيصهم على أنهم يعانون من نوبات اكتئابية عظمى وفقا لمعايير DSM-111-R، مستخدمين في ذلك عدة أدوات تضمنت: مقياس المساندة الاجتماعية ، ومقياس العصابية ، ومقياس بيك للاكتئاب، وذلك بشكل تنبعي لمدة ستة أشهر .

وأظهرت نتائج الدراسة أن المساندة الاجتماعية قد ارتبطت ارتباطا دالا بكل من شدة الاكتئاب والعلاج منه بعد العزل الإحصائي للعصابية ، واستخلص الباحثون أن المساندة الاجتماعية قد تتوسط العلاج بين العصابية والاكتئاب .

واتفقت أيضا مع الدراسة التي قام بها عماد على عبد الرازق (1998) موضوعها المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية ، وذلك على عينة كلية قوامها (170) من المتزوجين (100 ذكور، 70 إناث) بمتوسط عمري قدره 37.09 سنة ، ومستخدماً عدة أدوات تضمنت: استبيان المعاناة الاقتصادية ، استبيان الخلافات الزوجية ومقياس للمساندة الاجتماعية.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة طردية موجبة بين درجات المعاناة الاقتصادية ودرجات الخلافات الزوجية ، لدى كل من الأزواج ، غير أنه حين تم عزل تأثير المساندة الاجتماعية عن العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية تناقصت قيمة معامل الارتباط بين المتغيرين بشكل ملحوظ لدى كل من الأزواج والزوجات ؛ بمعنى أن للمساندة الاجتماعية تعدل من العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية .

### خلاصة الفصل :

تم في هذا الفصل تجسيد ما جاء به الجانب النظري من مفاهيم نظرية الخاصة بالمتغيرات المعتمدة في الدراسة ، من خلال التأكد من صحة الأسئلة التي تتكون منها الدراسة ، حيث تم ذلك بداية من معالجه بيانات الدراسة الخاصة بمقاييس المتغيرات الثلاثة (مقياس مصدر الضبط الصحي-مقياس المساندة الاجتماعية-مقياس تقبل العلاج )، ومقياس صدقها وثباتها بطريقة حديثة عن طريق التحليل العاملي التوكيدي (أسلوب النمذجة بالمعادلة البنائية).

وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها في هذا الفصل ، استنتجنا أن هناك علاقة ارتباطية موجبة تجمع بين المتغير المستقل (مصدر الضبط الصحي) والمتغيرات التابعة (المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج الفيزيائي) وأن العلاقة بين المتغير المستقل (مصدر الضبط الصحي) والمتغير التابع (تقبل العلاج ) تختلف مع وجود المتغير الوسيطي (المساندة الاجتماعية).

خاتمة

احتوت هذه الدراسة التي بعنوان مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية على فصل تمهيدي وقسمين : قسم أول لتأطير الجانب النظري الذي احتوى بدوره على أربعة فصول أما القسم الثاني لتأطير الجانب التطبيقي (الميداني) واحتوى على فصلين خامس وسادس بالإضافة الى المراجع والملاحق، حيث اشتمل الفصل التمهيدي على اشكالية الدراسة وتوضيح المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في الدراسة، وقد حدد الباحث أهداف دراسته التي تمثلت في تحديد مدى علاقة بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية للمصاب بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية .

والتحقق من وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية.

والتحقق من وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي الحركي الناتج عن الجلطة الدماغية .

و التحقق من وجود اختلاف في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية في وجود متغير وسيطي المساندة الاجتماعية . وتبيان أهمية الدراسة واختتم هذا الفصل بالدراسات السابقة

القسم الأول فتناول التأطير النظري لمفهوم مصدر الضبط الصحي في الفصل الأول بتعريفه والأسس النظرية التي تطرقت اليه وأبعاده وأنواعه ومكوناته وبعض خصائص وسمات الأفراد لمصدر الضبط الداخلي /الخارجي وذكر علاقة مصدر الضبط الصحي بتقبل العلاج وأخيرا خلاصة الفصل والفصل الثاني فتناول التأطير النظري للمساندة الاجتماعية وذكر النظريات والنماذج المفسرة لها ثم أشكال ومصادر المساندة الاجتماعية وبعدها وظائف وآليات المساندة الاجتماعية وأخيرا أهمية المساندة الاجتماعية و حاجة المصاب بالشلل النصفي للمساندة الاجتماعية والفصل الثالث تناول مفهوم تقبل العلاج حيث تم تعريف تقبل العلاج وعدم تقبل العلاج وذكر النظريات المفسرة له وعوامل تقبل العلاج ومستوى قياسه ، ثم تم التطرق للعلاج الفيزيائي من حيث مفهومه وتاريخه وأهدافه ومجالاته وأخيرا تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي وبعدها خلاصة الفصل .أما الفصل الرابع فتناول الجلطة الدماغية والشلل النصفي. حيث تم التطرق إلى تعريف الجلطة الدماغية وذكر أنواعها وعوامل حدوثها وتشخيصها و الوقاية منها وعلاجها وبعدها أعراضها ثم مضاعفتها وبعدها تناولنا الشلل النصفي من حيث تعريفه وذكر أسبابه وأعراضه وعلاجه و في الأخير خلاصة الفصل .

أما القسم الثاني فتناول التأطير التطبيقي للدراسة واحتوى على فصلين : الفصل الخامس تناول منهج وإجراءات الدراسة حيث تم التطرق للدراسة الاستطلاعية ثم منهج الدراسة وأدوات الدراسة وبعدها حساب الخصائص السيكومترية بالطريقة الحديثة (التحليل العاملي التوكيدي) أسلوب النمذجة بالمعادلة البنائية وبعدها الدراسة النهائية من حيث خصائص العينة النهائية وحدود الدراسة ( المكانية ، الزمانية ، البشرية ) . وأخيرا أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة . ونموذج الدراسة العام القياسي والبنائي

أما الفصل السادس فتم مناقشة نتائج الدراسة وهي كالآتي:

**الفرضية الأولى:** أظهرت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي و تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

**الفرضية الثانية:** أظهرت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج الفيزيائي الحركي لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

**الفرضية الثالثة :** أظهرت وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية

**الفرضية الرابعة :** أظهرت أن متغير المساندة الاجتماعية يمارس دورا وسيطيا في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وتقبل العلاج الفيزيائي لدى المصابين بالشلل النصفي.

الاقتراحات



في ضوء ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج فإنه يمكن الخروج ببعض الاقتراحات العملية وذلك من خلال التأكيد على النقاط التالية:

### 1-بالنسبة للباحثين:

- تشجيع البحث العلمي مع فئة (المصابين بالشلل النصفي) لأنها فئة خصبة للبحوث.
- الاهتمام بالنموذج الحديث في العلاج (النظرة إلى الصحة والمرض)،.
- توظيف المنهجية الحديثة (منهجية النمذجة بالمعادلة البنائية) في البحوث الاجتماعية لما تقدمت من إيجابيات (العلاقات المباشرة وغير مباشرة والمتغيرات الوسيطة والمعدلة)

### 2-بالنسبة للمعالجين الفيزيائيين :

- ضرورة التربية العلاجية للمعالجين.
- أهمية تكوين نفسي اجتماعي للمعالجين الفيزيائيين وذلك لتحسين معتقداتهم ونظرتهم للعلاج.
- التكفل النفسي والاجتماعي متلازم مع العلاج الفيزيائي الحركي لهذه الفئة.

### 3-بالنسبة للمصابين بالشلل النصفي الناتج عن الجلطة الدماغية:

- ضرورة التربية العلاجية للمصابين بالشلل النصفي.
- العمل على تقبل العلاج الفيزيائي والتعاون مع المعالج الفيزيائي.
- زيادة الثقة بالنفس والعمل على التحدي والانتصار.

### 4-بالنسبة للأخصائيين (النفسي-الاجتماعي)

- العمل على فهم الوضعية النفسية الاجتماعية للمصابين بالشلل النصفي.
- العمل على الاهتمام ببيكولوجية المصابين بالشلل النصفي على المستوى النمائي والوقائي والعلاجي.
- التخطيط من أجل تنفيذ برامج عمل تستهدف وقاية المصابين بالشلل النصفي من الاضطرابات النفسية بأشكالها ومستوياتها.

■ العمل على إيجاد إستراتيجية شاملة لتحسين ظروف التكفل بهذه الفئة (المصابين بالشلل النصفي) من الناحية النفسية والاجتماعية.

وعلى العموم تعزيز الوعي في الوسط الطبي والعائلي بحقوق المصابين بالشلل النصفي واحتياجاتهم وضرورة رعايتهم.

# قائمة المراجع

## المراجع

### المراجع العربية:

#### الكتب:

- أبو علام ، رجاء محمود (2004) . *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*. (ط4) . مصر : دار النشر للجامعات .
- أنجرس ، موريس (2006). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية*. الجزائر: دار القصبه للنشر.
- الشناوي ،محمد محروس ، و عبد الرحمن ،محمد السيد (1994) . *المساندة الاجتماعية والصحة النفسية* مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية . القاهرة، مصر : مكتبة الأنجلو المصرية.
- القهوجي أيمن سليمان، ابو عواد فريال محمد (2018). *النمذجة بالمعادلة البنائية باستخدام برنامج أموس* . عمان ،الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع .
- تايلور،شيلي (2008). *علم النفس الصحي / ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر داود*. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- ترول ، تيموثي ج (2007) . *علم النفس الاكلينيكي / ترجمة فوزي شاکر طعيمة داود ، حنان لطفي زين الدين* . عمان ، الأردن : دار الشروق.
- تيعزة محمد بوزيان (2012). *التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي، مفاهيمها ومنهجيتها بتوظيف حزمة spss وليزرل lisreal* . عمان ،الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع
- جمعة، نبيل ، النجار ، صالح (2010) *القياس والتقويم منظور تطبيقي*. عمان،الأردن.
- جولمان ، دانيال (2000) . *النكاء العاطفي / ترجمة ليلي ، مراجعة ، محمد يونس* . القاهرة ، مصر: سلسلة عالم المعرفة.
- حنفي قدری محمود ، الغندور العارف بالله محمود (1997) . *أصول القياس والبحث العلمي* . (مج،1ط2) القاهرة : المكتب العلمي للبحوث .،57.
- رشاد ،علي عبد العزيز(2008). *علم النفس الإعاقه* . القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

رمضان، السيد (2001). إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة . الإسكندرية :  
المكتب الجامعي الحديث .

زرواتي، رشيد (2002). تدريبات على منهجية البحث في العلوم الاجتماعية . الجزائر: ديوان المطبوعات  
الجامعية.

زهران ،حامد عبد السلام ( 1984). علم النفس الاجتماعي . ( ط5) القاهرة : عالم الكتب .

عبد الرحمن عبد الله محمد: ( د.ت). سياسات الرعاية للمعوقين في المجتمعات النامية . القاهرة : الدار  
الجامعية .

عبد السلام علي، علي (2005) المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا اليومية . القاهرة : مكتبة  
الأنجلو المصرية.

عبيدات، محمد ، بونصار، محمد ، مبيضيي، عقلة (1999) . منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل  
والتطبيقات . عمان ، الأردن: دار وائل للنشر 41،137.

عوض صابر فاطمة ، ميرفت علي (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي . مصر :مكتبة ومطبعة الإشعاع  
الفني ،166،165

كاظم، أمينة محمد (1997). دراسة نظرية نقدية حول القياس الموضوعي للسلوك . نموذج راش .في أنور  
الشرقاوي وآخرون. اتجاهات معاصرة في القياس والتقويم النفسي والتربوي. القاهرة ، مصر: مكتبة  
الأنجلو المصرية.

لوكيا، الهاشمي، وبن زروال فتيحة (2006). الإجهاد مفهومه ،تعريفه ،أنواعه ،مصادره ، نظرياته أساليب  
قياسه ،الاستراتيجيات الوقائية والعلاجية . عين مليلة، الجزائر : دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع .

مارتن ، بول (2001). "العقل المريض ، ترجمة عبد العلي الجسماني بيروت ، لبنان : الدار العربية للعلوم.

مايكل ،راتر (1992) . الحرمان من الأم إعادة تقييم ( ترجمة .ممدوحة سلامة ) . القاهرة: مكتبة الأنجلو  
المصرية.

مؤلف جماعي ، اشراف وتنسيق ضياف زين الدين ،بوداري عز الدين ، بلواضح ربيع (2020). الأصول  
والأسس المنهجية في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، مستجدات وتقنيات حديثة. المسيلة، الجزائر:  
دار النشر نواصرية للطبع والنشر .

يخلف ،عثمان (2001) .علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة .الدوحة : دار الثقافة .

مرسي، كمال ابراهيم (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية، مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس. مصر : دار النشر للجامع

### ب) الرسائل والأطروحات:

- أبونا هية، صلاح الدين محمد (1984). مواضع الضبط وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية الانفعالية والمعرفية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة عين شمس، القاهرة
- أحمان، لبنى (2012). دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- الخنندار، ابتسام جار الله (1999). مركز الضبط وعلاقته باتجاه المرأة نحو تنظيم الأسرة في محافظات غزة (مذكرة ماجستير في التربية). جامعة الأزهر
- الصبان، عبيد بنت محمد حسن (2003). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسي والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة. رسالة دكتوراه غير منشورة. المملكة العربية السعودية. كلية التربية للبنات.
- جبالي، نور الدين (2007). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي (أطروحة دكتوراه غير منشورة). جامعة الحاج لخضر، باتنة
- جيهان، أحمد حمزة محمد (2002). دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل (رسالة ماجستير). كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- عبد العاطي، هانم (2003). السلوك الايثاري وقابلية التعاطف مع علاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المرحلة الثانوية (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية. دمنهور، جامعة الاسكندرية.
- عليوة، سميرة (2007). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة محمد خيضر بسكرة.
- رحاحلية، سميرة (2010). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. مذكرة ماجستير غير منشورة. جامعة الحاج لخضر. باتنة.
- قارة، سعيد (2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر. باتنة

## ج) المقالات والدوريات :

- أبو النيل، السيد (1997). "العوامل النفسية في مرض السرطان". مجلة علم النفس ، (ع43)، السنة 11. مصر : الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- أبو سريع، أسامة (1993). *الصدقة من منظور علم النفس*. الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، ع179، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب .
- أبوناهية، صلاح الدين محمد (1987). *الفروق في الضبط الداخلي - الخارجي لدى الأطفال المراهقين والشباب والمسنين من الجنسين بقطاع غزة*. مجلة دراسات تربوية . مج 2 (ع9) القاهرة : رابطة التربية الحديثة 59-72.
- أبوناهية ، صلاح الدين محمد (1989). *العلاقة بين مصدر الضبط الداخلي - وبعض أساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة*. مجلة علم النفس (ع 10 ) مصر : الهيئة المصرية للكتاب ص ص 59-73
- الذواد ، الجوهره عبد الله (2003). *وجهة الضبط وعلاقتها بمستوى الطموح لدى بعض طالبات الجامعة السعوديات والمصريات دراسة عبر ثقافية دراسات عربية في علم النفس*. (ع3) ، 119-156
- الشقيرات، محمد عبد الرحمن .أبو عين ، يوسف زايد (2001). "علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدياً". مجلة جامعة دمشق م 17 (ع3) دمشق .
- بيومي، خليل محمد (1996). *المساندة الاجتماعية وإدارة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضي إلى الموت*. مجلة علم النفس ، (ع 37) ، السنة ، 10 ، مصر الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- تيغزة ،امحمد بوزيان (د.ت). *البنية المنطقية لمعامل ألفا كرونباخ، ومدى دقته في تقدير الثبات في ضوء افتراضات نماذج القياس*. كلية التربية جامعة الملك سعود المملكة العربية السعودية.
- تيغزة ،امحمد بوزيان (2002). *بين المنظور المشرقي الخليجي والمنظور المغاربي في مجالات البحث ، والقياس ، والتقويم : تموقع أم استقطاب؟ الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية ، بحوث اللقاء السنوي العاشر : القياس والتقويم التربوي والنفسى*. الرياض : مطابع الحميصي : 19-61.
- تيغزة امحمد بوزيان(2011) *اختبار صحة البنية العاملية للمتغيرات الكامنة في البحوث منحنى التحليل والتحقق*- مركز بحوث كلية التربية، عمل علمي محكم جامعة الملك سعود

شعبان جاب الله رضوان ، هريدي عادل محمد (2001). *العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة* . مجلة علم النفس . القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، (ع 58) 72-109.

عبد السلام علي ، علي (1997). *المساندة الاجتماعية ومواجهة الحياة الضاغطة كما تدركها العائلات المتزوجات* . مجلة دراسات نفسية . مج 7 ، ع2.

عبد السلام علي ، علي (2000) . *المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق الجامعي مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية* . مجلة علم النفس . القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب (ع 53) 6-22.

عبد الرزاق ، عماد علي (1998) . *المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية* ، مجلة دراسات نفسية ، م8 (ع1) ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.

عرايس ، محمد أحمد علي (2003) . *التفاعل بين وجهة والجنس وعلاقته بالتحصيل الدراسي وبعض الاساليب المعرفية لدى عينة من طلاب جامعة التحدي* مجلة دراسات نفسية مج 13 ع3 القاهرة رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية رانم 487-518.

فايد، حسين علي (1998) . *الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية* . مجلة دراسات نفسية مج 8 ، ع 2 155-193 .

كاظم احسان جواد (دت) *كيفية استخدام التحليل العاملي في البحوث النفسية والاجتماعية* . دراسة إحصائية لتعزيز خدمات الصحة النفسية في العراق . العراق . وزارة الصحة .-

مخيمر ، عماد محمد (1997). *الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية -متغيرات وسيطة في العلاقات بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي* (المجلة المصرية للدراسات النفسية) م 7 . (ع17) . القاهرة . الجمعية المصرية للدراسات النفسية ص ص 103-138.

معمرية، بشير (2009) *بمصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه السلوكي المعرفي* ، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس . مصر: المكتبة المصرية



## ب) الملتقيات :

بلواضح الربيع ، كتفي عزوز(2018مارس) \_صلاحية أدوات جمع البيانات في العلوم الاجتماعية باستعمال (التحليل العاملي التوكيدي) الملتقى الوطني حول :جدلية الكم والكيف في البحث العلمي في ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية ، كلية العلوم الاجتماعية جامعة المسيلة ،الجزائر.

بلواضح الربيع ،قارة سعيد (2018أفريل ) : صلاحية مقياس مصدر الضبط الصحي باستعمال التحليل العاملي التوكيدي (كطريقة احصائية لتحديد العيوب في عملية تكيف الاختبارات) ،الملتقى الوطني الأول حول : بناء وتكيف أدوات القياس النفسي والتربوي من منظور النظرية الكلاسيكية والنظرية المعاصرة ،كلية العلوم الاجتماعية ،جامعة المسيلة ،الجزائر.

بلواضح الربيع ، ساعد صباح (24-25ديسمبر 2018) صلاحية مقياس تقبل العلاج باستعمال التحليل العاملي التوكيدي ،الملتقى الوطني الأول حول :تطور القياس في العلوم السلوكية بين المقاربات النظرية والمعالجات الاحصائية ، بوسعادة،الجزائر

بلواضح الربيع ، صالح يمينة (13فيفري 2019) منهجية النمذجة بالمعادلة البنائية ،الملتقى الوطني حول صعوبات البحث في العلوم الاجتماعية ، الواقع والحلول، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة البشير الابراهيمى برج بوعريريج ، الجزائر.

بلواضح الربيع ، صالح يمينة (12-13 نوفمبر 2019) محاولة تقويمية للتناول المنهجي للاختبار الإحصائي (بين الفرضيات والنماذج النظرية) في البحوث والدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية، ملتقى دولي، كلية العلوم الاسلامية (قسم علم النفس)جامعة باتنة : الجزائر

## **المراجع باللغة الأجنبية :**

. De Blic , J,. (2007) *observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique*.revue générale .24.419.26.

Moyle,G,(12 octobre.1997) *les facteur de de compliance*

world health organisation(who)2003.adherence to long ter, therapies.switzerland.who.

Alain bottero (2002).*la compliance au long cour dans les schizophrénies.d'une nécessité à la réalité*.neuropsychaitrie.tendances et débats n17.paris p 19.

Aurèlie gauchet.(2008) *observance thérapeutique et VIH .enquete sur les facteurs biologiques et psychosocioux .france .edition l'harmattan 22.24.25.*

Anthony James curtis.(2<sup>nd</sup> ed).(2001) *health psychology.canada.Routledye.*

Ogden (2000) *health psychology(2<sup>nd</sup> ed) buckingham open university press*

Ilene ,.Morof,Lubkin.pamala.dlearsen.(6<sup>th</sup> edition)(2006) *chronic illnss.impact and interventions usa.Jones and Bartlett publishers.*

HOYDEN B,BOS WORTH .E UGE NE.ODDONE.MORRIS WEINBERGER.(2006) *pation treatment adherence. Concepts interventions .and measurement,new Jersey ,Lawerence Erlbaum associates.Inc .publishers.*

WERNER R,A,Kasseler S(.1996) *effectiveness of an intensive outpatient rehabilitation program for postacute stroke patients.An J Phys Med Rehabil.*

SMITH,D,S .goldenberg .E Ashburn A.Kinsella G.Sheikh K BrennanPJ.Meode TW.Peiny JD Reeback JS (1981) *Remidical therapy after stroke.arandomised Control Led Trial.*

ANGELELLI P ,paolucci.s Bivona U.picardil cuirli p.contagollo A.(2004)*devlopment of neuropsychaitric symptoms in post stroke pation a grass sectional study-acta psychitre scand*

SANDER COOCK P ET WILLEMS H( 1992) *le traitment médicale de l'a.v.c ischemique aigu.lancet .*

SANDER COOCK P (1999).*is there still arole for intravenous hearin in acture stroke .no arch neurol.*

HOMMELM ,juillart A besson G ( 1999) *filière de soin umités d'urgences cèrèbro vasculaire rev.neurol.*

PETIT,H( 1997) *Rèèducation et Facteur de pronostique de l'hèmiplègie vasculaire .quel est l'impact des Facteurs depromostic initiaux de l'hèmiplègie vasculaire sur l'efficacité et les indication de la rèèducation §*

AZOWVI, P , dencys p,brussel B (1999) *validation des procédures de rèèducation apres (a.v.c) rev neurol.*

- BOBATH B( 1984)*hémiparésie de l'adulte bilatérale et traitements 2<sup>ème</sup> édition* ssy-les moulincaux masson.
- WADE Dt ,leg-smith j.hewer RA. 1987 *depressed mood after (stroke) .a community study of its frequency.br psychiatry.*
- MONTORREuil ,michèle & DORAN.Jack (2006) *psychologie clinique et psychopathologie 1<sup>ère</sup> édition .sous la direction de sèbran Ionescu et alain blanchet France .press universitaire.*
- JULIA RUSSELL( 2005) *introduction to psychology for health covers.united kingdom.nelson thornes Ltd.*
- MUNZERBERGER.SOUVILLE. MONTI.1996
- KAPLAN ,R.M.sallis.JF.&Patterson.TL( 1993) *health and human behavior.megraw hill INC publisher.new York.*
- DUCK,s w &SILVER.R.C( 1995) *personal relationships and social support.John wiley & son .london.*
- carnot P,1909 *les bases de la kinésithérapie et les lois de la mécanomorphose in phésiothérapie kinésithérapie.massage.mobilisation.gymnastique .*
- albertT,yelnik a (2003)*(phésiothérapie.for spasticity) neurochirurgie*
- j,bougouslavsky &M-G bousser &J L mas: axidant(1993). *vasculaire .cérébraux.editeur doin .*
- verleysen J(1956) *.histoire du massage et de la gymnastique médicale bruxelle s.*
- Hart RG,Boop bs.anderson dc.(1995)*oral anti anaticoogulant andintracranial hemorrhage.fact and hypotheses stroke.*
- Albers,GW caplan LR,easton JD,fayad pb.mohr JP,saver JL(2002) *transient ischemic attack proposal for a new definition n engel j med .*
- mazaux, JM,.lion J,.barat M(1995).*rédaction des hémiparésies vasculaires de l'adulte.masson paris.*
- sarafino,E h (1994) *health psychology biopsychological interaction. New York. John wiley & son.*

Jean Passeron .(2000) *guide pratique des facteurs de risque cardio-vasculaire. mèdiguides.*

Anderson T,P(1990) .*Studies up to 1980 on Stroke rehabilitation outcomes.*

Demeurisse G.Demol O.Robaye (1980) *Motor evaluation in vascular hèmiplegia.Eur neurol.*

Verlysen (1956) *Histoire du Massage et de la gymnastique mèdicale ed Bruxelles.*

Hersberger.scott.et al (2003)" *structural equation modeling: introduction"*newyork .*Cambridge university press*

kleine ,R.B (2005 ) *principles and practice of structural equation Modelling second edition new York Guilford press.*

schumacker RE &lomax R,G( 1996 ) *big inners Guide to structural equation Modelling New jersy Lawrence Erlbaum Associates publishers.*

schumacker RE &lomax R.G (2004 ) *big inners Guide to structural equation Modelling ( 2nd edition ) New jersy Lawrence Erlbaum Associates publishers*

Phares ,E.J,(1976) *locus of control personality,New Jersey:General learning press.*

Rotter,R,(1966) *Generalized expectancies for internal versus external control psychological monogaphes; General and applied, vol.80,N.1,1-28.*

Fielding Marianne &Merdith,gall.(1982) *Personality and situational Correlated of teachers stress and Burnot: report based on a dissertation study conduced at the university of Oregon ,New York : paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association.*

- المقالات والدوريات

- leavy ,R,(1983) « *social support and psy chological disorder. A review*" Journal of community psychology vol 3USA.
- Ozen Kutamis,R,Mesci,M,&Ovdur,Z(2011)*the effects of locus control an learning performance A case of an academic organization .journal of economics and social studies.vol.1.n33-113.*

ج) الملتقيات :

- comité régional d'éducation pour la santé (CRESIF).(colloque des 12-13 novembre 2001).*observance thérapeutique chez les personnes .synthèse documentaire .paris*

ب المعاجم والقواميس :

la rousse (2004) *la rousse de santé* .paris.edition

VendenBos.G.R (2nd ed).( 2015) *APA dictionary of psychology.wqshington.DC* :American Psychological Association.

الملاحق

**ملحق رقم 01 :**

**مقياس: مصدر الضبط الصحي**

**- wallston et al 1978 اعداد: والستون**

**وآخرون**

**ترجمة وتكييف وتقنين: نورالدين جبالي 2007**

- مقياس مصدر الضبط الصحي

التعليمات:

غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق بشدة	العبارات
					1- سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض.
					2- إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفاديه.
					3- المداومة على زيارة الطبيب (المعالج) هي أفضل وسيلة لتفادي المرض.
					4- أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة .
					5- عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا (معالجا) مختصا .
					6- أعتقد أنني متحكم في صحتي .
					7- لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما .
					8- لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض.
					9- يلعب الحظ دور كبير في سرعة شفائي من المرض.
					10- يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي .
					11- حظي السعيد هو الذي يجعلني أمتع بصحة جيدة .
					12- تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي .
					13- إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض.
					14 - يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من ( الأطباء .المعالجين..الأقارب ..الأصدقاء).



					15- أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه.
					16- القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة.
					17- يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني.
					18- إتباع إرشادات الطبيب(المعالج) حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي.

ملحق رقم 02 :

مقياس:المساندة الاجتماعية

اعداد :ساراسون وآخرون Sarason et al1983

ترجمة وتقنين :محمد الشناوي وسامي أبو بيه 1990

تقنين (النسخة الجزائرية):سعيد قارة

الاسم ( اختياري ) : ..... السن : .. الجنس :

ضع علامة ( X ) في الخانة المناسبة لإجابتك

الرقم	العبرة	نعم	أحيانا	لا
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

				<b>16</b>
				<b>17</b>
				<b>18</b>
				<b>19</b>
				<b>20</b>
				<b>21</b>
				<b>22</b>

ملحق رقم 03 :

مقياس : تقبل العلاج لجيرارد

ومورسكي Girerd et Morisky

ترجمة وتكييف وتقنين: سعيد قارة

مقياس : تقبل العلاج

الاسم ( اختياري ) : ..... السن ..... الجنس :

ضع علامة ( X ) في الخانة المناسبة لإجابتك

الرقم	العبرة	نعم	أحيانا	لا
01				
02	( )			
03				
04	( ) ( ) ( )			
05	( )			
06	( )			
07				
08	( )			
09	( )			
10	( ) ( )			
11	( )			

				<b>12</b>
			( )	<b>13</b>
			( )	<b>14</b>
				<b>15</b>
				<b>16</b>
				<b>17</b>
				<b>18</b>
				19
				20
				21
			( )	22
			( )	23
			( )	24
				25
				26
				27
				28
				29
				30
				31
				32

**ملحق رقم 04 :**

**مخرجات أموس**



## مقياس مصدر الضبط الصحي: ( قبل التعديل)

### Model Fit Summary

#### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,072	,892	,873	,696
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,143	,750	,721	,671

#### Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,578	,511	,814	,770	,792
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

#### RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,048	,032	,062	,569
Independence model	,100	,090	,111	,000

## مقياس مصدر الضبط الصحي: ( بعد التعديل )

### Model Fit Summary

#### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,065	,930	,906	,691
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,143	,750	,721	,671

#### Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,707	,647	,980	,974	,979
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

#### RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	<a href="#">PCLOSE</a>
Default model	,016	,000	,039	,997
Independence model	,100	,090	,111	,000

## مقياس المساندة الاجتماعية: (قبل التعديل)

### Model Fit Summary

#### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,081	,821	,802	,688
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,069	,756	,733	,691

#### Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,312	,236	,477	,813	,835
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

#### RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,091	,061	,081	,000
Independence model	,090	,082	,099	,000

## مقياس المساندة الاجتماعية: (بعد التعديل)

### Model Fit Summary

#### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,073	,980	,814	,685
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,069	,756	,733	,691

#### Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,362	,278	,548	,971	,925
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

#### RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,057	,057	,077	,004
Independence model	,090	,082	,099	,000

**Model Fit Summary**

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,091	,825	,685	,633
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,056	,669	,648	,629

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,188	,126	,247	,860	,881
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,081	,105	,117	,000
Independence model	,122	,116	,127	,000

**Model Fit Summary**

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,060	,930	,715	,654
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,056	,669	,648	,629

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,327	,273	,429	,940	,950
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,050	,091	,103	,000
Independence model	,122	,116	,127	,000

**RMR, GFI**

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Saturated model	,070	,920		
Independence model	,096	,495	,481	,482

**Baseline Comparisons**

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Saturated model	1,000		1,000	,980	,960
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

**RMSEA**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Independence model	,040	,091	,095	,000