



جامعة الحاج لخضر - باتنة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية
قسم العلوم الاجتماعية



عنوان الأطروحة

إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المصاب
بالمرض المزمن: دراسة ميدانية بولاية باتنة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس العيادي

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة	الجامعة الأصلية
بركو مزوز	أستاذ	رئيسا	جامعة باتنة
نورالدين جبالي	أستاذ	مشرفا مقرورا	جامعة باتنة
حنيفة صالحى	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة باتنة
وسيلة بن عامر	أستاذ محاضر	عضوا مناقشا	جامعة بسكرة
محمد بلوم	أستاذ	عضوا مناقشا	جامعة بسكرة
محمد مجاهدي	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة مسيلة

إشراف الأستاذ:
أ.د. جبالي نور الدين

إعداد الطالب:
أبركان الصالح

السنة الجامعية: 2015/2014

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة، من خلال تطبيق نموذج المعنى المشترك. حيث تلعب أساليب المواجهة دورا وسيطا في تأثير إدراك المرض على جودة الحياة.

وقد اشتملت عينة الدراسة على 158 مصابا بالمرض المزمن وتراوح أعمارهم من 16 إلى 89 سنة، بمتوسط عمري مقدر بـ 43,93 وانحراف معياري مساو لـ 15,73 وقد تم اختيارهم

انطلاقا من المرضى الذين يعانون من احد الأمراض المزمنة التالية

(السكري، الربو، القصور الكلوي وضغط الدم) ومن القاطنين بولاية باتنة، الجزائر.

تم اختيار ثلاث أدوات لقياس متغيرات الدراسة هي:

- المقياس المعدل لإدراك المرض (IPQ-R).

- مقياس أساليب المواجهة (CPCI-42).

- مقياس جودة الحياة (SF36 v2).

كما تم تحليل البيانات إحصائيا بالاستعانة بالمجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

وباستخدام أسلوب: معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين أبعاد إدراك المرض، أساليب المواجهة

وجودة الحياة، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد (المتدرج) للتحقق من جودة الحياة من خلال أبعاد إدراك

المرض وأساليب المواجهة. بالإضافة إلى تحليل الوسيط لإيجاد الأساليب المختارة من طرف المريض.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى أفراد العينة.

- وجود تأثير لإدراك هوية المرض، والعزو لعوامل خارجية وطبية على جودة الحياة (الدور والوظيفة البدنية، الدور الانفعالي والصحة النفسية المدركة) في اختيار كل من: أسلوب طلب المساعدة ، أسلوب التجنب وأسلوب الإلحاح في النشاط لدى أفراد العينة.

الكلمات المفتاحية: إدراك المرض، أساليب المواجهة، جودة الحياة، المرض المزمن، نموذج الضبط الذاتي.

Abstract:

The study aimed to investigate the relationship between illness perception, coping styles and quality of life with chronic illness. Illness perceptions are indirectly associated with quality of life through their influence on coping mediation. The findings imply support for the common sense model of illness representations in a chronic illness population.

A sample of 158 chronic illness patients with age ranged from 16 to 89 years (mean = 43.93, SD = 15.73). Diagnosed with diabetes, high blood pressure, kidney failure, or asthma living in the region Banta (Algeria) was adopted in this study. The subscales of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), the Chronic Pain Coping Inventory-42 (CPCI-42), and the Short-Form 36 Health Survey Version 2.0 (SF-36v2) were assessed in the study sample.

Correlation statistical analysis was used to determine the relationship among illness perception, coping styles and quality of life. Multiple regression analysis was used to determine the predictive ability of the dimensions of illness perception and coping styles on the dependent variables of quality of life, where mediation analysis was employed to explore the significance of the indirect effect of the mediator.

This study has provided insights about the relationship between illness perception, coping styles and quality of life in the considered sample.

there is an effect of illness identity perception, external and medical attributions were related to emotional role, physical functioning, and mental health perceived, and these were fully mediated by the asking for assistance, the guarding, and the task persistence.

Key Words: illness perception, coping, quality of life, chronic illness, self regulation model.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

أ	..... ملخص البحث بالعربية
ج	..... ملخص البحث بالإنجليزية
د	..... فهرس المحتويات
هـ	..... فهرس الجداول
ز	..... فهرس الأشكال
1	..... مقدمة

الإطار النظري للبحث

الفصل الأول: التعريف بموضوع البحث

11	..... أولاً: إشكالية البحث
14	..... ثانياً: أهمية الدراسة
14	..... ثالثاً: أهداف الدراسة
15	..... رابعاً: الدراسات السابقة
21	..... خامساً: فرضيات الدراسة
21	..... سادساً: التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث

الفصل الثاني: إدراك المرض

25	..... أولاً: التعريف بإدراك المرض
25	..... ثانياً: تصورات المرض
31	..... ثالثاً: مكونات إدراك المرض
32	..... رابعاً: الارتباط بين مختلف مكونات إدراك المرض
36	..... خامساً: إدراك المرض وأساليب المواجهة

الفصل الثالث: أساليب المواجهة

39	..... أولاً: التعريف بمفهوم المواجهة
40	..... ثانياً: مختلف النماذج التقليدية

41	.....	ثالثا: عملية التقييم
44	.....	رابعا: مختلف أساليب المواجهة المستعملة لمواجهة الألم المزمن
47	.....	خامسا: فعالية أساليب المواجهة

الفصل الرابع: جودة الحياة

52	.....	أولا: مفهوم جودة الحياة
52	.....	ثانيا: تعريف جودة الحياة
54	.....	ثالثا: تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة
55	.....	رابعا: مجالات جودة الحياة

الفصل الخامس: إدراك المرض الزمن، أساليب المواجهة وجودة الحياة

60	.....	أولا: تصورات المرض
64	.....	ثانيا: تصورات المرض المزمن وأساليب المواجهة
66	.....	ثالثا: الإدارة الذاتية للمرض المزمن ومستوى الأداء

الفصل السادس: إجراءات البحث وأدواته

73	.....	أولا: منهج الدراسة
73	.....	ثانيا: حدود الدراسة
73	.....	ثالثا: عينة الدراسة
74	.....	رابعا: أدوات الدراسة
81	.....	خامسا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الفصل السابع: عرض وتفسير النتائج

84	.....	أ - عرض النتائج
84	.....	أولا: عرض نتائج الفرضية الأولى
85	.....	ثانيا: عرض نتائج الفرضية الثانية
86	.....	ثالثا: عرض نتائج الفرضية الثالثة
87	.....	رابعا: عرض نتائج الفرضية الرابعة

91	.....	ب- مناقشة النتائج
98	.....	خاتمة
101	.....	قائمة المراجع
116	.....	ملاحق

فهرس الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
33	العلاقة الارتباطية بين مختلف مكونات إدراك المرض	01
74	خصائص العينة الأساسية	02
77	معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس	03
79	معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاختبار إدراك المرض	04
81	معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاختبار جودة الحياة	05
84	الارتباط بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة	06
86	الارتباط بين إدراك المرض و أساليب المواجهة	07
88	نتائج تحليل الوسيط	08

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
37	نموذج الضبط الذاتي	01
61	وصف الاستجابة المعرفية والانفعالية إزاء تهديدات المرض	02
62	المكونات الخمسة لتصورات المرض	03
82	فرضية نموذج تحليل الوسيط	04

مقدمة

مقدمة:

إن التقدم في كثير من العلوم المختصة بالعناية الصحية نتج عنها نقص نسبة الوفيات من الأمراض المزمنة التي قد سيرت وأديرت بمختلف الوضعيات المتضمنة (المنزل، في العمل، والمنظمات، وبالأحرى بالنظام الطبي بالمستشفى والتسهيلات الطبية). (Han, Lee, Lee, & Park, 2003; Silverman, Musa, Kirsch, & Siminoff, 1999). إن طرق المعيشة عند الأشخاص والتطورات الغير منتهية في مجال العناية الصحية تأخذ منحى كبير في تطور الصحة والصالح العام حيث ينتج عنها مدى تأثير وانتشار الأمراض المزمنة لان الكثير من حالات ازمانية المرض تعتبر نادرة الارتباط مع خصوصية الأسباب. هذه الحالات قد تم إدارتها إلا انه لم يتم علاجها، ففي الولايات المتحدة 125 مليون شخص يعيشون مع الأمراض المزمنة، وحوالي 60 مليون شخص يعيش أكثر الحالات ازمانا. (Consortium, 2003) و تحصي الجزائر أكثر من عشرة أمراض مزمنة مصاب بها ما مجموعهم 20 مليون جزائري من مختلف الشرائح حسب الأرقام المتوفرة، فيما يبقى حوالي 14 مليون فقط أصحاء بدنيا (ناصر الدين، 2013، ص21). الأمراض المزمنة الآن هي السبب المباشر في الموت والعجز في البلدان النامية وانتشارها يزداد خصوصا عند المسنين.

(Cioffi, 1991; Kutner, وأصبح التقدم في السن مع الحالة المزمنة ظاهرة منتشرة

(Cardenas, & Bower, 1992) ومع التطور الذي حدث في مجال تكنولوجيا العناية الصحية فان نظرة البحث اتجاه المرض المزمن قد تغيرت من تعريف المقاييس التي تحسن جودة

الحياة إلى تحديد وسائل القياس. ومن هنا جاءت الرغبة في تحسين جودة الحياة وأصبح لها اثر ذا أهمية خاصة في تهيئة الخدمة الطبية.

. (Raphael, Renwick, Brown, & Rootman, 1996)

كما يأخذ الأشخاص في كلتا الحالتين الحادة والمزمنة دور نشيط في عنايتهم الصحية واعتقاداتهم نحو المرض لاحضائهم بالفحوصات الطبية واختيار العلاج المناسب لهم.

(Weinman & Petrie, 1997) ولأجل الاستجابة لمختلف المشكلات يقوم المرضى بمواجهة

المرض المزمن من خلال الاعتماد على نماذج خاصة بهم وإدراكهم لمرضهم. Morris, &

.(Weinman, Petrie, Moss- Horne, 1996)

هذه التصورات تتضمن عوامل كازمانية المرض، النتائج والخطورة بعدئذ الاعتماد

بأنفسهم على تحديد الأساليب المناسبة لمواجهة المرض ذات تعامل مباشر وغير مباشر. ومن

الواضح أن تصورات المرض المزمن توجه التطور والانجاز الهادف والتقييم لنتائج وآثار

عمل تلك الأساليب، أيضا جودة الحياة يمكن أن تكون متعلقة بالتصورات المعرفية للمرض

والعلاج. (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004) ولأعراض

المرض أهمية في السلوكيات المتعلقة بالصحة لما لها من دور رئيسي تلعبه في عملية مواجهة

المرض كليا. (Siegel, Schrimshaw, & Dean, 1999) وتأكيدا على ذلك فخربرات المرض

تقوم بتكوين تصورات لتقييم فعالية الأساليب المناسبة. فعلى سبيل المثال القائمين بالرعاية

الصحية لهم اعتقادات ووجهات نظر مختلفة إزاء مريض ارتفاع ضغط الدم المزمن وهذا

لعدم إدراك المريض لبدانته وافتقار حميته الغذائية وتغيرات أسلوب حياته الذي لايمكنه من

التحكم والضببط. إن تصور الشخص لمرضه كدليل في تحديد المعلومة، يوجه إلى ترجمة هذه المعلومة وبعدها إلى السلوك المتعلق بالصحة . فكثيرة هي الأبحاث التي عرفت علاقة إدراك المريض لمرضه والانضباط الصحي المتعلق بإدارة المرض المزمن (Hagger & ., 2005).

Orbell

يمكن الاعتماد على النظريات التي تجعل المريض يتعرف على مرضه و يختار أسلوب للتعامل مع نوع المعلومة حول الرعاية الصحية المتوفرة وهذا لاختيار المعلومة المناسبة واتخاذ رد فعل مفيد ومقبول إزاء حالته. ورغم أن النموذج الطبي وتأثيره على تحديد الأعراض وعلاج الأمراض إلا أنه محدود القدرة في شرح وتفسير النتائج النفسية لحالة المريض. (Fortune, Richards & Griffiths, 2002) هذا النموذج الذي يوجه نظرة المريض إزاء مرضه سيؤدي إلى مقارنة شاملة نحو رعاية المريض. ويمكن أن ينتج تحسين في الآثار النفسية والفيزيولوجية، هذا الإطار النظري يساعد القائمين على الصحة في العمليات الانفعالية والمعرفية طوال صيرورة المرض، فهو يستطيع تقديم المعلومة لفائدة تحقيق الانسجام بين القائمين بالرعاية الصحية وإدراك المريض لمرضه.

(Leventhal, & de Ridder, 1996).

إن التعريف الذي يصف كل من المكونات الجسمية والنفسية للمرض المزمن هو الذي يعرفه على أنه حالة تغير مرضي نهائي دائم أكثر من ثلاثة سنوات، ويحتمل أن يسبب عجز مزمن. (Han et al., 2003, p 140). فجرمينو يصف المرض المزمن على أنه متواصل ومستمر كل الوقت، منتشر في جل مظاهر الحياة ويأخذ مساراً يمكننا من التنبؤ والضببط.

(National Chronic Care Consortium, 2001). والتعامل مع المرض المزمن مروراً بالتشخيص وصولاً إلى العلاج ثم إدارة أزمانيته يستطيع أن يكون صعباً، والمرض المزمن كمؤشر مؤثر على جودة الحياة، على الأشخاص وعلى خبرات حل المشكلات تختلف من شخص لآخر. (Dekkers, 2001; Petrie & Moss-Morris, 1996). وحتى الأشخاص المصابين بنفس المرض المزمن يتعاملون مع مختلف المشاكل اليومية بدرجات متفاوتة في تحقيق النجاح. (Heijmans & de Ridder, 1998) وبحسب لفتنثال وزميله هناك علاقة ذاتية مع المرض المزمن، وهذا المفهوم مرتبط ومتداخل بين تصورات الذات، حيث توجد ثلاث طرق ممكنة لارتباط تصورات المرض مع النظام الذاتي: أولها تعقيد كامل للمرض والسماح له باختراق مظاهر الحياة، ثانياً المرض كجزء من حياة المريض يعيش معه. وأخيراً التحرر من المرض مع خطورة الانتكاسة. (Nerenz & Leventhal, 1983) ففي السنوات الأخيرة زاد الاهتمام بمنظور الضبط الذاتي في سلوك الصحة و المرض، هذه الإضاءة الجديدة مع مختلف النماذج النظرية زادت الأطر النظرية إضافات ثرية وإضاءات مستتيرة كنموذج الضغط والمواجهة لفولكمان ولازاروس (Lazarus & Folkman, 1984) ونموذج الضبط الذاتي للضغط. (Carver & Scheier, 1998)، ونموذج المعنى المشترك أو المنطق العام لتصورات المرض Leventhal's Common-Sense Model of Illness Representations (CSM) كواحد من تلك النماذج تلقى اهتماماً واسعاً في الأطر النظرية. يستطيع نموذج الضبط الذاتي أن يعرف تصورات المرض المزمن من خلال قدرة الأشخاص في العيش مع مرضهم طوال حياتهم، إذ تبدو أهمية التساؤل حول أساليب إدراكهم للمرض وكيف يمكن مواجهته؟ وما هو

المعنى أو الاتجاه الذي يمكن اختياره؟ وما هي التأثيرات على تكيفهم؟. وقد حاول نموذج الباحث ليفنثال البحث في الأمراض المزمنة من خلال نجاحه في تصميم أداة لقياس إدراك المرض لتسهيل الدراسات الكمية وقياس تصورات الأشخاص إزاء مرضهم وكيفية اختيار أساليب المواجهة المتناسبة والمرض والعلاقة بينها. الأمر الذي جعل الكثير من الباحثين يحذون حذو هذا النموذج في وصف واستخدام عملية الضبط الذاتي بتأثيره على نتائج وأثار المرض كالعجز، التكيف النفسي، جودة الحياة، العلاقات الاجتماعية وغيرها. (Johnston , 1996).

وفعلا لقيت هذه الفكرة قبولا كبيرا لدى الباحثين في وصف تصورات المرض مع أساليب مواجهته وجودة حياة المريض كنتيجة من نتائج الأعراض المزمنة. حتى أن بعض الباحثين في الدراسات التجريبية القائمة على الأطر النظرية الماوراء معرفية استعملت نموذج المعنى المشترك بوجود العلاقة بين كل مراحل ومكونات هذا النموذج. ومن أمثلة الأمراض المزمنة المدروسة باستخدام نموذج الضبط الذاتي نذكر: مرض أديسون (Addison's disease) (Heijmans, 1999), مرض الانسداد الرئوي المزمن (chronic obstructive pulmonary disease (COPD; O'Neill,2002; Scharloo et al., 1998; Scharloo et al., 2007), التهاب المفاصل الرئوي المزمن (rheumatoid arthritis) (Carlisle, -Schaw, & Lloyd, 2005; Graves, Scott, Lempp, & Weinman, 2009; Groarke, Curtis,2005 et al) تناذر العياء المزمن (CFS; Gray & Rutter, 2007; Heijmans, 1998; Moss-Morris, 2005), السكري

(Cartwright & Lamb, 1999; Edgar & Skinner, 2003; Griva, Myers, & Newman, 2000).

مجموع هذه الدراسات قد أعطت عددا من النتائج لخصت العلاقة بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة. وتعتبر جودة الحياة من نتائج المرض شأنها في ذلك شأن مستوى العجز الجسدي، الاختلال النفسي وعافية المريض. وكل الأبحاث والدراسات في مجال الأمراض المزمنة تتفق على أن اعتقادات المرضى حول مرضهم ذو دلالة ودور في تكيفهم مع الحياة، وفي الحقيقة إن عدد من الدراسات اتفقت على أن تصورات خطورة المرض كمتغيرات لتفسير الآثار النفسية والجسمية للمرض متفاعلة مع سياق المرض.

(Fortune et al., 2002; Groarke et al., 2005; Steed, Newman, & Hardman, 1999).

ويواجه المصابين بالأمراض المزمنة عدة مشاكل حين مباشرتهم الأنشطة اليومية ويتعاملون بمختلف الأساليب لإدارة تلك التهديدات، أيضا ينوعون رغباتهم وقدراتهم من أجل الالتزام

للتكيف مع تغير أسلوب الحياة وأصناف العلاج. (Hampson, 1997) فالمصابين بازمانية

المرض يواجهون تشخيصا غير محدد، عجز، تبعية، وصمة اجتماعية و تغيرات في أسلوب الحياة وبالضرورة يصبحون خبراء في التدخلات إزاء الأزمات، إدارة الأعراض، إتباع

النظام الطبي، إدارة الكلفة والوقاية من المضاعفات المعيقة للنشاطات اليومية. (Ridder &

Schreurs, 2001; Dekkers, 2001) هذه المشكلات تستطيع التأثير على الجوانب الروحية،

النفسية، الاجتماعية، الأسرية، الاستجابات الجسمية، السلوكية، المعرفية والطبيعة الانفعالية.

(Germino, 1998; National Chronic Care Consortium, 2001) ونجد المصابين بالأمراض

المزمنة يتخذون حالتهم للمحافظة على التوازن الانفعالي وعلى صورة الذات الايجابية

للحصول على كفاءة جيدة من اجل ثبات العلاقة بين العائلة و الأصدقاء وهذا تحضيراً لمستقبل مجهول. (De Ridder & Schreurs, 2001) لان الأمراض المزمنة بتأثيراتها الطويلة المدى تمكن من كافة جوانب الحياة. فنجدها تضبط الانتباه اليقظ خلال الإصابة بالمرض لتضمن إدارة ذاتية ملائمة أثناء ظهور الأعراض، العلاج، والتأثيرات الجانبية لهذا العلاج. (Brown et al., 2001; Han et al., 2003) ولهذا فالمصابين بالأمراض المزمنة نجد مستوى جودة الحياة لديهم متحكم فيها ذاتياً بوجود ضوابط وقيود ثقافية، اجتماعية وبيئية. (Han et al., 2003) وعليه وجب عليهم تحديد الحقيقة بإيجاد معاني جديدة للصحة والمرض. (Germino, 1998) كما تجب عليهم تغيير نشاطاتهم الاجتماعية والبيئية وعليهم البحث عن المساندة من طرف العائلة والأصدقاء، واختبار أساليب مواجهة مناسبة وأعراض المرض، لان التغيرات الجسمية والنفسية جراء الإصابة بالمرض المزمن يؤثر في تضاعف تطوير صورة جديدة للذات قبل تطور المرض. (Dekkers, 2001) ولنموذج المعنى المشترك عدة قدرات، إذ يستطيع أن يطبق عملياً مع مختلف أنواع الأمراض ومقاومتها من خلال تعميمه على نماذج سلوك الصحة. (Cameron & Leventhal, 2003) مثل: الربو الشعبي (Horne & Weinman, 2002; Knibb & Horton, 2008)، التصلب اللويحي (Jopson & Moss-Morris, 2003)، مرض القلب (Cooper, Lloyd, Weinman, & Jackson, 1999)، العقم (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2004)، الصرع (Fabbri, Kapur, Wells, & Creed, 2001)، السرطان (Elliott, Elliott, Murray, Braun, & Johnson, 1996) والحساسية (Knibb & Horton, 2008). وبعد ذلك لقي هذا النموذج استعمالاً في زيادة المعرفة في

مختلف سلوكيات الصحة الهامة مثل تغييرات أسلوب الحياة بعد الإصابة بالمرض. (Weinman, Petrie, Sharpe, & Walker, 2000), وملازمة برامج العلاج والتأهيل الوظيفي. (Horne & Weinman, 1999; Ross, Walker, & MacLeod, 2004; Whitmarsh, Koutantji, & Sidell, 2003) والتنبؤ بالشفاء من المرض. (Petrie & Weinman, 1997).

ولذا على القائمين بالرعاية الصحية اعتبار الحياة العادية للفرد كتحقيق أهداف متعلقة بتقدير الذات، الارتقاء بالتكيف الاجتماعي للفرد والعائلة، وكذا التقليل من مظاهر الألم، الخيبة والإحباط، أيضا يجب أن يكون التركيز في العلاج على تعزيز الرعاية الذاتية ومحاولة التعايش والعيش مع الحالة المزمنة. (Han et al., 2003).

ففي دراستنا الحالية نسعى إلى اكتشاف عمل نموذج الضبط الذاتي لدى عينة من المرضى المزمنين من خلال محاولة تقسيم البحث إلى: جانب نظري وجانب تطبيقي. حيث تضمن الجانب النظري أربع فصول وهي:

الفصل الأول تطرقنا فيه إلى إشكالية البحث، أهداف وأهمية البحث، الدراسات السابقة، فرضيات البحث، ثم التعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث.

الفصل الثاني تضمن: التعريف بإدراك المرض، تصورات المرض، مكونات إدراك

المرض، الارتباط بين مختلف مكونات إدراك المرض، إدراك المرض وأساليب المواجهة.

الفصل الثالث تضمن: التعريف بمفهوم المواجهة، مختلف النماذج، عملية التقييم،

مختلف أساليب المواجهة المستعملة لمواجهة الألم المزمن، فعالية أساليب المواجهة.

الفصل الرابع تناولنا فيه: مفهوم وتعريف جودة الحياة، تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومجالاتها.

أما الفصل الخامس تناولنا فيه: تصورات المرض، أساليب المواجهة ومستوى العجز لدى المصاب بالمرض المزمن.

أما في الجانب التطبيقي فقد تناولنا فيه: الفصل السادس والذي يتضمن: منهج الدراسة، حدود الدراسة، عينة الدراسة وكيفية اختيارها، الأدوات المستخدمة في الدراسة، إجراءات تطبيق الدراسة، ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة.

أما في الفصل السابع فقد تناولنا فيه عرض النتائج وتحليلها ثم تفسير ومناقشة النتائج.

الفصل الأول

التعريف بمتغيرات البحث

أولاً: إشكالية الدراسة:

لعل من بديهيات الحديث عن موضوع الأمراض المزمنة وتأثيراتها النفسية والاجتماعية والاقتصادية على المريض وأسرته يتطلب من الجهات المعنية من أكاديميين وممارسين الاهتمام بإجراء دراسات متخصصة في إدارة المرض المزمن. توضح عملية الرعاية الصحية بشكل دقيق في مجتمعنا الجزائري، حيث لا توجد دراسات عربية يمكن الاعتماد عليها في هذا الجانب -على حد علم الباحث- وبالتالي فإن التدخل المهني للأخصائيين مع هؤلاء المرضى وأسرهم يعتمد بشكل كبير على مجهوداتهم الشخصية في دراسة بعض هذه المشكلات وسبل التعامل معها دون وجود منهجية نظرية واضحة يمكن أن تسهل هذه المهمة. صحيح أن هناك بعض المحاولات البحثية المتواضعة التي ركزت على دراسة بعض الجوانب المتعلقة بالمرض المزمن وتحديد تأثيراته على المرضى ومحيطهم، ونذكر على سبيل المثال دراسة "أبركان" حول تطبيق نموذج ليفنثال على عينة من مرضى التكلس الرئوي، وفتحت المجال للبحث لكشف العلاقة بين تصورات المرض المزمن وأساليب المواجهة. حيث خلصت نتائج البحث إلى وجود تأثير لإدراك المرض في اختيار بعض الأساليب للتكيف مع الوضعية الصحية. (أبركان، 2011).

و دراسة "بلعزوق جميلة" حول الكفالة النفسية لدى ذوي العجز الكلوي المزمن باستخدام تقنيات معرفية تحددت إشكالية البحث بدراسة الاكتئاب كجانب نفسي لمرض بدني خطير هو العجز الكلوي المزمن، وبتطوير برنامج علاجي معرفي سلوكي يهدف إلى التخلص من الاكتئاب أو التخفيف منه، حتى يكتسب العميل المصاب نمطا من التفكير والسلوك المتكيف يساعده على تخطي صعوباته ومعالجة مشكلاته العضوية. (بلعزوق، 1991).

والدراسة التي قام بها الباحث "محسن عبد النور" بعنوان "تسيير المرض والاستشفاء وفق تفاعلات الطفل المصاب بالسرطان مع الوسط الأسري، والنظام الطبي داخل المستشفى" وهي دراسة سوسيونفسية بقسم طب الأطفال بمستشفى باشا بالجزائر، حول كيفية عيش الطفل المصاب بالسرطان حياته الترفيهية والتربوية في ظل الفترة الاستشفائية، وما مدى إسهام المصلحة الترفيهية في المساعدة على تسيير الاستشفاء والعلاج. (عبد النور، 2006).

إلا أن هذه الجهود ركزت في معظمها على تحديد بعض الخصائص النفسية والاجتماعية للمرضى ولم تحاول أن تتعمق في كيفية إدارة المرض المزمن من خلال تعزيز الرعاية الذاتية للمريض، كما لم تحاول هذه الجهود التعرف على الخبرات والتجارب الدولية والعالمية في مجال التعامل مع المرض المزمن، هذا بالإضافة إلى وصف التدخل المهني من قبل التخصصات المختلفة كالخدمة النفسية والاجتماعية. وفي إطار ما تقدم يتضح لنا أن معظم الدراسات العربية التي تناولت الأمراض المزمنة كانت تركز على دراسة الخصائص النفسية والاجتماعية للمرضى، وكذا المشكلات الشائعة لديهم. أما الجوانب المتصلة بدراسة حاجاتهم النفسية والاجتماعية وتصميم البرامج الخاصة برعايتهم فلم تحظ بالاهتمام الكافي. من هنا كانت الحاجة إلى تحديد هذه الحاجات والمشكلات، ثم وضع الخطط والسياسات الملائمة لرعاية هؤلاء المرضى والحد قدر الإمكان من الآثار السلبية المترتبة على ازمنة المرض، وربما قد يساعد ذلك هؤلاء المرضى على أداء وظائفهم بشكل مناسب مستفيدين بذلك من الجهود المتخصصة التي تبذل لرعايتهم والاهتمام بهم. وفي إطار ما تقدم وإدراكا لأهمية تحديد الحاجة للرعاية الصحية الذاتية للمصابين بأمراض مزمنة من الرجال والنساء والأطفال في الجزائر، فإن مثل

الفصل الأول : التعريف بمتغيرات البحث

هذه الدراسات ينبغي أن تجيب على مجموعة من التساؤلات من أبرزها: كيف يمكن رعاية المصاب بالمرض المزمن من خلال تعزيز الرعاية الذاتية؟ وفيما تكمن هذه الإدارة الذاتية للمرض؟

ثانياً: أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في كونه موضوع جديد لم يسبق تناوله في البحوث العربية حسب علم الباحث وكذا لكونه يصب اهتمامه على فئة من المصابين بالمرض المزمن، بالإضافة إلى الوقوف أمام اعتبارات المريض اتجاه معاناته، وآلامه التي يحس بها من خلال كيفية تعامله مع المرض، وهذا بالوقوف عند مختلف الأبعاد المعرفية والاجتماعية للمرض مثل: الشخصية، الأسباب الخارجية، الأسباب النفسية، عوامل الخطورة،... وغيرها. هذه الأبعاد التي تتفاعل مع مختلف أساليب المواجهة التي يختارها المريض للتعامل ومواجهة حالته الصحية.

وبالتالي يمكن القول: بان هذا البحث يكتسي أهمية علمية نظرية وعملية، تتمثل في طرح بعض المفاهيم المعرفية، النفسية والاجتماعية، وهذا لفهم المعتقدات السلوكية للمريض من جهة، وكيفية إدارة المرض بتأثير تلك المعتقدات والتصورات داخل بيئته الاجتماعية.

ولهذا البحث أهمية أخرى: إذ يفيد في الكشف عن بعض الأبعاد المعرفية والتي تتدخل في إدارة الألم، واختيار أساليب لمواجهة المرض.

ثالثاً: أهداف البحث:

هدفت الدراسة هذه إلى إضافة جديدة للإطار النظري من خلال الكشف عن نموذج الضبط الذاتي الذي يركز على كيفية إدراك المرض وعلاقته بمستويات الأداء لدى المصابين بالمرض المزمن، ومدى نجاح هؤلاء المرضى في اختيار أساليب مواجهة متناسبة وخطورة المرض والألم المزمنين. بالإضافة إلى محاولة إيجاد الدور الوسيط الذي تلعبه أساليب المواجهة في العلاقة بين إدراك المرض وجودة الحياة.

رابعاً: الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة من أهم ركائز البحث لكونها تساعد الباحث على معرفة ما توصل إليه الباحثين من نتائج تمهد له معرفة الايجابيات والسلبيات التي وقع فيها من قبل، وما لمسناه من خلال الدراسات السابقة انعدام الدراسات العربية التي تناولت موضوع إدراك المرض وأساليب التدبر حسب علم الباحث، وقد تم اختيار الدراسات الأجنبية التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

*دراسة سبيتز وشاتو (Spitz&Chateaux ,2006) حول: إدراك المرض والالتزام العلاجي لدى

الأطفال المصابين بالربو الشعبي.

وللدراسة هذه هدفين: - تكييف اختبار إدراك المرض المعدل (IPQ-R) على عينة من الأطفال

المصابين بالربو الشعبي، بالإضافة إلى عينة تشمل أوليائهم. كما تهدف الدراسة من جهة إلى: تقييم مدى تأثير إدراك الربو، وتدخل أولياء الأطفال على الالتزام العلاجي من طرف الأطفال المرضى.

أخذت عينة تشمل 146 طفل مصاب بالربو تتراوح أعمارهم بين ثمانية إلى 12 سنة، و92 أب

للإجابة على اختبار إدراك المرض، وكذا اختبار الالتزام العلاجي. ووجدت النتائج التالية: -إن

هناك فهم جيد للأطفال حول مرضهم، بالإضافة إلى التحكم والضبط العلاجي، وبالتالي أفضل التزام

علاجي. -إن استخدام اختبار إدراك المرض المعدل هو بمثابة المقارنة الأصلية، إذ يمكن استعماله

مستقبلاً مع مختلف أمراض الأطفال. (Chateaux &Spitz, 2006).

* دراسة اليكسا وزملائه (Alexa, Stenfbergen, Loraine Phillips, Wayrene, &voelmeek,)

(2006)حول: ارتباط إدراك المرض بالنتائج لدى مريضات تناذر آلام العضلات (Fibromyalgia

.Syndrom)

الهدف من الدراسة هو إظهار العلاقة بين أبعاد إدراك المرض، وكيفية تعامل المريضات مع المرض، في إطار نموذج ليفنثال "الضبط الذاتي". حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 91 مريضة بتناذر آلام العضلات، واستخدمت الأساليب الإحصائية المتمثلة في: معامل الارتباط (بيرسون)، الانحدار الخطي المتعدد (stepwise)، وهذا لإظهار العلاقة بين الأبعاد، وإظهار التباين في نتائج كل من: السلوك الصحي، ومرض آلام العضلات، والصحة النفسية وكذا الجسمية كما تراها المريضة.

وكانت نتائج الدراسة كما يلي: - 41% من المصابات يظهرن تصورات انفعالية سلبية، مع اعتبار حالتهم خطيرة، من خلال اعتقادهن بعدم الضبط أو عدم فعالية العلاج. - أما 17% من الحالات يظهرن سلوكيات صحية متأثرة. خلص البحث إلى ما جاء به ليفنثال في نموده حول الضبط الذاتي يتعلق بالتقليل من الصور الانفعالية السلبية، لان النموذج السابق يتنبأ بنتائج مختلفة في مجال التصورات الانفعالية والمعرفية. (Alexa ,Staifbergen, Lorraine Phillips & Voelmeck, 2006).

*دراسة هارتمان وزملائه (Hartmann, Bonnaud, Antignac, Cerele, Dabois, 2007)

حول: أساليب التدبير للتعامل مع سرطان الثدي: من وجهة نظر المريضات وكذا أقربائهن .
هدفت هذه الدراسة الطولية إلى اكتشاف مختلف أساليب التدبير التي تستخدمها مريضات سرطان الثدي رغبة منهن في تغيير حالتهم، بالإضافة إلى أساليب التدبير لدى أقاربهم، وتشمل عينة الدراسة على 60 مريضة مصابة بسرطان الثدي، و60 قريب لكل واحدة منهن، وقد أظهرت نتائج الدراسة على أن: المريضات أثناء العملية الجراحية يبحثون عن المساندة الاجتماعية، وكذا الاعتقاد في العلاج وهذا

مقارنة بأقاربهن، كما أن التحاليل الطولية تثبت وجود زيادة في البحث عن الأساليب المركزة على المشكل بعد اخذ العلاج، وهذا عند المريضات دون أقربائهن، أما طبيعة التغيير فيختلف حسب العلاقة المريضة/القريب لها، وكذا حسب خطورة المرض. (Hartmann, Bonnaud , Antignac, Cerele, Dabois,& Dravet ,2007)

*دراسة كاري وزملائها (Carrie, Diane, Llewellyn, Mark ,Gurk, & Weinman ,2007) حول:

الاعتقادات في المرض والعلاج عند مرضى سرطان الرأس والعنق: وما هي التغيرات التي يحدثها نموذج ليفنتال في النتائج مع مرور الوقت؟

هدفت هذه الدراسة إلى استعمال نموذج "المعنى المشترك" للباحث "لفنتال" في دراسة طولية أجريت على عينة من مرضى سرطان العنق والرأس، حيث قامت الدراسة على العلاقة بين: العوامل الشخصية، أساليب التدبير، المعلومات التي يحتاجها المريض و تصورات المرض. وكشفت الدراسة إلى ارتفاع حالات القلق عند المرضى بعد ستة إلى ثمانية أشهر. - مع إمكانية التنبؤ بظهور الاكتئاب بعد العلاج من خلال الاعتقاد بازمانية المرض. - استخدام المريض لأساليب التدبير، وتوفر المعلومات عند المريض قبل العلاج تعطي دلالة احصائية في التنبؤ بالتخفيف من المرض.

(Carrie, Diane, Llewellyn, Mark, Gurk, & weinman, 2007)

*دراسة بوبات (Pupat, 2007) حول : إدراك المرض وعلاقته بأساليب التدبير لدى مريضات تناذر آلام العضلات.

هدفت الدراسة هذه إلى البحث عن مدى علاقة إدراك المريضة لمرضها، وأساليب التدبير التي تختارها، ومن جهة أخرى، إلى مدى تأثير إدراك المرض في اختيار الأساليب المناسبة.

أخذت الباحثة عينة مكونة من 92 مريضة مصابة بتناذر آلام العضلات، وكانت نتائجها كما يلي: - هناك علاقة تأثير جزئية لأبعاد إدراك المرض في اختيار بعض الأساليب المناسبة للتدبير.

هناك تأثير بعض المتغيرات النوعية (السن، مدة المرض) في اختيار أساليب التدبير، وكذا تأثير بعض الأبعاد الشخصية مثل التفاؤلية، وبعض ميكانيزمات الدفاع. (Pupat, 2007)

*دراسة اوكنور (O'Connor,2008) حول: التنبؤ بسلوكات الصحة والمرض لدى مرضى القصور الكلوي في مراحل النهائية بتطبيق " نموذج الضبط الذاتي " للباحث (Leventhal).

هدفت الدراسة إلى تكيف نموذج الضبط الذاتي من جهة، ومن جهة أخرى إلى التنبؤ بسلوكات الصحة والمرض والمتعلق أساسا الحمية الغذائية الخاصة بتناول السوائل، وكذا الأدوية الخاصة

بالقصور الكلوي في مراحل النهائية لدى عينة مأخوذة من مركز لتصفية الدم، وعددها 73 مريض.

وزعت على المرضى كل من اختبار لإدراك المرض المعدل، وكذا اختبار خاص بالالتزام

بالحمية الغذائية، وتناول الأدوية. حيث كان موضوع الدراسة يدور أساسا حول مدى معرفة مرض

القصور الكلوي، وكذا الحالة النفسية للمريض. وقيست الاستجابة بالزمن الأول من خلال السلوكات

المتعلقة بالحمية (البوتاسيوم، وقياس الوزن بين جلسات تصفية الدم) وكذا مدى الالتزام بتناول الدواء

(الفوسفات)، ثم قيست الاستجابة بعد ثلاث أسابيع (الزمن الثاني).

وكانت نتائج الدراسة: أن هناك تأثير لإدراك الصور الانفعالية، وإدراك الوقت، واحترام تناول

الدواء في اختيار أساليب مركزة حول الانفعال خاصة بالالتزام الوقائي دون تناول الحمية الغذائية

في وقتها. وخلص الباحث إلى أن استخدام "نموذج الضبط الذاتي" من طرف المريض يمكن أن يتنبأ بالتعامل النفسي لإنقاص الضغط المتعلق بنوعية المرض، وأن إدراك الوقت يعطي التزام وقائي. (O'Connor, 2008)

* دراسة كلار وزملائه (Claire ,Howard, Claire, Hellas, Wray ,Martin& carby,2009) حول:

العلاقة بين إدراك المرض وحالة الهلع لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن.
هدفت هذه الدراسة إلى التنبؤ بالعلاقة بين الإدراك وظهور حالات القلق والاكتئاب لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن، وهذا في إطار نموذج "الضبط الذاتي"، ومدى تكيف المريض مع مرضه الجسمي. وكانت النتائج التالية:

- المصابين بالمرض بعد شهر اظهروا حالة الهلع.

- هناك أهمية لأبعاد إدراك المرض التالية (بعد الهوية، الوقت، نتائج المرض، والصور

الانفعالية) في التفريق بين المصابين بالهلع، وغير المصابين.

(Claire ,Howard, Claire, Hellas, Wray ,Martin& Carby,2009)

*دراسة فيريرا وزملائه (Ferreira, Gray, Renier, Acherchard, & Bricaire, 2010) حول:

تصورات المرض والآثار الثانوية للعلاج السرطاني في إطار الالتزام بالعلاج عند مرضى السيدا.
وهدفت إلى دراسة مدى تأثير أبعاد تصور المرض على الالتزام بالعلاج السرطاني من جهة، ومن جهة أخرى هدفت إلى البحث عن التصورات حول الآثار الثانوية للعلاج، وأعراض المرض، ومدى تقييم المريض لأعراض المرض من خلال الالتزام العلاجي.

وأخذت العينة من 61 مريضا مصابا بالسيدا. ووجدت بان تصورات المرض تفسر التنوع في الالتزام بالعلاج، إذ يبقى الالتزام العلاجي ظاهرة معقدة ومتعددة العوامل، كما تحتاج إلى دراسات معمقة.

(Ferreira, Gray, Renier, Acherchard, & Bricaire, 2010)

*دراسة مورفي وزملائها (Murphy, Kratz, Williams, Geisser, 2012) حول: العلاقة بين

الأعراض، أساليب مواجهة الألم والنشاط البدني عند المصابين بألم المفاصل. حيث هدفت الدراسة إلى تقييم الاختلاف بين أساليب المواجهة المرتبطة مع الأعراض والنشاط البدني لدى عينة مكونة من 44 مصابا بالتهاب المفاصل. وكانت نتائج الدراسة متمثلة في: ارتفاع مؤشر كتلة الجسم، العياء والتعب مع

استعمال أسلوب التجنب المرتبط بانخفاض مستوى النشاط البدني، في حين البحث عن المساعدة

مرتبطة مع ارتفاع في مستوى النشاط البدني. أما أسلوب الراحة فقد ارتبط مع كل من الألم والنشاط.

وان أسلوب التجنب، الراحة، والإلحاح في النشاط والعمل مرتبط مع العياء والنشاط البدني. هذه

الدراسة قد كشفت عن أساليب المواجهة المختارة من طرف المريض للتعامل مع مرض المفاصل

خلال الحياة اليومية. (Murphy, Kratz, Williams, Geisser, 2012)

*دراسة موراسكو وزملائه (Morasco, Lovejoy, Lu, Turk,Dobscha, 2013) حول: العلاقة بين

اضطراب مابعد الصدمة والألم المزمن: دور وساطة كل من أساليب المواجهة والاكنتاب. هدفت

الدراسة إلى تقييم العلاقة بين اضطراب مابعد الصدمة والألم المزمن بوساطة أساليب مواجهة الألم

المزمن وأعراض الاكنتاب. قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين، الأولى مكونة من 64 مصابا بالألم

المزمن ومجموعة مكونة من 136 مصاب باضطراب مابعد الصدمة. وكانت نتائج الدراسة متمثلة في

اختيار أساليب نوعية خاصة بالألم المزمن(متضمنة التجنب ، الراحة ، الاسترخاء، ممارسة التمارين

الرياضية، الحوار الذاتي وطلب المساعدة) مع أعراض الاكتئاب كدور وسيط في العلاقة بين اضطراب مابعد الصدمة والألم المزمن.(Morasco, Lovejoy, Lu, Turk, Dobscha, 2013).

خامسا: فرضية الدراسة:

من خلال استعراضنا للتراث النظري، وكذا الدراسات السابقة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- 1- توجد علاقة بين إدراك المرض وجودة الحياة لدى أفراد العينة .
- 2- توجد علاقة بين أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى أفراد العينة.
- 3- توجد علاقة بين إدراك المرض و أساليب المواجهة لدى أفراد العينة .
- 4- يمكن التنبؤ بجودة الحياة من خلال إدراك المرض بوساطة أساليب المواجهة المختارة لدى أفراد العينة .

سادسا: التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث :

1 إدراك المرض:

وهو إعطاء المريض معنى لحالته الجديدة بعد جمعه لكافة المعلومات والمصادر حول وضعيته الصحية باتخاذ تصورات معرفية واجتماعية لمرضه.

وهو الدرجة التي يتحصل عليها المريض على مقياس (IPQ-R) لموس موريس (Moss

(morris, 2002). والتي تأخذ فيها استجابات الفرد على بنود الاختبار محور عام لإدراك المرض

يتضمن سبعة أبعاد وهي: بعد الوقت، دورية المرض، الضبط الذاتي، ضبط العلاج، الانسجام مع المرض، نتائج المرض، وبعد الصور الانفعالية.

2 أساليب المواجهة:

هي عبارة عن مجموعة من الطرق والخطوات، التي يلجأ لها الأفراد غالباً في التعامل مع المواقف الحياتية اليومية، وهي الدرجات التي يتحصل عليها المريض على مقياس أساليب المواجهة (CPCI-42) والتي تأخذ فيها استجابات الفرد على بنود الاختبار محور عام للمواجهة ينقسم إلى: أساليب التجنب، أساليب طلب مساعدة، أساليب الراحة، البحث عن المساندة الاجتماعية، أسلوب الحوار الذاتي، الاسترخاء، الإلاحاح في النشاط والعمل وممارسة التمارين الرياضية.

- أساليب مركزة حول الانفعال : ويوجه فيها تعامل الفرد إلى العمليات التي تسعى إلى تنظيم الانفعالات الضاغطة، وتخفيض الأثر العاطفي المترتب عنها وتمثل في: أساليب إعادة التقييم الإيجابي، أساليب التجنب مع التفكير الإيجابي، وأساليب التأنيب الذاتي.

3- جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

هي إدراك الفرد لمكانته في الحياة ضمن الإطار الثقافي، النفسي، الصحي والنظام القيمي الذي يعيش فيه وعلاقته بأهدافه وآماله وتوقعاته وهي الدرجات المتحصل عليها من طرف المشارك على سلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF36v2) والتي تأخذ فيها استجابات الفرد على بنود الاختبار محور عام لجودة الحياة المتعلقة بالصحة ينقسم إلى: الصحة النفسية، الوظائف البدنية، الدور البدني، الوظائف الاجتماعية، الحيوية، محور الألم، الدور الانفعالي والصحة العامة.

4-المرض المزمن:

تعرفه "بارتلت" بأنه مشكلة واقعية لها آثار نفسية واجتماعية مختلفة، فهو - أي المرض - يفقد توازن الفرد وأسرته، ويسبب لهم التوتر النفسي، وفي الحالات الشديدة فإنه يسبب العزلة والشعور بالعجز واليأس والشعور بعدم الراحة، والاعتماد على الآخرين، وعدم الثقة بالنفس والشك من الآخرين، والخوف. وهذه الضغوط الاجتماعية والنفسية لا تعتبر أعراضا للمرض فقط بل هي عوامل وعناصر مرتبطة بالمرض طوال فترة العلاج. (Bartlett, 1961).

الفصل الثاني

إدراك المرض

أولاً: التعريف بإدراك المرض:

عبارة عن مفهوم جيء به في حقل النظريات ذات المعنى المشترك (Common- Sense

Theories)، وبالضبط في ميدان البحث في التصورات المعرفية للمرض من قبل الباحث "ليفنثال" (Leventhal) سنة 1980، باعتبار أن إدراك المرض يعطي مختلف المعتقدات الشخصية للفرد وهذا لإعطاء معنى للمرض. ويكمن إدراك المرض من خلال التشخيص، أو حين ظهور الأعراض الغير عادية لدى المريض، فان هذا الأخير يعطي معنى لحالته الجديدة وهذا بعد جمعه لكافة المعلومات والمصادر حول حالته تلك، ومن ثم يعد تصورات حول المرض أين يقوم باستخدام عملية الترشيح. (Leventhal et al, 1980)

ثانياً: تصورات المرض:

ظهر مفهوم تصور المرض في شكل متنوع ومعقد بالنسبة لتصور الصحة في الأبحاث السابقة، إذ يصعب تمييز تصور المرض على انه حالة كما هي أو تشبيهه لحالة أخرى، إذ أن الصحة والمرض صورتين متطابقتين، إلا انه عادة يتصور المرض بحسب نتائجه فمثلا العجز يعتبر عرض خارجي للمرض، لكن ليس كل عجز عن النشاط يعتبر مرضاً. (Raymond, 2008, p32).

هناك محوران واسعان مكملان لبعضهما للبحث في ميدان النظريات ذات المعنى المشترك، تعطي نوعان من التصورات: تصورات اجتماعية للمرض وتصورات معرفية للمرض.

1- التصورات الاجتماعية للمرض:

حسب ما جاء به "موسكوفسي" Moscovisci سنة 1961 فان هناك تفاعل بين عوامل شخصية وعوامل اجتماعية لها علاقة بالشخص وثقافته داخل المجتمع الذي يعيش فيه. وفي سياق العلاقة المتبادلة والمتفاعلة بين الشخص المريض والجماعة ترى "هرزليش" Herzlich 1969 في النموذج المعروف باسم "المخطط التوضيحي" (figurative schema): بان هناك علاقة بين الفرد والمجتمع شأنها العلاقة بين الصحة والمرض، وفي هذه النظرية فان الشخص يكون بطبعه سليما، ولكن يصير مريضا نتيجة أسلوب الحياة التي يفرضها المحيط الاجتماعي عليه، وينتج عن ذلك (03) ثلاث مفاهيم وتفسيرات للمرض، والتي تتعلق بمفهوم العلاقة بين الفرد والمجتمع، وتميز:

1- المرض المتلف للجسم (destruction Illness).

2- المرض الحرية (liberation Illness).

3- المرض الوظيفة (Profession Illness) .

وفي نفس السياق فان الصحة والمرض ليست أمور موضوعية ،لأنه تحكمها أحكام قيمية، ولأنه لا توجد قيمة دون مرجعية ضمنية أو صريحة إلى المجتمع ،فان كلمة المرض والصحة تصبح ذات معاني كثيرة (اقتصادية، سياسية، أخلاقية، دينية،...) فكل مجتمع فكرته عن السواء والمرض. إذ نجد عادة قطبين من التصورات السببية واحدة تحكمها فكرة أن المرض حالة سلبية ،و الأخرى وهي نادرة ترى أن المرض خبرة ايجابية .

فالمريض السلبي :سواء أكان نتيجة لاعتداء من الوسط أو نتيجة لاستجابة غير متوازنة

للعضوية، فإنه في كل الحالات أمرا سلبيا للغاية، وهذا اللاسواء يجب تجنبه بواسطة شبكة من المحرمات في المجتمعات التقليدية، وبواسطة الوقاية الصحية في مجتمعاتنا، وإن حدث فإنه يجب محاربته بلا هوادة .

أما المرض الايجابي: إذ يعتبر استجابة ذات معنى وقيمة، لأنه عبارة عن محاولة لإعادة

التوازن المضطرب، ويعتبر في بعض الأحيان مرحلة حماس وغنى، مثل : المرض المكافأة: إذ يستعمل كوسيلة للإفلات من الالتزامات الاجتماعية، ووسيلة للحصول على اهتمام الناس، وهو ما يعرف في الطب النفسي بالفوائد الثانوية للمرض.

ونأخذ مثال آخر :المرض الانجاز، حيث يستنهض المرض لدى بعض الأفراد إرادة وعزيمة

استثنائية للتعويض عن نقصهم، والأمثلة كثيرة في العالم عن هؤلاء الأفراد الذين طوروا إمكانيات خارقة رغم عجزهم .(قبيرة، ص142-143)

2- التصورات المعرفية للمرض:

تؤثر المفاهيم التي يحملها الأفراد عن الصحة والمرض، في كيفية استجاباتهم للأعراض

المرضية، وإن ما يطلق عليها بالتمثيلات المرضية أو "المخططات"، تشير إلى المدركات المنظمة عن

المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام، ومن الخبرة الشخصية، ومن الأسرة والأصدقاء

الذين تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين

الغموض التام وعدم الدقة، إلى الشمولية والدقة التامة، وتتبع أهميتها من حقيقة كونها عاملا مؤثرا في

سلوك الناس الوقائي، وفي ردود أفعالهم عندما يتعرضون للأعراض، أو تشخص لديهم الأمراض، وفي مدى التزامهم بالتوصيات العلاجية، وتوقعاتهم بشأن مستقبل وضعهم الصحي. (تايلر، 2008، ص483).

وكل شخص يعطي معنى خاص لمرضه، وذلك حسب تصوراته داخل الجماعة، وكما يمليه الإدراك الجماعي للصحة والمرض، وكذا طبيعة الخبرة الشخصية مع أعراض المرض. ويرى "روش"

(Rosch) سنة 1978 بأنه على المستوى الشخصي للمريض يوجد نموذج "أولي" للمرض (prototype)،

إذ يبنى المريض مفهوم عام حول طبيعة المرض، اعرضه، أسبابه، وكذا نتائج المرض. وبالتالي

فالمريض يستدعي إلا الأعراض ذات الخصوصية عندما يطابقها مع مختلف الأمراض الأخرى التي

أصيب بها، أو سمع عنها من قبل، ومن هنا يحتاج المريض للنموذج الأولي للمرض (والأفضل لديه)

حتى يستطيع مواجهته بما لديه من معلومات متوفرة. (Rosch, 1978).

فقد يحمل الفرد مثلا، نمودجا أوليا للإصابة بمرض القلب - وهو مرض مزمن يتضمن حدوثه:

التدخين والزيادة في الوزن، وعدم القيام بممارسة النشاط الرياضي بوصفها عوامل مسببة، وألم

الصدر، وخطر الإصابة بالسكتة القلبية، بوصفها نواتج، واستمرار المرض لفترة طويلة ، واحتمال أن

يؤدي إلى الموت .

إن النماذج الأولية للأمراض، تساعد الناس على تنظيم المعلومات المتعلقة بالأحاسيس الجسمية

التي لا يمكن تفسيرها بدون هذه النماذج المرضية وتقييمها، بذلك فإن الشخص الذي يشعر انه عرضة

للإصابة بمرض القلب، سيقوم بتفسير ألم الصدر بطريقة مختلفة تماما عن الشخص الذي لا يحمل هذا

النموذج الأولي للمرض، أو الذي لا يدرك أن لهذا العرض ارتباطا بمرض القلب، ومن الممكن

للشخص الثاني أن يعد هذه الأعراض مؤشرا إلى اضطراب الهضم. فالمدرجات المنظمة حول المرض،

يمكن أن تقود الناس إلى تفسير المعلومات الجديدة، وهي تؤثر بالقرارات التي يتخذها الناس في البحث عن العلاج، وتقود الأفراد إلى التغيير، أو إلى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة، كما أنها تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بمستقبلهم الصحي. (تايلر، 2008، ص 486).

وحسب ليفنثال وزملائه (Leventhal et al) فإن الأشخاص المرضى يخلقون نوعاً من التصورات المعرفية والانفعالية لمرضهم، وهذا لإعطاء معنى يساعد على تحقيق الشفاء لمشكلهم الصحي هذا. ومن هنا بدأ البحث حول كيفية مواجهة المشاكل الصحية لدى المرضى من خلال البحث حول أساليب لتدبر المرض، وكيفية التكفل بالمرضى. (Leventhal et al, 1984).

إن تصورات المرضى تأتي بعد توفر ثلاث مصادر معلوماتية (Abstracts & Concrets) وهي:

- 1 - معلومات متوفرة قبل مضاهاة المرض، وهي عبارة عن معلومات جماعية حول المرض.
- 2 - معلومات معطاة من طرف المجتمع و من طرف أشخاص لهم دلالة هامة عند المريض مثل : الرفاق، الأقارب، الفريق الطبي .

3 - الخبرة مع المرض: تعطي معلومات حول الأعراض، وحول الحالة الجسمية والتي تقوم أساساً على الإدراك الحالي للمرض، بالإضافة إلى الخبرة السابقة مع المرض والتي من شأنها إعطاء تقييم حول الوسائل والأساليب الفعالة التي يحتاجها المريض للشفاء من تلك الأعراض، ومن العوامل المساعدة نجد : الشخصية، وأصل الثقافة التي لها علاقة مع الخبرة. (Diefenbach & Leventhal, 1996).

إن المعلومات الواردة من هذه المصادر تسمح بتكوين ما يسمى "النظريات الضمنية للمرض" وهذا لوصف عمليات الاستنتاج اللاشعورية، والتي تمكن من تشكيل انطباع عن المرض، بناءً على أدلة محدودة جداً بشأنه.

وفيما يتعلق بمصادر المعلومات حول المرض وضع " ليفنتال "1992عملية خاصة بتصورات المرض ، إذ يرى بان هذه الصورة تناظرية من جهتين :

الجهة الأولى: مفاهيمية (Conceptual): وتضم كل من الصورة المجردة (Abstract)، و الصورة الافتراضية (Presuppose).

أما الجهة الثانية: تخطيطية (Schematic): وتضم الصورة الملموسة (Concrete)، و الصورة المدركة (Perceived).

ويوجد بين مصادر المعلومة المجردة ومصادر المعلومة الملموسة أسلوب " حدسي والي " (Intuitive & Automatic).

وفيما نبحت عن التطابق بين نوعي المعلومة نجد :

- وجود وتحقق معلومات افتراضية في واقع تجربة المرض.

- ومعلومات معطاة من واقع الأعراض، ومحاولة تنظيم المعلومات المجردة

والافتراضية النظرية.

إذ يتعلق الأمر هنا على سبيل المثال ،بالربط بين الأعراض والتشخيص، انه إدراك وتدبر مختلف مصادر المعلومات، التي تؤدي إلى البناء التصوري للمرض عن طريق العملية التناظرية السابقة. وهذه التصورات المتكونة نسميها: "إدراك المرض"، والذي يعطي مدلول شخصي للمريض اتجاه أعراض المرض، وهذا المدلول يتكون من عدة أبعاد منطقيه.(Leventhal et al, 1992).

ثالثاً: مكونات إدراك المرض:

بعد المقابلات العديدة و المستمرة من طرف الباحثين، اتضح بان هناك العديد من الأبعاد المكونة

لإدراك المرض، حيث كانت خمسة أبعاد في البداية: (بعد الهوية، السبب، نتائج المرض،

الضبط/الشفاء، وبعد مدة المرض). وأضيفت فيما بعد أبعاد أخرى. (Leventhal, 1984).

1 - بعد الهوية (Identity): عبارة عن تحديد وتعيين هوية المرض، والأعراض من طرف

المريض (تسمية المرض)، وكذا عزوه لمرضه.

2 - بعد السبب (cause): عبارة عن العوامل المسببة للمرض والتي يتصورها المريض، ومنها

الأسباب البيولوجية، البيئية، والانفعالية أو النفسية.

3 - بعد الوقت (المدة) (Timeline): ومنها:- المزمنة أو الحادة، قد يتصور المريض حالته

بأنها منتهية مع الوقت، وقد يدرك سرعة انتهائها.

-حالة دورية: فقد يدرك المريض على أن حالته الصحية متطورة حسب الأزمات التي يتعرض

لها، إذ تذهب الأعراض ثم تعود مرة أخرى.

4- نتائج (أثار) المرض (Consequences): عبارة عن إدراك المريض لخطورة مرضه أو نتائج

حالته الصحية على حسب فهمه الشخصي، بيئته، وعلى حسب مرور الأيام.

5-الشفاء / الضبط (Control): ويعني الضبط الذاتي أو الشخصي والفعالية الذاتية، وهو عبارة

عن اعتقاد المريض في التحكم في أعراض مرضه، وكذا إمكانية ضبطه مع المرض.

6- الشفاء / الضبط: ويعني الاعتقاد في فعالية العلاج أو التأقلم. وهو عبارة عن ثقة المريض

في اعتقاده بان العلاج أو النصيحة المقدمة من طرف احد المعالجين قد تحسن حالته الصحية.

7- الصورة الانفعالية (Emotional Representation) : وهذا البعد يعطي الصور الانفعالية

السلبية التي يولدها المرض مثل :القلق ،الخوف، والاكتئاب .

8- الانسجام مع المرض (Illness Coherence) :وهو عبارة عن تفكير ما ورائي

(Metacognition): أي يستعمل المريض تصوراتهِ فيما يخص إعطاؤه معنى خاص للمرض، وذلك من

خلال تغيير أحداث الحياة المختلفة من أسباب المرض والأبعاد التي مسها المرض مثل الآلام التي

يحسها المريض مع البعد الجسمي أو الفيزيقي.

وهي عبارة عن درجة التعبير عن المرض، حسب مختلف المكونات السابقة الذكر لإدراك

المرض، والتي قد يعتبرها المريض في تجانس مع بعضها أو لا؟. وبالتالي فإن الوضوح الجيد للمرض

لدى المريض هو ذلك التناغم الذي يجتمع مع أفضل معايشة أو مواجهة مع الوقت.

(Moss Morris et al., 2002).

رابعاً: الارتباط بين مختلف مكونات إدراك المرض:

هناك دراسات عديدة تبين مختلف الارتباطات بين مكونات إدراك المرض ومختلف الأمراض .

(Leventhal et al ,1984 & Moss morris, 2002) ومجمل تلك الارتباطات يلخصها الجدول التالي :

جدول رقم (1): العلاقة الارتباطية بين مختلف مكونات إدراك المرض

	الشخصية	الغزو السببي				الزمانية المرض	دورية المرض	نتائج خطيرة	التعاف / الضبط	الشخصي و الكفاءة الذاتية	شفاء/ضبط العلاج	الصور الانفعالية	الانسجام مع المرض
		الحظ و الصدفة	عوامل نفسية	الخطر	المناعة								
الشخصية	X												عال
السبب	الحظ و الصدفة	+	X										
	عوامل نفسية	-		X									
	الخطورة	-		+	X								
	المناعة	+	-	+	+	X							
الازمانية	+		+	+	X								
الدورية					+		X						
نتائج خطيرة	+				+	+	+	X					
شفاء/ضبط ذاتي	-	-	+	+		-	-	-	X				
شفاء/ضبط العلاج	-		+	+	-	-		-		X			
صور انفعالية		+	+	+	+	+	+	+	-	-	X		
الانسجام مع المرض	عال	-		+		-	-	-	+	+	-	X	

(+) تمثل ارتباط ايجابي، و (-) تمثل ارتباط سلبي .

(Leventhal- Mayer and Narnez 1980)

من خلال الجدول يتضح أن :

-بعد الشخصية يرتبط ارتباط قوي مع بعد مدى وضوح المرض، وان أسباب العزو جاءت مع العوامل النفسية أو المناعية، وذلك حسب أقلية عوامل الخطورة بحسب الشخصية القوية ذات تصور للمرض على انه مضبوط، مزمن، مع النتائج الخطيرة للمرض والذي له علاقة مع أسلوب حياة المريض.

توجد علاقة ارتباطيه بين العزو السببي ومختلف الأبعاد: العز والى عوامل نفسية للخطر، وللجهاز المناعي، كلها مرتبطة ايجابيا مع بعضها البعض، وبقوة عالية مع التصورات الانفعالية السلبية ، إذ نجد بصفة خاصة:

+ العز والى الجهاز المناعي يجتمع مع بعد ازمانية المرض، أو دوريته، ومع مدى وضوح المرض، و ذلك مع إدراك ناقص اتجاه فعالية العلاج .

+ العزو إلى عوامل الخطورة مرتبط ايجابيا مع الضبط الذاتي، ومع الاعتقاد بفعالية العلاج، ومع مدى وضوح المرض .

+ العزو إلى عوامل نفسية مرتبط بنظرة المريض على أن مرضه مزمن ،مع إمكانية الضبط الذاتي ،ومدى نجاعة وفاعلية العلاج. وكما يلاحظ اجتماع قوي بين بعدي الاعتقادات و التصورات الانفعالية.

+العزو إلى الحظ والصدفة مرتبط سلبيا مع الانسجام مع المرض، والإدراك الذاتي للضبط ، وكذا العزو إلى العوامل المناعية .

+ العزو إلى العوامل النفسية، وعوامل الخطورة مرتبطة مع الضبط الذاتي للمريض مع اعتقاده القوي بفاعلية العلاج، وان ضبط المريض مرتبط بعزوه النفسي والسلوكي (مثل التدخين، الحمية الغذائية، الكحول، والضغط)، هذا من جهة، أما من جهة أخرى فان العز والى

الجهاز المناعي مرتبط بعامل سببي ألا وهو مركز الضبط الخارجي (الجراثيم ، الغبار)، وجهاز مناعة المريض يرتبط باعتقاد عدم نجاعة العلاج المقدم. بالإضافة إلى ذلك فإن المريض يرى بان ازمانيّة أو دورية المرض متعلّقة بالنتائج الخطيرة للمرض.

إن حالة ازمانيّة المرض أو دوريته متعلّقة بنتائج المرض والتي يدركها المريض على أنها خطيرة، وصوره السلبيّة الانفعاليّة، مما ينتج له إحساس بان: الكفاءة الذاتيّة، إدراكه لإمكانيّة الشفاء، وضبطه الذاتي متعلّق بضعف في العلاج .

+الاعتقاد بان النتائج الخطيرة للمرض مرتبطة بقوة برؤية المريض على أن مرضه مزمن.و على الأقل غير قابل للشفاء حين ظهور الأعراض ثم اختفائها.

بالإضافة إلى الارتباط القوي لكل من: شخصية المريض، وعزوه إلى الأسباب المناعية، و الصور الانفعاليّة السلبيّة، بالإضافة إلى الانسجام مع المرض .

أما بعد الشفاء /الضبط مرتبط سلبا مع ازمانيّة المرض وخطورته، ومع الصور الانفعاليّة السلبيّة، ويرتبط إيجابا مع إحساس المريض بمدى انسجامه مع مرضه.

الصور الانفعاليّة السلبيّة للمريض مرتبطة سلبا مع الأبعاد النسبيّة للشفاء والضبط الذاتي،

كما ترتبط إيجابا مع العزو السببي للمريض والنتائج الخطيرة للمرض، ومع ازمانيّة ودورية المرض من جهة أخرى.

وان المرض ذو النتائج الخطيرة يولد لدى المريض استجابات انفعاليّة وهذا حينما يخرج من دائرة الضبط الذاتي.

فأما ما يخص بعد الانسجام مع المرض، فنلاحظ بأنه يرتبط بقوة مع شخصية المريض، وبصورة ايجابية مع العز والى عوامل الخطورة لا سيما إذا كان هناك إدراك للخطورة على أساس

ازمانية أو دورية المرض مع ضيق في الانفعالات الأمر الذي يسبب عدم وضوح أعراض المرض لدى المريض وبالتالي عدم انسجامه. (Pupat, 2007)

مما سبق ذكره يتضح بأن إدراك المرض يشكل "مصفاة ترشيح" لدى المريض، لا سيما حينما يبحث عن سبل وطرق علاجية لحالته الصحية. (Leventhal et al., 1992).

خامسا: إدراك المرض وأساليب المواجهة:

لقد وضع ليفنثال وزملائه نموذجا نظريا يربط بين إدراك المرض وكيفية اختيار أساليب المواجهة في شكل مخطط توضيحي يبين العلاقة بين المتغيرات السابقة الذكر، سمي بنموذج "الضبط الذاتي".

نموذج الضبط الذاتي (Self- Regulation Model) :

يقوم هذا النموذج أساسا على فرضية مفادها -حسب ما جاءت به النظريات الضمنية للمرض (Implicit Theories of Illness)- ان المريض يظهر معاني وخبرات لمرضه، و ما يجب عليه من تصرفات ازاء مرضه .

وأمام حالته المرضية التي يعانيتها، نجد عمليتان متوازيتان هما: العملية المعرفية (Cognitive

Process)، والعملية الانفعالية (Emotional Process)، وكل منهما يمر بثلاث مراحل وهي:

1 - في هذه المرحلة يظهر المريض صور معرفية ووجدانية للمرض، ولمختلف

الأعراض، وهي عبارة عن: إعداد مختلف أبعاد إدراك المرض، انطلاقا من مختلف المعارف

الجماعية من البيئة والمحيط الاجتماعي، بالإضافة إلى خبرة المرض.

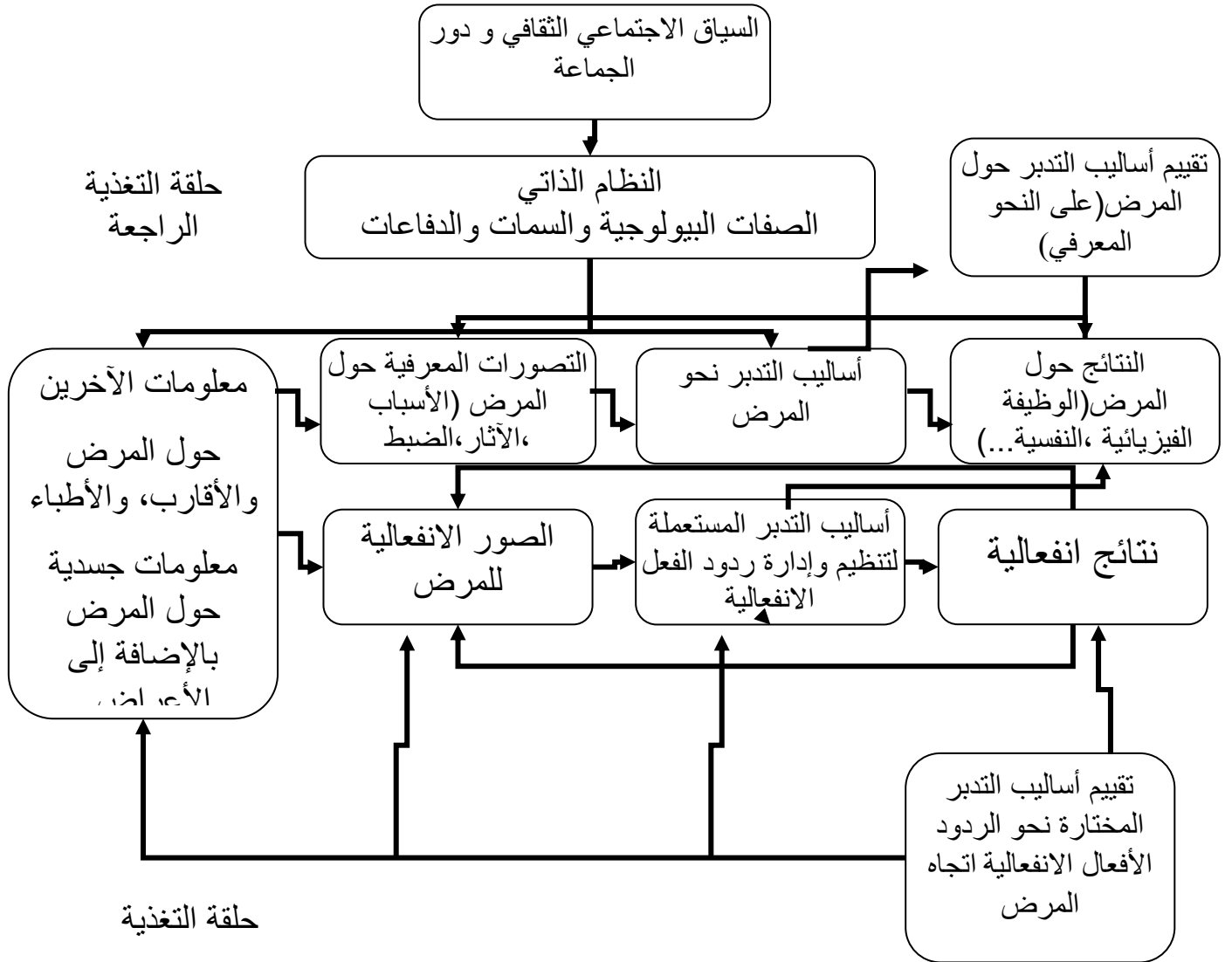
2 - مرحلة إعداد جهود وأساليب للمواجهة انطلاقا من مختلف التصورات ازاء المرض، لا

سيما المعطيات الرجعية (Retroactives) للمرحلة الثالثة.

3 - مرحلة تقييم نتائج أساليب المواجهة المستعملة من طرف المريض ،خصوصا إدراك أو

تقييم الحالة من قبل التغذية الرجعية ("feed-back")، وهذه العملية لا تقوم إلا مع وجود تقييم

دينامي ومستمر . (Leventhal H et al., 2001) والمخطط التالي يوضح "نموذج الضبط الذاتي" .



الشكل رقم (01): نموذج الضبط الذاتي" الذي وضعه كل من (Leventhal- Mayer and Narnez 1980,)

Leventhal- Diefenbach and Leventhal E)

الفصل الثالث
أساليب المواجهة

أولاً: التعريف بمفهوم المواجهة:

المواجهة « Coping » وهي استراتيجيات للتعامل، التدبر، والمعاشية، وهو مفهوم حديث نسبياً، ظهر أول مرة سنة 1966 في كتابات وأبحاث "لازاروس Lazarus"، والذي يميز مجموعة من الأساليب والاستراتيجيات التي تعد من طرف الأشخاص في مواجهة الأحداث الضاغطة. وتأخذ تلك الأساليب عدة أشكال: معرفية، وجدانية وسلوكية. (Pupat, 2007).

إذ جيء بمصطلح المواجهة (Coping) من طرف كل من "لازاروس ولونيه Lazarus & Launier" سنة 1978، والذي هو مجموعة من العمليات التي يستعملها الفرد مع بيئته المدركة على أساس أنها تشكل تهديداً له. ومن ثم البحث عن كيفية: التحكم، الملائمة، أو التقليل من التهديد المدرك لذاته الفيزيائية أو النفسية. (Schweitzer, 2002, p289).

وحسب (لازاروس و فولكمان، 1984) فإن مصطلح (Coping) يعرف الآن: كمجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية التي يستعملها الفرد للتحكم، أو التقليل، أو ملائمة المطالب الداخلية أو الخارجية المهددة للفرد والتي تتغلب على قدراته. (Lazarus , Folkman, 1984). هذه العملية سميت عند الانجلو ساكسون بـ: (Coping strategy) والمعروفة في متناول البحث العلمي الفرنسي تحت تسمية (Strategie d'ajustement). (Dantchev, 1989).

وحسب ستبتوي (Steptoe) فإنها: استجابات يظهرها الفرد عند المواقف المهددة، وتكون غالباً ذات طبيعة معرفية أو وجدانية. مثل استخدام الخيال في تحويل الخطر إلى فائدة شخصية. (Steptoe, 1991).

ثانيا: مختلف النماذج التقليدية:

أ النموذج الحيواني للتكيف:

وما جاءت به النظريات التطورية، وخاصة "الداروينية"، وينطبق هذا النموذج على كافة الكائنات الحية، والتي تعطي استجابات سلوكية نفسية آلية من نوع الهروب، أو الهجوم، سواء فطرية أو مكتسبة لمواجهة أخطار البيئة.

ب - نموذج علم نفس الأنا:

إن تلك الأساليب في هذا النموذج نجدها مجتمعة مع ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية، حيث تقوم بالتقليل من القلق ضد الصراعات والانفعالات الغير مرغوبة. وهذه المواجهة اللاشعورية تقوم بجعل الأحداث الضاغطة متوافقة مع الحالة التي يريد الفرد، غير أنها لا تقوم بالحل النهائي للمشكلة. إن بعض الميكانيزمات الدفاعية تلعب دور أساسي كمصفاة ترشيح بين الموقف الضاغط والاستجابة. (Rahe & Arthur, 1978).

ج- النموذج التفاعلي:

حسب هذه المقاربة التفاعلية، وما جاء به كل من "لازاروس وفولكمان" فإن: أساليب التدبير تعرف على أنها مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية، فحسب هذا النموذج فإن أساليب التدبير كعملية دينامية شعورية ونوعية تعد لتقييم الحالة على أنها ضاغطة أو مكلفة. إذ يقوم الفرد باستعمال مختلف الأساليب والجهود المعرفية والسلوكية، وهذا من خلال استخدام ما يسمى "بالتغذية الراجعة" بين مختلف مراحل التقييم. (Lazarus & Folkman, 1984).

ثالثاً: عملية التقييم:

تتم عملية التقييم باستمرار، والتي هي عبارة عن عملية معرفية تتدخل فيها عوامل فطرية وأخرى مكتسبة:

فأما العوامل الفطرية: فتشمل -عوامل معرفية في معتقدات الفرد (في ذاته، في قراراته،...)، دوافعه (القيم، الأهداف،...)، إدراكه لمركز الضبط (داخلي أو خارجي)، وعموماً كل مدركات الفرد (الكفاءة الذاتية، العزو، التفاؤلية،...)

أما عوامل متعلقة بالسمات الشخصية للفرد، وهي ثابتة مع الزمن، وهي تفسر مختلف الاستجابات المتعلقة بمختلف أساليب التدبر عند البعض من الناس من حالة لأخرى. (Endler & Zeindner, 1996).

أما العوامل المكتسبة: وهي عبارة عن صفات حقيقية ومدركة للبيئة، ومنها: طبيعة التهديد، المدة، القابلية للضبط، نوعية المساندة الاجتماعية ومدى توفرها،... ويمكن التمييز بين نوعين من التقييم، وهذا لتعريف الكمون الضاغط للموقف أو الحالة، وموارد التدبر القابلة للحركة .
- التقييم الأولي: هنا يقيم الفرد ماذا يوجد في الموقف، حيث يقيم الخسارة (جسمية، مالية، علائقية...)، تهديد (احتمال الخسارة)، أو لفائدة (احتمال الربح)، وكذا طبيعة التقييم ونوعيته، وشدة الانفعال.

وبهذا يمكن القول: إن تقييم الخسارة أو الفقدان، أو التهديد تعطي انفعالات سلبية (مثل الغضب، الحزن)، إما تقييم الفائدة فإنها تعطي انفعالات ايجابية (مثل النشوة، الود).
- التقييم الثانوي: يطلب من الفرد أن يعالج الفقدان، أو يقي من التهديد، أو يحصل على فائدة، إذ هناك مختلف أنواع لأساليب التدبر منها: تغيير الموقف، الرضى، التجنب، البحث عن

معلومات أخرى البحث عن المساندة الاجتماعية. هذا النوع من التقييم يوجه أساليب التدبير لاستعمال المواجهة، أو التعامل مع الحالة الضاغطة، إذ تقلل مباشرة من الضغط الانفعالي، ولا تغير من المشكلة شيئاً (أساليب للتدبير مركزة حول الانفعال). أو أساليب تغير الحالة بطريقة غير مباشرة على الانفعال (أساليب للمواجهة مركزة حول المشكلة).

وحسب (لازاروس و فولكمان، 1988) فإن: عملية التقييم للعلاقة فرد -بيئة متأثرة من طرف الصفات الشخصية السابقة (الموارد الشخصية)، بالإضافة إلى المتغيرات البيئية السلوكية. وعلى هذا الأساس يفسر على أن نفس الموقف قد يقيم على أنه مهدد من الشخص، وعلى أنه تحد من شخص آخر.

والصفات الشخصية تكمن في الآتي:

- المعتقدات: كالاتقاد الديني، أو اعتقاد الفرد على أنه قادر في ضبط الأحداث، حيث

سماها" روتر، 1966" (مركز الضبط الداخلي).

وبحسب العديد من الأبحاث فإن: الأشخاص الذين يعززون المواقف إلى أسباب داخلية (عزو سببي داخلي)، وقابلة للضبط، يستعملون أساليب للتدبير مركزة حول المشكلة، على غير الذين يعززون المواقف لأسباب خارجية (عزو سببي خارجي)، مثل الحتمية وغير قابلة للضبط. (Lazarus & Folkman, 1984).

-الصبر (endurance): أي مقاومة الفرد للمتطلبات الخارجية والقدرة على التحكم الشخصي

في المواقف الضاغطة في الحياة (Kobasa et al., 1982)، إذ نجد الأشخاص الصابرين قادرين على تحمل الضغط النفسي الاجتماعي بأكثر فاعلية من الأشخاص الآخرين. (Stoptoe, 1991).

-القلق - سمة (anxiety-Trait): أو المكون الثابت في الشخصية، وهي الميل إلى اعتبار

المواقف المكروهة عند الشخص على أنها مهددة (Spelberger et al., 1983).

فالأشخاص الذين لهم القلق-سمة ضعيف يدركون المواقف الضاغطة على أنها أقل تهديد من الذين لهم القلق-سمة أقوى. وبحسب لازاروس وفولكمان هذه العوامل الشخصية تأثر بقوة على إدراك المواقف الجديدة والغامضة .

فطبيعة الموقف الضاغط، وكذا مدته، فإنها تأثر في تقييم الحالة الضاغطة (تقييم أولي)، وكذا في تقييم أنواع أساليب التدبر (تقييم ثانوي).

وعلى هذا فان اختيار أساليب المواجهة ترتبط بشدة مع المتغيرات البيئية والنفسية التالية:

وصفات الحالة أو الوقف: طبيعة الخطر، توقع حدوثه، مدته، والأساليب المركزة حول المشكل قابلة للاستعمال في مثل هذه الحالات لأنها بمثابة تغيير أو تطوير الحالة، غير أن الأساليب المركزة حول التقليل من الضغط الانفعالي حين تقييم الحالة على أنها غير قابلة للتغير أو التحويل، أو أنها غير قابلة للضبط.

المصادر الاجتماعية للشخص أو شبكة المساندة: وتسمى "بالمساندة الاجتماعية" والتي هي مجموعة علاقات بين الأفراد، والتي يكون الفرد من خلالها رباط وجداني ايجابي (الحب، الصداقة)، ومساعدة عملية (مادية، مالية)، وكذلك أيضا المعلومات والتقييمات النسبية للحالة المهددة، فحين إدراك الصعوبات تلعب المساندة الاجتماعية دور تعديل وتلطيف المواقف الضاغطة. والأبحاث تؤكد على انه كلما كانت المساندة الاجتماعية كبيرة، كلما ازدادت القابلية للضبط المدرك. (Oskamp et al., 1988).

تلك العوامل البيئية- النفسية لا يستهان بها في تقييم الموقف الضاغط و قدرة الفرد في الضبط وبالتالي: فهي توجه اختيار أساليب التدبر المناسبة لمواجهة الموقف، وعلى أساس هذه الفكرة فان أساليب التدبر: هي عملية تغيير مؤقت، وبالتالي يصعب تقديرها على أنها سمة ثابتة في الشخصية. (Paulhan, 1992).

رابعاً: مختلف أساليب المواجهة المستعملة لمواجهة الألم المزمن:

أ-التصنيف لمختلف أساليب المواجهة بشكل عام: نميز:

- أساليب مركزة حول المشكل، وأساليب مركزة حول الانفعال (لازاروس وفولكمان،

1984): وفي هذا الإطار فان الأشخاص الذين يعيشون الألم المزمن يمتازون باستعمال أساليب

مركزة حول المشكل، إذ يستعملون كل المصادر للتقليل أو القضاء على الألم، ويستعملون الأساليب

المركزة على الانفعال لإدارة الضغط والانفعالات السلبية المقترنة بالألم المزمن. وحين التمييز بين

الأساليب المركزة حول المشكل، والمركزة حول الانفعال، فانه لا يظهر الصدق في سياق الألم

المزمن. إذ أن نقص الألم من طرف أساليب المواجهة المركزة حول المشكل، يجعل اختزال للضغط

الانفعالي، والعكس بالعكس في تعريف الألم حسب الجمعية الدولية لدراسة الألم (International

Association for the Study of Pain « IASP »): "خبرة احساسية وانفعالية مزعجة." (katz et al. in

(Zeidner & Endler , 1996).

- أساليب نشطة وأساليب خاملة : تختلف التعاريف حسب الباحثين، فمثلا برون

ونيكسيو (Nicassio&Broun) يرون بان الأساليب النشطة يستعملها المريض عن قصد منه لتخفيف

الألم، أما الأساليب الخاملة فيهمل المريض أي شيء يمكن استعماله ضد الألم، من خلال التجنب،

وهذا من خلال الاستنجااد بالعالم الخارجي لإدارة الألم (مثل تناول الدواء، إنقاص النشاط). (Brown

(& Nicassio , 1987).

- أساليب تجنب وأساليب إنذار : حسب ما جاء به كل من سالس وفلتشر (Suls &

Fletcher) سنة 1985، فان أساليب الإنذار من خلالها يركز الفرد على مصدر الألم وهذا حتى

يستطيع إدارته، أما أساليب التجنب فتكمن في تجنب التفكير، وتجنب المصدر المولد للألم. (Suls , 1985).
(Fletcher., 1985).

- أساليب مواجهة معرفية وأساليب مواجهة سلوكية: الأساليب المعرفية يحاول من

خلالها المريض إدارة الألم بواسطة تقنيات ذهنية مثل التصوير، الحساب، أما الأساليب السلوكية ترجع إلى أفعال وتصرفات الشخص المريض من خلال إدارة الألم (مثل تناول الدواء، البحث عن المساندة الاجتماعية، البحث عن الراحة،...).(Fernandez, 1986).

ب- أساليب مواجهة وظيفية وأساليب مواجهة غير وظيفية لمواجهة الألم

المزمّن:

مع تطور المرض فإن المريض يقوم بتحديات مختلفة لمواجهة المرض، وهذا حتى يتكيف مع الأعراض المصحوبة بالألم شديدة وعلامات جديدة، أي ان المريض يستعمل أساليب واستراتيجيات وظيفية وأخرى غير وظيفية، وهذا حسب شخصيته من جهة، وطبيعة الألم وحالة التعايش مع الألم من جهة أخرى. (Zendner , Endler., 1991).

-أساليب خاملة: هذه الأساليب تمثل أمال المريض حين يكون الألم شديد جدا. (Brawn , 1987).

(nicassio., 1987).

- أساليب لتجنب السلوك والتجنب عن طريق الخوف : هذا التجنب الخامل يستعمل

عند الإحساس بالألم الشديد. مثل تجنب الأنشطة الرياضية، وهذا حتى يتجنب المريض الألم الشديد الذي قد يتعرض له. وتستعمل تلك الأساليب لضبط الألم لأن المريض المتألم بشدة يعيش مع الآلام بفقدان الضبط مع الوقت، بالإضافة إلى نقصان الإحساس بالكفاءة الذاتية.

وعلى هذا الأساس فإنه في حالة الألم المزمن، يستعمل المريض أساليب للتجنب مع مرور الوقت، وهذه الأساليب تكون مجتمعة مع تدهور الحالة النفس-اجتماعية للمريض، وكذا مع الألم الشديد، وحتى مع الإعاقة المستمرة وفقدان الوظيفة. (Holmes & Stevenson, 1990).

-أساليب سلوكية مركزة حول المرض : ونذكر خصوصا تلك الأساليب التي تقوم على

أساس إن العلاج يغير بعض الأساليب، وهذا بتأقلم المريض مع معاناته من الألم المزمن. (Romano et al ., 2003).

-الوضع الكارثي : ترتبط الكارثية بقوة وبدلالة إحصائية مع الاختلال الوظيفي الجسمي

والنفسى للمريض، ومع زيادة الألم في حالات اضطرابات الألم المزمن.

وتعتبر الكارثية كأسلوب من أساليب التدبير (مصنفة على أساس أنها أساليب معرفية)، لأن المريض في حالته تلك يبحث عن المساعدة والثقة وخصوصا مع معالجه، إلا أن الكارثية لا تعتبر مجهود من طرف المريض مثل باقي الأساليب التي تحدث عنها كل من "لازاروس وفولكمان (1984)"، إذ يمكن اعتبارها كعملية تفكير أوتوماتيكية، أو كعملية تقييم. (Turner , 2002).

ج-أساليب التكيف:

- التسلية : من خلال نقص فاعلية أساليب التدبير الذكورة، فإن المريض يستعمل أسلوب

آخر جد سهل، وفعال في آن واحد. التسلية المعرفية والسلوكية - قد تكون نشطة أو خاملة -

وتكون هذه الإستراتيجية على مستوى مشاعر الكفاءة الذاتية للمتألم، وعلى مستوى العزو، كما

تكون مباشرة (مثل: الخيال، الاسترخاء، إعادة ترجمة الأحاسيس،...)، أو غير مباشرة (مثل

:الكتابة، الرسم، اللهو مع جماعة الرفاق،...).

وتكمن فعالية هذا الأسلوب في إنقاص الشعور بالألم بتدخل الجهاز القرب ودي (الباراسمبثاوي). أو من طرف عدم توافق مزاج المريض الذي بدوره يتلاءم مع بعض الأساليب الغير وظيفية.

وهذه الأساليب تساهم في العلاج المعرفي بهدف تغيير الحوار الذاتي للمريض (coping self statement)، حيث تنقص من شدة الألم والإعاقة، وبالتالي تجعل المريض في حالة جسدية ونفسية جيدة. (Turner, 2002).

- **أساليب سلوكية مركزة حول هناء المريض** : وهي استخدام المريض للحوار الذاتي، وتجاهل المرض أين تتجمع أفضل الوظائف الجسدية والنفسية للمريض. (Romno et al, 2003).

- **أساليب البحث عن المساندة الاجتماعية** : وهي عبارة عن جهود المريض في جلب السعادة النفسية بطلب المساعدة من الغير، أي البحث عن النصائح أو الإرشادات من الغير، وهذه المساعدة قد تكون مادية، كما قد تكون معلومات عن الماضي. (Pupat, 2007).

خامسا: فعالية أساليب المواجهة:

حسب لابوريت (Laborit, 1980): حتى يكون ضبط البيئة فعالا، فانه يحدث بالمقابل اضطراب بيولوجي، نفسي، وسلوكي، وعلى هذا الأساس فان: هناك مجموعة أبحاث تبين أن معايير فعالية التدبر تكمن في "تعدد الأبعاد": إذ أن الأساليب الجيدة هي التي تسمح للفرد بالتحكم، والتقليل من شدة العدوانية على هناء المريض الجسدي والنفسية. (فولكمان و لازاروس ، 1986)، و(دي ماتيو، 1991).

والسؤال الذي يتبادر هو: أي الأساليب أكثر فاعلية، أهي المركزة حول المشكلة، أو المركزة

حول الانفعال؟

إن دراسة فعالية المواجهة على الضيق الانفعالي يسمح بالعديد من الأبحاث حول الموضوع،

تثبت بان المعايير الأساسية المقدره هي: القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى أن أعمال اشميدت

(Schmidt, 1988) حول المرضى المتواجدين داخل المستشفى في أقسام الجراحة، تثبت بان

الأشخاص الذين يستعملون الأساليب النشطة (البحث عن معلومات حول كيفية سير العملية الجراحية

وكذا نتائجها، ومتابعة العلاج) يعطي دلالة أقل في مؤشر القلق، كما يعطي المرضى مضاعفات

ضعيفة جدا بعد الجراحة بالمقارنة مع المرضى الذين يستخدمون أساليب للتدبر خاملة (حالة

الانعزال، الحتمية في الموقف).

وحتى "سلومو وزميله" (Mikulincer & Solomon, 1989) وجدا خطورة في اضطراب ضغط

مابعد الصدمة (PTSD) عند الجنود مرتبطة ايجابيا بأساليب التدبر مركزة حول الانفعال، وكذلك

فان الأساليب النشطة المركزة حول المشكلة أكثر فعالية بالنسبة للأساليب الخاملة المركزة حول

الانفعال للتقليل من الضغط الانفعالي الذي يولده الموقف الضاغط.

وكذلك فان الفعالية في أساليب التدبر تكمن وراء الصفات التي تتمتع بها الحالة أو الموقف

الضاغط مثل: (مدتها، وقابليتها للضبط)، ولا سيما التجنب الذي هو الأكثر فعالية والأقصر مدة (من

الصفير إلى ثلاث أيام بعد التعرض للموقف الضاغط)، وكذلك الأساليب النشطة الطويلة المدة (بداية

من أسبوعين بعد التعرض للموقف الضاغط).

بالإضافة الى الصنف من الأساليب الخاملة (الإنكار مثلا) والذي يسمح بعدم تقبل الحقيقة

وهضمها مع الوقت. (Suls & Fletcher, 1985).

وفي نفس السياق نجد كل من: "لازاروس وفولكمان، 1984" يؤكد بان الأساليب النشطة غير فعالة بالمقارنة مع الضبط الشخصي للموقف الضاغط، إذ انه في حالة الموقف الغير قابل للضبط فان الأساليب الخاملة هي الأكثر تكيفا.

كما نجد تنوع الأبحاث حول الأمراض الخطيرة مثل السرطان: فان الإنكار، أو إعادة التقييم الايجابي هي أحسن الأساليب للتكيف والتعامل مع المرض، وخاصة عند المريضات المصابات بسرطان الثدي. (Paulhan, 1992).

ويمكن القول: انه لا توجد أساليب للمواجهة فعالة ومستقلة عن الأشكال الإدراكية المعرفية (مركز الضبط، المساندة الاجتماعية). والتي تقوم بتحديد كل من الضبط المدرك، وصفات الحالة الضاغطة.

وبحسب البحوث المنهجية (الدراسات الوصفية، التشخيصات البيوطبية) فان دراسة مدى فعالية أساليب المواجهة على الصحة الجسدية تسمح بوضوح سهولة تقديرها، وكذا تقييمها .

وحسب دراسات كل من "لازاروس وفولكمان، 1984" فان أساليب التدبير تؤثر في الصحة الجسدية على ثلاث طرق مختلفة:

تؤثر في شدة ومدة التفاعلات الفيزيولوجية (مثل النبض القلبي، ضغط الدم، وحركية العضلات)، وكذا في العصبية الكيميائية للضغط النفسي (مثل الكاتيكولامينات البولية، الكورتيزول الدموي) وهذا عندما يكون الشخص في الحالات التالية:

- عندما لا يستطيع الشخص التلاؤم مع الظروف البيئية، النفسية الضاغطة، إذ لا يتوافق

الأساليب المركزة حول المشكلة (الجهود المقاومة).

- حين مواجهة الموقف الغير قابل للضبط، فالشخص في هذه الحالة لا يستطيع تعديل

الضيق الانفعالي أو ضبطه (أساليب مركزة حول انفعال غير مؤثر وغير مفيد).

- حينما يتبني الشخص أسلوب حياته أو أسلوب مواجهة يتشكلان مع بعضهما خطرا .

وأحسن مثال على ذلك: النمط (ا) للسلوك (نمط الشريان التاجي) والذي يتسم بمجموعة السمات

التالية: التنافسية، نفاذ الصبر، العدائية والحقد، وكذا إدراك الموقف على أنه تحدي.

2-تؤثر مباشرة وسلبا على الصحة (الزيادة الخطيرة في نسبة المرض والموت، وهذا مع

زيادة تبني الشخص لسلوكات غير صحية مثل تناول العقاقير، الكحول، التبغ...، وبعض النشاطات

الخطيرة مثل السرعة في القيادة مثلا.

إن نوع الأساليب المركزة حول الانفعال قد تهدد الصحة لأنها تعيق استخدام سلوكات تكيفية

مع الموقف، فمثلا في حالة الإنكار أو التجنب فان الشخص لا يدرك الأعراض، وبالتالي يقوم

بتشخيص متأخر. (Paulhan ,1992).

الفصل الرابع

جودة الحياة

أولاً- مفهوم جودة الحياة (Quality of Life):

يعتبر مفهوم جودة الحياة مفهوماً واسع الاستعمال، فهو يستخدم في العديد من التخصصات مثل : الجغرافيا، الأدب، الفلسفة، الصحة، الاقتصاد، الإعلان والترويج للصحة، الطب، علم الاجتماع وعلم النفس... الخ.

ثانياً- تعريف جودة الحياة:

حسب منظمة الصحة العالمية فهي ترى أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بكل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته. فحسب هذا التعريف فلجودة الحياة مفهوم متكامل يضم عدة جوانب، فهو يهدف إلى إبراز أهمية مجالات حياة الفرد في تحسين حياته، والظفر إلى الارتقاء بها. وهذا التعريف يعتبر من التعاريف الهامة فيما يخص جودة الحياة، وهذا لإلمامه بعدة جوانب و عدم إهمال أي منها. فهو يرى الفرد بشكل متكامل.

أما علماء الاجتماع فيرون أن جودة الحياة تحدد بالوضعية أو الحالة الاجتماعية للجماعات من جهة، وهي هدف التطور الاجتماعي من جهة أخرى، فالرضا أو عدم الرضا عن جودة الحياة له علاقة بشروط العيش الجيدة، كما له علاقة بشروط العيش السيئة، فالهدف من التطور أو التقدم الاجتماعي هو تحقيق وتلبية احتياجات أفراد المجتمع والجماعات قدر الإمكان. إذا فإن جودة الحياة مرتبطة بظروف وشروط العيش الغير محدودة للشخص والجماعة، فنوعية الحياة بمعنى الرضا عن الحياة وتلبية احتياجات الأفراد " هي مشروطة بمدى التوافق بين الطبقات الاجتماعية وعضوية أو انتماء الأفراد لهذه الطبقات : "بمعنى انه كلما كان فيه توازن وتقارب في تلبية احتياجات الأفراد داخل مختلف الطبقات الاجتماعية كانت نوعية الحياة أفضل.

و يرى علماء النفس أنه لا يمكن التحكم في مفهوم و أهداف جودة الحياة إلا إذا نظرنا إليها من جانب: الصحة الجسمية، الصحة العقلية، الانفعالية، والتفاعل الاجتماعي. (Bruchon-Schweitzer, 2002)

من خلال هذا الاتجاه لعلماء النفس نرى أن هذا الاتجاه يركز في مضمونه على ما جاءت به منظمة الصحة العالمية في تعريفها لمفهوم الصحة، أي أن جودة الحياة بالنسبة إليهم مرتبطة بشكل وثيق بصحة الإنسان و كيفية الحفاظ عليها.

كما اهتم علماء الاقتصاد كغيرهم من العلماء بدراسة جودة الحياة لجعل الحياة أفضل، ومصطلح جودة الحياة بالنسبة لهم محاولة لوصف أو تقييم لطبيعة أو شروط الحياة التي يعيشها الأفراد في مجتمع أو منطقة معينة، وتتشكل من عوامل خارجية كالإنتاج التكنولوجي والعلاقات بين الجماعات والدول، المؤسسات الاجتماعية البيئية الطبيعية. ومن عوامل داخلية تتعلق بقيم الفرد والمجتمع. غير أن هذه العوامل في تغير مستمر، فالبيئة لم تكن تسترعي انتباه الباحثين بالقدر الكافي في الماضي كما هو الحال اليوم، حيث أصبحت من أكبر اهتمامات الباحثين والمجتمع ككل.

في حين أن ولنسكي (Wolinsky) 2004 سنة يشير إلى أن علاقة الصحة بجودة الحياة تشمل على فكرة أن الصحة ليست مجرد اختفاء أو غياب المرض. ولكن أيضا تشمل على الوظائف الجسمية والاجتماعية ، والدور الذي يقوم به الشخص داخل المجتمع، كما تشمل الصحة العقلية و ادراكات الفرد حول الصحة العامة.

من خلال هذه التعاريف نرى أن معظمها حاولت أن تبرز مدى أهمية مجالات حياة الفرد المختلفة في التأثير على جودة الحياة، حيث اختلفت هذه التعاريف في بعض الجوانب، فمنهم من ربط هذا المفهوم بالجانب الصحي، و منهم من ربطه بقدرة الفرد على التكيف الاجتماعي، و منهم من ربطه بالحدود الاقتصادية داخل المجتمع. وعليه نتجه إلى تعريف جودة الحياة كالتالي: "جودة الحياة هو

ذلك المفهوم الذي يهدف إلى تقييم مدى قدرة الفرد على التكيف مع مجالات الحياة المختلفة (الحالة الصحية، الصحة النفسية، و التفاعل الاجتماعي) و التي تتفاعل فيما بينها بشكل متكامل، حيث يكون هذا التقييم ذاتي يعتمد على ادراكات الفرد حول هذه المجالات، أو تقييم عام تقوم به هيئات مختصة لوضع سياسات منهجية لتحسين حياة الفرد".

ثالثاً- تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة. (Health Related Quality of Life):

يرى نوردانفيلت Nordenfelt، أن مصطلح جودة الحياة غالباً ما يكون مرادفاً لمصطلح جودة الحياة المتعلقة بالصحة، Health Quality of Life حيث أن هذا الأخير يعتمد على عدة أبعاد. (Nordenfelt, 1994)

و تعرف جودة الحياة المتعلقة بالصحة على أنها "المستوى الأمثل للحالة النفسية والجسدية والدور (مثل أحد الوالدين أو وصي ، وما إلى ذلك) و الأداء الاجتماعي الذي يقوم به الأفراد ، بما في ذلك العلاقات والمعتقدات والصحة ، واللياقة ، والارتياح في الحياة والرفاهية." (Ann Bowling, 2001)

يرى معظم الباحثين أن جودة الحياة المتعلقة بالصحة لها طابع متعدد الأبعاد؛ وتحديد هذه الأبعاد والأهمية النسبية المخصصة لها خلال القياس هي من القضايا الهامة، و هم يؤكدون على تطوير أداة لقياس جودة الحياة المرتبطة بأمراض معينة. (Letzelter, 2006).

و يذهب دانيال مروز Danièle Marois إلى أن أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالصحة ثمانية و هي : النشاط الجسدي، الدور الجسدي، الآلام الجسدية، الصحة العامة، الدور الانفعالي، الحيوية و الصحة العقلية. (Danièle, 2006).

من خلال هذه الاتجاهات والتعاريف السابقة، يمكننا القول أن جودة الحياة المتعلقة بالصحة ذات مفهوم يهدف إلى ارتقاء الفرد بصحته إلى أعلى المستويات بأكبر قدر ممكن، و ذلك في مختلف المجالات

التي تمس حياته من صحة جسدية، صحة عقلية، تفاعل اجتماعي، التحكم في الانفعالات، مقاومة الآلام... الخ.

رابعا- مجالات جودة الحياة:

أكد الكثير من الباحثين و الدارسين، أن جودة الحياة هي نظام معقد يضم عدة مجالات: جسمية، نفسية و اجتماعية حيث أن هذه المجالات يجب أن توضع تحت التقييم من خلال التطرق إلى عدة نقاط فيها، و هذا ما يعرفه الباحثون بالتقييم الموضوعي و الذي أسسوا له مقياس ذاتي يقدم للفرد المعني، و هو ينقسم إلى عدة مجالات (هي بنفسها مجالات جودة الحياة) ، و هي كالآتي: (Bruchon-Schweitzer,2002).

- المجال النفسي لجودة الحياة:

يرى الكثير من الباحثين أن المجال النفسي لجودة الحياة يتضمن جميع المشاعر و الحالات العاطفية الايجابية . و يرى البعض الآخر أن هذا المجال يعتمد على غياب المؤثر السلبي مثل: القلق و الاكتئاب.

نرى هنا أن تقييم الحالات العاطفية السلبية من خلال المقياس الذاتي المخصص لقياس جودة الحياة يعتبر عنصرا مهما لتحديد بعض الجوانب النفسية المتعلقة بجودة الحياة التي يمتاز بها كل فرد. و يدمج البعض الآخر من الباحثين ضمن المجال النفسي لجودة الحياة المفاهيم الدينامية الإجرائية مثل: التنمية الشخصية و تحقيق الذات، الإبداع، المعنى من الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية، مدى تفهم العالم المحيط بالفرد، ... الخ . من خلال هذه التوجهات نرى انه يمكننا أن نتطرق إلى المجال النفسي لجودة الحياة من خلال كل من الحالات الانفعالية الايجابية و كذلك جميع اضطرابات الأداء النفسي المتعلقة بالفرد.

-المجال البدني لجودة الحياة:

يدمج الباحثين تحت هذا المجال الصحة البدنية و القدرات الأدائية، حيث تتضمن الصحة البدنية : الطاقة الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام، الأعراض و مختلف المؤشرات البيولوجية. و تتضمن القدرات الأدائية: الوضع الوظيفي، تنقل الفرد، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء و من الاستقلالية النسبية.

وعليه من الصعب التطرق إلى المجال البدني لجودة الحياة دون مراعاة كل من الجانب النفسي و الاجتماعي و كيفية تأثيرهما على هذا المجال، و هذا ما يظهر من خلال العناصر التي يتضمنها هذا المجال سواء ضمن الصحة البدنية أو القدرات الأدائية.

- المجال الاجتماعي لجودة الحياة:

يرى جريفن Griffin أنه يجب الاهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية للأفراد أكثر من الاهتمام بكمية هذه العلاقات، و هو ما يحدد عنده المجال الاجتماعي لجودة الحياة. أما فلاناجون Flanagan فهو يهتم أكثر بكمية العلاقات الاجتماعية، حيث يرى أن هذا المجال يندرج ضمن طريقة الفرد في تقييم الوظائف الاجتماعية (تقدير الذات الاجتماعية، الإحساس بتحقيق الذات، النجاحات و الفشل،...الخ)، و كذلك أهمية التطرق إلى فعالية الشبكة الاجتماعية للأفراد (التكوين، الكثافة، التشتت الجغرافي، وتيرة الاتصال بين الأفراد، كثافة العلاقات، ... الخ).

نلاحظ من خلال هذين الاتجاهين، أن المجال الاجتماعي لجودة الحياة يتضمن كل من العلاقات و الوظائف الاجتماعية، و هنا لا يمكن النظر إلى هذا المجال بشكل متكامل إلا إذا تطرقنا إلى شبكة هذه العلاقات من الناحية الكمية (أي مدى اندماج الفرد في المجتمع) و النوعية (أي فعالية المساندة الاجتماعية في حياة الفرد).

– الرضا عن العيش Well-being :

يرى بافو (Pavot)، أن الرضا عن العيش هو عبارة عن عملية معرفية تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد و بين معايير المرجعية (القيم و المثل العليا .. الخ)، فهو يعبر عن التقييم الكلي الذي يقوم به الفرد عن حياته. و يذهب دينر إلى أن هذا المفهوم يهدف إلى الحكم الشعوري و الشامل الذي يطلقه الفرد عن حياته، و يظهر هذا ضمن مجالات محددة :مهنية، عائلية، الاهتمامات، الصحة، الذات، المجموعة التي ينتمي إليها الفرد،...الخ. (Diener , 1994).

نلاحظ أن هذا المجال يهتم بفعالية الفرد في تقييمه الشامل لحياته، الذي يعتمد على معايير المرجعية و مكونات الحياة اليومية.

– السعادة Happiness :

يتميز هذا المفهوم بالتعددية الوظيفية فهو يتضمن ثلاثة مكونات مستقلة فيما بينها :- مكون انفعالي ايجابي (المتعة) - مكون معرفي - تقييمي (الرضا :أي تقدير الفرد مدى نجاحه في تحقيق تطلعاته)، و مكون سلوكي (التفوق :أي نجاح التقييم الذاتي للفرد فيما يخص نشاطاته). (Mussenchenga, 1997).

و بالرغم من الاجتهادات و المقاربات التي توصل إليها الأخصائيون النفسيون فيما يخص هذا المفهوم، إلا أن هذا المفهوم بقي لوقت طويل مرتبط بالبحث عن المتعة أو اعتباره مرادفا لمصطلح العافية. و يرى الباحثين حاليا، أن مفهوم السعادة يعبر عن سمة أكثر من اعتباره حالة حيث يهدف إلى الوصول إلى حالة مستقرة و مستدامة نسبيا.

- الرفاهية الذاتية Subjective Well-Being :

يمكن التطرق إلى مفهوم الرفاهية الذاتية من خلال ثلاث نقاط أساسية:- مفهوم ذاتي، أي التقييم الذاتي الذي لا يعتمد على متطلبات الحياة الموضوعية (أي الحياة المادية). (Rolland, 2000).

- يعتمد على التقييم الايجابي الشامل للحياة التي يعيشها الفرد (الرضا عن العيش)

- يهتم بضرورة توفر المؤثرات الايجابية، دون اهتمامه بغياب الانفعالات السلبية. و يرى دينر أن هذا المفهوم يعبر عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الايجابية اتجاه حياته، و يشمل جميع المكونات الدنيا(التي يجب أن تتوفر على الأقل)مثل الرضا عن العيش و مستوى المتعة. (Diener, 1994)

وعليه أن الرضا عن العيش و السعادة هما المكونان الرئيسيان لمفهوم العافية،حيث يجب أن تتوفر هذين المكونين و لو بأقل قدر ممكن ليتحقق هذا المفهوم.

الفصل الخامس

إدراك المرض المزمن، أساليب

المواجهة و جودة الحياة

أولاً: تصورات المرض:

هذا الإطار النظري يساعد القائمين على الصحة في تحديد العمليات الانفعالية والمعرفية طوال صيرورة المرض فهو يستطيع تقديم المعلومة لفائدة تحقيق الانسجام بين القائمين بالرعاية الصحية وإدراك المريض لمرضه.

أ- نظرية الضبط الذاتي: الضبط الذاتي يعني القدرة على ضبط وتعامل الشخص بنفسه واستطاعته وصف أي جهود بنفسه لتغيير سلوكاته وحالاته الباطنية، ومفهوم الضبط الذاتي يعني بعدة جوانب اجتماعية ونفسية في مجال علم النفس. (Cameron & Leventhal, 2003).

في السنوات الأخيرة زاد الاهتمام بمنظور الضبط الذاتي في سلوك الصحة و المرض، هذه الإضاءة الجديدة مع مختلف النماذج النظرية زادت الأطر النظرية إضافات ثرية كنموذج الضغط والمواجهة لفولكمان ولازاروس (Lazarus & Folkman, 1984) ونموذج الضبط الذاتي للضغط (Carver & Scheier, 1998)، ونموذج المعنى المشترك أو المنطق العام لتصورات المرض (Leventhal's Common-Sense Model of Illness Representations (CSM) كواحد من تلك النماذج تلقى اهتماماً واسعاً في الأطر النظرية.

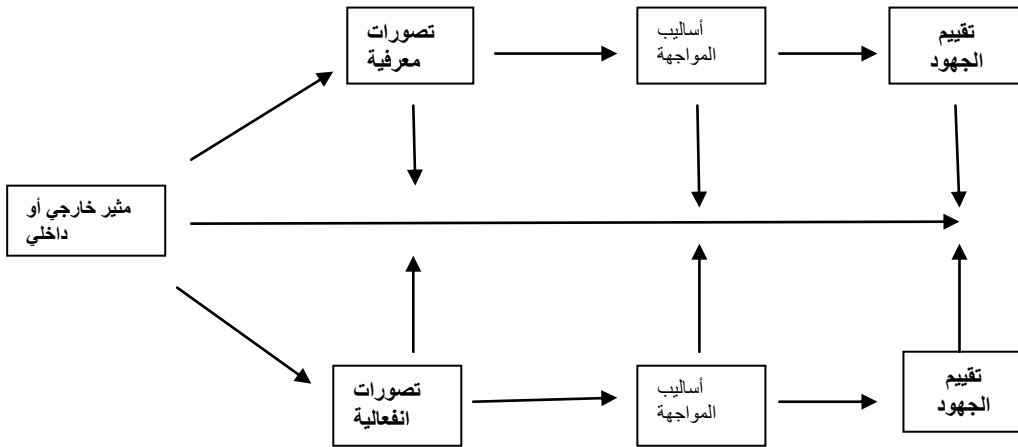
ب- نموذج المعنى المشترك أو المنطق العام لتصورات المرض (CSM):

ويعرف كذلك بنموذج الضبط الذاتي (SRM) والذي طور في البداية بشرح المعنى المشترك و الاستجابة لتهديدات الصحة والمرض (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). ولهذا النموذج عدة افتراضات أساسية تحاول إعطاء معنى لتهديدات الصحة وبداية المرض، إذ يفترض بأن الأشخاص يولدون تصورات معرفية واستجابات انفعالية إزاء المرض ومحاولة إيجاد طرق

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

لتعزيز إدارة هذه التصورات والاستجابات في شكل جهود للتدبر و مواجهة المرض. هذه الجهود النوعية تقود الأشخاص إلى الإقدام نحو المنطق العام لسلوكات الصحة (مثل زيارة الطبيب، تناول الأدوية) ونوع آخر يعتقد أن أسلوب المواجهة المختار مرتبط بنوع التصور حيث في المرحلة اللاحقة يفترض أن الأشخاص يقيمون فعالية اختيارهم لأساليب الواجهة المناسبة في شكل استجابات معرفية وانفعالية مستقبلا. (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003) ولان إجراءات اختيار أساليب المواجهة مرتكزة على التصورات الأولى للمرض، وبعدها يختار الأساليب المناسبة التي تلعب دور الوسيط بين تصورات الشخص إزاء مرضه وبين عافيته. وفي هذا المعنى فان النموذج له كل من الدينامية والهوية الخاصة بالمريض، والأبعد من ذلك فيفترض أن هذا النموذج يقوم على عملية متوازية لكل من الاستجابة المعرفية والانفعالية إزاء تهديدات المرض.

(Nerenz & Leventhal, 1983) وهذا المفهوم يوصف في الشكل التالي:



الشكل (2) يمثل وصف الاستجابة المعرفية والانفعالية إزاء تهديدات المرض

هذا النموذج قد وصف من طرف العديد من الباحثين في مختلف الأبحاث أمثال patient (Schussler, 1992), illness concept معرفة (Pennebaker, 1982), schemata مفهوم المرض (Rutter & Rutter, 2002), illness cognitions المرض (Rutter & Rutter, 2002), illness representations المرض (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) وأخيرا إدراك المرض illness perceptions

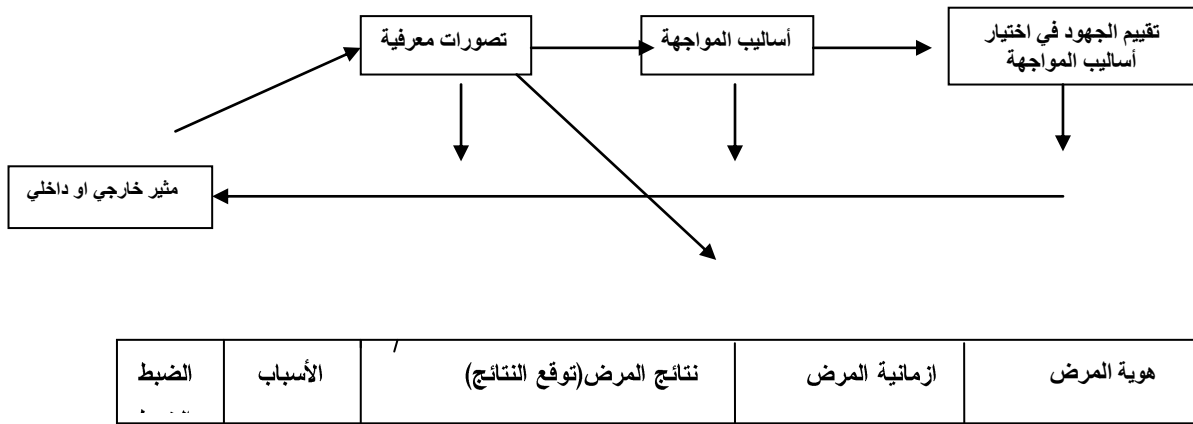
الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

. (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996)

ومصطلح تصورات المرض مقترح من طرف الباحثين على انه نظرة المريض إزاء مرضه وهذا لإعطاء معنى لمرضه، هذه النظرة تتشكل من مجموع المصادر والمعلومات حول المرض وهي متضمنة (محتواة) في مفهوم المريض لمرضه (Leventhal et al., 2003). ومثال ذلك: وضعية المريض وخبرته عن المرض، المعلومة المستقاة من الاتصال الاجتماعي السابق والمعرفة الثقافية للمريض كالمعلومات الصادرة عن الأطباء مثلا. (Hagger & Orbell, 2003).

وقد وافقت الدراسات والبحوث فكرة أن التصورات مجتمعة في خمس مكونات (أبعاد) (Baumann, Cameron, Zimmerman, & Leventhal, 1989; Lau & Hartman, 1983; Lau, Bernard, & Hartman, 1989; Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985) وهذه الأبحاث متفقة عي

الشكل التوضيحي التالي:



الشكل (3) يمثل المكونات الخمسة لتصورات المرض (Leventhal et al., 2003)

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

هوية المرض: تشير إلى الارتباط بين الأعراض المدركة للمرض مثل السرطان وفقدان الوزن.

ازمانية المرض: اعتقاد الأشخاص إزاء مدة مرضهم (أي ما إذا كان حاد أو مزمن أو دوري).

بعد النتائج: يشمل الاعتقاد بخطورة المرض والآثار المؤثرة على جودة الحياة من الجانب الانفعالي،

الاجتماعي،الاقتصادي و الهيئة الجسمية.(Scharloo & Kaptein, 1997).

بعد أسباب المرض: تصور الاعتقادات أي العوامل المسببة للمرض. والدراسات في مجال

تصورات المرض تستعمل التنوع في تحليل العوامل وتقسيمها إلى مجموعات فمثلا الأسباب النفسية

كالضغط أو الشخصية (Moss-Morris et al., 2002)، والعوامل البيولوجية (العوامل المناعية

والوراثية) (Jopson & Moss-Morris, 2003) والعوامل الخارجية (كالتلوث، الفيروسات) (Rutter

& Rutter, 2002).

بعد ضبط العلاج: وهو مرتبط بالقابلية للضبط وهو اعتقاد الشخص أن شيء ما يستطيع علاجه.

بعد الانسجام مع المرض: مضاف من طرف موس موريس (Moss-Morris et al., 2002) وهو

يشير إلى كيفية فهم الأشخاص لمرضهم ومدى الاعتقاد في الانسجام مع المرض.

ولنموذج المعنى المشترك عدة قدرات يستطيع أن يطبق عمليا مع مختلف أنواع الأمراض

ومقاومتها من خلال تعميمه على نماذج سلوك الصحة (Cameron & Leventhal, 2003) مثل:

الربو الشعبي (Horne & Weinman, 2002; Knibb & Horton, 2008)، تصلب المفاصل (Jopson

& Moss-Morris, 2003)، مرض القلب، (Cooper, Lloyd, Weinman, & Jackson, 1999)، العقم

، (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2004)، الصرع، (Fabbri, Kapur, Wells, & Creed, 2001)،

السرطان (Elliott, Elliott, Murray, Braun, & Johnson, 1996) والحساسية (Knibb & Horton,

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة —————
(2008). وبعد ذلك لقي هذا النموذج استعمالاً في زيادة المعرفة في مختلف سلوكيات الصحة الهامة
مثل تغييرات أسلوب الحياة بعد الإصابة بالمرض. (Weinman, Petrie, Sharpe, & Walker, 2000),
وملازمة برامج العلاج والتأهيل الوظيفي. (Horne & Weinman, 1999; Ross, Walker, & MacLeod, 2004; Whitmarsh, Koutantji, & Sidell, 2003)
والتنبؤ بالشفاء من المرض. (Petrie & Weinman, 1997).

ثانياً: تصورات المرض المزمن:

يستطيع نموذج الضبط الذاتي أن يعرف تصورات المرض المزمن من خلال قدرة الأشخاص
في العيش مع مرضهم طوال حياتهم، إذ تبدو أهمية التساؤل حول أساليب إدراكهم للمرض وكيف
يمكن مواجهته؟ وما هو المعنى أو الاتجاه الذي يمكن اختياره؟ وما هي التأثيرات على تكيفهم؟. وقد
حاول نموذج الباحث ليفنثال البحث في الأمراض المزمنة من خلال نجاحه في تصميم أداة لقياس
إدراك المرض لتسهيل الدراسات الكمية وقياس تصورات الأشخاص إزاء مرضهم وكيفية اختيار
أساليب المواجهة المتناسبة والمرض والعلاقة بينها. الأمر الذي جعل الكثير من الباحثين يحذون
حذو هذا النموذج في وصف واستخدام عملية الضبط الذاتي بتأثيره على نتائج وأثار المرض
كالعجز والتكيف النفسي، جودة الحياة ، العلاقات الاجتماعية وغيرها. (Johnston ;1996) وفعلاً
لقيت هذه الفكرة قبولا كبيرا لدى الباحثين في وصف تصورات المرض مع أساليب مواجهته وجودة
حياة المريض كنتيجة من نتائج الأعراض المزمنة. حتى أن بعض الباحثين في الدراسات التجريبية
القائمة على الأطر النظرية الماوراء معرفية استعملت نموذج المعنى المشترك بوجود العلاقة بين
كل مراحل ومكونات هذا النموذج.

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

مجموع الدراسات السابقة أعطت عددا من النتائج لخصت العلاقة بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة. وتعتبر جودة الحياة من نتائج المرض شأنها في ذلك شأن مستوى العجز الجسمي، الاختلال النفسي وعافية المريض. وكل الأبحاث والدراسات في مجال الأمراض المزمنة تتفق على أن اعتقادات المرضى حول مرضهم ذو دلالة ودور في تكيفهم مع الحياة، وفي الحقيقة إن عدد من الدراسات اتفقت على أن تصورات خطورة المرض كمتغيرات لتفسير الآثار النفسية والجسمية للمرض متفاعلة مع سياق المرض. (Fortune et al., 2002; Groarke et al., 2005; Steed, Newman, &Hardman, 1999). وفي ما يخص التصورات النوعية للمرض والتي وجدت أن هناك هوية قوية للمرض، استجابة انفعالية قوية، إدراك نتائج خطيرة للمرض، ويعتقد من خلالها المريض بضعف أكثر في الضبط المدرك، وان الأسباب النفسية قد وجدت في مجملها ارتباطا مع الضعف الكبير في نتائج المرض المتضمنة مستويات عليا من الاكتئاب والقلق (Morris, 2003). Fortune et al., 2002; Jopson & Moss- وبالمقابل فان الهوية الأكثر ضعفا يدرك من خلالها المريض بضبط قوي ويواجه المرض بأقل انفعالية وكلها مرتبطة مع نتائج ايجابية للمرض. (Edgar & Skinner, 2003; Gray & Rutter, 2007; Scharloo et al., 2000) وبالرغم من أن الأطر النظرية أعطت لنتائج تلك الأبحاث الإنصاف والتناسق بينها، إلا أن هناك بعض التناقض وعدم الانسجام فمثلا تصورات مريض بتصفية الدم على انه مزمن يحس فيه بضبط قوي وصحة في أعضائه الجسدية. وهذا مناقض لما جاءت به الأطر النظرية حول تصورات المرض على أن ازمانية المرض يكون نوعي مرتبط بضعف قوي على مستوى آثار المرض (جودة الحياة مثلا). (Covic &Seica, &Gusbeth-Tatomir& Gavrilovici, 2004)

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

وقد أعطى الباحثون تفسيراً لتلك الاستجابة لمرض القصور الكلوي المزمن على أنها جد نوعية، وان كانت نظرتهم إزاء مرضهم على أنه حاد سوف يعالجونه بأنفسهم ويعتبر بذلك بمثابة وضعية سيئة على مستوى الآثار الجسمية الناجمة عن القصور الكلوي الحاد والذي يعزى إلى عدم الانضباط الصحي مع تصفية الدم. كما نجد كذلك عدم التناسق مع دراسة (Scharloo et al., 2007) حول مرض الانسداد الرئوي المزمن أين وجد الباحثون بأنه لا توجد علاقة بين الاعتقاد الشخصي وآثار المرض في شكل جودة حياة المريض وقدموا تفسيراً مفاده الصعوبة في بلوغ أي نوع من التحكم والضبط لهذا المرض. هذه النتائج ألقت الضوء على أهمية الاختلاف في التصورات إزاء المرض بين الأشخاص وهذا باختلاف نوع المرض.

ثالثاً: الإدارة الذاتية للمرض المزمن ومستوى الأداء:

إن التقدم في كثير من العلوم المختصة بالعناية الصحية نتج عنها نقص نسبة الوفيات من الأمراض المزمنة التي قد سيرت وأديرت بمختلف الوضعيات المتضمنة (المنزل، في العمل، والمنظمات، وبالأحرى بالنظام الطبي بالمستشفى والتسهيلات الطبية). (Han, Lee, Lee, & Park, 1999; Silverman, Musa, Kirsch, & Siminoff, 2003; إن طرق المعيشة عند الأشخاص والتطورات الغير منتهية في مجال العناية الصحية تأخذ منحى كبير في تطور الصحة والصالح العام حيث ينتج عنها مدى تأثير وانتشار الأمراض المزمنة لان الكثير من حالات ازمانية المرض تعتبر نادرة الارتباط مع خصوصية الأسباب. هذه الحالات قد تم إدارتها إلا أنه لم يتم علاجها، ففي الولايات المتحدة 125 مليون شخص يعيشون مع الأمراض المزمنة، وحوالي 60 مليون شخص يعيش أكثر الحالات ازماناً. (National Chronic Care Consortium, 2003) الأمراض المزمنة الآن هي السبب المباشر في الموت والعجز في البلدان النامية وانتشارها يزداد خصوصاً عند المسنين.

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

(Cioffi, 1991) وأصبح التقدم في السن مع الحالة المزمنة ظاهرة منتشرة (Kutner, Cardenas, & Bower, 1992) ومع التطور الذي حدث في مجال تكنولوجيا العناية الصحية فإن نظرة البحث اتجاه المرض المزمن قد تغيرت من تعريف المقاييس التي تحسن جودة الحياة إلى تحديد وسائل القياس. ومن هنا جاءت الرغبة في تحسين جودة الحياة وأصبح لها اثر ذا أهمية خاصة في تهيئة الخدمة الطبية.

(Raphael, Renwick, Brown, & Rootman, 1996).

كما يأخذ الأشخاص في كلتا الحالتين الحادة والمزمنة دور نشيط في عانيتهم الصحية واعتقاداتهم نحو المرض لاحضائهم بالفحوصات الطبية واختيار العلاج المناسب لهم. (Weinman & Petrie, 1997) ولأجل الاستجابة لمختلف المشكلات يقوم المرضى بمواجهة المرض المزمن من خلال الاعتماد على نماذج خاصة بهم وإدراكهم لمرضهم (Weinman, Petrie, Morris, & Horne, 1996) Moss- هذه التصورات تتضمن عوامل كازمانية المرض، النتائج والخطورة بعدئذ الاعتماد على تحديد الأساليب المناسبة لمواجهة المرض ذات تعامل مباشر وغير مباشر. ومن الواضح أن تصورات المرض المزمن توجه التطور والانجاز الهادف والتقييم لنتائج وآثار عمل تلك الأساليب، أيضا جودة الحياة يمكن أن تكون متعلقة بالتصورات المعرفية للمرض والعلاج. (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004) ولأعراض المرض أهمية في السلوكيات المتعلقة بالصحة لما لها من دور رئيسي تلعبه في عملية مواجهة المرض كليا. (Siegel, Schrimshaw, & Dean, 1999) وتأكيدا على ذلك فخبرات المرض تقوم بتكوين تصورات لتقييم فعالية الأساليب المناسبة. وان الأشخاص في بعض الأحيان يجعلون قراراتهم المتعلقة بالعناية الصحية في أساس صعوبة النظام والأعراض المتداولة وبالأحرى المكاسب الدائمة للسلوك

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

المتأصل من النموذج الطبي لإدارة المرض. وهدف هذا السلوك هو قهر المرض من خلال إدراك عملية ارتباط المرض بالمعلومة ومقارنة المعلومة مع النظام الموجود بالاعتقادات الصحية.

(Heszen-Niejodek, 1997) وان نقص الانسجام بين القائمين بالرعاية الصحية ومعتقدات المريض

حول سبب المرض المزمن ومدى قدرة تأثير النتائج النفسية والجسمية في عملية إدارة المرض.

(Orbell, Johnston, Rowley, Espley, & Davey, 1998) فعلى سبيل المثال القائمين بالرعاية

الصحية لهم اعتقادات ووجهات نظر مختلفة إزاء مرض ارتفاع ضغط الدم المزمن وهذا لعدم

إدراك المريض إزاء بدائته وافتقار حميته الغذائية وتغيرات أسلوب حياته الذي لايمكنه من التحكم

والضبط. إن تصور الشخص لمرضه كدليل في تحديد المعلومة، يوجه إلى ترجمة هذه المعلومة

وبعدئذ إلى السلوك المتعلق بالصحة . فكثيرة هي الأبحاث التي عرفت علاقة إدراك المريض

لمرضه والاضباط الصحي المتعلق بإدارة المرض الزمن.(Hagger & Orbell, 2005)

يمكن الاعتماد على النظريات التي تجعل المريض يتعرف على مرضه و يختار أسلوب للتعامل

مع نوع المعلومة حول الرعاية الصحية المتوفرة وهذا لاختيار المعلومة المناسبة واتخاذ رد فعل

مفيد ومقبول إزاء حالته. ورغم أن النموذج الطبي وتأثيره على تحديد الأعراض وعلاج الأمراض

إلا انه محدود القدرة في شرح وتفسير النتائج النفسية لحالة المريض. (Fortune, Richards,

Griffiths, 2002) هذا النموذج الذي يوجه نظرة المريض إزاء مرضه سيؤدي إلى مقارنة شاملة

نحو رعاية المريض ويمكن أن ينتج تحسين في الآثار النفسية والفيزيولوجية، هذا الإطار النظري

يساعد القائمين على الصحة في العمليات الانفعالية والمعرفية طوال صيرورة المرض فهو يستطيع

تقديم المعلومة لفائدة تحقيق الانسجام بين القائمين بالرعاية الصحية وإدراك المريض لمرضه.

(Leventhal, & de Ridder, 1996).

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

ولقياسات موضوعية لخطورة المرض فانه لا يصلح لعامة المرضى وحالات صحية للأمراض خاصة، وان إدراك الأفراد لجودة الحياة المتعلقة بالصحة هي النتيجة التي ستكون الآن مقاسة في الدراسات التي تخص معالجة تأثير الأمراض وعلاجها.

(Fujisawa et al., 2000; Khan et al., 1995; Raphael et al., 1996).

إن التعريف الذي يصف كل من المكونات الجسمية والنفسية للمرض المزمن هو الذي يعرفه على انه حالة تغير مرضي نهائي دائم أكثر من ثلاث سنوات ويحتمل أن يسبب عجز مزمن. (Han et al. 2003, p. 140) فجرمينو يصف المرض المزمن على انه متواصل ومستمر كل الوقت, منتشر في جل مظاهر الحياة ويأخذ مسار يمكننا من التنبؤ والضبط، والمرض المزمن يستمر دون القابلية للتنبؤ. (National Chronic Care Consortium, 2001) والتعامل مع المرض المزمن مروراً بالتشخيص وصولاً إلى العلاج ثم إدارة ازمانيته يستطيع أن يكون صعباً، والمرض المزمن كمؤشر مؤثر على جودة الحياة، على الأشخاص وعلى خبرات حل المشكلات تختلف من شخص لآخر. (Dekkers, 2001; Petrie & Moss-Morris, 1996) وحتى الأشخاص المصابين بنفس المرض المزمن يتعاملون مع مختلف المشاكل اليومية بدرجات متفاوتة في تحقيق النجاح. (1998) Heijmans & de Ridder) وبحسب لفتثال وزميله هناك علاقة ذاتية مع المرض المزمن، وهذا المفهوم مرتبط ومتداخل بين تصورات الذات، حيث توجد ثلاث طرق ممكنة لارتباط تصورات المرض مع النظام الذاتي: أولها تعقيد كامل للمرض والسماح له باختراق مظاهر الحياة، ثانياً المرض كجزء من حياة المريض يعيش معه. وأخيراً التحرر من المرض مع خطورة الانتكاسة. (Nerenz & Leventhal (1983) ويواجه المصابين بالأمراض المزمنة عدة مشاكل حين مباشرتهم الأنشطة اليومية ويتعاملون بمختلف الأساليب لإدارة تلك التهديدات، أيضاً ينوعون رغباتهم

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

وقدراتهم من اجل الالتزام للتكيف مع تغير أسلوب الحياة وأنصاف العلاج. (Hampson, 1997)

فالمصابين بازمانية المرض يواجهون تشخيصا غير محدد، عجز، تبعية، وصمة اجتماعية و

تغيرات في أسلوب الحياة وبالضرورة يصبحون خبراء في التدخلات إزاء الأزمات، إدارة

الأعراض، إتباع النظام الطبي، إدارة الكلفة والوقاية من المضاعفات المعيقة للنشاطات اليومية.

(de Ridder & Schreurs, 2001; Dekkers, 2001). هذه المشكلات تستطيع التأثير على الجوانب

الروحية، النفسية، الاجتماعية، الأسرية، الاستجابات الجسمية، السلوكية، المعرفية والطبيعة

الانفعالية. (Germino, 1998; National Chronic Care Consortium, 2001) ونجد المصابين

بالأمراض المزمنة يتخذون حالتهم للمحافظة على التوازن الانفعالي وعلى صورة الذات الايجابية

للحصول على كفاءة جيدة من اجل ثبات العلاقة بين العائلة و الأصدقاء وهذا تحضيرا لمستقبل

مجهول. (de Ridder & Schreurs, 2001).

ولان الأمراض المزمنة بتأثيراتها الطويلة المدى تمكن من كافة جوانب الحياة فنجدها تضبط الانتباه

اليقظ خلال الإصابة بالمرض لتضمن إدارة ذاتية ملائمة أثناء ظهور الأعراض، العلاج، والتأثيرات

الجانبية لهذا العلاج. (Brown et al., 2001; Han et al., 2003) ولهذا فالمصابين بالأمراض المزمنة

نجد مستوى جودة الحياة لديهم متحكم فيها ذاتيا بوجود ضوابط وقيود ثقافية، اجتماعية وبيئية.

(Han et al., 2003) وعليه وجب عليهم تحديد الحقيقة بإيجاد معاني جديدة للصحة والمرض.

(Germino, 1998) كما تجب عليهم تغيير نشاطاتهم الاجتماعية والبيئية وعليهم البحث عن المساندة

من طرف العائلة والأصدقاء واختبار أساليب مواجهة مناسبة وأعراض المرض، لان التغيرات

الجسمية والنفسية جراء الإصابة بالمرض المزمن يؤثر في تضاعل تطوير صورة جديدة للذات قبل

تطور المرض. (Dekkers, 2001) ولذا على القائمين بالرعاية الصحية اعتبار الحياة العادية للفرد

الفصل الخامس : إدراك المرض المزمن، أساليب المواجهة و جودة الحياة

كتحقيق أهداف متعلقة بتقدير الذات، الارتقاء بالتكيف الاجتماعي للفرد والعائلة، وكذا التقليل من مظاهر الألم، الخيبة والإحباط، أيضا يجب أن يكون التركيز في العلاج على تعزيز الرعاية الذاتية ومحاولة التعايش والعيش مع الحالة المزمنة. (Han et al., 2003).

الفصل السادس

إجراءات البحث وأدواته

أولاً: منهج الدراسة:

إن اختلاف المناهج يعود أساساً إلى اختلاف المواضيع المتناولة قصد الدراسة، كما يتحدد بطبيعة الموضوع الذي يتناوله الباحث بالدراسة، فلكل موضوع منهج خاص به، ولكل منهج وظيفته وخصائصه التي يستند إليها. فالمنهج المناسب لطبيعة الدراسة الحالية هو: "المنهج الوصفي الارتباطي" لأنه يوضح العلاقة بين الظواهر المختلفة، والعلاقة في الظاهرة نفسها، أيضاً يقدم معلومات وحقائق عن واقع الظاهرة الحالية بغرض الوصول إلى نتائج واضحة. فالمنهج الوصفي يسعى إلى معرفة العلاقة بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة. وفيما إذا كانت هناك ارتباطات، وتأثيرات دالة بين مختلف أبعاد المتغيرات.

ثانياً : حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة بالإطار الزمني لتنفيذها الذي كان ابتداءً من شهر ديسمبر 2011 إلى غاية ديسمبر 2012. وكان إجرائها المحدد بولاية باتنة، وبالقدرة التنبؤية لبندود المقاييس المستخدمة لقياس إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة، وبحجم العينة وثقافتها العربية الإسلامية. وبمدى الأساليب الإحصائية المستخدمة للإجابة على التساؤلات المطروحة. ومن هذا المنطق فإن استخدام نتائج الدراسة خارج حدودها يجب أن يؤخذ بحذر.

ثالثاً : عينة الدراسة و كيفية اختيارها:

تكونت العينة الإجمالية للدراسة من 158 مشاركاً يعانون مرض مزمن (من تسعة أشهر إلى أكثر) ويتراوح المدى العمري من 16 إلى 89 سنة، وقد تم اختيارهم انطلاقاً من المرضى الذين يعانون من أحد الأمراض المزمنة التالية (السكري، الربو، القصور الكلوي وضغط الدم) بطريقة عرضية، حيث أجابوا على المقاييس دون وجود لأي نقص في الإجابات. والقاطنين بولاية باتنة.

جدول رقم (2): يمثل خصائص العينة الأساسية

عدد المرضى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغيرات
158	73,15	93,43	العمر
158	27,7	05,8	مدة المرض
77 ذكر/ 88 أنثى	50,0	44,1	الجنس

رابعاً: أدوات الدراسة:

تم اختيار ثلاث أدوات لقياس متغيرات الدراسة هي:

- المقياس المعدل لإدراك المرض (IPQ-R).

- مقياس أساليب المواجهة (CPCI-42).

- مقياس جودة الحياة (SF36 v2).

وصف مقياس إدراك المرض و خصائصه السيكومترية:

وصف مقياس إدراك المرض المعدل:

تسمح مختلف المقابلات مع المرضى من تمييز تصورات المرض، والتي يردّها "ليفنثال" في

النموذج النظري الذي سماه "الضبط الذاتي" على شكل خمسة أبعاد (Leventhal, Nernez,

Steele,1984,1997). ومن خلال هذا النموذج وضع اختبار إدراك المرض (IPQ).

(Moss Morris, Petrie,& Weinman,1996). والذي يبين العلاقة بين مختلف الأبعاد التي تمثل

إدراك المرض، ولاسيما الفرضية التي تقيم العلاقة بين إدراك المرض مع بعض الاستراتيجيات

أو الميكانيزمات النفسية المستعملة بصورة واسعة، الأمر الذي هل ظهور اختبار معدل جاء به

(موس موريس- 2002)، والذي يمس خاصة بعد الضبط/ الشفاء، حيث قسمه بدوره إلى قسمين:

الأول ويقيم الضبط الذاتي أو الشخصي للمريض وكذا مشاعر الكفاءة الذاتية، أما الثاني فيقيس

معتقدات المريض حول العلاج، أو آراء المختصين في الصحة (الطبيب مثلاً) ويختلف الاختبار

المعدل عن الاختبار القديم في : زيادة في البنود المتعلقة بالبعد الزمني (حاد/مزمن). وزيادة في البنود المتعلقة ببعد دورية المرض . كما نجد البعد الذي يمثل الهوية والذي يميز التصورات الشخصية حول الخبرات، وحول الأعراض لم يميزها الاختبار المعدل. ويشمل الاختبار المعدل على 38 بندا مقسم إلى سبعة مستويات وهي:

*البعد المتعلق بزمنية المرض (حاد/مزمن) ويضم ستة بنود وهي: 1، 2، 3، 4، 5، 6.

*البعد المتعلق بدورية المرض: ويضم أربعة بنود وهي: 7، 8، 9، 10.

*البعد المتعلق بنتائج المرض: ويضم ستة بنود وهي: 11، 12، 13، 14، 15، 16.

*البعد المتعلق بالضبط الذاتي: ويضم ستة بنود وهي: 17، 18، 19، 20، 21، 22.

*البعد المتعلق بضبط العلاج: ويضم خمسة بنود وهي: 23، 24، 25، 26، 27.

*البعد المتعلق بالانسجام مع المرض: ويضم خمسة بنود وهي: 28، 29، 30، 31، 32.

*البعد المتعلق بالصور الانفعالية: ويضم ستة بنود وهي: 33، 34، 35، 36، 37، 38.

إلا أن البنود التالية تقيم عكسيا: 1، 4، 6، 13، 20، 22، 23، 27، 28، 29، 30، 31، 36.

ويحتوي الاختبار المعدل لإدراك المرض (IPQ-R) على بنود تكون فيها الإجابة على سلم

ليكرت) بخمس نقاط حسب الدرجات (أوافق تماما، أوافق ،حيادي، لا أوافق، لا أوافق تماما). ويتم

تصحيح الإجابات كما يلي:

خمس نقاط إذا كانت الإجابة بـ"أوافق تماما". أربع نقاط إذا كانت الإجابة بـ"أوافق". ثلاث نقاط إذا

كانت الإجابة "حيادي". نقطتين إذا كانت الإجابة بـ"لا أوافق". ونقطة واحدة إذا كانت الإجابة بـ"لا

أوافق تماما".

أما الجزء الآخر من المقياس فيشمل الإجابة "بنعم أو لا" حول مجموعة من خبرات المريض إزاء

أعراض مرضه، ومجموع الإجابات "بنعم" تمثل سلم هوية المرض. وأخيرا الأبعاد السببية للمرض

ممثلة في سلم مستقل ويحتوي على 18 بندا تكون فيها الإجابة على سلم (ليكرت) بخمس نقاط حسب الدرجات (أوافق تماما، أوافق ،حيادي، لا أوافق، لا أوافق تماما) ويتم تصحيحها كما في مقياس

(IPQ-R). (Moss Morris et al., 2002).

ترجمة الاختبار المعدل لإدراك المرض:

قام الباحث بالترجمة لبنود الاختبار من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، وقد عرضت الترجمة على مجموعة من الأساتذة بقسم علم النفس، والذين يتحكمون في اللغة الانجليزية من جامعة باتنة، بسكرة، وسطيف. وبعد إبداء ملاحظاتهم على الترجمة قام الباحث بتعديل صياغة العبارات التي يجب تغييرها وأعيدت صياغة العبارات مرة أخرى.

الخصائص السيكومترية:

حساب الصدق:

-صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض أداة القياس بعد ترجمتها إلى اللغة العربية على الأساتذة من اجل الكشف عن مدى ملاءمتها، وكذا سلامة ووضوح الصياغة اللغوية للبنود، وقد أظهرت النتائج درجة عالية من الاتفاق بين المحكمين إذ تراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين و على وضوحها ما بين 80-100%. (أبركان، 2011).

حساب ثبات المقياس:

باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وجدت النتائج التالية:

جدول رقم(3) يوضح معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس

عدد البنود لكل بعد	معامل ألفا كرونباخ (α)	الأبعاد
6	0,80	الوقت
6	0,57	نتائج المرض
6	0,45	الضبط الذاتي
5	0,58	ضبط العلاج
5	0,80	الانسجام مع المرض
4	0,54	دورية المرض
6	0,80	الصور الانفعالية
14	0,77	هوية المرض
18	0,88	أسباب المرض

من خلال الجدول يلاحظ بان كل الدرجات الممثلة لكل بعد مقبولة مما تعكس ثبات الاختبار.

وصف مقياس أساليب المواجهة وخصائصه السيكومترية:

كان اختبار (CPCI) لجنسون يحتوي في بداياته على 65 بندا يجيب المرض من خلاله على أسئلة

ممثلة على شكل أساليب سلوكية ومعرفية لكيفية التعامل مع مرضه. وتحتوي بنود هذا الاختبار

من:

- أساليب التجنب: Guarding وتضم سبعة بنود وهي: 7 20 . 22. . 25. . 30. 32 ، 36.

- أساليب الراحة: Resting وتضم خمسة بنود وهي: 3، 12، 31، 37، 42 .

-أساليب البحث عن المساعدة: Asking for Assistance وتضم أربعة بنود وهي 5، 16، 26، 40.

-أساليب الإلحاح في النشاط والعمل: Task Persistence وتضم خمسة بنود

وهي: 2، 18، 21، 34، 41.

- أساليب البحث عن المساندة الاجتماعية: Seeking Social Support و تضم خمسة بنود وهي: 4،

11، 13، 14، 28.

- أسلوب الحوار الذاتي: Coping Self-Statements ويضم خمسة بنود وهي: 6، 10، 15، 17،

29، أسلوب الاسترخاء: Relaxation ويضم خمسة بنود وهي: 1، 8، 23، 33، 38. وأسلوب تمارين

الشد والمد: Exercise/Stretch ويضم ستة بنود وهي: 9، 19، 24، 27، 35، 39.

وكان لهذه الأبعاد اتساق داخلي جيد مع الدرجة الكلية، وثبات قوي خصوصا مع عينة

لمصابين بألم مزمن (Jensen et al., 1995). واعتبر مقياس (CPCI-42) كطبعة مختصرة ومنقحة

لمقياس (CPCI) متمتع بخصائص سيكومترية جيدة (Romano et al., 2003). ويحتوي الاختبار

على بنود تكون فيها الإجابة على سلم (ليكرت) بأربع نقاط حسب الدرجات (أبدا، غالبا، أحيانا،

دائما) ويتم تصحيح الإجابات بأربع نقاط إذا كانت الإجابة بـ "دائما"، ثلاث نقاط إذا كانت الإجابة

" أحيانا"، نقطتين إذا كانت الإجابة بـ "غالبا" و نقطة واحدة إذا كانت الإجابة بـ "أبدا".

الخصائص السيكومترية لمقياس أساليب المواجهة:

أ - ثبات المقياس: بحساب معامل ألفا كرونباخ تم إيجاد النتائج المبينة في جدول(4).

ب - صدق المقياس: تم حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي في جدول(4).

جدول رقم (4): معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاختبار مع معامل الثبات ألفا كرونباخ

الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	معامل الثبات (α)
التجنب	0,67	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,77
الراحة	0,66	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,75
البحث عن مساعدة	0,57	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,78
الاسترخاء	0,64	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,75
الإلحاح في النشاط	0,47	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,78
البحث عن المساندة الاجتماعية	0,64	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,76
الحوار الذاتي	0,71	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,75
التمارين الرياضية	0,70	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,74

من خلال الجدول يلاحظ بان كل الدرجات الممثلة لكل بعد مقبولة مما تعكس صدق وثبات

الاختبار.

وصف مقياس جودة الحياة:

وهو مقياس من بين المقاييس التي تقيم ذاتيا استخدمه عدة باحثين وبمختلف اللغات في مجال

الصحة العامة، واعتمده المنظمة العالمية للصحة كمقياس عالمي لقياس جودة الحياة المتعلقة

بالصحة للأشخاص، ويتكون من ثمانية محاور وهي:

- محور الوظائف البدنية وتعبر عنه العبارات 3،4،5،6،7،8،9،10،11،12.

- محور الدور البدني وتعبّر عنه العبارات 13،14،15،16.
 - محور الدور الانفعالي وتعبّر عنه العبارات 17،18،19.
 - محور الحيوية وتعبّر عنه العبارات 23،27،29،31.
 - محور الصحة النفسية وتعبّر عنه العبارات 24،25،26،28،30.
 - محور الوظائف الاجتماعية وتعبّر عنه العبارات 20، 32.
 - محور الألم وتعبّر عنه العبارات 21، 22 .
 - محور الصحة العامة وتعبّر عنه العبارات 1،36،35،34،33،2.
- وما يميز هذا المقياس أن كل محور له بدائل خاصة به، وهذه البدائل هي: محور - الوظائف البدنية: نعم، محددة جدا، محددة نوعا ما، لا، غير محددة إطلاقا. محور الدور البدني: نعم، لا. محور الدور الانفعالي: نعم، لا. محور الحيوية: دائما، غالبا، أحيانا، نادرا. محور الصحة النفسية: دائما، غالبا، أحيانا، نادرا. محور الوظائف الاجتماعية: دائما، غالبا، أحيانا، نادرا وأبدا. محور الألم: أبدا، قليلا جدا، قليلا، متوسط، كثيرا، كثيرا جدا. محور الصحة العامة: صحيح، صحيح نوعا ما، لا ادري، نوعا ما، خطأ جدا.

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

- أ - ثبات المقياس: تم حسابه بمعامل ألفا كرونباخ كما يبينه الجدول(5).
- ب - صدق المقياس: تم حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي، كما هو مبين في الجدول(5) أدناه.

جدول رقم (5):معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاختبار مع معامل الثبات ألفا كرونباخ

الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	معامل الثبات (α)
الوظائف البدنية	0,64	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,89
الدور البدني	0,67	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,80
محور الألم	0,15-	0,07 (غير دالة)	-
الوظائف الاجتماعية	0,13	0,13 (غير دالة)	-
الصحة النفسية	0,59	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,50
الدور الانفعالي	0,69	0,00 (دالة عند مستوى 0,01)	0,84
الحيوية	0,19	0,02 (دالة عند مستوى 0,05)	0,63
الصحة العامة	0,04	0,57 (غير دالة)	-

من خلال الجدول يلاحظ بان معظم الدرجات الممثلة لكل بعد مقبولة مما تعكس صدق وثبات

الاختبار ما عدا بعد الألم، الوظائف الاجتماعية والصحة العامة فقد كانت غير دالة إحصائياً مما

استدعي الاستغناء عنها في التحليل الإحصائي للبيانات.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

لقد تم الاستعانة بنظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) بالاعتماد على الأساليب

الإحصائية التالية:معامل ارتباط بيرسون Person's Correlation لحساب العلاقة بين مختلف الأبعاد

و تحليل الانحدار الخطي المتعدد (المتدرج) Multiple Regression Analysis (stepwise) لإيجاد قيم

الوسيط (الذي هو أساليب المواجهة في هذه الدراسة) من خلال تحليل آخر يسمى **تحليل**

الوسيط Mediation Analysis والمعد من طرف مك كينون وزملائه (Sheets, 2002),

(MacKinnon) وعلى كل حال فان هذا الاختبار استعمل كثيرا في ميدان علم النفس في شكل أسلوب المراحل السببية 'causal steps strategy' والذي استخدم من طرف بارون وكيني سنة 1986 ويتم حسابه عن طريق الشبكة الالكترونية في البرنامج المعد من طرف كريستوفر وبريشر المتوفر بالعنوان التالي: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>. ويقوم تحليل الوسيط باستعمال اختبار صوبل (Sobel, 1982) Sobel test بتدخل تحليل الانحدار تلخصها الخطوات التالية:

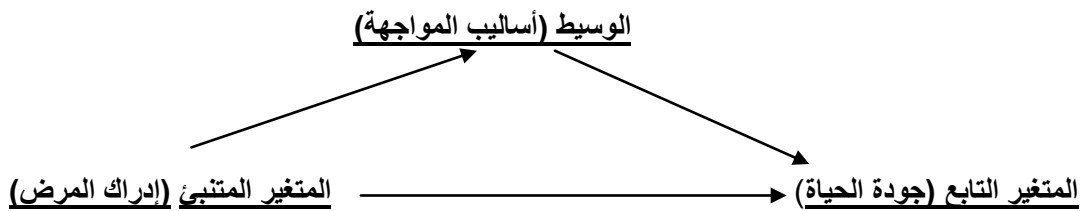
- الخطوة الأولى: المتغير المتنبئ (إدراك المرض) يؤثر مباشرة في المتغير التابع (جودة الحياة) دون وجود الوسيط (أساليب المواجهة).

- الخطوة الثانية: المتغير المتنبئ (إدراك المرض) يؤثر مباشرة في المتغير المستقل الثاني الوسيط (أساليب المواجهة) .

- الخطوة الثالثة: المتغير المستقل الثاني الوسيط (أساليب المواجهة) يؤثر بطريقة غير مباشرة وبمراقبة المتغير المتنبئ (إدراك المرض) على المتغير التابع (جودة الحياة).

- الخطوة الأخيرة: المتغير المتنبئ (إدراك المرض) يؤثر مباشرة في المتغير التابع (جودة الحياة). وهذا المسار لا تختلف دلالاته عن الصفر. والشكل التالي يوضح فرضية نموذج

الوسيط. (Alethea, 2010)



الشكل رقم (4) فرضية نموذج الوسيط

الفصل السابع

عرض النتائج وتفسيرها

أ - عرض وتحليل النتائج:

أولاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى التي نصها : "توجد علاقة بين إدراك المرض وجودة الحياة لدى أفراد العينة"، فبعد تطبيق أدوات البحث على أفراد العينة وتفرغ نتائجها حيث استخرجت معاملات الارتباط لبيرسون وجدت النتائج المبينة في جدول رقم (6).

جدول رقم(6): الارتباط بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة

الأبعاد	الصحة النفسية	الحيوية	الدور الانفعالي	الدور البدني	الوظائف البدنية
الوقت	00,01	0,08	0,00-	0,16-	0,15-
النتائج	*0,17-	0,08	0,06-	0,08-	0,01-
الضبط الذاتي	0,09-	0,03	0,05-	0,15-	0,01
ضبط العلاج	0,03	0,08-	0,09	0,11	0,06
الانسجام مع المرض	0,00-	0,00-	0,09-	0,06-	0,03
دورية المرض	0,00-	0,03-	0,07-	0,06-	0,07-
الصور الانفعالية	0,15-	0,00-	*0,18-	**0,24-	0,07-
هوية المرض	0,07-	0,06	**0,18-	**0,32-	0,14-
الأسباب النفسية	**0,30-	*0,19	**0,29-	**0,36-	*0,20-
الأسباب الخارجية	**0,44-	0,06	**0,34-	**0,42-	**0,23-
الأسباب الطبية	**0,33-	0,13	**0,24-	**0,30-	**0,38-
الأسباب البيولوجية	**0,24-	*0,18	0,02-	0,09-	0,04
الأسباب السلوكية	**0,35-	0,07	0,16-	*0,20-	0,05
التمارين	0,06-	013-	*0,19	**0,33	**0,41
الحوار الذاتي	0,09-	0,11-	*0,20-	**0,28-	0,06
المساندة الأج	**0,24-	0,05	0,15-	0,13-	0,06
الإلحاح في النشاط	0,11	*0,39-	**0,26	**0,41	**0,58
الاسترخاء	0,03-	0,14-	0,12	*0,17	**0,28
طلب مساعدة	**0,38-	*0,17	**0,38-	**0,39-	*0,19-
لراحة	0,06-	0,16-	0,01	0,12	*0,22
التجنب	**0,29-	*0,21	**0,36-	**0,31-	*0,18-

الدلالة عند مستوى 0.05** الدلالة عند مستوى 0.01*

من خلال نتائج الجدول اتضحت العلاقة السلبية بين نتائج المرض وكل من إدراك الصحة النفسية وعزو المرض لأسباب كثيرة ومتنوعة حيث بلغت-0,44 عند مستوى الدلالة 0,05، كما توجد العلاقة السلبية بين الصور الانفعالية وهوية المرض وكل من الدور البدني والدور الانفعالي حيث بلغ الارتباط من -0,18 إلى-0,32 عند مستوى الدلالة 0,05. كما توجد علاقة سلبية بين العزو لأسباب نفسية وجودة الحياة (كامل أبعادها) حيث بلغ الارتباط - 0,36 عند مستوى الدلالة 0,05، بالإضافة إلى سلبية العلاقة بين كل من العزو لأسباب الخارجية والطبية و أبعاد جودة الحياة حيث بلغت القيمة-0,44 عند مستوى الدلالة 0,05 باستثناء بعد الحيوية الذي كان له علاقة موجبة مقدرة 0,18 عند مستوى الدلالة 0,01 مع العزو لأسباب بيولوجية، وأخيرا يمكن ملاحظة العلاقة السلبية بين عزو المرض لأسباب سلوكية و كل من إدراك الصحة النفسية والدور البدني أين بلغت-0,35 عند مستوى الدلالة 0,05.

ثانيا: عرض وتحليل نتائج الفرضية التي نصها:

"توجد علاقة بين أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى أفراد العينة"، وجدت هذه النتائج المبينة في جدول رقم (6). حيث أمكن ملاحظة العلاقة السلبية بين أساليب المواجهة المتمثلة في التجنب و طلب المساعدة وجودة الحياة حيث بلغ الارتباط القيمة-0,39 عند مستوى الدلالة 0,05، كما توجد علاقة بين كل من أسلوب الاسترخاء والإحاح في النشاط مع كل من الوظائف البدنية والدور البدني المتمثلة لجودة الحياة حيث بلغ الارتباط 0,58 عند مستوى الدلالة 0,05، بالإضافة إلى وجود علاقة بين ممارسة المريض لتمارين رياضية وإدراك الأداء المتمثل في الوظائف البدنية والأدوار الانفعالية والبدنية حيث بلغ الارتباط القيمة 0,41 عند مستوى الدلالة 0,05. كما لأسلوب الحوار

الفصل السابع : عرض النتائج وتفسيرها

الذاتي علاقة سلبية بكل من الدور البدني والدور الانفعالي أين بلغ الارتباط -0,20 و-0,28 عند مستوى الدلالة 0.01 و 0.05.

ثالثاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية التي نصها:

"توجد علاقة بين إدراك المرض و أساليب المواجهة لدى أفراد العينة حيث استخرجت معاملات الارتباط لبيرسون وجدت هذه النتائج المبينة في جدول(7).

جدول رقم(7): الارتباط بين إدراك المرض و أساليب المواجهة

الأبعاد	الأسباب البيولوجية	الأسباب الطبية	الأسباب الخارجية	الأسباب النفسية	هوية المرض	الصور الانفعالية	دورية المرض	الانسجام والمرض	ضبط العلاج	الضبط الشخصي	تأج المرض	الوقت
التعب	0,15		0,15	**0,28	0,39 **	0,08	0,08	-0,01	-0,07	0,09	0,13	0,04
الراحة	0,02	-0,02	-0,06	-0,03	0,06	0,00	-0,05	-0,01	-0,06	0,03	0,06	-0,20*
طلب مساعدة	0,10	**0,36	**0,36	**0,31	*0,20	0,09	0,06	0,03	-0,07	0,15	*0,18	0,13
الاسترخاء	-0,17*	0,09	-0,09	-0,15	-0,12	-0,03	0,00	*0,21	0,00	0,02	0,05	-0,16
الإحاح في النشاط	0,86	0,01	**0,27	**0,28	0,10	-0,15	-0,08	-0,09	0,06	-0,07	-0,05	-**0,29
المساعدة الأج	0,74	0,01	**0,27	**0,28	0,10	-0,15	-0,08	-0,09	0,06	-0,07	-0,05	-**0,29
الحوار الذاتي	0,00	0,05	0,10	*0,20	*0,21	0,14	0,05	-0,02	-0,13	0,14	0,07	0,03
التمارين	0,04		0,01	-0,05	-0,04	-0,03	-0,05	-0,11	0,08	0,01	0,04	-0,18*

الدلالة عند مستوى 0.05 **الدلالة عند مستوى 0.01 *

من خلال ملاحظة نتائج الجدول اتضحت العلاقة السلبية بين كل من عزو المرض لأسباب

نفسية وخارجية وبعد الوقت وكل من أسلوب الإحاح في العمل والبحث عن المساعدة الاجتماعية

لمواجهة المرض المزمن حيث بلغ الارتباط القيمة 0,36 عند مستوى الدلالة 0,05، كما يلاحظ

وجود علاقة سلبية أيضا بين بعد الوقت وكل من أسلوب الراحة، الإلحاح في النشاط، البحث عن المساعدة الاجتماعية وممارسة التمارين الرياضية أين بلغ الارتباط القيمة -0,29 عند مستوى الدلالة 0.05. بالإضافة إلى العلاقة بين كل من هوية المرض والعزو لأسباب طب نفسية وكل من أسلوب التجنب وطلب المساعدة بقيمة ارتباطية مقدرة ب0,39 عند مستوى الدلالة 0.05 .

رابعاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية التي نصها:

"يمكن التنبؤ بجودة الحياة من خلال إدراك المرض بوساطة أساليب المواجهة المختارة لدى أفراد العينة"، حيث استخرجت معاملات الارتباط لبيرسون التي ساعدت في تحليل الوسيط بالإضافة إلى سلسلة من تحليل الانحدار لإيجاد التنبؤ بالمتغير المستقل (جودة الحياة) من خلال المتغيرين المستقلين (إدراك المرض و أساليب المواجهة) ولحساب كل من معامل المتغير المستقل (**boa**) وكذا الخطأ المعياري لكل معامل (**Sb**و**Sa**) وهذا في كل خطوة من خطوات تحليل الانحدار أين وجد 19 نموذجاً بعد تطبيق اختبار صوبل فكانت النتائج المبينة في جدول رقم (8).

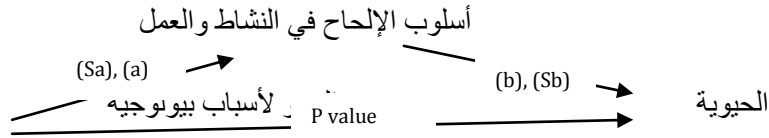
جدول رقم (8): نتائج اختبار صوبل لتعيين المتغير الوسيط بعد سلسلة من تحليل الانحدار

المتغير المتنبئ (IV)	المتغير الوسيط (Mediator)	المتغير التابع (DV)	معامل المتغير المستقل (a)	الخطأ المعياري لكل معامل (Sa)	معامل المتغير المستقل (b)	الخطأ المعياري لكل معامل (Sb)	نتيجة الاختبار (P value)	الدلالة الإحصائية عند مستوى 0,05
الأسباب البيولوجية	الإلحاح في النشاط	الحيوية	-0,26	0,16	-0,21	0,04	0,87	غير دالة
هوية المرض	طلب المساعدة	الدور الانفعالي	0,17	0,07	-0,32	0,08	0,04	دالة
هوية المرض	التجنب	الدور الانفعالي	0,47	0,01	-0,22	0,06	0,00	دالة
هوية المرض	ممارسة التمارين	الدور الانفعالي	-0,05	0,10	0,12	0,06	0,65	غير دالة
الأسباب الخارجية	التجنب	الدور الانفعالي	0,17	0,09	-0,23	0,06	0,08	غير دالة
الأسباب الخارجية	ممارسة التمارين	الدور الانفعالي	-0,02	0,09	0,13	0,06	0,86	غير دالة
الأسباب الخارجية	التجنب	الدور البدني	0,17	0,09	-0,22	0,07	0,09	غير دالة
الأسباب الخارجية	طلب المساعدة	الدور البدني	-0,29	0,07	0,31	0,08	0,00	دالة
الأسباب الخارجية	الحوار الذاتي	الدور البدني	0,08	0,02	-0,29	0,09	0,22	غير دالة
الأسباب الخارجية	ممارسة التمارين	الدور البدني	-0,02	0,09	0,28	0,06	0,86	غير دالة
الأسباب الطبية	الإلحاح في النشاط	الوظائف البدنية	-0,19	0,06	0,75	0,30	0,05	دالة
الأسباب الطبية	ممارسة التمارين	الوظائف البدنية	0,02	0,07	0,50	0,09	0,76	غير دالة
الأسباب	التجنب	الوظائف	0,28	0,06	-0,08	0,09	0,50	غير دالة

الفصل السابع : عرض النتائج وتفسيرها

الطبية	البدنية							
الأسباب البيولوجية	طلب المساعدة	الوظائف البدنية	0,03-	0,16	0,85	0,10	0,87	غير دالة
الأسباب البيولوجية	ممارسة التمارين	الوظائف البدنية	0,10	0,18	0,50	0,09	0,58	غير دالة
الأسباب البيولوجية	التجنب	الوظائف البدنية	0,32	0,17	0,25-	0,11	0,15	غير دالة
الأسباب الخارجية	طلب المساعدة	الدور الانفعالي	0,26	0,05	0,27-	0,00	0,00	دالة
الأسباب الخارجية	طلب المساعدة	الصحة النفسية	0,26	0,06	0,27-	0,07	0,01	دالة
الأسباب السلوكية	طلب المساعدة	الصحة النفسية	0,15	0,12	0,29-	0,07	0,27	غير دالة

أمكن شرح نتائج الجدول الذي تمثل كل خانة منه على نموذج مكون من 19 نموذجاً للتنبؤ بجودة حياة المريض المشارك في الدراسة من خلال إدراكه للمرض بعد اختياره لأساليب مواجهة مناسبة. وامكن اخذ الخانة الأولى كمثال عن بقية النماذج 18 الأخرى، حيث وجد بأنه يمكن التنبؤ بمحور الحيوية من خلال عزو المريض لمرض لأسباب بيولوجية بعد اختياره لمواجهة مرضه لأسلوب الإلحاح في النشاط والعمل وبعد حساب قيم معاملي المتغيرين المستقلين - 0,26 و -0,21 وكذا قيم الخطأين المعياريين لكل متغير 0,16 و 0,04 عن طريق الانحدار الخطي وإدخالهما في معادلة تحليل الوسيط بتطبيق اختبار صوبل وجدت قيمة الاختبار تساوي 0,87 وهي غير دالة إحصائية عند مستوى 0.05. وبالتالي لم تتحقق الفرضية. الشكل التالي يوضح نموذج تحليل الوسيط للفرضية السابقة.



الشكل (5) فرضية نموذج تحليل الوسيط

من خلال نتائج الجدول أمكن ملاحظة تحقق الفرضية في ستة نماذج معبرة عن إمكانية التنبؤ بجودة الحياة من خلال إدراك المرض بعد اختيار المريض لأساليب مناسبة وتهديد المرض. وهذه النماذج هي: - التنبؤ بالدور الانفعالي للمريض من خلال هوية مرضه بعد اختيار أسلوب طلب المساعدة لمواجهة المرض المزمن.

-التنبؤ بالدور الانفعالي للمريض من خلال هوية مرضه بعد اختيار أسلوب التجنب لمواجهة المرض المزمن.

-التنبؤ بالدور البدني للمريض من خلال عزوه للمرض لأسباب خارجية بعد اختيار أسلوب طلب المساعدة لمواجهة المرض المزمن.

-التنبؤ بالوظائف البدنية للمريض من خلال عزوه للمرض لأسباب طبية بعد اختيار أسلوب الإلحاح في النشاط والعمل لمواجهة المرض المزمن.

-التنبؤ بالدور الانفعالي للمريض من خلال عزوه للمرض لأسباب خارجية بعد اختيار أسلوب طلب المساعدة لمواجهة المرض المزمن.

-التنبؤ بالصحة النفسية المدركة للمريض من خلال عزوه للمرض لأسباب خارجية بعد اختيار أسلوب طلب المساعدة لمواجهة المرض المزمن.

ب- مناقشة النتائج:

وجود علاقة سلبية بين هوية المرض والدور الانفعالي والبدني حيث أن المرض المزمن يتطلب تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والاجتماعية ولذلك يتوجب على المرضى في مثل هذه الحالات أن يتوحدوا مع الناحية النفسية إذا ما أرادوا التكيف مع اضطرابهم. ولهذا نجد بعد التشخيص بان هناك ازمانية للمرض حيث الاستجابة لدى المريض متمثلة في عدم التوازن النفسي والجسمي والاجتماعي يصاحبها فشل في مواجهة المرض. وهذا ما يلاحظ من خلال هذه الدراسة من العلاقة السلبية بين تصور المرض وافتقار لجودة الحياة بكل أبعادها تقريبا بالإضافة إلى عزو المريض لأسباب خارجية عنه وهذا ما يفسر اعتماد المريض على أساليب دفاعية غير شعورية مع بداية ظهور المرض واعتماد أساليب كالإنكار والقلق أو الاكتئاب في بعض أنواع المرض عوض أساليب المواجهة الشعورية أين يتجنب المريض حقيقة المرض وقد يتصرف وكان المرض سوف يزول، ويحس بأنه عاجز، دائم الإحساس بالأعراض واليقظة المستمرة، إلا أن الاكتئاب يكون بفترات متقطعة إذ غالبا ما يظهر في المراحل المتأخرة من التكيف. كما أن المعتقدات التي يحملها المريض هي إدراكه لأسباب المرض واعتقاده بالسيطرة عليه حيث يكون أفكارا حول مسائل كثيرة تبدأ بالضغوط والإصابة الجسمية والبكتيريا وكثيرا ما تنتهي بالقدرية وإرادة الله. ويعد لوم الذات أمر شائع لدى المرضى إلا انه في الغالب يعزى المرض إلى أسباب أخرى الوراثة مثلا.

وجود علاقة سلبية واضحة بين إدراك المرض (العزو لأسباب خارجية ونفسية) وأساليب المواجهة خصوصا أسلوب التجنب والإلحاح في العمل بالإضافة إلى طلب المساعدة تفسر الكلام السابق عن افتقار المريض لميكانيزمات شعورية مع بداية المرض، إلا أن هناك تكيف واضح من خلال العزو السببي أين يبدو الإدراك بالسيطرة على المرض رغم الحالة النفسية والاجتماعية

المتدنية. ففي إحدى الدراسات سئل المرضى أولاً حول ماهية تفكيرهم بسبب إصابتهم بالنوبة القلبية، وثانياً عن الإجراءات الصحية التي سيتخذونها نتيجة لهذه النوبة. وبعد عدة أشهر، تم قياس عملهم ووظائفهم الاجتماعية. وقد وجد أن المرضى الذين يعززون سبب النوبة القلبية إلى عوامل يمكن تعديلها وتقع ضمن سيطرتهم الشخصية كانوا أكثر فاعلية في اخذ زمام المبادرة والتخطيط للنشاط لعملية الشفاء. (تايلر، 2008، ص641).

ويرتبط الأسلوب التجنبي بازدياد المعاناة النفسية مما يجعله من عوامل الخطورة في الاستجابة السلبية للمرض، إلا أن المواجهة النشطة تتنبأ بالتكيف الجيد مع مرض تصلب اللويحي المتعدد (Jopson & Moss-Morris, 2003) وربما يكون تكيف المرضى من خلال اللجوء إلى أساليب مواجهة عديدة أفضل من الذين يواجهون مرضهم بأسلوب واحد لان ذلك يعطي مواءمة جيدة في التكيف. أضف إلى ذلك توتر الذات لدى المريض لها علاقة مع حاجته للاعتماد على الآخرين حيث تتدهور استقلاليته في الحياة من خلال الضغوط المفروضة عليه وعبئه على محيطه بسبب تهديدا لذاته.

وجود علاقة سلبية بين أساليب المواجهة و جودة الحياة تفسر تأثير المرض المزمن على أداء المريض من خلال الألم، فقدان الحيوية، ضعف النشاط الجسمي المرتبط بأداء الدور، ضعف الصحة العامة... إلا أن جودة الحياة للمرضى المزمنين أفضل بشكل عام من الآثار الانفعالية الأخرى كالاكتئاب وهذا بتعزيز أساليب مواجهة مناسبة وخاصة في المراحل المتأخرة من التكيف. (Christofer, 2007).

- يمكن التنبؤ بالدور الانفعالي للمريض من خلال هوية مرضه وهذا باختيار أسلوبه طلب المساعدة و التجنب لمواجهة المرض المزمن. و بعبارة أخرى يوجد تأثير هوية المرض على افتقار

الدور الانفعالي والبدني للمريض مما يستدعي اختيار أسلوبى طلب المساعدة والتجنب باعتبارهما من الأساليب المركزة حول المرض. فغالبا ترتبط إيجابا مع العجز والاكنتاب، وسلبا مع جودة الحياة شأن الدراسة التي أجراها كل من (Javier, Aida, Marta, 2007) حول تناذر العضلات المزمن، بخلاف الأساليب المركزة حول الانفعال التي ترتبط إيجابا مع جودة الحياة، متفقا في ذلك ونتائج دراسة موس موريس على نفس المرض.

حيث كان إدراك هوية المرض أقوى بمعية العزو لأسباب نفسية وسلوكية مع نقص في حيوية المريض ودوره البدني. وجل الدراسات متفقة مع نتائج هذه الدراسة على اعتبار أن المريض يركز على الأساليب السلبية كالتجنب ويرتبط الأسلوب التجنبي بازدياد المعاناة النفسية مما يجعله من عوامل الخطورة في الاستجابة السلبية للمرض كما يمكنه أن يفاقم من عملية المرض نفسها، ويعتبر أسلوب طلب المساعدة ناتج عن تدني الذات الخاصة بفعل المرض المزمن الذي يولد الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين، وبالتالي فان تدني استقلالية المريض، وما يشكله من ضغوط وأعباء على الآخرين يمثل تهديدا للذات. ويمكن التنبؤ بالتكيف مع المرض المزمن من خلال تلك الجوانب المنبثقة عن هوية المريض، طموحاته، أهدافه، رغباته، وتطلعاته للمستقبل. فمن بين الأسباب التي تعيق التكيف للمرض المزمن أحيانا ضياع أحلام المريض ومشاريعه الحياتية.

على أن تشجيع المريض على مناقشة مثل هذه الصعوبات ربما يكشف عن طرق ومسارات أخرى بديلة قادرة على تحقيق غايته، وإيقاظ القدرة لديه على تكوين طموحات وأهداف وخطط جديدة للمستقبل. (تايلر، 2008، ص ص634-636)

- يمكن التنبؤ بالصحة النفسية، الدور البدني والدور الانفعالي من خلال العزو لأسباب خارجية وهذا باختيار أسلوب طلب المساعدة. وبعبارة أخرى يوجد تأثير عزو المريض لأسباب

خارجية كالصددمات، الضغط والصدفة على إدراك صحته النفسية وأدواره الانفعالية والبدنية المتدنية وهذا باختياره لأسلوب طلب المساعدة من الآخرين.

ففي إحدى الدراسات التي أجريت على مرضى القلب أين دلت على مدى أهمية المسائل المتعلقة بعزو أسباب المرض لعوامل خارجية أي خارجة عن السيطرة، والشعور بالضبط، وما يقابله من عزو شريك المريض لأسباب داخلية وخاضعة للسيطرة مضاد لنزعة الإنكار عند المريض، يدفع ذلك باتجاه إدراك الأشياء التي يمكن القيام بها للتقليل من النوبة القلبية، وفوق ذلك وجد أن هذا النوع من الإدراك يعد من المؤشرات المهمة في التنبؤ بنجاح إعادة التكيف، وتأهيل المرضى. وأكثر أهمية من المؤشرات الجسدية التقليدية التي يستخدمها الأطباء في التنبؤ بالتأهيل. (تايلر، 2008، ص641)

كما أن بعض الدراسات ترى بان العزو لأسباب خارجية تظهر لحفظ الذات من خلال الوظيفة الوقائية لتقدير الذات مثل دراسة "موس موريس وجونسون" حول مرض تصلب المفاصل المتعدد حيث كشفت بان المصابين الذين يعزون لعوامل نفسية لهم جودة حياة فقيرة، إلا انه يمكن التنبؤ بانخفاض في مستوى الدور والوظيفة البدنية من خلال الاعتقاد بضعف الضبط الشخصي.

(Jopson & Moss-Morris, 2003)

إلا أن "افلوك وزملائه" يرى بأنه لا يوجد إلى غاية الآن ما يشير إلى وجود علاقة بين عزو المرض للحظ أو لعوامل البيئة من جهة وتكيف المريض من جهة أخرى (Affleck, Tennen,

(Pfeiffer, & Fifiield, 1987)

إلا إن تايلر ترى أن لوم الآخرين يعتبر أسلوب لا تكيفي فإرجاع المرض لضغوط سببها أفراد من العائلة أو الزميل في العمل قد يعبر عن عدائية وصراعات لم تحل، ويمكن لأمر كهذا أن يتدخل في عملية التكيف مع المرض.(تايلر، 2008، ص639)

- التنبؤ بالوظائف البدنية للمريض من خلال عزوه للمرض لأسباب طبية وهذا باختيار أسلوب الإلحاح في النشاط والعمل لمواجهة المرض المزمن. وبعبارة أخرى يوجد تأثير لعزو المريض لعوامل طبية (كالحمية وسوء التكفل الطبي وغيرها من السلوكيات المتعلقة بالاضطراب) على الوظائف البدنية المتدنية و العاجزة مما تستدعي اختيار أسلوب الإلحاح في العمل والنشاط حيث يستمتع المريض في مثل هذه الحالات بهوياته ونشاطاته الترويحية وبقدر ما يشكله المرض المزمن من تهديد لهذه النواحي المهمة من حياة المريض بقدر ما يكون أثره سلبيا على "الذات الانجازية ومفهومها".

ولهذا نجد المريض يختار أسلوب مواجهة مركز حول الانفعال من خلال توجيه الذات إلى إعادة مصادر الإشباع الأساسية من خلال إحياء المعاني المتعلقة بتقديره وملائمته إحياء الوظائف البدنية والجسمية باستمراره في النشاط رغم كل الآثار السلبية المتعلقة بالمرض. فحين يفشل أسلوب المركز حول المشكل أو ينخفض مستواه فان المريض يختار أسلوب آخر لتقييم حالته نحو الأحسن من خلال محاولة تعديل انفعالاته نحو الايجابية، إذ أن المشكلية بصفة عامة تقود الناس إلى اختيار أساليب مركزة حول الانفعال، لعل ذلك راجع إلى أن التهديد الصحي الذي يتعرض له الفرد هو في حد ذاته يجب تحمله، ولكن لا يسهل إخضاعه لفعل مباشر. (تايلور، 2008، ص434).

التوصيات المقترحة:

انطلاقاً من نتائج الدراسة فإن الباحث يوصي بعدة اقتراحات في شكل نقاط:

- فتح مجال البحث لدراسة مرض مزمن بعينه وعلاقته بمتغيرات أخرى اجتماعية، اقتصادية، قانونية،... إذ يمكن اعتبار هذا المرض ظاهرة طبية نفسية اجتماعية معقدة.
- إعادة البحث في نفس موضوع الدراسة بتوسيع نطاق عينة البحث، باستعمال أدوات أخرى، وخاصة مقياس لأساليب المواجهة يتضمن أساليب متعددة ومتنوعة.
- نقترح على السلطة الوصية تقديم خدمات نفسية لهذه الفئة من المرضى وهذا لانعدامها، كون أساليب التعامل مع المرض تحتاج إلى مساعدة نفسانية يفقه فيها كل ما يتعلق بكيفية إعداد الأساليب الانفعالية والمعرفية من طرف المريض، بالإضافة إلى تقديم أيام إعلامية وتثقيفية ، باعتبار أن الوقاية هي خير علاج.

خاتمة

خاتمة

كانت هذه الدراسة أول دراسة عربية تكشف دور الأساليب المختلفة لمواجهة المرض المزمن لأشخاص يعانون من مرض مزمن. وقد أضافت مساهمة مهمة للإطار النظري من خلال إلقاء الضوء على العلاقات والتنبؤات بين المتغيرات. إلا أنه بسبب أن الدراسة اعتمدت بشكل كبير على البيانات الارتباطية و نموذج الدراسة الاستعراضية، فإنه لا يمكن إيجاد نتائج دقيقة فيما يخص اتجاه ووقت نظام العلاقات، على سبيل المثال تم التوصل إلى أن إدراك المرض يؤثر على المواجهة والذي بدوره يؤثر على جودة الحياة. ورغم ذلك يمكن لجودة الحياة أن تغذي الاعتقادات حول الألم فمثلا من الممكن أن يكون مصاب بضغط نفسي لأسباب متعددة (الانعزال عن المجتمع مثلا) فإن أشكال التفكير السلبي هذا من الممكن بان يؤثر على إدراك المرض حول آلامه.

إن العلاقات بين إدراك المرض و نتائج المواجهة بلا شك معقدة، وأكثر من ذلك حسب ليفنثال وزملائه فإن المعنى المشترك للمرض يعتبر ذو شكل دينامي تكراري أين تكون المعلومات المتعلقة بتصور المرض والمواجهة متجددة وتغذى رجعيا خصوصية الضبط الذاتي للشخص المريض. ومن أجل تعريف تعقيد هذا النوع من العلاقات تتطلب دراسة أخرى طويلة مستقبلا، من الممكن أن تساعد إلقاء الضوء على اتجاه مثل هذه العلاقات.

من المهم اخذ بعين الاعتبار العناصر المرتبطة بعينة الدراسة من حيث حجمها، مكانها وزمانها من أجل تعميم نتائج الدراسة. وكان حجم عينة الدراسة معتبرا بمقارنتها مع معظم عينات الدراسات السابقة التي تفحص نموج الضبط الذاتي في كل من المرض والألم المزمنين.

في الحقيقة فهذه العينة احتوت مصابين بمرض مزمن مما سمح بإضافة مجال كبير من شروط آثار المرض المزمن. ورغم ذلك فإنه يعتبر من الناحية العملية أن أشكال المعتقدات وأساليب المواجهة تختلف عبر مجموعات المرض المزمن المختلفة. وهذه الاختلافات لم يكن من الممكن إلقاء الضوء عليها في هذه الدراسة.

رغم أن النتائج يمكن مقارنتها بعينة المصابين بالمرض المزمن فإنه يجب الحذر عند تطبيق هذه النتائج على الفئات الغير ممثلة تمثيلا كبيرا في العينة.

اعتبرت هذه الدراسة كتطبيق نظري لما جاء به نموذج الضبط الذاتي لتصورات المرض. كما كشفت أيضا الضوء على كيفية استعمال ما جاء به الباحث "ليفنثال" في الواقع، حول كيفية إدارة المرض المزمن. بالإضافة إلى ما لأهمية الاستخدامات العيادية من خلال التدخل الذي يعود بالفائدة في محاولة تعزيز التكيف مع ازمانية المرض، أين تظهر مختلف المعتقدات والتصورات المساهمة في التنبؤ بافتقار جودة الحياة، وما لأهمية دور الوساطة لبعض الأساليب المختارة لمواجهة الوضعية الصحية الجديدة على حياة المريض، كما كشفت الدراسة عن كيفية دعم البرامج العلاجية والتأهيلية الرامية إلى تغيير المعتقدات الغير تكيفيه مثل العلاج المعرفي السلوكي. وهذا لمحاولة دعم بعض مقاربات العلاج النفسي من خلال الإجابة على أسئلة الاختبارات (ذاتيا من طرف المريض) المستخدمة في الدراسة والمتعلقة بتصورات المرض، وبعض أساليب المواجهة خصوصا في المراحل المتأخرة من المرض، لكشف مدى تجسيد خبرات المريض المزمن الصالحة الاستخدام في النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

1. أبركان، الصالح. (2011). إدراك المرض وأساليب التدبير لدى مرضى التكلس الرئوي، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة باتنة، الجزائر.
2. بلعزوق، جميلة. (1991). الكفالة النفسية لدى ذوي العجز الكلوي الزمن باستخدام تقنيات معرفية سلوكية، رسالة ماجستير، معهد علم النفس، جامعة الجزائر.
3. تيلور، شيلي. (2008). *علم النفس الصحي* (وسام درويش، بريك، مترجم) (ط1). الأردن.
4. عبد النور، محسن (2006). تسيير المرض والاستشفاء وفق تفاعلات الطفل المصاب بالسرطان مع الوسط الأسري والنظام الطبي داخل المستشفى، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
5. قيرة، اسماعيل. دليمي، عبد الحميد (2006). التصورات الاجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا،
6. مخبر الإنسان والمدينة، جامعة منتوري -قسنطينة.
7. ناصر الدين، دنيا (13ماي 2013). انتشار أزيد من 10 أمراض مزمنة بينها المعدية: أرقام مخيفة عن واقع صحي متدهور في الجزائر، *جريدتي*، ص21.

المراجع الأجنبية:

8. Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *J.Pers.Soc.Psychol.*, 53, 273-279.
9. Alethea,A,S.(2010). *Illness Representation, Coping and Psysocial Outcome in Chronic Pain.* , PHD Thesis. University of Southampton, School of Psychology, uk.

10. Alexa. K, Stenfbergen, Loraine phillips, Wayrene voelmeeek, Reenee Brwder. (2006). Illness perception and related outcome among women with fibromyalgia syndrome. *Women's Health Issues* .16:353-360.
11. Ann bowling. (2001). Health-related quality of life, Review of Disease-Specific Quality of life Measurement Scales, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, Philadelphia, British Open University Press Buckingham , 1 – 19.
12. Baumann, L. J., Cameron, L. D., Zimmerman, R. S., & Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychol.*, 8, 449-469.
13. Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., and Sereika, S. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: A preliminary investigation. *Family Practice*. 18(3): 314-320.
14. Becker, N., Bondegaard, T. A., Olsen, A. K., Sjogren, P., Bech, P., & Eriksen, J.(1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73, 393-400.
15. Brown, G. K. & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31,53-64.
16. Carlisle, A. C., John, A. M., Fife-Schaw, C., & Lloyd, M. (2005). The selfregulatory model in women with rheumatoid arthritis: relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *Br.J.Health Psychol.*, 10, 571-585.

17. Carrie,D, Llewellyn, Mark , Gurk, M, and Weinmann ,J. (2007) . Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining change in outcome over times? *Journal of Psychosomatic Research*.63:17-26.
18. Cartwright, T. and Lamb, R. (1999). The self-Regulatory model: a framework for chronic illness. Paper presented at The British Psychological Society of Health Psychology Annual Conference. Leeds, England.
19. Chateaux .V, Spitz E .(2006). Perception de la maladie et adherence therapeutique chez des enfants asthmatiques. *Pratique Psychologique –paris* .12 :1-16.
20. Christofer ,I,F .(2007). Illness Representations, Coping, and Quality of Life in Patients with Hepatitis C Undergoing Antiviral Therapy. PHD Thesis, University of Cincinnati, School of Nursing,USA.
21. Claire .Haward, Claire. N Hallas, J O wray ,Martin carby. (2009). The relationship between illness perception and panic in chronic obstructive pulmonary diseases. *Behavior Research and Therapy* .47: 71-76.
22. Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., & Goldsmith, D. J. A. (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, 2078-2083.
23. Danièle M. (2006). Comparaison de La qualité de vie globale entre plusieurs groupes de sujets affectés par différent trouble de santé ainsi qu'avec des sujets en santé, Thèse d'honneur présentée comme exigence partielle dans le cadre du cour activité de recherche en psychologie, Université du Québec. CANADA.
24. Dekkers, W. J. M. (2001). Autonomy and dependence: Chronic physical illness and decision making capacity. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 4:185-192.

25. De Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review, 21*(2), 205-240.
26. Diefenbach, M. A. & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless, 5*(1), 11-38.
27. Diener, Ed. (2000). Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist, 55* (1), 34-43.
28. Dunn, K. M., Croft, P. R., Main, C. J., & Von, K. M. (2008). A prognostic approach to defining chronic pain: replication in a UK primary care low back pain population. *Pain, 135*, 48-54.
29. Dysvik, E., Lindstrom, T. C., Eikeland, O. J., & Natvig, G. K. (2004). Healthrelated quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag.Nurs., 5*, 66-74.
30. Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *Br.J.Anaesth, 87*, 144-152.
31. Edgar, K. A. & Skinner, T. C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes.
32. *J.Pediatr.Psychol., 28*, 485-493.
33. Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet, 354*, 1248-1252.
34. Endler, N. S., Corace, K. M., Summerfeldt, L. J., Johnson, J. M., & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences, 34*, 323-346.

35. Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences, 30*, 617-625.
36. Ferreira .C , gray M C , Renier F, Acherchard, F Bricaire. (2010). Les representations de la maladie et des effets secondaires du TRT ANTIRETROVERAL comme déterminant de l'observance chez les patients VIH . *Annals Medicopsychologique. 168 :25-33.*
37. Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2002).
38. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br.J.Clin.Psychol., 41*, 157-174.
39. Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., & Griffiths, C. E. (2000).
40. Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *Br.J.Health Psychol., 5*, 71-82.
41. Foster, N. E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J. et al.(2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain, 136*, 177-187.
42. Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing Moderator and
43. Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling*
44. *Psychology, 51*, 115-134.
45. Germino, B. B. (1998). When a chronic illness becomes terminal. *ANNA Journal, 25(6)*, 579-582.
46. Goldstein, L. H., Holland, L., Soteriou, H., & Mellers, J. D. (2005). Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy Res., 67*, 1- 11.

47. Graves, H., Scott, D. L., Lempp, H., & Weinman, J. (2009). Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *J.Psychosom.Res.*, Article in press.
48. Gray, S. E. & Rutter, D. R. (2007). Illness representations in young people with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychology and Health*, 22, 159-174.
49. Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology and Health*, 20, 597-613.
50. Grotle, M., Vollestad, N. K., Veierod, M. B., & Brox, J. I. (2004). Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*, 112, 343-352.
51. Gureje, O., Von, K. M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280, 147-151.
52. Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.
53. Hagger, M. S. & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health*, 20(2), 161-173.
54. Han, K., Lee, P., Lee, S., & Park, E. (2003). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 139-144.
55. Hair, J. E., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

56. Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *Br.J.Health Psychol.*, 4, 137-149.
57. Heijmans, M. & de Ridder D. (1998). Assessing illness representations of
58. chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *J.Behav.Med.*, 21, 485-503.
59. Heijmans, M. J. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue
60. syndrome: importance of illness cognitions. *J.Psychosom.Res.*, 45, 39-51.
61. Hill, S., Dziedzic, K., Thomas, E., Baker, S. R., & Croft, P. (2007). The illness perceptions associated with health and behavioural outcomes in people with musculoskeletal hand problems: findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Rheumatology.(Oxford)*, 46, 944-951.
62. Hobro, N., Weinman, J., & Hankins, M. (2004). Using the self-regulatory model to cluster chronic pain patients: the first step towards identifying relevant treatments? *Pain*, 108, 276-283.
63. Holahan, C. J., Holahan, C. K., Moos, R. H., & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2), 152-163.
64. Holmes, J. A. & Stevenson, C. A. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychol.*, 9, 577-584.
65. Jaspers, J. P., Heuvel, F., Stegenga, B., & de Bont, L. G. (1993). Strategies for coping with pain and psychological distress associated with temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement. *Clin.J.Pain*, 9, 94-103.
66. Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2007). Changes after

67. multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131, 38-47.
68. Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
69. Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203-216.
70. Jopson, N. M. & Moss-Morris, R. (2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J.Psychosom.Res.*, 54, 503-511.
71. Kaptein, A. A., Helder, D. I., Scharloo, M., van Kempen, G. M., Weinman, J., Van Houwelingen, H. C. et al. (2006). Illness perceptions and coping explain well-being in patients with Huntington's disease. *Psychology and Health*, 21, 431-446.
72. Katz, J., Ritvo, P., Irvine, M. J., & Jackson, M. (1996). Coping with Chronic Pain. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research and applications* (pp. 252-278). New York: John Wiley.
73. Khan, I. H., Garratt, A. M., Kumar, A., Cody, D. J., Catto, G. R. D., Edward, N., et al. (1995). Patients' perception of health on renal replacement therapy: Evaluation using a new instrument. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 10, 684-689.
74. Kristopher J. P (2013). *The Free Statistics Calculators Website*. Retrieved 12/06/2013 at: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>
75. Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.

76. Lee, C. Y., & Harrison, S. A. (2005). Antiviral therapy for the management of hepatitis C. *Hospital Physician*, 31-36.
77. Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychol.*, 8, 195-219.
78. Lau, R. R. & Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common sense illnesses. *Health Psychol.*, 8, 195-219.
79. Letzelter. (2000). La Qualité de vie, en prendre toute la mesure, MAPI Values – Lyon, retiré le 20 mars 2009, de [://www.mapi-research-inst.com/index02.htm](http://www.mapi-research-inst.com/index02.htm).
80. Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 143-163.
81. Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense
82. representation of illness danger. In S.Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.
83. Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A.Baum, S. E. Tayloy, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: sociological aspects of health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
84. Linde, K., Witt, C. M., Streng, A., Weidenhammer, W., Wagenpfeil, S.,
85. Brinkhaus, B. et al. (2007). The impact of patient expectations on outcomes in four randomized controlled trials of acupuncture in patients with chronic pain. *Pain*, 128, 264-271.
86. MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychol.Methods*, 7, 83-104.

87. Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychol.*, 4, 115-135.
88. Moss-Morris, R. (2005). *Using and Scoring the IPQ-R Subscales*. Retrieved 18/01/2008 at <http://www.uib.no/ipq/pdf/IPQ-R-CP.pdf>.
89. Moss-Morris, R., Humphrey, K., Johnson, M. H., & Petrie, K. J. (2007). Patients' perceptions of their pain condition across a multidisciplinary pain management program: do they change and if so does it matter? *Clin.J.Pain*, 23, 558-564.
90. Moss-Morris, R., Petrie, K. J., & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role. *Br.J.Health Psychol.*, 1, 15-25.
91. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
92. Musschenga. (1997). The relation between Concepts of quality of life, Health, and Happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 11-
93. National Chronic Care Consortium (2001). *Primary care for people with chronic conditions: Issues and Models*. Retrieved April 3, 2004 from
94. <http://www.hhp.umd.edu/AGING/MMIP/TApapers/TApaper8.pdf>
95. Nerenz, D. R. & Leventhal, H. (1983). *Self-regulation theory in chronic illness*. In. T. G. Burish (Ed.), *Coping with chronic disease*, pp. 13-37. Academic Press.
96. Nicassio, P. M., Schoenfeld-Smith, K., Radojevic, V., & Schuman, C. (1995). Pain coping mechanisms in fibromyalgia: relationship to pain and functional outcomes. *J.Rheumatol.*, 22, 1552-1558.

97. Nicklas, L. B., Dunbar, M., & Wild, M. (2009). Adherence to pharmacological treatment of non-malignant chronic pain: The role of illness perceptions and medication beliefs. *Psychology and Health*, 1-15.
98. Nielson, W. R. & Jensen, M. P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain*, 109, 233-241.
99. Nordenfelt L. (1994). Concept and Measurement of Quality of Life in Health Care, Londres, Kluwer Academic Publishers. UK.
100. O'Neill, E. S. (2002). Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Heart Lung*, 31, 295-300.
101. Orbell, S., Johnston, M., Rowley, D., Espley, A., & Davey, P. (1998). Cognitive representations of illness and functional and affective adjustment following surgery for osteoarthritis. *Social Science and Medicine*, 47, 93-102.
102. Paulhan. I. (1992). Le concept de coping , l'année psychologique –France , vol92, 4 ;545- 557 .
103. Petrie, K. J., & Moss-Morris, M. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
104. Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N. & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191-1193.
105. Pupat, A . (2007) .La Perception de la Maladies et le Coping chez les Personnes Fibromyalgique. M.Sc Thesis. Université de Toulouse ; Lemirail. France.

106. Racil. H, Benamar .J, Cheikh .S, Rouhou .I, Ridene S, Yalaoui. A, Chabbou ,(2010). Syndrome de caplan et collinet; Approche immunologique , *Revue Francaise d'Allergologie*.50 ;36- 39.
107. Rahe .R .H, Anthur. R .J ,(1978) ; Life change and illness studie , past history and futur direction , *Journal of Human Stress* ;4,-3- 15 .
108. Raphael, D., Renwick, R., Brown, I., & Rootman, I. (1996). Quality of life indicators and health: Current status and emerging conceptions. *Social Indicators Research*, 39, 65-88.
109. Raymond, B,Durand,MJ,Coutu,MF,Coté,D,Ngomo,(2008), L'inliancedes representations de la maladie,de la douleur,et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail, institut de recherche Robert-Sauvé en santè et securité de travail,Québec .
110. Robert. R, Lauwerys, (2003); Toxicologie industrielle et intoxication professionnelle, 4ème édition, paris.
111. Romano. J. M, Jensen. M .P, Turner. J .A, (2003) ; Chronic pain coping inventory ; 42 Rliability and Validity, *Pain* , 104; 65- 73 .
112. Rolland. (2000). le Bien-être subjectif, une revue de question. *Pratiques Psychologiques*, 1, 5-21.
113. Rutter, C. L. & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br.J.Health Psychol.*, 7, 377-391.
114. Schweitzer .Marilou ,(2002). Psychologie de santé modèles, concepts et methodes, Dunod, paris.

115. Scharloo, M., Kaptein, A. A., Schlosser, M., Pouwels, H., Bel, E. H., Rabe, K. F. et al. (2007). Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J.Asthma*, 44, 575-581.
116. Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J., & Rooijmans, H. G. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br.J.Dermatol.*, 142, 899-907.
117. Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N.,
118. Bergman, W. et al. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J.Psychosom.Res.*, 44, 573-585.
119. Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S.Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology* (pp. 290- 312). Washington, DC: American Sociological Association.
120. Siegel, L., Schrimshaw, E. & Dean, L. (1999). Symptom interpretation and medication adherence among late middle age and older adults. *Journal of Health Psychology*, 4(2),247-257.
121. Silverman, M., Musa, D., Kirsch, B., & Siminoff, L. A. (1999). Self care for chronic illness: Older African Americans and whites. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, 169-180.
122. Steed, L., Newman, S. P., & Hardman, S. M. (1999). An examination of the self regulation model in atrial fibrillation. *Br.J.Health Psychol.*, 4, 337-347.
123. Stuifbergen, A. K., Phillips, L., Voelmeck, W., & Browder, R. (2006). Illness perceptions and related outcomes among women with fibromyalgia syndrome. *WomensHealth Issues*, 16, 353-358.

124. Suls, J., Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant coping strategies, *Health Psy.* 4; 249-288.
125. Thorn, B. & Dixon, K. E. (2007). Coping with Chronic Pain: A Stress-Appraisal Coping Model. In E. Martz & H. Livneh (Eds.), *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical Aspects* (pp. 313-336). Springer.
126. Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85, 115-125.
127. van Wilgen, C. P., van Ittersum, M. W., Kaptein, A. A., & van, W. M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis Rheum.*, 58, 3618-3626.
128. Vaughan, R., Morrison, L., & Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *Br.J.Health Psychol.*, 8, 287-301.
129. Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., Becker, J. (1985). The ways of coping checklist; Revision and psychosomatic properties, *Multivariate Behavioral Research* 20;3-26.
130. Weinman, J. & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 42(2), 113-117.
131. Wolff, B., Burns, J. W., Quartana, P. J., Lofland, K., Bruehl, S., & Chung, O. Y. (2008). Pain catastrophizing, physiological indexes, and chronic pain severity: tests of mediation and moderation models. *J.Behav.Med.*, 31, 105-114.
132. Zender, M., Endler, N.S. (1996). *Handbook of coping theory research and Application* John Wiley and Sons, USA.

ملاحق

بيانات عامة

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة :

- 1- السن:.....
- 2- الجنس: ذكر أنثى
- 3- الحالة المدنية : عازب متزوج مطلق أرمل
- 4- المستوى الدراسي : ابتدائي متوسط ثانوي جامعي
- 5- المستوى الاقتصادي : منخفض متوسط مرتفع
- 6- مدة المرض :
- 7- نوع المرض :

تعليمات

اقرأ كل عبارة مما يلي وأجب عنها بعناية، وقرر إلى أي مدى تعبر عن مشاعرك و سلوكك.

اختر إحدى الخانات لتحديد تقدير مدى انطباقها عليك، وذلك بوضع علامة (X) في إحدى الخانات المقابلة للعبارة .

اجب على كل العبارات ولا يجب التفكير طويلا ، ولا تترك عبارة بدون إجابة .
لاتوجد إجابة صحيحة أو خاطئة ، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك .
البيانات المعطاة لن تستخدم في غير أغراض البحث العلمي.

ملحق (1) استبيان جودة الحياة (المراجعة الثانية)

تعليمات:

من فضلك اجب على كل الأسئلة، فبعض الأسئلة يمكن أن تكون متشابهة إلا أنها مختلفة عن بعضها البعض، خذ الوقت الكافي للقراءة والإجابة عن كل سؤال وبحذر، اختر الجواب الأقرب لحالتك وذلك بوضع علامة (X) في خانة واحدة فقط.

الأسئلة:

1 تقول عن صحتك بشكل عام أنها:

ممتازة جيدة جدا جيدة متوسطة ضعيفة

2 كيف ترى صحتك الآن مقارنة بالسنة الماضية:

- أحسن بكثير من السنة الماضية
 أحسن بقليل من السنة الماضية
 بالتقريب مثل السنة الماضية
 أسوأ بقليل من السنة الماضية
 أسوأ بكثير من السنة الماضية

3 الأسئلة التالية متعلقة بنشاطاتكم اليومية: إلى أي مدى تؤثر صحتك الحالية على النشاطات

التالية؟

a- النشاطات المرهقة (الجري، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضات مكثفة)

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

b- النشاطات المتعددة والخفيفة (تحريك طاولة، القيام بكنس وتنظيف)

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

c- رفع أو حمل علب

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

d- صعود طوابق عدة عبر السلالم (الدروج) على التوالي

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

e- صعود طابق واحد عبر السلم (الدروج)

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

f- الجلوس على الكعبين (تقعمر)، الانحناء

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

g- المشي أكثر من كيلومتر ونصف

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

h- المشي لبعض مئات الأمتار

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

i- المشي مائة متر

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

ج- اخذ حمام أو غسل

تؤثر كثيرا تؤثر قليلا لا تؤثر إطلاقا

4- خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية التالية،

نتيجة صحتك الجسدية

a- التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

b- انجاز اقل مما تريد

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

c- كانت (المشاكل) مرتبطة بنوع من العمل أو النشاط

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

d- تواجه صعوبات في انجاز العمل أو النشاطات الأخرى (مثل: القيام بجهد اكبر لنشاط

معتاد)

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

5- خلال الأربعة أسابيع الماضية، هل واجهت المشاكل التالية أثناء نشاطاتك اليومية نتيجة

لصحتك النفسية (مثل أن تكون قلقا ومكتنبا)؟

a- التقليل من وقت العمل أو من النشاطات الأخرى

دائما غالبا أحيانا نادرا أبدا

b- انجاز اقل مما كنت تريد

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

c- انجاز عمل أو نشاطات أخرى بدقة أقل من المعتاد

دائماً غالباً أحياناً نادراً أبداً

6 خلال الأربعة أسابيع الماضية، إلى أي مدى أثرت صحتك الجسمية و/ أو النفسية في علاقاتك

الاجتماعية المعتادة مع الأيوين، الأصدقاء، الجيران، جماعة الرفاق؟

لم تؤثر أثرت بشكل خفيف أثرت بشكل معتدل أثرت كثيراً أثرت بشدة

7 ما هو مستوى الألم الجسدي الذي عايشته خلال الأربعة أسابيع الماضية؟

لم يحدث حدث قليلاً حدث بشكل معتدل حدث كثيراً حدث بشدة

8 خلال الأربع أسابيع الماضية، إلى أي مدى اثر الألم في علاقتك بعملك اليومي (عملك داخل

وخارج المنزل)؟

لم يؤثر اثر قليلاً جداً اثر قليلاً اثر بشكل متوسط اثر كثير اثر كثيراً جداً

9 الأسئلة التالية تتعلق بكيفية إحساسك وكيفية تماشي الأحداث خلال الأربع أسابيع الماضية،

اجب على الاختيار الأقرب من إحساسك؟

a- هل كنت حيويًا؟

كل الوقت غالباً أحياناً نادراً أبداً

b- هل كنت عصبياً؟

كل الوقت غالباً أحياناً نادراً أبداً

c- هل أحسست بانخفاض الهمة لدرجة لم يستطع أحداً أن يواسيك؟

كل الوقت غالباً أحياناً نادراً أبداً

d- هل كنت هادئاً وساكن؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

e- هل كنت ممتلئ بالطاقة (أي نشيطا)؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

f- هل كنت حزينا أو مكتئبا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

g- هل كنت منهكا (متعبا جدا)؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

h- هل كنت سعيدا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

i- هل كنت متعبا؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

10- خلال الأربعة أسابيع الأخيرة، هل أثرت صحتك الجسمية أو النفسية على علاقتك مع

الأبوين، الأصدقاء، الجيران، جماعة الرفاق؟

كل الوقت غالبا أحيانا نادرا أبدا

11- قيم العبارات التالية مقارنة مع وضعيتك الحالية

a- يبدو أنني أفعل مريضا بسهولة أكثر من الآخرين

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا ادري خطأ نوعا ما خطأ جدا

b- أنا أيضا بصحة وأفضل من أي احد

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا ادري خطأ نوعا ما خطأ جدا

c- أتوقع أن تتقهر صحتي

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا ادري خطأ نوعا ما خطأ جدا

d- صحتي ممتازة

صحيح جدا صحيح نوعا ما لا ادري خطأ نوعا ما خطأ جدا

ملحق (2) مقياس إدراك المرض المعدل

أوافق تماما	أوافق	حيادي	لا أوافق	لا أوافق تماما	البيان
					الجدول الزمني حاد/مزمن
					1- يستمر مرضي لوقت قصير.
					2- من الممكن أن يكون مرضي دائما لا مؤقتا.
					3- سيدوم مرضي طويلا.
					4- سينتهي هذا المرض سريعا.
					5- أتوقع أن هذا المرض سيرافقني إلى آخر أيام حياتي.
					6- سيتحسن مرضي في الوقت المناسب
					النتائج
					7- أعتبر أن مرضي حالة خطيرة.

					8- أثر مرضي كثيرا على حياتي.
					9- لم يكن لمرضي أيه آثار على حياتي.
					10- غير مرضي كثيرا من نظرة الناس نحوي.
					11- جعلني مرضي متأثر ماديا.
					12- سبب مرضي صعوبات لأقربائي.
					التحكم الذاتي
					13- أستطيع أن أقوم بعدة تصرفات لأتحكم في أعراض مرضي.
					14- تؤثر طريقة تصرفي على تطور مرضي.
					15- أتحكم في تطور مرضي.
					16- لا يؤثر على مرضي كل ما أقوم به.
					17- املك القوة على التأثير على مرضي.
					18- ليس لتصرفاتي أي تأثير على نتائج مرضي.
					فعالية العلاج
					19- أستطيع بأشياء بسيطة تحسين حالتي.

					20- سيكون للعلاج فعالية في الشفاء من مرضي.
					21- قد يسبب العلاج مضاعفات سلبية في مرضي.
					22- قد يتحكم العلاج في مرضي.
					23- ما من شيء يمكن فعله لتحسين حالتني الصحية.
					<i>الانسجام مع المرض</i>
					24- لا افهم أعراض مرضي.
					25- اعتبر مرضي شيء غامض.
					26- لا افهم مرضي.
					27- لا يوجد عندي معنى لمرضي.
					28- افهم جيدا مرضي.
					<i>الجدول الزمني دوري</i>
					29- تتغير أعراض مرضي كثيرا من يوم لآخر.
					30- تظهر أعراض مرضي ثم تختفي من وقت لآخر.
					31- لا يمكن التنبؤ بتطور مرضي.

					32- أمر بمراحل حيث يسوء تماما مرضي أو يتحسن تماما.
					الصور الانفعالية
					33- اكتئب عندما أفكر في مرضي.
					34- اشعر بالإحباط عندما أفكر في مرضي.
					35- يغضبني كثيرا مرضي.
					36- لا يخيفني مرضي.
					37- يجعلني مرضي قلقا.
					38- يشعرني مرضي بالخوف.

إن القائمة التالية هي مجموعة من الأعراض التي عايشتها أو أنك لم تعايشها خلال مرضك . من فضلك ضع علامة () في الخانة على نعم أو لا وكذلك إذا كنت تعتقد أن هذه الأعراض ترتبط بمرضك، ضع إشارة في الخانة المناسبة بنعم أو لا.

هذه الأعراض ترتبط بمرضي		قد عشت هذه الأعراض خلال مرضي		
لا	نعم	لا	نعم	
				الألم
				الم في الحلق
				الغثيان
				صعوبة التنفس
				فقدان الوزن
				التعب
				صلابة في المفاصل
				ألام العينين
				خرخرة وصعوبة التنفس
				وجع الرأس
				ألام البطن والأمعاء
				صعوبات النوم
				الدوخة والدوار
				خور القوى

موافق تماما	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق تماما	الأسباب الممكنة
					الضغط والهموم C1-
					الوراثة C2-
					ميكروب أو فيروس C3-
					الحمية الغذائية C4-
					الصدفة أو الحظ السيئ C5-
					سوء التكفل الطبي سابقا C6-
					تلوث البيئة C7-
					سلوكي الخاص C8-
					اتجاهاتي المعرفية أو العقلية C9-
					المشاكل العائلية C10-
					الإجهاد والإرهاق C11-
					حالتي الانفعالية (شعور بالنقص، القلق) C12-
					التقدم في السن C13-
					الخمر والكحول C14-
					التدخين C15-
					الحوادث والصدمات C16-
					شخصيتي C17-
					اضطراب المناعة C18-

ملحق (3) مقياس أساليب المواجهة

البند	دائما	أحيانا	غالبا	أبدا
1- أتخيل صورة هادئة ومسلية لاسترخي.				
2- لا أولي اهتماما للألم				
3- استرخي.				
4- ابحث عن مساعدة صديق.				
5- اطلب من شخص أن يفعل شيئا لي.				
6- أقول لنفسي إن الأمور يمكن أن تكون أسوأ				
7- أتجنب استخدام جزء من جسمي (مثل اليد، الذراع أو الساق)				
8- أركز على استرخاء عضلاتي				
9- اجلس على الأرض وأتمدد ما لا يقل عن 10 ثواني.				
10- أقول لنفسي بان الأمور ستتحسن.				
11- ابحث عن مساعدة فرد من العائلة				
12- استرخي قدر المستطاع.				
13- أتحدث إلى قريب لي.				
14- أهاتف صديق لمساعدتي حتى اشعر بالأفضل.				
15- أفكر في كل ما هو جيد لي.				
16- اطلب المساعدة للقيام بواجب أو مهمة.				
17- أقول لنفسي إن ألمي سينقص وينخفض.				
18- لا اسمح للألم بان يزعجني في القيام بأنشطتي.				
19- أقوم بالتمارين الرياضية التي تزيد من معدل ضربات القلب ما لا يقل عن 15 دقيقة.				

				20- لا امشي كثيرا بسبب ألمي.
				21- لا اهتم بالألم بكل بساطة.
				22- امشي بتعرج للحد من الألم.
				23- أقوم بالتأمل حتى استرخي.
				24- أتمدد على ظهري لاسترخي ما لا يقل عن 10 ثواني.
				25- أحافظ على إبقاء جزء من جسمي (مثل اليد) في وضعية خاصة.
				26- اطلب المساعدة لجذب، أو رفع أو دفع شيء ما.
				27- أقوم بتمارين رياضية لتحسين لياقتي البدنية ما لا يقل عن 5 دقائق.
				28- ابحث عن المساعدة من خلال التحدث إلى صديق أو احد أفراد الأسرة.
				29- أتذكر أن هناك أشخاص في حالات أسوء من حالتي.
				30- لا أقف كثيرا.
				31- استرخي فوق السرير.
				32- أتجنب بعض الأنشطة البدنية مثل (الرفع، الدفع، الأخذ).
				33- استخدم التنويم المغناطيسي الذاتي حتى استرخي.
				34- أواصل.
				35- أقوم بشد عضلاتي حين اشعر بالألم ما لا يقل عن 10 ثواني.
				36- أتجنب النشاط.

				37- أبقى وحيدا في الغرفة حتى استرخي.
				38- أتنفس بعمق وببطء لاسترخي.
				39- أقوم بتمارين رياضية لتقوية عضلات ظهري ما لا يقل عن دقيقة واحدة.
				40- اطلب من احدهم ليحضرن لي شيئا ما (أدوية، غذاء،،،
				41- لا ادع الألم يؤثر في ما افعله.
				42- استرخي على الأريكة.