

العزو السببي للمرض وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والخاضعين

للغسيل الكلوي

الصالح أبركان / جامعة خنشلة

ملخص :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين عزو مرض القصور الكلوي المزمن وجودة الحياة المرتبطة بالصحة، من خلال تطبيق نموذج المعنى المشترك أو الضبط الذاتي . وقد اشتملت عينة الدراسة على 100 مصابا بهذا المرض من القاطنين بولاية باتنة و اريس، الجزائر. ولقد تم الاستعانة بأداتين للقياس هما: (مقياس إدراك المرض المعدل ، ومقياس SF36 v2). و تم تحليل البيانات إحصائيا بالاستعانة بالمجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وباستخدام أسلوب: معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين متغيرات الدراسة، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد (المتدرج) للتحقق من جودة الحياة من خلال العزو السببي للمرض. وقد توصلت الدراسة إلى: وجود علاقة بين عزو القصور الكلوي المزمن وجودة الحياة لدى أفراد العينة ابلغت قيمة الارتباط ($r=0,50$ - الى $r=0,60$). كما يوجد تأثير العزو لاسباب طبية على الوظيفة البدنية حيث بلغت قيمة $r^2=0,20$ ، بالإضافة لتأثير العزو لاسباب خارجية على كل من المستوى الاقتصادي للمريض، مستوى الصحة النفسية له وكذا على الدور البدني ($r^2=0,34$ ، $r^2=0,40$ و $r^2=0,16$) ووجود تأثير مدة الإصابة بالمرض على الوظيفة الاجتماعية للمريض حيث بلغت قيمة $r^2=0,10$.

الكلمات المفتاحية: العزو السببي ، القصور الكلوي المزمن ، جودة الحياة المتعلقة بالصحة ، نموذج الضبط الذاتي.

مقدمة

احصت 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 بـ (ناصر الدين، 2013، ص21). الأمراض المزمنة الآن هي السبب المباشر في الموت والعجز في البلدان النامية وانتشارها يزداد خصوصا عند المسنين. (Cioffi, 1991). كما احصت حوالي أكثر من 23900 مصابا بالقصور الكلوي المزمن، من بينهم 91 بالمائة يعالجون بالغسيل الكلوي (وزارة الصحة الوطنية، 2016)

إن التعريف الذي يصف كل من المكونات الجسمية والنفسية للمرض المزمن هو الذي يعرفه على انه 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 انه متواصل ومستمر كل الوقت، منتشر في جل مظاهر الحياة ويأخذ مسارا يمكننا من التنبؤ والضببط. والتعامل مع المرض المزمن مرورا بالتشخيص وصولا إلى العلاج ثم إدارة ازمانيته يستطيع أن يكون صعبا، 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 لفنتال 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، ثانيا المرض كجزء من حياة

المريض يعيش معه. وأخيرا 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 مستنيرة 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 اهتماما واسعا في الأطر النظرية. يستطيع نموذج الضبط الذاتي أن يعرف تصورات المرض المزمّن 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).

و فعلا 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 الما وراء 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 الرثوي المزمن (rheumatoid arthritis) (Carlisle, Schaw, & Lloyd, 2005; Graves, Scott, Lempp, & Weinman, 2009; Groarke, Curtis, 2005 et al)

تناذر العياء المزمن، (CFS; Gray & Heijmans, 1998; Moss-Morris, 2005), Rutter, 2007; السكري

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

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). بالأمرض 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 تحضيرا للمستقبل 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 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 تضاعف تطوير صورة جديدة للذات قبل تطور المرض. (Dekkers, 2001) ولنموذج المعنى المشترك عدة قدرات، إذ 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)، التصلب اللويحي، (Jopson & Moss-Morris, 2003)، مرض القلب، (Cooper, Lloyd, Weinman, & Jackson, 1999)، العقم (Fabbri, Kapur, Wells, & Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2004)، الصرع (Elliott, Elliott, Murray, Braun, & Johnson, 1996)، السرطان (Creed, 2001)، والحساسية. (Knibb & Horton, 2008). وبعد ذلك لقي هذا النموذج استعمالا 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).

ففي دراستنا الحالية نسعى إلى اكتشاف عمل نموذج الضبط الذاتي لدى عينة من المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن من خلال محاولة الاجابة على التساؤلات التالية: هل يمكن ايجاد علاقة بين العزو المدرك وجودة الحياة المتعلقة بصحة المصاب بالقصور الكلوي المزمن؟ وهل للغسيل الكلوي علاقة بمستويات الاداء لدى المريض؟ وهل يمكن التنبؤ بجودة الحياة من خلال العزو السببي للمريض؟،
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 بالقصور الكلوي المزمن، بالإضافة إلى الوقوف أمام اعتبارات المريض اتجاه معاناته، وآلامه التي يحس بها من خلال كيفية تعامله مع المرض ومع الغسيل الكلوي، وهذا بالوقوف عند مختلف الأبعاد المعرفية والاجتماعية للمرض مثل: الشخصية، الأسباب الخارجية، الأسباب النفسية، عوامل الخطورة،... وغيرها.

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.

فرضية الدراسة:

من خلال استعراضنا للتراث النظري، وكذا الدراسات السابقة يمكن صياغة الفرضية التالية:
- يمكن التنبؤ بمستويات الاداء للمريض من خلال عزو المرض والعلاج لدى المريض المصاب بالقصور الكلوي المزمن والخاضع للغسيل الكلوي.

: التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث :

1- عزو المرض:

وهو الدرجة التي يتحصل عليها المريض على سلم العزو السببي من مقياس (IPQ-R) لموس موريس (Moss morris, 2002). والتي تأخذ فيها استجابات الفرد على بنود الاختبار محور عام لعزو المرض يتضمن 18 بعد.

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.

منهج الدراسة:

فالمنهج المناسب لطبيعة الدراسة الحالية هو: "المنهج الوصفي الارتباطي" لأنه يوضح العلاقة بين الظواهر المختلفة، والعلاقة في الظاهرة نفسها، أيضا يقدم معلومات وحقائق عن واقع الظاهرة الحالية بغرض الوصول إلى نتائج واضحة. (سامي محمد ملحم 2000، ص325)

فالمنهج الوصفي يسعى إلى معرفة العلاقة بين المتغيرات، وفيما إذا كانت هناك ارتباطات ، وتأثيرات دالة بين مختلف أبعاد المتغيرات.

حدود الدراسة:

مكانيا : أجريت الدراسة الحالية بولاية باتنة.

زمنيا : تم إجراء الدراسة ابتداء من شهر مارس 2013 إلى غاية 15 سبتمبر 2014.

بشريا: اشتملت عينة الدراسة على 100 فرد يعانون مرض القصور الكلوي المزمن

عينة الدراسة و كيفية اختيارها:

تكونت العينة الإجمالية للدراسة من 100 فرد يعانون مرض القصور الكلوي المزمن ويتراوح المدى العمري من 19 إلى 50 سنة، وقد تم اختيارهم انطلاقا من المرضى

جدول رقم (01): يمثل خصائص العينة الاساسيه

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	عدد المرضى
العمر	35.62	11.96	100
مدة المرض	03.22	1.07	100

رابعاً: أدوات الدراسة:

تم اختيار اداتين لقياس متغيرات الدراسة هي:

- سلم العزو السببي من المقياس المعدل لإدراك المرض (IPQ-R).

- 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 يرددها "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).

الأبعاد السببية للمرض ممثلة في سلم مستقل ويحتوي على 18 بندا تكون فيها الإجابة على سلم (ليكرت) بخمس نقاط حسب الدرجات (أوافق تماما، أوافق، محايد، 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 (2) يوضح معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ (α)	عدد البنود
أسباب المرض	0,88	18

من خلال الجدول يلاحظ بان كل الدرجات الممثلة لكل بعد مقبولة مما تعكس ثبات 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 وتعبر عنه العبارات 13،14،15،16.
- محور الدور الانفعالي وتعبر عنه العبارات 17،18،19.
- محور الحيوية وتعبر عنه العبارات 23،27،29،31.
- محور الصحة النفسية وتعبر عنه العبارات 24،25،26،28،30.
- محور الوظائف الاجتماعية وتعبر عنه العبارات 20، 32.
- محور الألم وتعبر عنه العبارات 21، 22.
- محور الصحة العامة وتعبر عنه العبارات 1،2،33،34،35،36.

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 (3).
ب- صدق المقياس: تم حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي، كما هو مبين في الجدول (3) أدناه.

جدول رقم (3): معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاختبار مع معامل الثبات ألفا كرونباخ

الأبعاد	معامل الارتباط	معامل الثبات (α)
الوظائف البدنية	0,64	0,89
الدور البدني	0,67	0,80
محور الألم	0,15-	0,47
الوظائف الاجتماعية	0,13	0,80
الصحة النفسية	0,59	0,50
الدور الانفعالي	0,69	0,84
الحيوية	0,19	0,63
الصحة العامة	0,04	0,82

من خلال الجدول يلاحظ بان معظم الدرجات الممثلة لكل بعد مقبولة مما تعكس صدق وثبات الاختبار ماعدا بعد الألم، الوظائف الاجتماعية والصحة العامة فقد كانت غير دالة إحصائيا مما استدعي الاستغناء عنها في التحليل الإحصائي للبيانات.

عرض وتحليل النتائج:

أولا: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى التي نصها: "توجد علاقة بين العزو المدرك وجودة الحياة لدى أفراد العينة"، فبعد تطبيق أدوات البحث على أفراد العينة وتفرغ نتائجها حيث استخرجت معاملات الارتباط لبيرسون وجدت النتائج المبينة في جدول ادناه.

جدول رقم(4): الارتباط بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة

الأبعاد	الصحة العامة	الصحة النفسية	الوظائف البدنية
الأسباب السلوكية	-.031	-.419**	-.154

	Sig. (2-tailed)	.287	.002	.829
	N	50	50	50
الأسباب البيولوجية	Pearson Correlation	-.009	-.105	-.186
	Sig. (2-tailed)	.949	.467	.196
	N	50	50	50
الأسباب الطبية	Pearson Correlation	-.441**	-.405**	-.215
	Sig. (2-tailed)	.001	.004	.133
	N	50	50	50
الأسباب الخارجية	Pearson Correlation	-.281*	-.585**	.192
	Sig. (2-tailed)	.048	.000	.182
	N	50	50	50
الأسباب النفسية	Pearson Correlation	-.279*	-.505**	.035
	Sig. (2-tailed)	.050	.000	.810
	N	50	50	50

الدلالة عند مستوى 0.05** الدلالة عند مستوى 0.01*

ثانياً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى التي نصها: "إمكانية التنبؤ بجودة الحياة من خلال العزول السببي المدرك لدى أفراد العينة

يمكن كتابة نتائج تحليل الانحدار كما يلي:

استخدم تحليل الانحدار المتعدد "خطوة خطوة" لمعرفة إمكانية التنبؤ بجودة الحياة من خلال العزول المدرك لدى أفراد العينة كما هو موضح في الجدول أدناه.

جدول رقم (05): يمثل نتائج تحليل الانحدار المتدرج

قيمة p	قيمة R ²	قيمة R	قيمة F	قيمة Beta	المتغير ر المتنبأ	المتغير المتنبأ به
.011	.104	.322	5.551	.322	الوظائف البدنية	مدة المرض
.004	.241	.491	4,947	-.491	الدور البدني	الأسباب الخارجية
.004	.159	.399	9.089	-.399	الدور الانفعالي	الأسباب الخارجية
.001	.195	.441	11.608	-.441	الوظائف	الأسباب

إلا أن "أفليك 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, & Fifield, 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. وبعبارة أخرى يوجد تأثير لعزو المريض لعوامل طبية (كالحمية وسوء التكفل الطبي وغيرها من السلوكيات المتعلقة بالانضباط الصحي) على الوظائف البدنية المتدنية و العاجزة حيث يستمتع المريض في مثل هذه الحالات بهوياته ونشاطاته الترويحية وبقدر ما يشكله المرض المزمّن من تهديد لهذه النواحي المهمة من حياة المريض بقدر ما يكون أثره سلبيا على "الذات الانجازية ومفهومها".

خاتمة

وقد أضافت هذه الدراسة مساهمة مهمة للإطار النظري من خلال إلقاء الضوء على العلاقات والتنبؤات بين المتغيرات. إلا انه 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 العزو المدرك للمرض 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) فان أشكال التفكير السلبي هذا من الممكن بان يؤثر على إدراك المرض حول الآمه.

إن العلاقات بين العزو المدرك للمرض و جودة الحياة بلا شك معقدة، وأكثر من ذلك حسب ليفنتال وزملائه فان المعنى المشترك للمرض يعتبر ذو شكل دينامي تكراري أين تكون المعلومات المتعلقة بتصور المرض والمواجهة متجددة وتغذى رجعيًا خصوصية الضبط الذاتي للشخص المريض. ومن اجل تعريف تعقيد هذا النوع من العلاقات تتطلب دراسة اخرى طولية 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 اجل 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.

اعتبرت هذه الدراسة كتطبيق نظري لما جاء به نموذج الضبط الذاتي لتصورات عزو المرض. كما كشفت أيضا الضوء على كيفية استعمال ما جاء به الباحث " ليفنتال" في الواقع، حول كيفية إدارة المرض المزمّن. بالإضافة إلى ما لأهمية الاستخدامات العيادية من خلال التدخل الذي يعود بالفائدة في محاولة تعزيز التكيف مع ازمانية المرض والعلاج، أين تظهر مختلف المعتقدات والتصورات المساهمة في التنبؤ بافتقار جودة الحياة، 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 عزو المرض الصالحة الاستخدام في النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

أبركان، الصالح. (2011). إدراك المرض وأساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة باتنة، الجزائر.

تايلور، شيلي.(2008). *علم النفس الصحي* (وسام درويش، بريك، مترجم) (ط1). الأردن.

ناصر الدين، دنيا (13ماي2013). انتشار أزيد من 10 أمراض مزمنة بينها المعدية: أرقام مخيفة عن واقع صحي مندهور في الجزائر، *جريدتي*، ص21.
المراجع الأجنبية:

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.

Alethea,A,S.(2010). *Illness Representation, Coping and Psysocial Outcome in Chronic Pain.* , PHD Thesis. University of Southampton, School of Psychology, uk.

Baumann, L. J., Cameron, L. D., Zimmerman, R. S., & Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychol.*, 8, 449-469.

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.

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.

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.

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.

Carrie,D, Llewellyn, Mark , Gurk, M, and Weinmann ,J. (2007) . Illness and treatment beliefs in head and neek cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining change in outcome over times? *Journal of Psychosomatic Research.*63:17-26.

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.

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.

Dekkers, W. J. M. (2001). Autonomy and dependence: Chronic physical illness and decision making capacity. *Medicine, Health Care and Philosophy.* 4:185-192.

De Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 205-240.

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.

Edgar, K. A. & Skinner, T. C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *J.Pediatr.Psychol.*, 28, 485-493.

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.

Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., & Griffiths, C. E. (2000).

Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *Br.J.Health Psychol.*, 5, 71-82.

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.

Germino, B. B. (1998). When a chronic illness becomes terminal. *ANNA Journal*, 25(6), 579-582.

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.

Graves, H., Scott, D. L., Lempp, H., & Weinman, J. (2009). Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *J.Psychosom.Res.*, Article in press.

Gray, S. E. & Rutter, D. R. (2007). Illness representations in young people with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychology and Health*, 22, 159-174.

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.

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.

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.

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.

Hair, J. E., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis (5th ed.)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *Br.J.Health Psychol.*, 4, 137-149.

Heijmans, M. & de Ridder D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *J.Behav.Med.*, 21, 485-503.

Heijmans, M. J. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *J.Psychosom.Res.*, 45, 39-51.

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.

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.

Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131, 38-47.

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.

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.

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.

Lee, C. Y., & Harrison, S. A. (2005). Antiviral therapy for the management of hepatitis C. *Hospital Physician*, 31-36.

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.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: sociological aspects of health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychol.*, 4, 115-135.

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.

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.

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.

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.

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.

Nielson, W. R. & Jensen, M. P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain*, 109, 233-241.

O'Neill, E. S. (2002). Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Heart Lung*, 31, 295-300.

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.

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.

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.

. M.Sc Thesis. Université de Toulouse ; Lemirail. France.

Rutter, C. L. & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br. J. Health Psychol.*, 7, 377-391.

Schweitzer Marilou, (2002). *Psychologie de santé modèles, concepts et méthodes*, Dunod, paris.

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.

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.

Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N., 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.

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.

Vitaliano .P. P, Russo J ,Carr J E, Maiuro. R .D, Becker. J,(1985). The ways of coping check list ; Revision and psychosomatic properties ,*Multivariate Behavioral Research* .20;3-26.

Weinman, J. & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, *42*(2), 113-117.