



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



عنوان المذكرة

إدراك المرض وأساليب التدبير لدى مرضى
التكلس الرئوي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي
تخصص: علم نفس الصحة

إشراف الأستاذ:
د. أمزيان وناس

إعداد الطالب:
- أبركان الصالح

السنة الجامعية: 2011/2010

شكر و تقدير

الشكر لله والحمد لله حمدا يليق بجلاله وعظيم سلطانه الذي وفقنا في بحثنا هذا، ولرسوله الذي غرس في قلوبنا حب العلم والإيمان، وبعد إتمامه رست أفكارنا على مرسى النهاية فخرج بذلك هذا العمل إلى النور فوجدنا أنفسنا منقادين بشرف الوفاء وخالص العرفان وجميل التقدير إلى الأستاذ المشرف الدكتور "وناس أمزيان" على قبوله بصدر رحب الإشراف على هذا البحث ومسايرتنا في الخطوات التي رافقت إنجازَه، بما قدم من توجيه رشيد وفيما بذل من جهد جهيد.

كما يقودنا واجب الاعتراف بالفضل إلى شكر الأستاذ "جبالي نور الدين" إزاء ما قدم إلا أن نقول له في هذا المقام جزاك الله خيرا و أبقاك منهلا للعلم و طلابه.

ولا يفوتنا أيضا أن نتقدم بخالص الشكر إلى الأساتذة الأفاضل بمعهد علم النفس، وكافة الزملاء في دفعة ماجستير علم نفس الصحة 2008.

ولا ننسى جميع الزملاء والزميلات وأخص بالذكر: توفيق بن ترسية، جار الله سليمان، مبارك قبابلة، عيسى قروري، نجيب لوصيف، عمر مناعي، توفيق، الطبية يزة وأخيها بشير.

فلكل هؤلاء شكرا جزيلا

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن اثر إدراك المرض في اختيار أساليب التدبر لدى عينة من مرضى التكلس الرئوي، وقد تم إدخال متغيري مدة المرض وسن المريض وهذا لمساعدة الدقة في التنبؤ إحصائياً، وذلك من خلال الإجابة على السؤالين التاليين:
- هل توجد علاقة ارتباطية بين إدراك المرض وأساليب التدبر لدى مرض التكلس الرئوي؟

- هل يوجد تأثير لإدراك المرض في اختيار أساليب التدبر لدى مرض التكلس الرئوي؟
وقد اشتملت عينة الدراسة على اثنين وثلاثين (32) مصاب بالتكلس الرئوي (وكلهم من الذكور)، تتراوح أعمارهم بين (19 إلى 50 سنة) و القاطنين بدائرة تكوت، ولاية باتنة. ولقد تم الاستعانة بأداتين للقياس في شكل بطارية (مقياس إدراك المرض المعدل لموس موريس، ومقياس أساليب التدبر لبولهان).
مع العلم انه تمت معالجة البيانات إحصائياً بالاستعانة بنظام الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS18)، وباستخدام أسلوب:

- معامل بيرسون لحساب العلاقة الارتباطية بين أبعاد إدراك المرض وسن المرض، ومدة المرض مع أساليب التدبر لدى أفراد العينة.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (طريقة خطوة-خطوة) لحساب التنبؤ في اختيار أساليب التدبر من خلال أبعاد إدراك المرض وسن المرض، ومدة المرض مع أساليب التدبر لدى أفراد العينة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد إدراك المرض وأساليب التدبر لدى أفراد العينة .
- يوجد تأثير لإدراك الصور الانفعالية في اختيار كل من: أسلوب حل المشكل، أسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية، وأسلوب إعادة التقييم الايجابي لدى أفراد العينة.
- يوجد تأثير لكل من: الاعتقاد بفعالية العلاج، والانسجام مع المرض في اختيار أسلوب التأنيب الذاتي لدى أفراد العينة.

RESUME

La question qui nous intéresse dans cette étude est de savoir s'il existe un lien entre la perception de la maladie et les stratégies de coping chez les malades silicotiques. Dans la mesure où peu d'information objective fiable est à la disposition des malades nous supposons que les évaluations en jeu dans le processus de coping sont plus affectées par les représentations de la maladie que par la réalité de la situation elle-même. De là découle notre hypothèse générale selon laquelle la perception de la maladie a une influence sur le choix et l'élaboration des stratégies de coping.

Afin de vérifier notre hypothèse, nous avons utilisé, l'IPQ-R de Moss-Morris (2002) et le test de Paulhan, I et al (1994).

Nous avons procédé au calcul de régressions linéaires multiple (stepwise), avec la corrélation entre les variables par la méthode statistique (SPSS 18):

Selon Les résultats suivants ;

1 – la corrélation des composantes de la perception de la maladie avec les stratégies de coping.

2 - Régressions linéaires des items de l'IPQ-R sur les stratégies de coping.

Les résultats obtenus permettent de valider notre hypothèse, en terme d'une influence partielle. Les composantes de la perception de la maladie définies par Leventhal et al et Moss-Morris expliquent très peu les choix de coping.suivantes :

- 'il existe un lien entre la perception de la maladie et les stratégies de coping chez les silicotiques .
- les strategies Résolution de problème , La recherche de soutien social ,et La réévaluation positive est expliquée par les representations émotionnelles .

la strategie L'auto accusation est expliquée par la perception de control du traitement, avec la cohérence de la maladie .

فهرس المحتويات

الإهداء

شكر وتقدير

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

أ مقدمة

الإطار النظري للبحث

الفصل الأول: التعريف بموضوع البحث

6 أولا: إشكالية البحث

8 ثانيا: دواعي ومبررات اختيار موضوع البحث

9 ثالثا: أهمية الدراسة

9 رابعا: أهداف الدراسة

10 خامسا: الدراسات السابقة

15 سادسا: فرضيات الدراسة

16 سابعا: التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث

الفصل الثاني: إدراك المرض

19 أولا: التعريف بإدراك المرض

19 ثانيا: تصورات المرض

24 ثالثا: مكونات إدراك المرض

26 رابعا: الارتباط بين مختلف مكونات إدراك المرض

30 خامسا: إدراك المرض وأساليب التدبير

الفصل الثالث: أساليب التدبير

34 أولا: التعريف بمفهوم التدبير

35 ثانيا: مختلف النماذج التقليدية

36 ثالثا: عملية التقييم

39 رابعا: مختلف أساليب التدبير المستعملة لمواجهة الألم المزمن

42 خامسا: فعالية أساليب التدبير

الفصل الرابع: التكلس الرئوي

47 أولا: تعريف مرض التكلس الرئوي

47 ثانيا: التعريف بمادة السيليس

48 ثالثا: مصادر التعرض

48 رابعا: العوامل الممرضة

50 خامسا: مضاعفات المرض

53 سادسا: تطور المرض

54 سابعا: الأشكال العيادية

55 ثامنا: العلاج

الدراسة الميدانية

الفصل الخامس: إجراءات البحث وأدواته

59	أولاً : منهج الدراسة
60	ثانياً : حدود الدراسة
60	ثالثاً : عينة الدراسة و كيفية اختيارها
60	رابعاً : الأدوات المستخدمة في الدراسة
68	خامساً: إجراءات تطبيق الدراسة
68	سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

70	أولاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
73	ثانياً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
75	ثالثاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
76	رابعاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
77	خامساً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة
78	سادساً: عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة

الفصل السابع: تفسير ومناقشة النتائج

81	أولاً: مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
83	ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية

84		ثالثا: مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
85		رابعا: مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
86		خامسا: مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
86		سادسا: مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة
88		الإستنتاج العام
89		الإقتراحات والتوصيات

خاتمة

قائمة المراجع

الملاحق.

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	العلاقة الارتباطية بين مختلف مكونات إدراك المرض	27
02	خصائص العينة الأساسية	60
03	معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس	64
04	معامل ألفا كرومباخ لكل بعد من أبعاد المقياس	65
05	المصفوفة الارتباطية	72
06	نتائج تحليل الانحدار للفرضية الثانية	73
07	نتائج تحليل الانحدار للفرضية الثالثة	75
08	نتائج تحليل الانحدار للفرضية الخامسة	77
09	نتائج تحليل الانحدار للفرضية السادسة	78

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	نموذج الضبط الذاتي	31
02	لوحة الإنتشار للفرضية الثانية	74
03	لوحة الإنتشار للفرضية الثالثة	76

77	لوحة الإنتشار للفرضية الخامسة	04
79	لوحة الإنتشار ثلاثية الأبعاد للفرضية السادسة	05

مقدمة

مقدمة:

التكلس الرئوي مرض مهني مسبب للموت البطيء جراء حرفة صقل الحجارة التي راح ضحيتها الكثير من الشباب، مخلفة وراءها مختلف المشاكل العضوية، النفسية، والاجتماعية. الأمر الذي يتطلب التقصي والبحث في الظاهرة، من خلال الاهتمام بفهم وتفسير التأثيرات النفسية التي تساهم في مساعدة المصابين في إيضاح أسباب تعرضهم للمرض، وفي الكيفية التي يستجيبون له.

فمن منظور علم نفس الصحة فإن هذا النوع من الأمراض ارتبط بظهور قضايا ومشكلات نفسية أوجدت الحاجة إلى مختصين في هذا المجال، يقدمون المساعدة لمن يعانون من مثل تلك الإصابات من أجل تمكينهم من تحقيق تكيف نفسي واجتماعي مع التغيرات التي تحدث في أوضاعهم الصحية متضمنة في -اغلب الأحيان- الرعاية الذاتية من خلال فهم وتفسير دينامية المعتقدات والمدرجات المرتبطة بتنوع الأساليب المناسبة للتعامل مع الحالة الصحية.

وللتعبير عن الدينامية العملية التي تساعد على التكيف أو إعادة التكيف، فإن العلماء والباحثين يسعون إلى اكتشاف نماذج نظرية تتطور من حين إلى آخر في عدة ميادين من علم النفس الاجتماعي وبالضبط في مجال الصحة والمرض، في ميدان الانثروبولوجيا الطبية وخاصة في مجال أنثروبولوجيا المرض، حيث مع نهاية الستينات من القرن الماضي، فإن تلك النماذج في مختلف الميادين باتت في تقدم متواز ومترابط، وخاصة وهم يقحمون إشكالية التصورات الاجتماعية والمعرفية للمرض وعلاقتها بمختلف أساليب التدبير، وكيفية التكيف مع مختلف الأمراض التي فشل الطب العضوي في إيجاد علاج لها.

إذ نجد الباحثة كوتو وزملائها (Coutou et al, 2000) تحققت من مجموع ملاحظاتها وتحليلاتها النقدية من مختلف النماذج النظرية في ميدان علم النفس الاجتماعي وعلم نفس الصحة (البيوطبية، السلوكية، الاجتماعية- المعرفية، نظرية السلوك المخطط، نموذج المعتقدات الصحية...)، وخلصت الباحثة إلى أن "نموذج الضبط الذاتي" أو "المعنى المشترك". (Leventhal .H, Leventhal .E. A,2001) والمطور من طرف (Leventhal. H, Meyer D, Nerenz. D. R, 1980). والذي هو عبارة عن وسيلة مرجعية تستطيع العمل على مختلف المجالات، ومع نماذج مفاهيمية أخرى متقدمة في علم الانثروبولوجيا، وعلم الاجتماع، وبطريقة تحليلية دقيقة، هذا النموذج يرى أن الفرد عبارة عن عامل نشط عازم على حل مشاكله المتعلقة بالصحة والمرض، وأن

تصوراته إزاء المشكلة هي دليل لإعداد مخطط عملي فعلي للتكيف مع الحالة المرضية.
(Leventhal. H)

هذه التصورات تقع على مستويين: شخصي أو اجتماعي، فالتصورات الشخصية تقوم بترجمة التصرف المراد القيام به، أما التصورات الاجتماعية فهي مجموعة من التصورات الشخصية التي تعكس نظام القيم، والمعايير، المواقف، والمعتقدات التي تتقاسم جماعيا. وهكذا فإن التصورات الشخصية تعد من خلال خبرات الحياة، وتفاعلات الفرد مع الآخرين، والمعلومات المستمدة من التنشئة الاجتماعية.
(Raymond,Bartil,2008, pp 3-4)

ففي دراستنا الحالية نسعى إلى اكتشاف عمل نموذج الضبط الذاتي لدى عينة من مرضى التكلس الرئوي 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 التدبر.

الفصل الثالث تضمن: التعريف بمفهوم التدبر، مختلف النماذج، عملية التقييم، مختلف أساليب التدبر المستعملة لمواجهة الألم المزمن، فعالية أساليب التدبر.

الفصل الرابع تناولنا فيه: تعريف مرض التكلس الرئوي (السيليكوز)، التعريف بمادة السيليس، مصادر التعرض، العوامل الممرضة، مضاعفات المرض، تطور المرض الأشكال العيادية، والعلاج.

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

أما في الفصل السادس فقد تناولنا فيه عرض النتائج وتحليلها، والفصل الأخير تناول تفسير ومناقشة النتائج.

الجانب النظري

الفصل الأول

التعريف بموضوع البحث

أولاً: إشكالية البحث:

عند ظهور المرض لدى أي شخص، فإنه يحاول إعطاء المرض صورة واعتقاد خاص به مما يجعله يحاول معاشته، أو مسابقة هذا المرض، أو الهروب والاستسلام له، الأمر الذي يجعله يتعامل مع وضعيته الجديدة بعد إصابته بأساليب جديدة محاولة منه للتكيف حسب اعتقاده، أو تصوره إزاء مرضه. إن إدراك المريض لمرضه تتدخل فيه مجموعة أو سلسلة من المصادر المعرفية والتي منها: التصورات الذهنية الجماعية إزاء مرضه، بالإضافة إلى المعطيات الطبية والمقدمة من طرف طاقم العلاج (العالم الخارجي)، وكذا مجموع خبرات المريض نفسه من معاناته المرضية.

إن المعطيات المرضية لدى الشخص المصاب بمرض التكلس الرئوي محدودة وغير معروفة، إلا عند مقارنة حالته بحالات الأصدقاء المصابين من قبله. الأمر الذي يجعله يفتقد إلى المصادر المعرفية الجادة حول هذا المرض. أضف إلى ذلك وجود محدودية تامة في علاج وشفاء المصاب، وخاصة عندما يتطور المرض ومع ظهور المضاعفات المتعددة.

كل هذا يجعل من المريض المصاب بالتكلس الرئوي يحاول إعداد استراتيجيات وأساليب لتقييم حالته – ولو بسيطة – لمواجهة آلامه، وأملا للشفاء.

إن محدودية المصادر المعرفية السابقة الذكر والمكونة لإدراك المريض لمرضه لها علاقة مع العوامل الشخصية والمعرفية للمريض (مثل السمات الشخصية، والمعتقدات حول المرض) والتي في مجملها تكون ما يسمى: "بتصورات المرض".

وبحسب ما جاءت به الأبحاث في هذا الميدان وخاصة أبحاث (لازاروس وفولكمان، 1984) فإن أساليب مواجهة الإصابة بالمرض تعد في شكل تفاعلي (Transactional) لتعطي تقييم مستمر للحالة، وهذا لإعطاء

استجابة متناسبة مع الموقف المهدد (المتمثل في المرض). (Lazarus RA, Folkman S, 1984)

ولا تقوم تلك الأساليب المقدرة للموقف المرضي إلا بوجود إدراك للمرض من طرف المريض المصاب، والذي له طبيعة خاصة في اختبار التقييم والتقدير المناسبين لكيفيات التعامل مع مراحل المرض، وهذا بطبيعة الحال من خلال استخدام معتقدات ديناميكية، ليعطي في النهاية تقييماً معرفياً حول مرضه، وكذا كيفية تعامله معه.

ومن جهة أخرى يعطي مريض التكلس الرئوي صوراً عن وضعيته المدركة، وبالتالي يمكن القول: أن إدراك المريض لوضعيته المرضية وضعية خاصة في تقدير وتقييم مختلف الأساليب المناسبة للتعامل مع حالته هذه.

ويمكن أن يتمثل هذا التقدير في شكل أبعاد تصورية ذات طبيعة انفعالية للمرض، وكذا الضبط الشخصي للمريض، والظروف الخاصة بالمريض، والحالة الزمنية للمرض (حاد أو مزمن). كل هذه الأبعاد تقوم بتحديد حالة المريض، إذ تتدخل مع بعضها البعض لتشكل ما نسميه: "إدراك المرض".

مما سبق ذكره، نفهم بأن الأبعاد المعرفية للمرض ذات أهمية كبرى أكثر من الأبعاد الأخرى، إذ يعتبر إدراك المرض من طرف المريض مثل مصفاة ترشيح (filtre) في العمليات المعرفية، حيث أن الإدراك يقوم بعملية تقييم وتقدير الحالة الموضوعية والحقيقية للمرض.

وعندما نبحث في مصادر الإدراك نجد: مكونات جديدة لإدراك المرض خاصة بتصورات المرض، والتي تعطي تفسيرات مختلفة لطبيعة المرض (مثل إدراك خطورة المرض، وفقدان الوظيفة، وضعف الضبط الشخصي للمريض) حيث تعطي تصورات ضعيفة. (Leventhal H et al, 1980)

وعلى هذا الأساس يقوم مريض التكلس الرئوي بإدراك مرضه مع الظروف المحطة به من كل جانب، وبعدها يقوم بتقييم حالته من خلال تقدير أي المصادر أهم، ليختار بعد ذلك مختلف الأساليب للتعامل مع حالته المرضية، وقد تكون تلك الأساليب المختارة مستقلة عن تقييماته الخاصة.

وبهذا يمكن طرح التساؤل التالي:

- هل هناك علاقة بين إدراك المرض وأساليب التدبر لدى المريض المصاب بالتكلس الرئوي؟

- هل يوجد تأثير لإدراك المرض في اختيار أساليب التدبر عند مرضى التكلس الرئوي ؟

ثانيا : دواعي و مبررات اختيار موضوع البحث :

لقد تم اختيار هذا الموضوع للاعتبارات التالية :

1- إن متغير (إدراك المرض) متغير عام، إذ يحمل في طياته معاني كثيرة لمختلف المتغيرات التي يدرسها علم نفس الصحة (مثل الكفاءة الذاتية، مركز الضبط، العزو السببي، الضبط المدرك،...) والتي قد نجد لها علاقة بمتغيرات أخرى كالتعامل مع نوعية المرض.

2- إن اغلب مجالات البحث في علم نفس الصحة وخاصة العربية منها -على حد علم الباحث- أهملت متغير إدراك المرض، وعلاقته مع متغيرات أخرى مثل: إدارة الألم، مجال إدارة الضغوط، إدارة الألم المزمن، وخاصة مع أساليب التدبر.

3- حداثة هذا الموضوع، وخصوصا: (دراسة نوع من الأمراض لم يدرس سابقا -على حد علم الباحث-)، وكذا متغير إدراك المرض، وهذا للوقوف إلى جانب فئة من الشباب المصاب بالتكلس الرئوي، والمعروف عند العامة بمرض صقل الحجارة، الذي يعرض إلى الموت البطيء.

4- معرفة تفاعل المتغيرات فيما بينها، مع معرفة معتقدات وتصورات المريض اتجاه مرضه، وكيفية إدارة آلامه، وهذا لفتح باب البحث عن علاج نفسي لهذه الفئة من الشباب.

ثالثا: 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 المرضى المصابين بالتكلس الرئوي، 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 التدبر التي يختارها المريض للتعامل ومواجهة حالته الصحية.

وبالتالي يمكن القول: بأن 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 لتدبر المرض.

رابعا: أهداف البحث:

يمكن تحديد أهداف البحث فيما يلي:

- 1- إن المريض يحتاج إلى مساعدة طبية، نفسية، واجتماعية. وان كانت تلك المساعدة لا تستطيع الوقوف لوحدها أمام المعاناة والآلام الناتجة من خصوصية المرض هذا، ونوعيته، إذ وجب على المريض نفسه نسيان المرض من خلال وضع خطط وأساليب شعورية يستطيع من خلالها تدبر الألم بداية من تصورات، ومعتقداته، إلى أن ينتهي به إلى الضبط ومن ثم الطريق إلى الشفاء.
 - إذن هذه الدراسة تهدف إلى تتبع تفاعل مختلف الأبعاد المعرفية والاجتماعية من مدركات، معتقدات، وتصورات، فيما بينها، ومع الوضعية المرضية لوضع إدارة خاصة من طرف المريض لحياته.
 - 2- لفت انتباه الباحثين، وخاصة في ميدان علم نفس الصحة للبحث حول مرض التكلس الرئوي والذي يجمع بين (الشعور بالألم، وازمانيته، وكذا صعوبة شفائه) شأنه في ذلك شأن الأمراض المزمنة والمميتة الأخرى المدروسة، وهذا بإدخال مختلف المتغيرات المتعلقة بالصحة والمرض.
 - 3- إن دراسة متغير إدراك المرض، وعلاقته بمتغير أساليب التدبير عند مريض التكلس الرئوي تسمح بفتح الباب لاكتشاف طريقة علاجية نفسية، أو أسلوب وقاية مستقبلا.
- خامسا: 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 لمسه من خلال الدراسات السابقة انعدام الدراسات العربية التي تناولت موضوع إدراك المرض وأساليب التدبير حسب علم الباحث، وقد تم اختيار الدراسات الأجنبية التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- 1- **دراسة (2010, C Ferreira et al)** حول: تصورات المرض والآثار الثانوية للعلاج السرطاني في إطار الالتزام بالعلاج عند مرضى السيدا.
- وتهدف إلى دراسة مدى تأثير أبعاد تصور المرض على الالتزام بالعلاج السرطاني من جهة، ومن جهة أخرى تهدف 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. (C Ferreira, Mc Gary, F Reinr, F Bricaire, 2010)
- 2- **دراسة (2006, Chteaux et Spitz)** حول: إدراك المرض والالتزام العلاجي لدى الأطفال المصابين بالربو الشعبي.
- للداسة 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 8 إلى 12 سنة، و92 أب للإجابة على اختبار إدراك المرض، وكذا اختبار الالتزام العلاجي.
- ووجدت النتائج: -إن هناك فهم جيد للأطفال حول مرضهم، بالإضافة إلى التحكم والضبط العلاجي، وبالتالي أفضل التزام علاجي.

-وان استخدام اختبار إدراك المرض المعدل هو بمثابة المقارنة الأصلية ،إذ يمكن استعماله مستقبلا مع مختلف أمراض الأطفال. (Chateaux, E Spitz,2006)

3- دراسة (2007,Hartmann et al) حول: أساليب التدبر للتعامل مع سرطان الثدي: من وجهة نظر المريضات ،وكذا أقربائهن .

هذه الدراسة الطولية تهدف إلى اكتشاف مختلف أساليب التدبر التي تستخدمها مريضات سرطان الثدي رغبة منهن في تغيير حالتهم، بالإضافة إلى أساليب التدبر لدى أقاربهم، وتشمل عينة الدراسة على 60 مريضة مصابة بسرطان الثدي، و 60 قريب لكل واحدة منهن، وقد أظهرت نتائج الدراسة على أن: المريضات أثناء العملية الجراحية يبحثون عن المساندة الاجتماعية، وكذا الاعتقاد في العلاج وهذا مقارنة بأقاربهم، 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. (A.Hartmann, et al ,2007)

4- دراسة (2009,Claire howard et al) حول: العلاقة بين إدراك المرض وحالة الهلع لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن.

تهدف 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 الجسدي. وكانت النتائج : - 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 Haward, Claire N, JO wray ,2009)

5- دراسة (2007,Carrie Diane lievellyn et al) حول: الاعتقادات في المرض والعلاج عند مرضى سرطان الرأس والعنق: وما هي التغيرات التي يحدثها نموذج ليفنثال في النتائج مع مرور الوقت؟ تهدف هذه الدراسة إلى استعمال نموذج "المعنى المشترك" للباحث "لفنثال" في دراسة طولية أجريت على عينة من مرضى سرطان العنق والرأس، حيث قامت الدراسة على العلاقة بين: العوامل الشخصية، أساليب التدبر، المعلومات التي يحتاجها المريض، تصورات المرض. وكانت النتائج : - حالات القلق عند المرضى بعد 6 إلى 8 أشهر.

- أعطت الدراسة تنبؤ بظهور الاكتئاب بعد العلاج من خلال الاعتقاد ازمانيه المرض (الاعتقاد في الوقت).

-استخدام المريض لأساليب التدبر، وتوفر المعلومات عند المريض قبل العلاج تعطي دلالة إحصائية في التنبؤ بالتخفيف من المرض. (Carrie DianeLiewellyn, Mark Mc Gurk, John weinman, 2007)

6- دراسة (2006.Alexa K et al) حول: ارتباط إدراك المرض بالنتائج لدى مريضات تناذر آلام العضلات.

الهدف من الدراسة هو إظهار العلاقة بين أبعاد إدراك المرض، وكيفية تعامل المريضات مع المرض، في إطار نموذج ليفنثال "الضبط الذاتي".

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 اعتقادهم بعدم الضبط أو عدم فعالية العلاج. -أما 17 % من الحالات يظهرن سلوكيات صحية متأثرة.

وكانت خلاصة البحث: إنه إذا استخدمت المصابات ما جاء به ليفنثال في نموذجيه حول الضبط الذاتي، فإن النتائج قد تختلف، خاصة في ما يتعلق بالتقليل من الصور الانفعالية السلبية، لان النموذج السابق يتنبأ بنتائج مختلفة في مجال التصورات الانفعالية والمعرفية. (Alexa K ,Staifbergen, Lorraine phillips, Voelmeck, 2006)

7- دراسة (2007.Adeline PUPAT) حول: إدراك المرض وعلاقته بأساليب التدبير لدى مريضات تناذر آلام العضلات.

تهدف 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. (Adeline PUPAT, 2007)

8 - دراسة (2008، Susan. M o'connor) حول: التنبؤ بسلوكيات الصحة والمرض لدى مرضى القصور الكلوي في مراحله النهائية بتطبيق" نموذج الضبط الذاتي" للباحث (Leventhal).

تهدف الدراسة إلى تكييف نموذج الضبط الذاتي من جهة، ومن جهة أخرى إلى التنبؤ بسلوكيات الصحة والمرض والمتعلق أساسا الحماية الغذائية الخاصة بتناول السوائل، وكذا الأدوية الخاصة بالقصور الكلوي في مراحله النهائية لدى عينة مأخوذة من مركز لتصفية الدم، وعددها 73 مريض.

وزعت على المرضى كل من اختبار لإدراك المرض المعدل، وكذا اختبار خاص بالالتزام بالحماية 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 السلوكيات المتعلقة بالحماية (البوتاسيوم، وقياس الوزن بين جلسات تصفية الدم) وكذا مدى الالتزام بتناول الدواء (الفوسفات)، ثم قيسست الاستجابة بعد 03 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 الحماية الغذائية في وقتها. وخلص الباحث إلى أن استخدام "نموذج الضبط الذاتي" من طرف المريض يمكن أن يتنبأ بالتعامل النفسي لإنقاص

الضغط المتعلق بنوعية المرض، وان إدراك الوقت يعطي التزام وقائي. (Susan. M. o'connor et al,2008)

سادسا: فرضيات الدراسة:

في ضوء إشكالية البحث، وكذا الدراسات السابقة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- 1- توجد علاقة ارتباطية بين كل من إدراك المرض، وأساليب التدبير لدى مرضى التكلس الرئوي.
- 2- يوجد تأثير لإدراك المرض في اختيار أساليب التدبير لدى مرضى التكلس الرئوي. وتندرج ضمنها خمس فرضيات فرعية وهي:
 - 1-2- يمكن التنبؤ بان يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب حل المشكل من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض.
 - 2-2- يمكن التنبؤ بان يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض.
 - 2-3- يمكن التنبؤ بان يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب إعادة التقييم الايجابي من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض .
 - 2-4- يمكن التنبؤ بان يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب التجنب مع التفكير الايجابي من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض.
 - 2-5- يمكن التنبؤ بان يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب التأنيب الذاتي من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض.

سابعا: 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 التدبير:

هي عبارة عن مجموعة من الطرق والخطوات، التي يلجأ لها الأفراد غالبا في التعامل مع المواقف الحياتية اليومية، وهي الدرجات التي يتحصل عليها المريض على مقياس بولهان لأساليب التدبير. (Paulhan.I, 1994) والتي تأخذ فيها استجابات الفرد على بنود الاختبار محور عام للتدبير ينقسم إلى:
- أساليب مركزة على المشكل: ويوجه فيها تعامل الفرد إلى العمليات التي تسعى للبحث عن مصدر المشكلة ومعالجتها، وتتضمن هذه العمليات: أساليب حل المشكل، وأساليب البحث عن الدعم الاجتماعي.

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

3- التكلس الرئوي أو السيليكوز:

هو مرض مهني تسببه مادة السيليس الناتجة عن القطع الكهربائي للحجارة أثناء صقلها، إذ يسبب غبارها تكلس على مستوى الاسناخ الرئوية، مما يتسبب في مضاعفات تنفسية مزمنة ومميتة ذات آلام شديدة.

4- المريض المصاب بالتكلس الرئوي:

وهو الشخص الذي يعاني من أعراض السيليكوز، ومضاعفاته (مثل السل الرئوي،سرطان الرئة، التهاب القصبات الهوائية المزمن...)، إذ يتولد لدى المصاب الألم الشديد،و كذا التبعية العلاجية الدائمة.

الفصل الثاني

إدراك المرض

تمهيد:

هناك تنوع واضح في الأعراض التي تنشأ عن نماذج الأمراض المختلفة التي يحملها الناس، كما أن نموذج المرض الذي يحمله الفرد يمكن أن يؤثر بشكل كبير في السلوك المرتبط بذلك المرض، مما يجعل المرضى من الناس يتبعون طرقاً مختلفة في معالجة الاضطرابات التي يعانون منها ويظهرون مستويات متنوعة من المساعي العلاجية، فالمدرجات التي يحملها الفرد عن المرض تلعب دوراً مهماً في تقرير سلوكه.

أولاً: التعريف بإدراك المرض:

عبارة عن مفهوم جيء به في حقل النظريات ذات المعنى المشترك (Thiories du sens commun)، 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. ويمكن إدراك المرض من خلال التشخيص، أو حين ظهور الأعراض الغير عادية لدى المريض، فإن 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 أنه حالة كما هي أو تشبيه لحالة أخرى، إذ أن الصحة والمرض صورتين متطابقتين، إلا أنه عادة يتصور المرض بحسب نتائجه فمثلاً العجز يعتبر عرض خارجي للمرض، لكن ليس كل عجز عن النشاط يعتبر مرضاً. (Raymond ,B, 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 فإن 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" (schéma figuratif): بأن هناك علاقة بين الفرد والمجتمع شأنها العلاقة بين الصحة والمرض، وفي هذه النظرية فإن الشخص يكون بطبعه سليماً، ولكن يصير مريضاً 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 (maladie destruction).

2- المرض الحرية (maladie liberation) .

3- المرض الوظيفة (maladie profession).

وفي نفس السياق فإن الصحة والمرض ليست أمور موضوعية، لأنه تحكمها أحكام قيمية، ولأنه لا توجد قيمة دون مرجعية ضمنية أو صريحة إلى المجتمع، فإن كلمة المرض والصحة تصبح ذات معاني كثيرة (اقتصادية، سياسية، أخلاقية، دينية،...)

فلكل 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 .

- فالمرض السلبي :سواء أكان نتيجة لاعتداء من الوسط أو نتيجة لاستجابة غير متوازنة للعضوية، فإنه في كل الحالات أمراً سلبياً 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 .(إسماعيل قيرة، 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 عاملاً مؤثراً في سلوك الناس الوقائي، وفي ردود أفعالهم عندما يتعرضون للأعراض، أو تشخص لديهم الأمراض، وفي مدى التزامهم بالتوصيات العلاجية، وتوقعاتهم بشأن مستقبل وضعهم الصحي. (شيلي تايلر، 2008، ص 483).

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 يبني 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 E, 1978).

فقد يحمل الفرد مثلاً، نموذجاً أولياً 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 أنه عرضة للإصابة بمرض القلب، سيقوم بتفسير ألم الصدر بطريقة مختلفة تماماً عن الشخص الذي لا يحمل هذا النموذج الأولي للمرض، أو الذي لا يدرك أن لهذا العرض ارتباطاً بمرض القلب، ومن الممكن للشخص الثاني أن يعد هذه الأعراض مؤشراً 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، وأولى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة، كما أنها تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بمستقبلهم الصحي. (شيلي تايلر، 2008، ص 486)

وحسب (Leventhal et al) 1980-1984 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 بالمريض. (Leventhal et al, 1984)

إن تصورات المرض تأتي بعد توفر ثلاث مصادر معلوماتية (Abstraites et Concrètes) 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 and 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، بناء على أدلة محدودة جداً بشأنه. وفيما يتعلق بمصادر المعلومات حول المرض وضع "ليفونثال" 1992 عملية خاصة بتصورات المرض، إذ يرى بان هذه الصورة تناظرية من جهتين :

-الجهة الأولى: مفاهيمية (Conceptuel): وتضم كل من الصورة المجردة (Abstrait)، و الصورة الافتراضية (Présupposé).

-أما الجهة الثانية: تخطيطية (Schématique): وتضم الصورة الملموسة (Concret)، والصورة المدركة (Perçu).

ويوجد بين مصادر المعلومة المجردة ومصادر المعلومة الملموسة أسلوب "حدسي والي" (Intuitive et Automatique).

وفيما نبحث 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 منطقية. (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 (L'identité): عبارة عن تحديد وتعيين هوية المرض، والأعراض من طرف المريض (تسمية المرض)، وكذا عزوه لمرضه.

2- بعد السبب (La cause): عبارة عن العوامل المسببة للمرض والتي يتصورها المريض، ومنها الأسباب البيولوجية، البيئية، والانفعالية أو النفسية.

3- بعد الوقت (المدة) (La dimension temporelle): ومنها:- المزمدة 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 (Les conséquences): عبارة عن إدراك المريض لخطورة مرضه أو نتائج حالته الصحية على حسب فهمه الشخصي، بينته، وعلى حسب مرور الأيام.

- 5-الشفاء / الضبط (La guérison-Le 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 (Representation émotionnelle): وهذا البعد يعطي الصور الانفعالية السلبية التي يولدها المرض مثل: القلق، الخوف، والاكتئاب .
- 8- الانسجام مع المرض (La cohérance de la maladie): وهو عبارة عن تفكير ما ورائي (Métacognition): 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 معاشية أو مواجهة مع الوقت. (Moss Morris R J 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 et Moss morris, 2002).
- ومجمل تلك الارتباطات يلخصها الجدول التالي :

	الشخصية	العزو السببي				الزمانية المرض	دورية المرض	نتائج خطيرة	الشفاء / الضبط الشخصي و الكفاية الذاتية	شفاء/ضبط العلاج	الصور الانفعالية	الانسجام مع المرض
		الحظ والصدفة	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 .

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

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 ازمانيه المرض، أو دوريته، ومع مدى وضوح المرض، وذلك 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 وفعالية 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 فان المريض يرى بان ازمانيه أو دورية المرض متعلقة بالنتائج الخطيرة للمرض.

-إن حالة ازمانيه المرض أو دوريته متعلقة بنتائج المرض والتي يدركها المريض على أنها خطيرة، وصوره السلبية الانفعالية، مما ينتج له إحساس بان: الكفاءة الذاتية، إدراكه لإمكانية الشفاء، وضبطه الذاتي متعلق 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 الانفعالية السلبية ،بالإضافة إلى الانسجام مع المرض .

-أما بعد الشفاء /الضبط مرتبط سلبا مع ازمانيه المرض وخطورته، ومع الصور الانفعالية السلبية، ويرتبط ايجابا مع إحساس المريض بمدى انسجامه مع مرضه.

-الصور الانفعالية السلبية للمريض مرتبطة سلبا مع الأبعاد النسبية للشفاء والضبط الذاتي، كما ترتبط ايجابا مع العزو السببي للمريض والنتائج الخطيرة للمرض، ومع ازمانيه ودورية المرض من جهة أخرى.

وان المرض ذو النتائج الخطيرة يولد لدى المريض استجابات انفعالية 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 ازمانيه أو دورية

المرض مع ضيق في الانفعالات الأمر الذي يسبب عدم وضوح أعراض المرض لدى المريض وبالتالي عدم انسجامه. (Adeline PUPAT, 2007)

مما سبق ذكره يتضح بان 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 التدبير:

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

-نموذج الضبط الذاتي (Regulation de soi) :

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

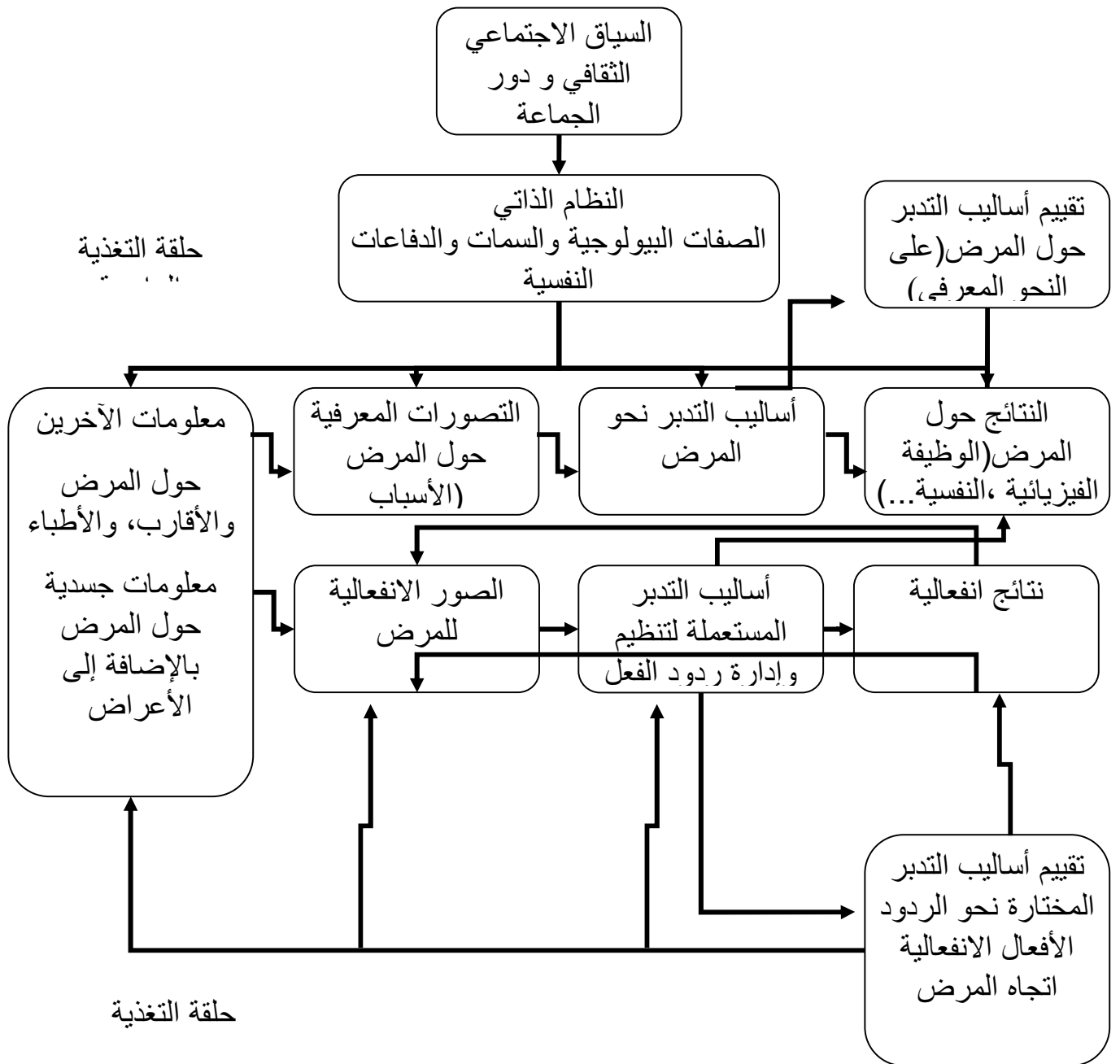
وأمام حالته المرضية التي يعانيتها، نجد عمليتان متوازيتان هما: العملية المعرفية (Processus cognitif)، والعملية الانفعالية (Processus émotionnel)، وكل منهما يمر بثلاث مراحل وهي:

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 للتدبير انطلاقا من مختلف التصورات إزاء المرض، لا سيما المعطيات الرجعية (Données retroactives) للمرحلة الثالثة.

3- مرحلة تقييم نتائج أساليب التدبير المستعملة من طرف المريض، خصوصا إدراك أو تقييم الحالة من قبل التغذية الرجعية ("Boucles de retroaction "feed-back")، وهذه العملية لا تقوم إلا مع وجود تقييم دينامي ومستمر. (Leventhal H et al ,2001)

والمخطط التالي يوضح "نموذج الضبط الذاتي" الذي وضعه كل من (leventhal- Mayer and Narnez 1980, Leventhal- Diefenbach and Leventhal E)



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

خلاصة:

فالمدرجات المنظمة حول المرض يمكن أن تقود المريض إلى تفسير المعلومات الجديدة، وهي تؤثر بالقرارات التي يتخذها المرضى في البحث عن العلاج، وتقود إلى التغيير، أو إلى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة، كما أنها تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بالمستقبل .

الفصل الثالث

أساليب التدبير

تمهيد:

يمكن أن يؤثر المرض بشكل مباشر في تغيير أنماط السلوك ولا سيما الصحية منها، إلا أن الاستجابة للمرض تكون حسب مبدأ الفروق الفردية، فجميعنا يعرف الكثير من المرضى الذين يستسلمون لليأس بمجرد حدوث خطأ في خططهم المرسومة، وبالمقابل نعرف آخرين يبدون قادرين على مواجهة النكبات والتحديات مستجمعين ما لديهم من إمكانيات ذاتية، واجتماعية لاحتواء المشكلة، إذ يتوقف التأثير الذي ينشأ عن احتمال التعرض لأي حدث ضاغط بشكل رئيسي على كيفية تقييم الفرد له.

أولاً: التعريف بمفهوم التدبر:

التدبر « Le coping » وهي استراتيجيات للتعامل، المواجهة، والمعايشة، 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 A, 2007)

إذ جيء بمصطلح التدبر (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 R, et Folkman S, 1984). هذه العملية سميت عند الانجلو ساكسون بـ: (Coping strategy)، والمعروفة في متناول البحث العلمي الفرنسي تحت تسمية (Strategie d'ajustement). (Dantchev N, 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 A, 1991)

ثانياً: 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 يريدها الفرد، غير أنها لا تقوم بالحل النهائي للمشكلة. إن بعض الميكانيزمات الدفاعية تلعب دور أساسي كمصفاة ترشيح بين الموقف الضاغط والاستجابة. (Rahe RH et Arthur RJ,1978)

ج- النموذج التفاعلي:

حسب هذه المقاربة التفاعلية، وما جاء به كل من "لازاروس وفولكمان" فإن: أساليب التدبر تعرف على أنها مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية، فحسب هذا النموذج فإن أساليب التدبر 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, et Folkman,1984)

ثالثا: 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)، وعموما 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. (Zeindner M et Endler NS,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 (Le potentiel stressant de la situation et les ressources de Coping mobilisables)

- 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 التدبر لاستعمال المواجهة، أو التعامل مع الحالة الضاغطة، إذ تقلل مباشرة من الضغط الانفعالي، ولا تغير من المشكلة شيئا (أساليب للتدبر مركزة حول الانفعال). أو أساليب تغير الحالة بطريقة غير مباشرة على الانفعال (أساليب للتدبر 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: كالاعتقاد 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 للتدبر مركزة حول المشكلة، على غير الذين يعززون المواقف لأسباب خارجية (عزو سببي خارجي)، مثل الحتمية وغير قابلة للضبط. (Lazarus R et Folkman S, 1984)

-الصبر (L'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 A, 1991)

-القلق- سمة (L'anxiété-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، 1984، هذه العوامل الشخصية تؤثر بقوة على إدراك المواقف الجديدة والغامضة.

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

وعلى هذا فإن اختيار أساليب للتدبر 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 للتغيير 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 إيجابي (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 أنه 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 فإن أساليب التدبر: هي عملية تغيير مؤقت، وبالتالي يصعب تقديرها على أنها سمة ثابتة في الشخصية. (I Paulhan, 1992)

رابعا: مختلف أساليب التدبر المستعملة لمواجهة الألم المزمن:

أ-التصنيف لمختلف أساليب التدبر بشكل عام: نميز:

- أساليب مركزة حول المشكل، وأساليب مركزة حول الانفعال (لازاروس وفولكمان، 1984): وفي هذا الإطار فإن 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، فإنه لا يظهر الصدق في سياق الألم المزمن. إذ أن نقص الألم من طرف أساليب التدبر المركزة حول المشكل، يجعل اختزال للضغط الانفعالي، والعكس بالعكس في تعريف الألم حسب الجمعية الدولية لدراسة الألم (Intrnational « Association for the Study of Pain » IASP): "خبرة احساسية وانفعالية مزعجة." (katz et al ,1996 in Zeidner and Endler)

- أساليب نشطة وأساليب خاملة: تختلف التعاريف حسب الباحثين، فمثلا (Broun et Nicassio) يرون بأن 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 GK and Nicassio Pm ,1987)

- أساليب تجنب وأساليب إنذار: حسب ما جاء به كل من (Suls et Fletcher) سنة 1985، فإن 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 J and Fletcher B,1985)

- أساليب تدبر معرفية وأساليب تدبر 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 E,1986)

ب- أساليب تدبر وظيفية وأساليب تدبر غير وظيفية لمواجهة الألم المزمن:

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

-أساليب خاملة: هذه الأساليب تمثل أmaal المريض حين يكون الألم شديد جدا. (Brawn and 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 للتعلم مع مرور الوقت، وهذه الأساليب تكون مجتمعة مع تدهور الحالة النفس-اجتماعية للمريض، وكذا مع الألم الشديد، وحتى مع الإعاقة المستمرة وفقدان الوظيفة. (Holmes JA and 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 JM et al ; 2003)

-الوضع الكارثي: ترتبط الكارثية بقوة وبدلالة إحصائية مع الاختلال الوظيفي الجسدي والنفسي 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 JA ,2002)

ج-أساليب التكيف:

- التسلية: من خلال نقص فاعلية أساليب التدبير المذكورة، 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 JA ,2002)

- أساليب سلوكية مركزة حول هناء المريض: وهي استخدام المريض للحوار الذاتي (monologue)، 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 A,2007)

خامسا: فعالية أساليب التدبير:

حسب لآبوريت (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 التدبير تكمن في "تعدد الأبعاد": إذ أن الأساليب الجيدة هي التي تسمح للفرد بالتحكم، والتقليل من شدة العدوانية على هءاء المريض الجسمي والنفسي. (فولكمان و لازاروس، 1986)، و(دي ماتيو، 1991).

والسؤال الذي يتبادر هو: أي الأساليب أكثر فاعلية، أهى المركزة حول المشكلة، أو المركزة حول الانفعال؟ إن دراسة فعالية التدبير على الضيق الانفعالي يسمح بالعديد من الأبحاث حول الموضوع، تثبت بان المعايير الأساسية المقدرة 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 للتدبير خاملة (حالة الانعزال، الحتمية في الموقف).

وحتى "سلومو وزميله" (Mikulincer et Solomon, 1989) وجدا خطورة في اضطراب ضغط مابعد الصدمة (PTSD) عند الجنود مرتبطة ايجابيا بأساليب التدبير 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 التدبير تكمن وراء الصفات التي تتمتع بها الحالة أو الموقف الضاغط مثل: مدتها، وقابليتها للضبط)، ولا سيما التجنب الذي هو الأكثر فعالية والأقصر مدة (من الصفر 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 and 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. (Dean and Sturees, 1989 in I Paulhan, 1992)

ويمكن القول: انه لا توجد أساليب للتدبير 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) فإن دراسة مدى فعالية أساليب التدبر على الصحة الجسدية (Santè physique) تسمح بوضوح سهولة تقديرها، وكذا تقييمها .

وحسب دراسات كل من "لازاروس وفولكمان، 1984" فإن أساليب التدبر 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 يتبنى الشخص أسلوب حياته أو أسلوب تدبر يتشكّلان 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 فإن الشخص لا يدرك الأعراض، وبالتالي يقوم بتشخيص متأخر. (I Paulhan, 1992)

خلاصة:

منذ التطور الذي نتج عن نشأة النموذج التفاعلي تطور مفهوم التدبر كثيرا وتطورت معه التطبيقات الموحدة لنتائج النظريتين البيئيتين الشخصية والبيئية (Inter- individuelle, Intra- individuelle) سمح للباحثين بوضع علاقات بين أساليب التدبر مثلما تظهر في الموقف المحدد، وبين الاستعداد.

الفصل الرابع

التكلس الرئوي

تمهيد:

بعد تعرضنا في الفصل السابق إلى أساليب التدبير كاستراتيجيات للتعامل، المواجهة، والمعايشة للمرض المزمن، وهذا باختلاف نوع المرض، فإننا في هذا الفصل نتطرق إلى مرض مهني لم يذع صيته بعد في زخم الأبحاث النفسية، أين نبقي بتعريفه طبيا فقط.

أولا: تعريف مرض التكلس الرئوي (السيليكوز):

هو داء الرئة الصواني، أو تصون الرئة، وهو مرض معروف منذ القدم، ينتج عن استنشاق جزيئات غبار السيليس البلورية الحرة والصغيرة الحجم (أقل من 5 ميكرومتر)، والتي تصل إلى الحويصلات الهوائية، أين تبقى محبوسة داخل النسيج الرئوي، بالإضافة إلى أن مادة السيليس تسمم النسيج الرئوي، إذ أن تركيز هذه المادة في الهواء المستنشق يعتبر من العوامل الرئيسية التي تتسبب في حدوث مرض السيليكوز ذي المضاعفات الكثيرة التي تزيد من خطورته، وتكون الإصابة بالمرض اكبر عندما يكون تركيز السيليس في الهواء المستنشق أكثر مما يجعل كمية الغبار المستنشق تتجاوز إمكانات التصفية للرئتين، كما أن عامل التعرض لمدة طويلة لغبار السيليس يزيد من خطورة الإصابة (حميزي ع ، ص 10).

ثانيا: التعريف بمادة السيليس:

مادة السيليس (La silice) (أو رمل الصوان): هي معدن متواجد بكثرة في الطبيعة، وهي تمثل 75% من القشرة الأرضية، مما يجعلها في الحقيقة متواجدة بكميات متنوعة في اغلب المواد المعدنية المستعملة في الكثير من القطاعات الصناعية.

– وتكون مادة السيليس الحرة على شكل بلوري (SiO_2) وهي سامة مقارنة بالسيليس المركبة من مواد معدنية أخرى مثل السيليكات. (Robert R- LAUWERYS ,2003,P621)

ثالثا: مصادر التعرض لمادة السيليس:

إن خطر التعرض لمادة السيليس يزداد في الأماكن التالية:

- مناجم الذهب (في إفريقيا الجنوبية)، وفي مناجم القصدير (بوليفيا واندونيسيا) أين يوجد فيها غبار غني بمادة السيليس الحرة، كما نجدها في مناجم الفحم الحجري بأوروبا إذ يتواجد بتلك المناطق مرض التكلس الرئوي من جراء الغبار المختلط (Anthraco silicose).

- بالإضافة إلى الأشغال العمومية (أشغال الأنفاق وترميم السدود) ويعتبر خطر التكلس الرئوي في المناجم أكثر منه في المحاجر، وكما نجد خطر هذا المرض في مصانع التطهير والتشبيك، وكذا في صناعات الزجاج والبلور.

- وكذا في صناعات الطحين والفرينة، وفي استعمالات الرمل في تطريق الزجاج، في صناعة الترميم وصقل الحجر الغنية بمادة السيليس (مثل الغرانيت)، وكذا في تزيين الواجهات بالحجر والرخام.

رابعا: العوامل الممرضة:

1- في البداية لا تظهر أعراض المرض، ولا يمكن التعرف على الإصابة به إلا بالتشخيص بالأشعة السينية للصدر، ويمكن أن يستغرق ذلك مدة تتراوح بين 10 إلى 30 سنة في الحالات العادية، أما في حالة التعرض لكميات كبيرة من الغبار المحتوي على السيليس، كما هو الحال عند استعمال القاطعات الكهربائية في نحت الحجارة مثلاً، فإن أعراض المرض يمكن أن تظهر بعد سنة أو سنتين فقط أو حتى بعد أشهر من العمل، إذ تتمثل الأعراض في السعال والتنخم، ثم يتطور المرض لينتج عنه قصور في التنفس، حيث يصبح المصاب يعاني من الضيق في التنفس، والعياء ويتأثر بذلك القلب محدثاً حالات خطيرة ميؤوس منها. (حميزي. ع ، ص11)

- إذ أن ترتيب الصور الإشعاعية للصدر ظهر بداية من سنة 1958 من طرف المكتب الدولي للعمل، ثم عدل بعد ذلك سنة 1980، حيث تظهر الصور الإشعاعية للصدر:

- غياب الالبيضاض في الصورة. (Absence d'opacité)
 - صورة مصغرة لبقع بيضاء حلقية. (Petites opacités circulaire)
 - صورة لبقع بيضاء صغيرة وغير منتظمة. (Petites opacities irrégulières)
 - صورة لبقع بيضاء واسعة. (Larges opacités)
- 2- الأعراض العيادية:

قام الباحث واينر "Wagner" بتحديد أعراض التكلس الرئوي، حيث نشره في بحث سنة 1997. إذ يرى بصفة عامة أن الأعراض لا تظهر إلا بعد سنوات عديدة من 10 إلى 15 سنة من التعرض لمادة السيليس، إلا أن التعرض للغبار بصفة مكثفة، فإن المرض يظهر بعد أشهر.

إن العرض الذاتي (Symptôme subjective) والمتمثل في الشعور بالنقص في التنفس، أين يظهر في البداية بقوة ويستمر بصورة دائمة. حيث يظهر المريض عدم القدرة على العمل بصورة كلية كما يظهر أعراض متمثلة في: تدهور الحالة الصحية العامة، فقدان الوزن، العياء، سعال وألام في الصدر.

إذ تظهر تلك الأعراض في حالة تضاعف التكلس الرئوي إلى عدوى "Infection" أو إلى انتفاخ رئوي انسدادى (Emphysème obstructif) والذي ينتقل تدريجياً إلى حالة القلب الرئوي المزمن "Coeur pulmonaire chronique" (Wagner GR,1997).
- الأعراض الوظيفية للرئتين:

تظهر عدم وجود توازن بين الاضطرابات الوظيفية للرئتين والصورة الإشعاعية، أين تظهر المراحل التالية:

1. مرحلة بداية ظهور الورم Stade punctiforme :

في هذه المرحلة تتدهور الوظيفة الرئوية قليلاً مع غياب التهاب القصبات الهوائية.

2. مرحلة ظهور العقيدات الورمية Stade micro nodulaire :

في هذه المرحلة تظهر الصورة الوظيفية للرئتين بعض الاضطرابات والتي منها:

- نقصان خفيف في القدرة الحيوية، وفي حجم الزفير في الثانية.
- نقصان في قدرة انتشار أكسيد الكربون بالتوازي مع القدرة الرئوية الكلية.
- إن التحاليل للغاز في الدم في وقت الراحة تظهر عدم التشبع بالهيموغلوبين وهذا بسبب وجود اضطراب في عملية التبادل الغازي.

التشبع بأكسيد الهيموغلوبين يبقى منخفض عن 95 %.

– اما الضغط الجزئي لثاني أكسيد الكربون في الدم الشرياني.

فيبقى عاديا. وفي هذه المرحلة نجد زيادة في عملية التهوية أثناء التنفس العميق، ويقابله زيادة في استهلاك الأكسجين.

– وتبقى مقاومة الشرايين والأوردة زائدة قليلا عند ذوي القدرة الحيوية المنقوصة. (Lavanne F, 1967)

3- المرحلة الشبه الورمية Stade pseudotumoral :

إن نقصان في القدرة الحيوية والحجم الازفيري في الثانية يشكل انتفاخ رئوي حيث تنقص القدرة الحيوية الكلية للرئتين، وأن التشبع الدم بالأكسجين والهيموغلوبين ينقص عند الراحة. (Robert R- Lauwerys, 2003, P625)

خامسا: مضاعفات المرض:

أ - السل الرئوي التكلسي (silico tuberculose):

ينتج هذا المرض من تراكم بكتيريا تدعى (mycobacterium tuberculosis) المكتشفة عند الحيوان، ويعتبر هذا المرض صعب الاكتشاف إذ يتطور ويعطي كتل شبه ورمية، إذ أودى هذا المرض بحياة الكثير من عمال مناجم الذهب بإفريقيا الجنوبية في بداية هذا القرن، وكذا عمال الفحم بأوروبا.

ب- تعفن الكتل الشبه ورمية (Necrobiose des masses pseudotumorales):

نجد هذا النوع من المرض خاصة عند عمال الفحم الحجري، حيث يعطي أعراض متمثلة في: قيء اسود اللون، صورة الصدر تظهر شكل مائي هوائي (Hydro aérique) في صورة بقعة دائرية منتظمة، مع غياب لعصيات كوخ، ويعتبر هذا هو التشخيص الفارق مع المرض السابق. (Gernez et al 1956)

ج- انتفاخ رئوي وحيد الجانب (pneumothorax) :

يظهر هذا النوع في حالة التكلس الرئوي الشبه الورمي، مع بقعة من انتفاخ رئوي (Bulle d'emphysème)، حيث يظهر هكذا دون أعراض معينة، ومع وجود إنتان على مستوى جانبي الصدر، مع نقص في وظيفة إحدى الرئتين. (Roert R –Lauwerys, 2003, P626)

د - الالتهاب المزمن للقصبات الهوائية (bronchite chronique):

إن استهلاك التبغ هو المسبب الأساسي لهذا المرض، كما يعتبر من مضاعفات التكلس الرئوي وشانه في ذلك شأن الأمراض الشبه ورمية. (Minette, 1962) إن بعض الدراسات الوبائية تبين بأن التعرض لمادة السيليس تعطي فعل تهيجي للمجاري التنفسية مما ينتج ما يسمى (التناذر الانسدادي)، مع غياب كل أعراض التكلس الرئوي وخاصة في الصور الإشعاعية للصدر. (Neutrich et al, 1994) وكذلك فإن التعرض لمادة السليس تعطي تدهور لخلايا النسيج الشعبي والتي تسمى خلايا (clara de L'epitheliumbronchiolaire). (Bernard et Lauwerys, 1995, p56)

هـ- الانتفاخ الرئوي (L'emphysème):

بعض الباحثين مثل كوكروفت "Cockcroft"، يرى بان الانتفاخ الرئوي لا يعتبر من مضاعفات التكلس الرئوي وإنما يتكون من خلال تضاعف ما يسمى (Anthracosis silicose) عند عمال مناجم مادة الشاربون (Le charbon). (Cockcroft et al 1982) إن النقص في نشاط إنزيم (Antiprotienase) يلعب دور أساسي في تطور اضطراب الانتفاخ الرئوي. (Zay k,1995)

و- التحول إلى سرطان (Action cancérogène):

التجارب على الجرذان أثبتت إمكانية التحول التكلس الرئوي إلى سرطان الرئة حين استنشاق مادة السيليس البلورية عن طريق دخولها عبر الرغامى والقصبات الهوائية. (Pairol et al ,1991) وحسب ما جاء في أبحاث كوسكيلا (Koskela) يقع التحول السرطاني من الشكل التفاعلي للأكسجين زيادة في (8hydroxy2deoxyguanosine) وتغيير في المورثات والذي ينتج أكسجين متفاعل ذو رابطة تكافئية (oxygène radicalaire). (Koskela et al ,1994) وكثيرهم من الباحثين الذين اثبتوا العلاقة بين التغيير في الصبغيات وظهور السرطان حين التعرض لمادة السيليس أمثال: "سوبيتي، بهارواج"، الأمر الذي جعل الوكالة الدولية للأبحاث تعطي سنة 1996 خاتمة لتلك الأبحاث السابقة في شكل صيغة نهائية فحواها: "إمكانية تحول التكلس الرئوي حين التعرض لمادة السيليس البلورية إلى سرطان".

ي- مرض الكلى (Néphropathie):

إن التعرض لمادة السيليس تعطي بعض الحالات من (Glomérulonéphrite) وإصابة في الانبيبات (Tubulaire)، والتي تتطور سريعا جراء ترسب مادة السيليسيوم في الكلية. وقد لوحظ عند بعض الأشخاص المصابين بالتكلس الرئوي أعراض متمثلة في: الزيادة في اطراح الألبومين في البول، بروتينات ضعيفة الوزن الجزيئي (B2microglobuline et A1microglobuline)، وكذا الإنزيم الأنبوبي (B-N-acetyl-glucoaminidase) عند الأشخاص المرضى لمادة السيليس وخاصة العمال الذين لهم أعراض التكلس الرئوي. (NG et al ,1993)

ص- تصلب الجلد وأشكال أخرى: (sclerodermie et autres formes de maladies du collagène): كثيرا من الدراسات الوبائية تؤكد وجود علاقة بين التعرض لمادة السيليس ومختلف أمراض المناعة الذاتية مثل تصلب الجلد، التهاب المفاصل الرئوي، وأمراض القصور الكلوي المزمن. (Steenland et Gold ,1995)

سادسا: تطور المرض:

- تتدخل عدة عوامل في تطور مرض التكلس الرئوي ومنها :
- قابلية الشخص للتعرض.
- درجة ومدة التعرض للغبار.
- حجم الجزيئات ونسبها المئوية لمادة السيليس الحرة .
- احتمال إصابة الجهاز التنفسي بالمرض مثل السل الرئوي .

إن تطور المرض هذا قد يستمر حتى 50 سنة وهذا حسب كثافة استنشاق الغبار بالإضافة إلى عوامل أخرى مساعدة في التكثيف المستمر.

التكلس الرئوي الناتج عن الكثافة المستمرة لاستنشاق مادة السيليس تتطور إلى قصور كلوي، وقصور وعائي قلبي (القلب الرئوي المزمن). وتتمثل الأعراض الأولى في:

- زيادة حجم الصمام الأيمن للقلب.
- آلام على مستوى الكبد.
- الزيادة في حجم الكبد.

- انتفاخ في الأطراف السفلية. (Robert et LAUWERYES,2003,PP628-629)

هناك دراسة كندية تثبت بان التكلس الرئوي يظهر أعراض في الصورة الإشعاعية للصدر (بقع بيضاء صغيرة)، وبدون عسر في التنفس مع بداية التشخيص، إلا في حالة تضاعف المرض أين يظهر عسر في التنفس مع اطراح المخاط، ومع قدرة حيوية للرئتين تصل إلى 80 %.

وأن حوالي 10% من مرضى التكلس الرئوي يظهرون أعراض مرض تصلب الجلد "sclèrodermie"، التهاب المفاصل الرثوي "arthrite rhumatoide"، وداء الذئبة "Lupus". وكل هذه التظاهرات نجدها مجتمعة مع بعضها البعض في تدرج مستمر وسريع لمرض التكلس الرئوي. (Robert et Laueryes,2003,P629)

سابعاً: الأشكال العيادية:

يأخذ التكلس الرئوي عدة أشكال منها:

1- التكلس الرئوي الحاد:

هذا النوع من الأشكال العيادية يسمى كذلك (Silicolipoprotiènos alvéolaire)، ويوجد هذا النوع من عند عمال صناعة مواد تحتوي على غبرة السيلسيوم المستنشقة باستمرار، كما يستنشقها المريض إرادياً كما في حالة مريضة استنشقت مادة (AJAX) على شكل غبرة لمدة عام، أدى بها إلى مرض التكلس الرئوي الحاد. (Daize et al,1994)

2- تناذر كابلان-كولينيت (Syndrome de caplan -colinet):

مكتشف من طرف كل من الأخصائي في الأشعة الانجليزي كابلان، والأخصائي في أمراض المفاصل البلجيكي كولينيت، وهو عبارة عن مركب بين التهاب المفاصل الرثوي المزمن التقدم والتكلس الرئوي المكثف. (CLerens, 1953) إن كثرة ظهور التهاب المفاصل الرثوي عند مرضى التكلس الرئوي في دراسة أجراها العالم "كالفرت" بال و.م.أ على عينة مكونة من 04 ملايين عامل معرض لغبار يحتوي مادة السيليس لمدة 18 سنة، أظهرت الدراسة ظهور مرض التكلس الرئوي مع أعراض التهاب المفاصل الرثوي وهذا بالمقارنة مع العينة الشاهدة. وتعتبر مادة السيليس مثل ما يسمى بالانجليزية ("PAMP" pathogen associated molecular pattern) مستقبلة من طرف البالعات السنخية الرئوية، هذه المستقبلات هامة في التعرف على السيليس وبالتالي فان هذه الأخيرة تقوم بتحريض الخلايا المناعية خلال الإصابة الداخلية أو الخارجية للرئتين.

أضف إلى أن بعض الدراسات تعطي نتائج هامة في المجال المناعي من خلال وجود العديد من الأجسام الضدية الذاتية في مصل المريض المعرض للسيليس (Racil H et al, 2010).

3- داء بروتيني على شكل خراج رئوي (protiènose alvéolaire):

يظهر هذا النوع جدول عيادي لمرض ذات الرئة (pneumonie) ويعتبر غسل القصبات الهوائية مع الاسناخ الرئوية أحسن علاج.
ثامنا: العلاج:

لا يوجد علاج لهذا المرض، وإنما العلاج بالألمنيوم المعتمد سنة 1939 من طرف "ديني وزملائه" (Denny et al) وهذا باستعمال: -أملاح الألمنيوم، إلا أنها غير مستعملة في الوقت الحالي.
- غسل الشعبات الهوائية مع الاسناخ الرئوية المتضررة، وهذا في حالة سرعة انتشار المرض.
- علاج التظاهرات المرضية المجتمعة مع بعضها مثل: التهاب القصبات الهوائية، المضاعفات القلبية أو المعدية. (Philippe Godard, 1993, P606)

وتعتبر الوقاية الطبية أحسن وسيلة علاجية، وهذا بعد ظهور الأعراض الأولى أثناء التشخيص الإشعاعي والوظيفي.
أما الوقاية التقنية فتهدف إلى منع الجزيئات الصغيرة من الغبار من الانتشار والتقليل من تنقلها، والابتعاد عن التعرض للغبار الذي يحتوي على مادة السيليس وعدم استنشاقه.

وتنقسم الوقاية التقنية إلى نوعين:

الجماعية والفردية، فأما الوقاية الجماعية فتكمن في: محاربة الخطر عند مصدره. وذلك:

- بامتصاص الغبار عند مصدره.
 - بترطيب محيط العمل باستعمال الماء.
 - استعمال قاطعات مزودة بخراطوم ماء.
 - تحديد وحصر مكان الخطر، مع احترام إجراءات المراقبة.
 - إعلام طبيب العمل ومفتشية العمل بممارسة المهنة من أجل المتابعة والمراقبة.
 - تكوين العمال وإعلامهم من أجل الحفاظ على سلامتهم الصحية.
- فأما الوقاية التقنية الفردية فتكمن في:
- استعمال أجهزة خاصة لامتصاص الغبار.
 - العمل داخل حجرات مكيفة لنحت الحجارة (هناك ثلاثة أنواع من الحجرات المكيفة وهي: حجرات ذات تدفق مائل، حجرات ذات تدفق عمودي، وحجرات ذات تدفق أفقي). (حميزي. ع، ص ص16-23)

خلاصة:

باعتبار أن التكلس الرئوي مرض مهني متضمن أعراض ومضاعفات شبيهة بالأمراض المزمنة الأخرى، وجب على الباحثين في علم نفس الصحة الاهتمام بفهم وتفسير هذه الظاهرة النفسية، الاجتماعية، والطبية من مختلف جوانبها.

إذ أن الجانب الطبي وحده لا يكفي لتقصي المشكلة، ولا يمكن الاعتماد على التشخيص والعلاج الوقائي لفهم أعراض هذا المرض، وإنما يجب تدخل عدة عوامل نفسية، اجتماعية، قانونية، وحتى اقتصادية تتطلب تضافر مختلف الجهود لإيجاد حلول علاجية حقيقية.

الجانب التطبيقي



الفصل الخامس

إجراءات البحث وأدواته

تمهيد:

لا تخل أي دراسة ميدانية من جانب نظري، والذي يعتبر كأساس قاعدي لها، يكمله الجانب التطبيقي، الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي. حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية، كما أنه يوسع مجال دراساته وإذا كان الجانب النظري هو بمثابة المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق الخاصة بمتغيرات دراستنا، فإن الجانب الميداني هو الذي يثبت أو ينفي صحة تلك الحقائق، وهذا من خلال تحويل نتائجها من كيفية إلى إحصاءات كمية أو أرقام حسابية، وفي هذا الفصل سنتعرض إلى المنهج المتبع والعينة المستخدمة وخصائصها، كما سنتناول الأدوات القياسية وخصائصها السيكمترية، ثم نتعرض بعدها إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية وأخيرا الوسائل الإحصائية لتحليل البيانات المتحصل عليها.

أولاً: منهج الدراسة:

إن اختلاف المناهج يعود أساسا 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، 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 إدراك المرض وأساليب التدبير، وفيما إذا كانت هناك ارتباطات، وتأثيرات دالة بين مختلف أبعاد المتغيرات.

ثانيا : حدود الدراسة:

مكاني : أجريت الدراسة الحالية بدائرة تكوت بولاية باتنة.

زمنيا : تم إجراء الدراسة ابتداء من شهر مارس 2010 إلى غاية 15 سبتمبر 2010.

بشرىا: اشتملت عينة الدراسة على 32 فرد يعانون مرض التكلس الرئوي من جراء حرفة صقل الحجارة.

ثالثا : عينة الدراسة و كيفية اختيارها:

تكونت العينة الإجمالية للدراسة من 32 فرد (الجنس ذكور فقط) يعانون من التكلس الرئوي (من 09 أشهر إلى أكثر من 03 سنوات) ويتراوح المدى العمري من 19 إلى 50 سنة، وقد تم اختيارهم انطلاقا من المرضى الذين يعانون من التكلس الرئوي جراء اشتغالهم في حرفة صقل الحجارة، والقاطنين ببلدية تكوت التابعة لولاية باتنة.

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	عدد المرضى
العمر	30.44	6.979	32
مدة المرض	16.91	8.502	32

جدول رقم (02): يمثل خصائص العينة الاساسيه

رابعاً : الأدوات المستخدمة في الدراسة:

تم اختيار أداتين لقياس متغيرات الدراسة هما:

- مقياس إدراك المرض
- مقياس أساليب التدبر

1- وصف مقياس إدراك المرض و خصائصه السيكمترية:

1-1- 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 H et al, 1984, 1997)، ومن خلال هذا النموذج وضع اختبار إدراك المرض (IPQ). (Weinman et al, 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/مزمّن).

زيادة 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 الى 07 مستويات وهي :

البعد المتعلق بزمنية المرض (حاد/مزمّن) ويضم 06 بنود وهي: 1، 2، 3، 4، 5، 6.

البعد المتعلق بدورية المرض: ويضم 04 بنود وهي: 7، 8، 9، 10 .

البعد المتعلق بنتائج المرض : ويضم 06 بنود وهي: 11، 12، 13، 14، 15، 16.

البعد المتعلق بالضبط الذاتي: ويضم 06 بنود وهي: 17، 18، 19، 20، 21، 22 ،

البعد المتعلق بضبط العلاج: ويضم 05 بنود وهي : 23، 24، 25، 26، 27 .

البعد المتعلق بالانسجام مع المرض: ويضم 05 بنود وهي: 28، 29، 30، 31، 32.

البعد المتعلق بالصور الانفعالية: ويضم 06 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)

بخمسة نقاط حسب الدرجات (أوافق تماماً، أوافق، حيادي، لا أوافق، لا أوافق تماماً).

ويتم تصحيح الإجابات كما يلي:

5 نقاط إذا كانت الإجابة بـ "أوافق تماماً".

- 4 نقاط إذا كانت الإجابة بـ "أوافق".
 3 نقاط إذا كانت الإجابة "حيادي".
 نقطتين إذا كانت الإجابة بـ "لا أوافق".
 نقطة واحدة إذا كانت الإجابة بـ "لا أوافق تماماً". (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.

1. 2- الخصائص السيكومترية:

لحساب الصدق والثبات تم تطبيق الاختبار على عينة مكونة من 32 فردا.

أ- حساب الصدق:

- صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض أداة القياس بعد ترجمتها إلى اللغة العربية على الأساتذة من أجل 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 % .

- صدق التكوين:

كما يمكن حساب الصدق بطريقة صدق التكوين أين يتم حساب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط المحسوبة.

معامل الارتباط	رقم البند
.571	1
.530	2
.562	3
.533	4
.554	5
.573	6
.572	7
.564	8
.582	9
.585	10
.601	11
.562	12

13	.579
14	.583
15	.567
16	.593
17	.565
18	.607
19	.583
20	.585
21	.579
22	.552
23	.563
24	.576
25	.551
26	.574
27	.573
28	.603
29	.626
30	.576
31	.600
32	.631
33	.601
34	.633
35	.601
36	.619
37	.614
38	.625

جدول رقم(03) بوضح معامل ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية دالة عند مستوى 0,01 و 0,05 وهذا دليل على وجود اتساق داخلي للاختبار، مما يستنتج على وجود صدق مرتفع، وعليه يمكن الوثوق بهذا الاختبار.

ب- حساب ثبات المقياس:

باستخدام معادلة ألفا كرومباخ نتحصل على النتائج التالية:

عدد البنود لكل بعد	معامل ألفا كرومباخ	الأبعاد
6	755	الوقت
6	.486	نتائج المرض
6	.550	الضبط الذاتي
5	.692	ضبط العلاج
5	.753	الانسجام مع المرض
4	.425	دورية المرض
6	.800	الصور الانفعالية

جدول رقم(04) يوضح معامل ألفا كرومباخ لكل بعد من أبعاد المقياس

من خلال الجدول نلاحظ بان كل الدرجات الممثلة لكل بعد مقبولة مما تعكس ثبات الاختبار.
ب- وصف مقياس أساليب التدبير وخصائصه السيكومترية:

1- وصف مقياس بولهان لأساليب التدبير:

قام كل من لازروس وفولكمان بمقابلات عيادية، وإحصاء مختلف الأساليب التي يستعملها الأفراد في التعامل مع مختلف الوضعيات في جميع الميادين، وتوصل هؤلاء الباحثون إلى إيجاد تباين كبير في الأساليب المعتمدة انطلاقاً من نتائج التحليل العاملي المأخوذة من عينة كبيرة الحجم، إذ تبين لهم وجود نمطين من المقاومة يظهران ثابتين وهما:

1- أساليب مركزة حول الانفعال .

2- أساليب مركزة حول المشكل .

ويستعمل هذين النمطين في اغلب المواقف الضاغطة، إذ تتغير المستويات الخاصة بكل نمط حسب نوعية تقييم الموقف الضاغط.

وفي مقابل ذلك هناك أعمال لكل من (Suls, Fultcher 1985) انطلاقاً من تحليل البحوث السابقة الخاصة بالتدبير، والتي أجريت في فترة ما بين 1960- 1985، وتوصل من خلالها الباحثان إلى شكلين هما:

1 – أساليب تجنب.

2 – أساليب يقظة.

وانطلاقاً من هذه الأعمال تم بناء سلالمة عدة بهدف تقييم التدبير حسب النمطين الموضوعين من طرف لازاروس و فولكمان، والتي من بينها: (The ways of coping ckeek list). ويتألف من 64 بنداً، ويحتوي على 08 سلالمة فرعية حسب ما كشفه التحليل العاملي: 1- حل المشكل، 2- روح المقاومة وتقبل الواجهة، 3- اخذ الاحتياطات أو تسهيل التهديدات، 4- إعادة التقييم الايجابي، 5- التأنيب الذاتي، 6- الهروب والتجنب، 7- البحث عن المساندة الاجتماعية، 8- التحكم في الذات. وتعتبر النسخة المصغرة بنفس التسمية إذ تتكون من 42 بنداً، وأبقت على 05 سلالمة فرعية: 1- حل المشكل، 2- التأنيب الذاتي، 3- إعادة التقييم الايجابي، 4- البحث عن المساندة الاجتماعية، 5-التجنب. (Vitaliano et al , 1985)

وظل هذا الاختبار معمولاً به، حتى قامت "بولهان وزملائها" بتكييف النسخة المختصرة المتكونة من 29 بنداً، حيث: ترجم السلم من طرف معهد بوردو للغات، ثم طبق في البيئة الفرنسية أين كشف التحليل العاملي على صورة نهائية متكونة من 05 مستويات:

- 1- حل المشكل La Résolution de problème
- 2- التجنب مع التفكير الايجابي L'évitement avec pensée positive
- 3- البحث عن المساندة الاجتماعية La recherche de soutien social
- 4- إعادة التقييم الايجابي La réévaluation positive
- 5- التائب الذاتي L'auto accusation

وتحتوي بنود هذا الاختبار من:

- 1- أساليب حل المشكل وتضم 08 بنود وهي: 1، 4، 6، 13، 16، 18، 24، 27.
 - 2- أساليب ابحث عن المساندة الاجتماعية وتضم 05 بنود وهي: 3، 10، 15، 21، 23.
 - 3- أساليب التجنب مع التفكير الايجابي وتضم 07 بنود وهي: 7، 8، 11، 19، 22، 25.
 - 4- أساليب إعادة التقييم الايجابي وتضم 05 بنود وهي: 2، 5، 9، 12، 28.
 - 5- أساليب التائب الذاتي وتضم 04 بنود وهي: 14، 20، 26، 29.
- وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق 4 اختيارات – ما عدا البند 15 الذي يقيم عكسياً- وهي:

- 4 نقاط إذا كانت الإجابة بنعم.
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة باحياناً.
- نقطتين إذا كانت الإجابة بنادراً.
- نقطة واحدة إذا كانت الإجابة بلا. (Paulhan I, 1994)

2-2- الخصائص السيكومترية:

قد تم تكييف الاختبار من طرف باحثين في معهد علم النفس وعوم التربية، تحت إشراف الأستاذ مصطفى باشن (1998) بالجزائر العاصمة، وهذا بالاعتماد على اختبار صدقه الظاهري وصدق المحتوى، وكذا الصدق التمييزي، كما تم حساب ثبات المقياس بمعادلة "غوتمان" للتجزئة النصفية ووجد انه يساوي (0.58)، (N=30). (معمرى، نويرة، 1998، ص175)

خامساً: إجراءات تطبيق الدراسة:

تم تطبيق الدراسة الأساسية ابتداء من شهر مارس إلى غاية شهر سبتمبر 2010، وكان تطبيق أداتي الدراسة (مقياس إدراك المرض المعدل، ومقياس بولهان لأساليب التدبير) في صورة بطارية واحدة شملت هما، وكان التطبيق فردي حسب تواجد العينة، ولأهمية هذا التطبيق جعلناه أكثر دقة وفعالية، حيث قدمنا للمرضى عدة تعليمات بعد قراءة المقياسين، وشرح طريقة الإجابة على بعض الأسئلة التي يواجه الأفراد فيها صعوبات وأهمها:

- قراءة الصفحة الأولى في البطارية على أن يوضع أمام الإجابة الصحيحة علامة (x)
 - وان يختاروا أول استجابة ترد على أذهانهم.
 - وان لا يتركوا سؤال واحد دون إجابة .
 - ثم قمنا بالتأكد من الأوراق الصحيحة بعزل الإجابات الناقصة، ثم قمنا بعملية التصحيح بعد ذلك.
- سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

لقد تم الاستعانة بنظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 18) بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين أبعاد إدراك المرض وأساليب التدبير.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد (خطوة-خطوة) لإيجاد اثر أبعاد إدراك المرض في اختيار أساليب التدبير.

الفصل السادس

عرض وتحليل النتائج

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصل السابق إلى الجانب المنهجي الذي اعتمدت عليه هذه الدراسة فسوف نحاول في هذا الفصل إظهار العلاقة القائمة بين إدراك المرض وأساليب التدبر وذلك بتوضيح النتائج التي تم التوصل إليها وتحليلها تبعاً لفرضيات الدراسة.

عرض وتحليل النتائج:

أولاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى التي نصها: "توجد علاقة ارتباطية بين إدراك المرض وأساليب التدبر لدى أفراد العينة"، فبعد تطبيق أدوات البحث على أفراد العينة وتفرغ نتائجها حيث استخرجت معاملات الارتباط لبيرسون لفحص العلاقة الارتباطية بين أبعاد إدراك المرض والتي قام بقياسها مقياس إدراك المرض المعدل، مع إدخال بعدي مدة المرض وعمر المريض وبين أساليب التدبر المقاسة بمقياس بولهان لأساليب التدبر (جدول رقم 05):

وقد وجد من خلال هذه النتائج المبينة في جدول المصفوفة الارتباطية :
وجود علاقة ارتباطية قوية وموجبة بين كل من بعد الصور الانفعالية وأساليب حل المشكل.
وجود علاقة قوية وموجبة بين كل من أساليب حل المشكل، وأساليب البحث عن المساندة الاجتماعية، وأساليب إعادة التقييم الإيجابي.
وجود علاقة ارتباطية متوسطة وموجبة بين كل من الصور الانفعالية وأساليب البحث عن المساندة الاجتماعية، وكذا أساليب إعادة التقييم الإيجابي.
وجود علاقة بين مختلف أبعاد إدراك المرض.
وجود علاقة ارتباطية بين أسلوب البحث عن المساندة، وإعادة التقييم الإيجابي فقط.
وجود علاقة متوسطة وسلبية بين كل من بعد ضبط الذاتي وأسلوب إعادة التقييم، بعد الانسجام مع المرض وأسلوب إعادة التقييم الإيجابي، وبين بعد ضبط العلاج وأسلوب حل المشكل والتأنيب الذاتي للمريض.
لا توجد علاقة لمدة المرض وعمر المريض لا مع أبعاد إدراك المرض، ولا مع أساليب التدبر.

+ الدلالة الاحصائية عند مستوى 005
++ الدلالة الاحصائية عند مستوى 001

ثانيا: الفرضية القائلة: "يمكن التنبؤ بان يختار مريض التكلس الرئوي أسلوب "حل المشكلة" من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض".
وهذا باستعمال أسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد "خطوة خطوة" تتضح النتائج التالية:

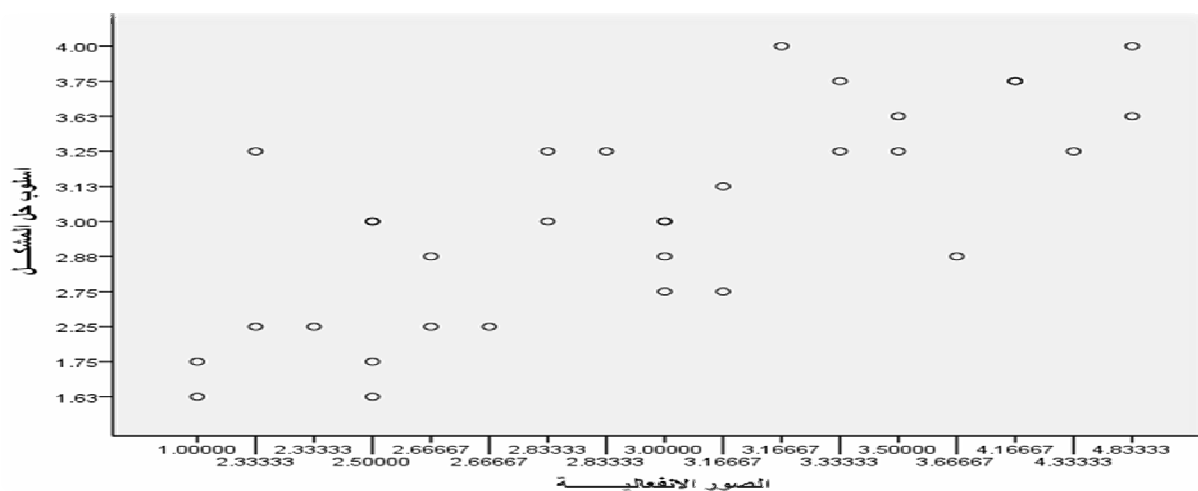
		0,763=R ²	41,910=F	0,583=R ²
المتغير المتنبأ به	قيمة Beta	قيمة t	قيمة p	
الصور الانفعالية	0,736	6,474	0,000	

جدول رقم (06) : يمثل نتائج تحليل الانحدار للفرضية الثانية

يمكن كتابة نتائج تحليل الانحدار للفرضية الأولى كما يلي:

استخدم تحليل الانحدار المتعدد "خطوة خطوة" لمعرفة إمكانية التنبؤ بان يختار المريض أسلوب حل المشكل من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض، وقد تبين من خلال نتائج هذا التحليل أن بعد الصور الانفعالية كان الوحيد الذي له اثر ذو دلالة إحصائية على بعد حل المشكل، حيث بلغت قيمته $0,583=R^2$ وهي ذات دلالة إحصائية اقل من 0,05، حيث بلغت قيمة $41,910=F$ وهي ذات دلالة إحصائية اقل من 0,05.

والرسم البياني المتمثل في لوحة الانتشار يوضح نتائج التحليل كالتالي:



شكل رقم (02) : يمثل لوحة الانتشار

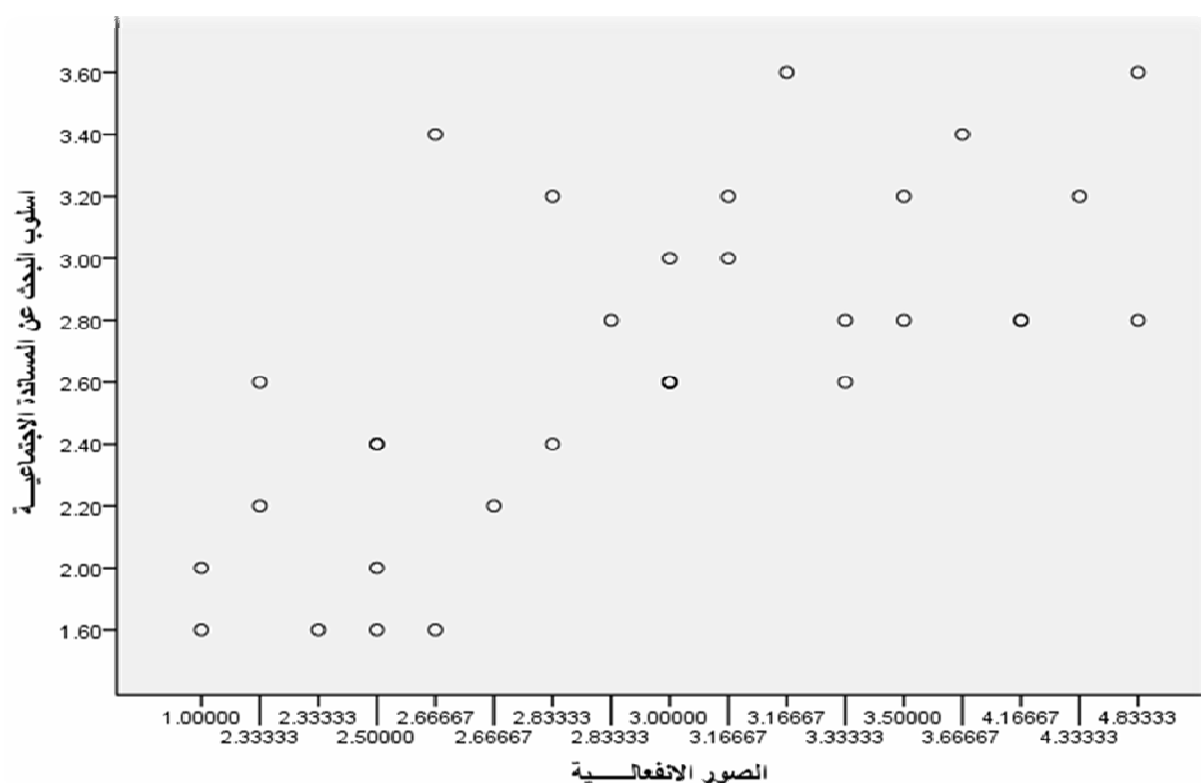
ثالثا: الفرضية القائلة: يمكن التنبؤ بان يختار مريض التكلس الرئوي أسلوب "البحث عن المساندة الاجتماعية" من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض.

		0,645=R ²	21,326=F	0,416=R ²
المتغير المتنبأ به	قيمة Beta	قيمة t	قيمة p	
الصور الانفعالية	0,645	4,618	0,000	

جدول رقم (07): يمثل نتائج تحليل الانحدار للفرضية الثالثة

يمكن كتابة نتائج تحليل الانحدار كما يلي:

استخدم تحليل الانحدار المتعدد "خطوة خطوة" لمعرفة إمكانية التنبؤ بان يختار المريض أسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض، وقد تبين من خلال نتائج هذا التحليل أن بعد الصور الانفعالية كان الوحيد الذي له اثر ذو دلالة إحصائية على بعد حل المشكل، حيث بلغت قيمته $R^2 = 0,416$ وهي ذات دلالة إحصائية اقل من 0,05، حيث بلغت قيمة $F = 21,326$ وهي ذات دلالة إحصائية اقل من 0,05. وهذا ما توضحه لوحة الانتشار.



شكل رقم (03) : يمثل لوحة الانتشار

رابعاً: الفرضية القائلة: يمكن التنبؤ بان يختار مريض التكلس الرئوي أسلوب "التجنب مع التفكير الايجابي" من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض. وبنفس الطريقة السابقة وجد عند تحليل الانحدار عدم دخول أي متغير في معادلة الانحدار، أي انه لا يوجد تنبؤ.

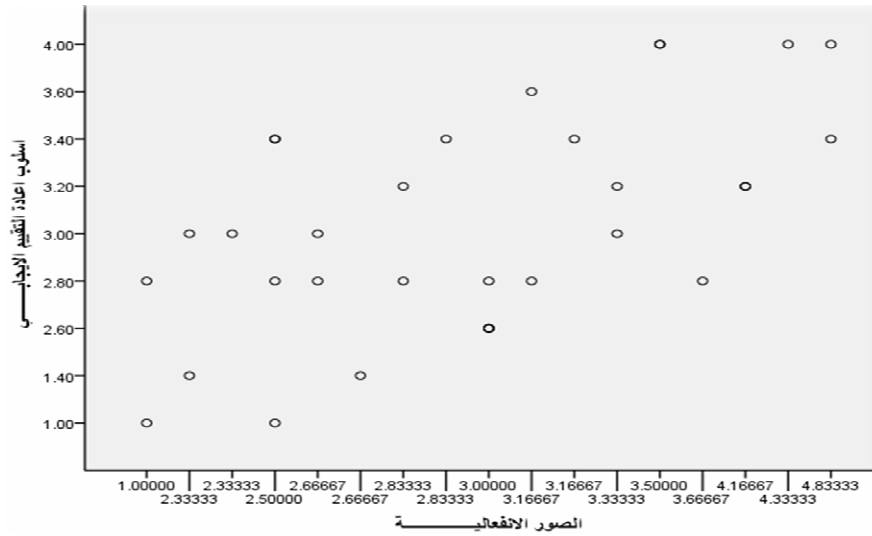
خامساً: يمكن التنبؤ بان يختار مريض التكلس الرئوي أسلوب "إعادة التقييم الايجابي" من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض.

15,199 = F	0,336 = R ²	0,580 = R	
قيمة p	قيمة t	قيمة Beta	المتغير المتنبأ به

الصور الانفعالية	0,580	3,899	0,001
------------------	-------	-------	-------

جدول رقم (08) : يمثل نتائج تحليل الانحدار للفرضية الخامسة

يمكن كتابة نتائج تحليل الانحدار كما يلي:
استخدم تحليل الانحدار المتعدد "خطوة خطوة" لمعرفة إمكانية التنبؤ بأن يختار المريض أسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض، وقد تبين من خلال نتائج هذا التحليل أن بعد الصور الانفعالية كان الوحيد الذي له اثر ذو دلالة إحصائية على بعد إعادة التقييم الايجابي، حيث بلغت قيمته $R^2 = 0,336$ وهي ذات دلالة إحصائية أقل من 0,05، حيث بلغت قيمة $F = 15,199$ وهي ذات دلالة إحصائية أقل من 0,05 والرسم البياني التالي يوضح النتائج اكثر.



شكل رقم (04) : يمثل لوحة الانتشار

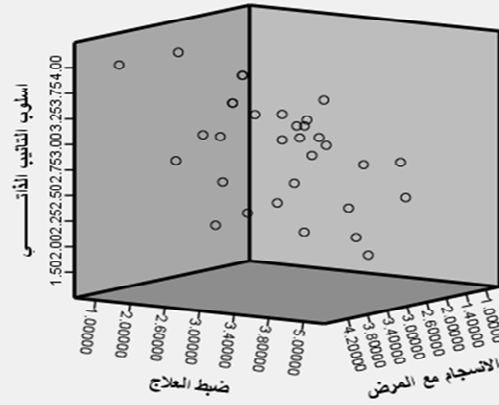
سادسا: يمكن التنبؤ بأن يختار مريض التكلس الرئوي أسلوب "التأنيب الذاتي" من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض.

المتغير المتنبأ به	النموذج	قيمة Beta	قيمة t	قيمة F	قيمة R	قيمة R^2	قيمة p
ضبط العلاج	1	-0,443	-2,708	7,335	0,443	0,196	0,011
الانسجام مع المرض	2	0,342	2,224	4,947	0,560	0,314	0,004

جدول رقم (09) : يمثل نتائج تحليل الانحدار للفرضية السادسة

يمكن كتابة نتائج تحليل الانحدار كما يلي:
استخدم تحليل الانحدار المتعدد "خطوة خطوة" لمعرفة إمكانية التنبؤ بأن يختار المريض أسلوب التأنيب الذاتي من خلال أبعاد إدراك المرض، مدة المرض، وكذا عمر المريض، وقد تبين من خلال نتائج هذا التحليل أن بعدي ضبط العلاج، والانسجام مع المرض اللذين لهما اثر ذو دلالة إحصائية على بعد التأنيب الذاتي، حيث

بلغت قيمة R^2 لكل منهما على التوالي: 0,196 و 0,314 وهي ذات دلالة إحصائية أقل من 0,05، حيث بلغت قيمة F لكل منهما على التوالي: 7,335 و 4,947 وهي ذات دلالة إحصائية أقل من 0,05. كما يمكن توضيح النتائج السابقة برسم بياني يمثل لوحة الانتشار ثلاثية الأبعاد.



الفصل السابع

تفسير ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد أن تطرقنا في السابق إلى عرض نتائج الفرضيات في الجداول والأشكال السابقة، في هذا الفصل سنتعرض إلى مناقشة النتائج وتفسيرها وفق ما جاءت به الدراسات السابقة وكذا الإطار النظري.

أولاً: تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

ونص هذه الفرضية: "توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض مع أساليب التدبير عند أفراد العينة.

فمن خلال النتائج التي قمنا باستعراضها سابقاً يمكن القول أنه:

- توجد علاقة ارتباطية قوية وموجبة بين إدراك الصور الانفعالية وأساليب حل المشكل، مع أساليب البحث عن المساندة الاجتماعية، بالإضافة إلى العلاقة بين أساليب حل المشكل مع أساليب إعادة التقييم الايجابي مما يفسر إمكانية التنبؤ بأن يختار المريض أساليب مركزة حول المشكل (حل المشكل، أساليب البحث عن المساندة الاجتماعية)، وأسلوب مركز حول الانفعال (إعادة التقييم الايجابي).

- وجود علاقة ارتباطية متوسطة وموجبة بين أبعاد إدراك المرض المتمثلة في (بعد الوقت، نتائج المرض، الضبط الشخصي، الضبط العلاجي، الانسجام مع المرض). وهذا ما كنا نتوقعه كون أساليب التدبير تتأثر بمدرجات واعتقادات الفرد، فكلما أدرك الفرد أنه متحكم في صحته، كلما كانت مواجهته للضغوط أفضل، وهذا ما نستشفه من خلال دراسة Leventhal وزملائه، ودراسة Adline Papat (2007) من وجود علاقة ارتباطية بين مختلف مكونات إدراك المرض.

إذ أن الأفراد الذين يعتقدون بتحكمهم وضبطهم لمرضهم يتميزون بتحكم أكثر من الآخرين، وتكون عندهم الأساليب التي يختارونها أكثر فاعلية. (Schweitzer, 2002, p322)

ودراستنا الحالية تجد رابطة بين مكونات إدراك المرض وبعض الأساليب الخاصة بالتدبير شأنها في ذلك شأن دراسات كل من (Leventhal et al, 1984 et Moss morris, 2002)، ودراسة Papat (2007).

توجد علاقة ارتباطية سلبية بين إدراك الصور الانفعالية وإدراك بالوقت، الضبط الذاتي وضبط العلاج. إذ أنه كلما أحس المريض بالاكتئاب والخوف من حاله، كما انخفض لديه مستوى التحكم والضبط الذاتي ومن ثم عدم الوثوق في العلاج، وهذا قد يكون بسبب فشل العلاج مع نوعية هذا المرض، وهذه الصور الانفعالية مرتبطة بصيرورة الأعراض والتبعية العلاجية.

وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الاعتقاد بالضبط الذاتي واختيار أسلوب إعادة التقييم الايجابي، إذ أنه كلما انخفض مستوى الضبط الذاتي، كلما اختار المريض أسلوب إعادة التوازن الانفعالي نحو الايجابية، وشأنه في ذلك مع بعد الانسجام مع المرض.

وجود علاقة ارتباطية بين الاعتقاد بفشل الضبط العلاجي واختيار المريض أسلوب التأنيب الذاتي وربما يختار المريض أسلوب مركز حول الانفعال لأن هناك تهديد صحي جراء الاعتقاد بفشل العلاج، ومن جهة يختار

المريض أسلوب إعادة التقييم الايجابي لخفض الضغط الانفعالي المصاحب للمشكل الصحي الذي هو التكلس الرئوي.

لا توجد علاقة ارتباطية لمدة المرض، وعمر المريض لا مع أبعاد إدراك المرض، ولا مع أساليب التدبير التي يختارها المرض لمواجهة التكلس الرئوي. إذ يمكن القول أن المدة والسن لا يستطيعان التنبؤ باختيار أساليب التدبير، أضف إلى ذلك: أن الخصائص المرتبطة بالمرض والعلاج هي التي لها تأثير على عملية التقييم للمرض وتكييفه فبحسب (لازاروس، 1984) فإن تقييم المريض لحالته هي التي تحدد كيفية استجابته، وبكون نتائج مرض التكلس الرئوي حتمية ومؤلمة فإنها تؤثر في تقديره للمرض. وكما يرى (ليفنثال) فإن تآزر العوامل السياقية من خصائص المرض والعلاج، والخصائص الشخصية تحدد أساليب التدبير اتجاه المرض، فاختيار أساليب التدبير تتأثر بالعوامل البيئية، إذ كلما زاد الضغط والتهديد الناتج عن المرض فإن المريض يلجأ إلى اختيار أساليب تخفف من شدة التوتر الانفعالي وبالتالي تقليل الخطر المحقق، وهذا ما لمسناه من خلال العلاقة الارتباطية بين مكونات إدراك المرض وأساليب التدبير .

كون نتائج المرض نفسها، ومصدر المشكل الصحي نفسه، فإنه مهما كان سن المريض فمدرجاته واعتقاداته اتجاه المرض هي نفسها، ومن ثم فالأساليب المختارة هي نفسها تقريبا، وهذا ما اقره نموذج المعنى المشترك (CSM) وهو الاشتراك الجماعي في إدراك الصحة والمرض.

ودراستنا هذه شبيهة بدراسة كل من CHateaux et Spitz من خلال نتائجهما في عدم وجود علاقة ارتباطية بين عمر الطفل المصاب بالربو والتزامه بتناول الدواء، على عكس الباحثة Susan. M o'connor وزملائها التي وجدت من خلال دراستها حول التزام مريض القصور الكلوي في مراحلها النهائية بالدواء والحمية الغذائية أن هناك تأثير السن، اذان الذكور الأقل سنا لديهم نقص في الالتزام، حيث وجدت علاقة قوية بين إدراك الصور الانفعالية والاعتقاد بزمنية المرض، وبين اختيار المريض لأساليب مركزة حول الانفعال.

تتضمن مناقشة وتفسير الفرضية القائلة بأنه " يوجد تأثير لإدراك المرض في اختيار أساليب التدبير لدى أفراد العينة" مناقشة الفرضيات الجزئية التالية:

ثانيا: مناقشة وتفسير الفرضية القائلة: يمكن التنبؤ بان يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب حل المشكل من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض.

وجدنا من خلال العرض السابق للنتائج بان هناك تأثير لإدراك الصور الانفعالية في اختيار أسلوب حل المشكل لدى أفراد العينة. حيث يظهر المريض شعور بالقلق والاكتئاب ومشاعر الخوف أين يعطي معنى خاص لمرضه ويعتبره مشكلة صحية، فمع الوهلة الأولى لظهور أعراض المرض، ومع المعرفة السابقة لمصير الزملاء، بالإضافة إلى نقص المعلومات حول التكلس الرئوي لدى المريض، فإن كل التركيز يكمن حول المدرجات والاعتقادات إزاء المشكل الصحي من خلال البحث عن حلول وهذه الحلول مرهونة بتغيير الصور الانفعالية السلبية.

تري Alexa K et al في دراستها بأنه يمكن أن تتنبأ المريضة المصابة بالآلام العضلات بإعطاء احتمال كبير في النجاح من خلال إتباع أساليب للعلاج مثل (إدارة الضغط، التمارين الرياضية، تناول الدواء،...) من خلال تغيير إدراك الصور السلبية باستعمال المريضة لما جاء في نموذج الضبط الذاتي للباحث ليفنثال.

ثالثا: مناقشة وتفسير الفرضية القائلة بأنه "يمكن التنبؤ بأن يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض".

وجدنا بأن هناك تأثير لإدراك الصور الانفعالية في اختيار أسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة، حيث أن مسار العلاج لدى المريض يبقى ثابتاً، وقابلية المرض للتنبؤ بفاعليته أمر صعب من جهة، ومن جهة أخرى الإلزامية في خضوع المريض للعلاج وتبعيته للطاقم الطبي وخصوصاً (التنفس الاصطناعي باستعمال قارورة الأكسجين) وكذا صعوبة التعامل مع البيئة الاجتماعية (من أسرة، أقارب،...) بسبب الحالة الصحية النفسية والجسدية المتدهورة، إذ يعطي المريض في مثل هذه الحالة معنى خاص من إدراك الصور الانفعالية السلبية والتي تولد ضغط شديد تتطلب من المريض الاستئجار بالدعم الاجتماعي لتخفيف من المعاناة وبالتالي فإن هذا الدعم يساعد على تقدير الوضعية تقديراً إيجابياً يجعل التكيف مع المرض مقبولاً.

كما أن البحث عن المساندة كأسلوب للتدبر لها دور فعال في التكيف النفسي مع المرض، ولكون خبرة المرض تشمل الأصدقاء وزملاء الحرفة المر الذي يجعل المريض يبحث عن المساندة المعلوماتية من طرف الآخرين، أضف إلى أن الفشل العلاجي لمرض التكلس الرئوي يجعل المصاب يبحث عن بديل علاجي خارج المحيط الاجتماعي الضيق مثل البحث عن الدعم خارج الوطن.

نجد معظم الدراسات التي تناولت عينات من المرضى الذين يفشل العلاج لديهم من حدة الآلام مثل مرضى السرطان يختارون أساليب مركزة حول المشكل، ففي دراسة HARTMANN et al على عينة من مريضات من سرطان الثدي، تستخدم أساليب البحث عن المساندة الاجتماعية خلال العملية الجراحية وبعدها، وهذه الأساليب المركزة حول المشكل تركز بعد العملية الجراحية.

رابعا: مناقشة وتفسير الفرضية القائلة بأنه "يمكن التنبؤ بأن يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب إعادة التقييم الإيجابي من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض".

فمن خلال تحليل النتائج السابقة نجد أن هناك تأثير لإدراك الصور الانفعالية في اختيار أسلوب إعادة التقييم الإيجابي لدى أفراد العينة. فحين يفشل أسلوب المركز حول المشكل أو ينخفض مستواه فإن المريض يختار أسلوب آخر لتقييم حالته نحو الأحسن من خلال محاولة تعديل انفعالاته نحو الإيجابية، إذ أن المشاكل الصحية 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. (شيلي تايلر، 2008، ص434)

هذا من جهة، ومن جهة أخرى فاختيار أسلوب المركز حول الانفعال ربما لإنقاص الضغط المصاحب للمشكلة الصحية المتعلقة بمضاعفات المرض وخاصة الآلام، ومحاولة المريض إعداد تقييم إيجابي جديد لتلك الصور السلبية المصاحبة للوضعية (مثل الاكتئاب، الخوف، الغموض...).

وباعتبار أن مدركات الفرد ومعارفه حول طبيعة المرض تتأثر نتيجة للاخفقات المتكررة التي تحدث له طيلة المتابعة العلاجية الأمر الذي يؤكد التصورات الانفعالية السلبية، وبهذا يبحث في إعادة التوازن الانفعالي نحو الايجابية، وهذا ما جاء به ليفنثال وزملائه (1996) لمحاولة إعطاء أهمية لتدخلات المريض للتكيف مع المرض المزمن، بإمكانية التلاؤم مع المرض من خلال قدراته في الإدارة الذاتية للألم المزمن .

خامسا: مناقشة وتفسير الفرضية القائلة بأنه "يمكن التنبؤ بان يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب التجنب مع التفكير الايجابي من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض".

من خلال نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد خطوة- خطوة، تبين عدم إمكانية دخول المتغيرات إلى معادلة الانحدار، وبالتالي يمكن القول بعدم وجود تأثير لإدراك المرض في اختيار أسلوب التجنب والتفكير الايجابي لدى أفراد العينة.

سادسا: مناقشة وتفسير الفرضية القائلة بأنه "يمكن التنبؤ بان يختار المريض المصاب بالتكلس الرئوي أسلوب التأنيب الذاتي من خلال أبعاد إدراك المرض، السن، ومدة المرض".

فمن خلال نتائج تحليل الانحدار اتضح بان هناك تأثير لكل من الاعتقاد بالضبط العلاجي، والانسجام مع المرض في اختيار أسلوب التأنيب الذاتي لدى أفراد العينة، أضف إلى تلك العلاقة الارتباطية السلبية بين التأنيب الذاتي وبعد الضبط العلاجي، فان الرؤية تتضح أكثر إذ أن خبرة المريض، ومعلوماته حول المرض، ومعرفته بان سبب المرض هو حرفة صقل الحجارة، وأنه لا وجود لعلاج شاف إلا الوقاية (أي إدراكه بفوات الفرصة في اتخاذ سبل وقائية، وان هذه الأعراض حتمية لا مفر منها) يجعل المريض ينقص من عزيمته في الاعتقاد بفعالية العلاج، وانخفاض مستوى الإيمان بالطاغم الطبي، إذ نجد المريض المصاب بالتكلس الرئوي بأخذ بالالتزام العلاجي إلا في المراحل النهائية للمرض ومحاولة انسجامه مع حاله (مثل البحث التنفس الاصطناعي وتناوله لقاورة الأكسجين بانتظام)، وعلى هذا الأساس نجد المريض لا يجد إلا نفسه لتأنيبها من ممارسة تلك الحرفة باعتبارها السبب الوحيد في وضعيته الصحية المتدهورة. وشأنه في ذلك شأن مريض الايدز الذي نجد لديه انخفاض بالالتزام العلاجي وخاصة المرضى الذين لهم تصورات متعلقة بمضاعفات المرض من خلال عزوهم للايدز، وهذه الأخيرة تؤثر سلبا في الالتزام العلاجي. (دراسة C Ferreira et al). ومن جهة فان تأنيب الذات في المرض المزمن أمر شائع إذ ينظر المريض إلى نفسه على انه هو الذي جلب المرض نتيجة لأفعاله إذ يرتبط بسوء التكيف، وذلك لان المريض يميل إلى التركيز على تلك الأشياء التي كان يجدر به فعلها، وكان من الممكن فعلها لمنع المرض. من ناحية أخرى هناك من الأبحاث ما يشير إلى أن لوم الذات ربما يكون تكيفيا، فهناك عدد من الحالات التي تبين أن شعور المريض بالمسؤولية عن مرضه يرتبط بتكيف أفضل، فعزو المرض لمصدر ذاتي قد يعكس محاولة المريض أخذ زمام المبادرة في السيطرة على المرض، ومثل هذه المشاعر ربما تكون تكيفية في تعامله مع المرض وفهمه له. (شيلي، تايلر، ص639)

وخلاصة القول: أن هذه النتائج المتوصل إليها سواء من خلال دراستنا، أو من خلال الدراسات السابقة نعتبر أن النموذج الذي أتى به الباحث "ليفنثال" قاعدة نظرية أساسية تتضمن سلوكيات التكيف مع المرض، وان هذا النموذج دليل ثابت في تقييم فعالية أساليب التدبر من خلال إدراك المرض، وبالتالي يمكن اعتباره فاعلية للعلاج المعرفي والسلوكي.

الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة هذه إلى البحث عن تأثير إدراك مرض التكلس الرئوي في اختيار أساليب التدبير، مع إدخال متغيري مدة المرض وسن المريض لإظهار الدقة في التنبؤ. وبعد تحليل ومناقشة النتائج توصلنا إلى:

- وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض وأساليب التدبير التي يختارها المريض المصاب بالتكلس الرئوي، إذ ظهرت ارتباطات قوية وأخرى متوسطة مما يفسر نتائج التنبؤ.

- عدم وجود علاقة مدة المرض، وعمر المريض لا مع إدراك المرض ولا مع أساليب التدبير، وهذا يفسر صحة ماجاء به نموذج المعنى المشترك (CSM)، وما جاءت به النظريات الضمنية.

- هناك تأثير للصور الانفعالية في اختيار أساليب مركزة حول المشكل (أسلوب حل المشكل، وأسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية)، وأساليب مركزة حول الانفعال (أسلوب إعادة التقييم الايجابي، وأسلوب التأنيب الذاتي) لكون مريض التكلس الرئوي يركز على المرض ومن ثم يقوم بخفض الانفعال المصاحب نتيجة الخوف والغموض وكذا الاكتئاب، ربما لاعتقاد المريض بفشل العلاج، وان الموت هو النتيجة الحتمية.

- هناك تأثير لاعتقاد السلبي للعلاج، والانخفاض في مستوى الانسجام مع المرض في اختيار أسلوب التأنيب الذاتي، كون المريض يدرك بان هناك ضبط علاجي سلبي (فشل علاج التكلس الرئوي من المعلومات التي جمعها من الطاقم الطبي أو الرفاق، أو وسائل الإعلام) وإدراكه بان نتائج المرض تؤدي إلى الموت الحتمي التدريجي وخصوصا بعد سماعه بوفاة رفاق المهنة التي هي السبب الوحيد إلى وصل إليه الحال، الأمر الذي يجعل المريض يختار أسلوب التأنيب الذاتي.

- بالرغم من النتائج التي وصلنا إليها في هذه الدراسة، واعتبارها متسقة مع الدراسات السابقة، إلا أنها تفتح المجال للبحث مستقبلا لدراسة مرض التكلس الرئوي باستعمال مقياس خاص به، واستعمال مقاييس أخرى لتعدد أساليب التدبير وتنوعها.

الاقتراحات:

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

- فتح مجال البحث لدراسة مرض التكلس الرئوي 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 التدبير 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 لمخاطر مهنة صقل الحجارة، باعتبار أن الوقاية هي خير علاج.
- تضافر كل الجهود للحفاظ على ممارسة هذه المهنة بداية من البحوث العلمية إلى السلطة المخولة بتقنين هذه المهنة من خلال توفير وسائلها بمعايير عالمية، وحتى لا تندثر المعالم الفنية والزخرفية لبنائنا المعماري.

خاتمة

خاتمة:

من خلال النتائج التي توصلنا إليها نلمس تأثير لإدراك المرض في اختيار أساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي، من خلال أن إدراك الصور الانفعالية، والاعتقاد بفعالية العلاج، وكذا مدى انسجام المريض باعتبارها غربة لتصورات انفعالية، معرفية واجتماعية تساعد في إعداد أساليب للتعامل والتكيف مع المرض في شكل نظامي عند تقييم الوضعية الصحية، وهذا باستخدام ميكانيزم "الضبط الذاتي" المرتكز داخل التدبر كعملية معرفية.

وعلى هذا الأساس يمكن القول أن تلك النتائج تساعد مريض التكلس الرئوي في التنبؤ بوضع مخطط لنشاط علاجي مرهون باستعمال نموذج الضبط الذاتي كعملية دينامية ومتقدمة تساعد المريض على التكيف والتعامل مع المرض.

هذه الأخيرة لا تقوم إلا بوجود الكثير من المرونة سواء من المريض أو الآخرين في إطار تقديم العلاج من الطاقم الطبي وخاصة الممارسة النفسية، التي تستطيع الغوص في أعماق الإدراك للمريض، وتساعد في كيفية اختيار أساليب للتدبر الصحيح.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- حميزي-ع، (2008): *الوقاية من مرض السيليكوز*، دليل مختصر لحرفي نحت الحجارة ، دار الشهاب- باتنة.
- شيلي، تايلر ،ترجمة وسام درويش، بريك وآخرون.(2008): *علم النفس الصحي*، ط1، الأردن.
- قيرة، اسماعيل. دليمي، عبد الحميد: *التصورات الاجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا*، مخبر الإنسان والمدينة، جامعة منتوري -قسنطينة .
- ليندازي، س،ل، ترجمة صفوت. فرج، (2000): *مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين*، ط1 ،الانجلو-مصرية – القاهرة.
- معمري، نويرة، (1998): *استراتيجيات المقاومة عند المصابين بالصداع النصفي وعلاقته بالقلق*، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي – الجزائر .
- مكلفين، روبرت. غروس، رتشارد. (2002): *مدخل إلى علم النفس الاجتماعي*، ط1، دار وائل للنشر – الأردن.
- ملحم، سامي محمد، (2006): *مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس*، ط4، دار المسيرة للنشر- عمان الأردن.

المراجع باللغة الاجنبية :

- Adline. PUPAT(2007); *La perception de la maladie et le Coping chez les personnes fibromyalgique*, université de toulouse-lemirail- France .
- Alexa. K,Stenfbergen, Loraine phillips, Wayrene voelmeek, Reenee Brwder(2006) : *Illness perception and related autcoume amoung women with fibromyalgia syndrome*; women's health issues ,16-353-360.
- Bernard . A, Lauwerys R, (1995): *La proteine de cellules de clare(cc16)* ;un nouveau marqueur tres sensible d'une agression toxiquedes voies respiratoires ou des tubes rénaux ; arch,mal pro,56 -6 .
- Brown. G .K, Nicassio P M ,(1987) : *The developpement questinnnaire for the assessment of active and passive coping statigies in chronic pain patients* , pain 31 ;103-109.
- Carrie .Diane, Llewellyn, Mark Mc Gurk, John Weinmann (2007) : *Illness and treatment beliefs in head and neek cancer: is Leventhal's common sense model a useful framework for determining change in autcoume over times?* ,journal of psychosomatic research ,63,17-26.
- Chateaux .V, Spitz E (2006) : *Perception de la maladie et adherence therapeutique chez des enfants asthmatiques*, pratique psychologique –paris ,12 ;1-16.
- Claire .Haward, Claire. N Hallas, J O wray ,Martin carby ,(2009) : *The relationship between illnes perception and panic in chronic obstructive pulmonary diseases* , behavior research and therapy ,47;71-76.
- Clerens. J (1953): *Silicose pulmonaire et rhumatisme ou syndrome de collinet-caplan* ,arch –belge med ,soc,hyg,med,trav,med leg,11 ;336.
- Daize .E, (1994): *silicose aigue pour inhalation volontaire de poudre à recurer* –Ann ,fr, anesth-rean ,masson – paris,13;251-254.
- Ferreira .C , M C gray, 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 ,paris ,168.25-33.
- Fernandez .E ,(1986): *A classification systems of cognitive coping strategies for pain*, paris, 26. 141-151.
- Grenez. Rieux, CH Balgaries E, Fouriner P , Aupetit J, Foubert p ,(1956) : *Sur les formes tumorales de la fibrose massive des mineurs de charbon et en particulier sur la liquéfaction aseptique* ; compte rendu des journées francaisesde pathologies minières , charbonnage de France – paris .
- Hagger. MS ,Orbell .S ,(2003) : *A meta analytic review of the common sense model of illness representation* ; psychology and health ,18(2), 141-184.
- Hartmann. A, Bonnaud A, Antignac , A .cerele, G .Dabois, Dravet .F, (2007); *Coping et changement face au cancer du sein* : point de vue des patients et de leur accompagnants; pratique psychologique 13 :169- 183.
- Hertzlich.C,(1969): *Santé et maladie,analyse d'une représentation sociale*, paris-mouton .
- Holmes. J. A ,Stevenson. C .A , (1990): *Differntial effects of avoidant and attention of coping stratigies on adaptation to chronic recent- onset pain* , health psychology ; 9. 577.

- Koskela. R .S, klokars .M, Laurent. H, Holoplainen .M,(1994) : *Silica dust exposure and lung cancer – scand J- work*; env, health -20-407 .
- Lavenne. F ,(1967); *Appréciation du taux d'invalidité dans la silicose, les pneumoconioses à poussière mixte et l'asbestose*, rev inst, hyg, mines, 22- 25 .
- Lazarus .R .A , Folkman .S ,(1984) : *Stress ,appraisal and coping* , new York ,spinger.
- Leventhal .H, Leventhal .E. A, Cameron .L, (2001): *Representation, procedures and affects in : Bauma, Revenson TA ,Singer J E ,(eds) ,Handbook of health psychology (pp19-48) ,Mahwah, new jersy: lawrance Erlbaum .*
- Leventhal. H, Meyer D, Nerenz. D. R,(1980) : *The common sense representation of illness danger in : Rachman S , ed contribution to Medical psychology (vol2) , new York.*
- Leventhal. H, Nernez. D.R , Steele D S, (1984): *Illness Representation and coping with health threats* , in: Bauma , Taylor S E, Singer JE (eds) *Handbook of psychology and health* ,(vol 4) ,pp219- 252) ,hillslade NJ Erlbaum.
- Leventhal .H, Diefenbach. M ,Levanthal .EA, (1992) : *Illness cognition : using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions* , cognitive therapy and Research : 16;143- 163 .
- Moss Morris. R.J ,petrie .R, Weinman .K J, (1996) : *Functionning in chronic fatigue syndrome: do illness perception play a regulatory role?* , British journal of health psychology :1 ,15- 25.
- Moss Morris. R.J , Weinman. K.J , Petrie R, Horner, Cameron LD , Buik D,(2002) : *The Revised illness perception questionnaire (IPQ-R)* , psychology and health ; 17, 1- 16 .
- Moss Morris. R.J, (2003) : *Illness perception and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and Rhumatoide arthritis* ; journal of psychosomatic Reaserch , 55(4) 305- 309 .
- Moss Morris. R.J ,(2005): *Symptom perception illness beliefs and coping in chronic fatigue syndrome* ; journal of mental health ; 14(3)223- 235 .
- Minette. A ,(1962): *Premiers resultats des etudes d'enterprise à l'institut medical ste Barbe à LAUKEN sur la bronchite des houilleurs* . Rev . inst. Hyg .mines, 17,57 .
- Neukirch. F, Cooreman .J, Korobaeff .M , Parieniete .R,(1994) : *Silica exposure and chronic airflew limitation in pottery workers* , arch , environ health ;49,459.
- Ng, TP, Lee. HS, Phoon. W.H, (1993): *Further evidence of human silica nephrotoxicity in occupationally exposed workers* . Br J ;ind, med ,50.907.
- Pairon. J .C ,Brochard. P, Jaurand .M. C ,Bingnon .J ,(1991); *Silica and lung cancer ; a controversial issue*, eur, respir, j .4- 730 .
- Park. D. C, (1994): *Self regulation and control of rheumatic disorders*, in Mees S, Leventhal .H, Johnson (eds) *international review of health psychology (vol3)* , - chichester- johon wiley and sonsltd .
- Paulhan. I, (1992); *Le concept de coping* , l'année psychologique –France , vol92, 4 ;545- 557 .
- Paulhan. I, (1994) ; *Les stratégiesd'ajustement, ou coping* , in M Bruchon Schwettzer ,et R .Dantzer, (eds),*Introduction à la psychologie de la santé*, paris ,PUF, chap 4 ,99- 124.
- Philippe. Godard, (1993): *Maladies Respiratoires*, paris-milan –Barcelone- Bonn.

- Racil. H, Benamar .J, Cheikh .S, Rouhou .I, Ridene S, Yalaoui. A, Chabbou ,(2010); *Syndrome de caplan et collinet; Approche immunologique* , Revue française d'allergologie.50 ;36- 39.
- Rahe .R .H, Anthur. R .J ,(1978) ; *Life change and illness studie* , past history and futur direction , journal of human stress ;4,-3- 15 .
- Raymond, B,Durand,MJ,Coutu,MF,Coté,D,Ngomo,(2008), *L'infliancedes representations de la maladie,de la douleur,et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail*, institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité de travail,Québec .
- Robert. R, Lauwerys, (2003); *Toxicologie industrielle et intoxication professionnelle*, 4ème édition, -paris .
- Romano. J. M, Jensen. M .P, Turner. J .A, (2003) ; *Chronic pain coping invontory* ; 42 Rliability and Validity , Pain – 104; 65- 73 .
- Schweitzer .Marilou ,(2002); *Psychologie de santé(modèles, concepts et methodes*, Dunod, paris
- Shipley .R T, (1992); *The 1980 ILO classification of Radiographes of the pneumoconiosis*, Radiology clin ,N ,Am, 30; 1135.
- Steenland .k, Goldsmith .D. F,(1995); *Silica exposure and autoimmune disease* , Am ,J, ind, med -28; 603 .
- Suls. J , Flectcher .B , (1985) ; *The relative efficacy of avoidant coping stratigie*, health psy – 4 ; 249- 288 .
- Susan.M.O'connor, Alan G. Jardine,Keith.Millar (2008); *The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's Self-Regulatory Model*, Journal of Psychosomatic Research 6) 191–200
- Turner .J. A, Jensen. M .P, Romano .J.M, (2002); *Belief coping catastrophizing independently predect functioning in patient with chronic pain* , pain 85; 115- 125 .
- Vitaliano .P. P, Russo J ,Carr J E, Maiuro. R .D, Becker. J,(1985); *The ways of coping cheek list* ; Revision and psychosomatic properties ,multivariate behavioral research ,20;3- 26.
- Wagner G R, (1997); *Asbestosis and Silicosis*, the cancer , 349- 1311 .
- Zay .K , Devine .D , (1995) ; *Quartz inactivates Alpha(1) ANtiprotéinase : possible role in meniral dust-induced emphysema* , J, Appl,physiology , 78; 53.
- Zendner .M , Endler .N.S ,(1996); *Handbook of coping theorie research and Application* John wiley and sonsinc, USA .

الملاحق

ملحق

مقياس المواجهة لبولهان وآخرون Paulhane et al 1994

أشـر بالعلامة (X) إلى الإستراتيجيات المـواليـة إن كنت قد إستعملتها في مواجهة الموقف.

الرقم	البنود	نعم	أحياناً	لا	نادراً
01	وضعت خطة عمل واتبعتها.				
02	تمنيت لو كنت أكثر تفاؤلاً.				
03	حدثت شخصاً عما أحسست به.				
04	كافحت لتحقيق ما أريد.				
05	تغيرت إلى الأحسن.				
06	تناولت الأمور واحدة بواحدة.				
07	تمنيت لو إستطعت تغيير ما حدث .				
08	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكلة				
09	ركزت علي جانب إيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد.				
10	تناقشت مع شخص لأعرف أكثر				

				عن الموقف.	
				تمنيت لو حدثت معجزة.	11
				خرجت أكثر قوة من الوضعية.	12
				غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام	13
				أثبتت نفسي.	14
				إحتفظت بمشاعري لنفسي.	15
				تفاوضت لأحصل علي شيء إيجابي من الموقف.	16
				حلمت أو تخيلت مكانا أفضل من الذي كنت فيه.	17
				حاولت عدم التصرف بتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي.	18
				رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا.	19
				أدركت بأنني سبب المشكلة.	20
				حاولت عدم البقاء لوحدي.	21
				فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن.	22
				قبلت عطف أو تفاهم شخص.	23

				وجدت حلا أو حلين للمشكلة.	24
				حاولت نسيان كل شيء.	25
				تمنيت لو إستطعت تغيير موقعي.	26
				عرفت ما ينبغي القيام به وضاعفت مجهوداتي وبذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد.	27
				عدلت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل.	28
				أنقذت نفسي و نجيتها.	29

ملحق

REVISED ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (IPQ-R)

Timeline acute/chronic

My illness will last a short time

My illness is likely to be permanent rather than temporary

My illness will last for a long time

*This illness will pass quickly

*I expect to have this illness for the rest of my life.

*My illness will improve in time (r) .

Timeline cyclical

The symptoms of my illness change a great deal from day to day

*My symptoms come and go in cycles .

*My illness is very unpredictable .

*I go through cycles in which my illness gets better and worse

Consequences

My illness is a serious condition .

My illness has major consequences on my life

My illness does not have much effect on my life (r) .

My illness strongly affects the way others see me .

My illness has serious financial consequences.

*My illness causes difficulties for those who are close to me

Personal control

There is a lot which I can do to control my symptoms .

What I do can determine whether my illness gets better or worse.

*The course of my illness depends on me

*Nothing I do will affect my illness (r).

*I have the power to influence my illness.

*My actions will have no affect on the outcome of my illness (r)

Treatment control

There is very little that can be done to improve my illness (r)

*My treatment will be effective in curing my illness.

*The negative effects of my illness can be prevented (avoided) by my treatment

*My treatment can control my illness.

*There is nothing which can help my condition (r).

Illness Coherence

The symptoms of my condition are puzzling to me (r).

My illness is a mystery to me (r) .

*I don't understand my illness (r)

*My illness doesn't make any sense to me (r) .

*I have a clear picture or understanding of my condition

Emotional representations

*I get depressed when I think about my illness .

*When I think about my illness I get upset .

*My illness makes me feel angry

*My illness does not worry me (r)

*Having this illness makes me feel anxious

*My illness makes me feel afraid .

Note: *denotes new items not included in the original IPQ; (r)items reverse scored.

