

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministère de l'Enseignement Supérieure Et  
de La Recherche Scientifique

جامعة - باتنة 01 - . - 01- Université-BATNA



Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
département de psychologie et sciences  
de l'éducation et l'orthophonie

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم  
التربية والأرطفونيا

إدراك المرض وأثره على الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى المرضى  
الخاضعين لعملية زراعة الكلية  
- دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التوهامي ولاية باتنة-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل. م. د. في علم النفس

تخصص : علم نفس الصحة

إشرافه الدكتور:  
بن لمبارك سومية

إعداد الطالب الباحث:  
حميداني موسى

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
لبنى احمان	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة 1	رئيساً
سومية بن لمبارك	أستاذ محاضراً	جامعة باتنة 1	مخرفاً ومقرراً
مختار كروال	أستاذ محاضراً	جامعة باتنة 1	مناقها
الصالح ابركان	أستاذ التعليم العالي	جامعة خنشلة	مناقها
محمد الطيم ظنفي	أستاذ التعليم العالي	المركز الجامعي بديكة	مناقها

السنة الجامعية: 2022/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## شكر وعرفان

قَدْ جَعَلَهَا رَبِّي حَقًّا

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين سيدنا محمد صلى الله على آله وصحبه وسلم ومن اهتدى بهديه إلى يوم الدين وبعد:

وجهة امتناني، وعظيم شكري لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل وما توفيقني إلا بالله وحده.

وفائق عرفاني وتقديري لصاحبة الإحسان؛ مشرفتي وقdotي أستاذتي الدكتورة

"بن مبارك سومية"، على دعمها الدؤوب وسعيها الحثيث، وحرصها المتفاني، وانسانيتها الفياضة، فقد كانت بحق المشرف الصادق الحريص على إنجاز هذا البحث بهذه الصورة.

كما أتقدم بالشكر والتقدير لكل اساتذتي بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا بجامعة باتنة خاصة الى أعضاء مخبر سيكولوجية مستعمل الطريق على دعمهم ومساندتهم اللامتناهية.

والشكر موصول الى كل من استاذتي الفاضلة "شينار سامية" على ما قدمته لي من دعم وتوجيه، واستاذي، وصديقي، وأخي البروفيسور "ابركان الصالح" من جامعة خنشلة الذي كان سنداً وعوناً لي طيلة مساري الجامعي.

كما أجد لزاماً ان انسب الفضل الى اهله، وعرفانا مني بالجليل فأني أتقدم بوافر الشكر وعظيم الامتنان الى كل افراد عائلتي الكريمة واطح بالذكر "امي" العزيزة حفظها الله. وروح "ابي" الطاهرة رحمه الله وطيب ثراه، الى رفيقة دربي "زوجتي" الغالية، والى ابنائي فلذة كبدي "انس. مريم. كوثر"، الى اختي العزيزة سارة الى كل أصدقائي وزملائي...

الشكر موصول لمن كانوا سبباً ودعماً لي في هذا البحث " مرضى الزرع الكلوي "

وفيض تقديري لكل من أوصلني إلى هذه المرحلة بحرف علمني إياه، بدعوة صادقة لي، بدعم معنوي.

وخالص احترامي للجنة المناقشة على تفضلها بقراءة الأطروحة لإثرائها من فيض خبرتهم

بملاحظاتهم البناءة،

فلكم مني جزيل الشكر.

لكم جميعاً طيب الله مسعاًم

## موجز الدراسة:

هدفت الدراسة الى الكشف عن اثر إدراك المرض، وكذا العوامل السوسيوديموغرافية والمتغيرات العيادية على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية، أجريت الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التوهامي بولاية باتنة، ولقد تم اتباع المنهج الوصفي، تم الاعتماد على ادوات تماشت وطبيعة الدراسة حيث تمثلت في مقياس إدراك المرض الموجز (Brief-IPQ) والذي تم تطويره من طرف (Broadbent et al) سنة 2006، مقياس الالتزام بالعلاج متعدد الأبعاد (MAQ) الذي اعده (Telles-Correia et al) سنة 2007 ( ترجمة الباحث ) ، ومقياس استراتيجيات التعامل الموجز (Brief-COPE) الذي وضعه (Carver) سنة 1997 (تعريب مفتاح المنصوري) ، وقد تم التأكد من شروطهما السيكومترية من خلال تحليل النموذج القياسي عن طريق برنامج smart pls 4.

شملت عينة الدراسة على 70 مشاركا تراوحت أعمارهم بين 15 و 61 بمتوسط عمري  $(38.6 \pm 1.4)$ ، تم اختيارهم بطريقة عرضية، وقد تم تحليل البيانات احصائيا بالاستعانة على نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS v 25) والمتمثلة في المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، النسب المئوية، كما تم الاعتماد على النمذجة الإحصائية باستخدام المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية (Smart PLS v4) وذلك باستخدام معامل التحديد  $R^2$ ، حجم التأثير  $F^2$ ، التعصيب والملائمة التنبؤية  $Q^2$ ، كما تم فحص معامل المسار باستخدام البسترة bootsrapping مع عينة 5000.

وقد اسفرت نتائج الدراسة عن وجود إدراك إيجابي اتجاه عملية زراعة الكلية لدى افراد العينة وذلك من خلال الاعتماد على المتوسط الفرضي لمقارنة نوع الاتجاهات مع المتوسط الحسابي، كما بينت النتائج انه لدى المشاركين في الدراسة مستوى عالي من الالتزام بالعلاج وقد تم التأكد من ذلك عن طريق حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ). كما اظهرت النتائج ان أكثر استراتيجيات تعامل مستخدمة لدى افراد العينة هي اللجوء الى الدين.

كما أظهرت نتائج تحليل النموذج الهيكلية بان هناك تأثير إيجابي لإدراك المرض على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل، في حين لا يوجد تأثير لكل من المتغيرات السوسيوديموغرافية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع)، والمتغيرات العيادية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، الوزن، الضغط الدموي، نسبة السكر، الكوليسترول) على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى افراد العينة.


## **Abstract:**

The study aimed to identify the effect of illness perception, as well as sociodemographic factors and clinical variables, on adherence to treatment and coping strategies among renal transplant patients. The study tools were: the Brief illness Perception Scale (Brief-IPQ) which was developed by (Broadbent et al) in 2006. The Multidimensional Treatment Adherence Scale (MAQ), prepared by (Telles-Correia et al) in 2007 (translated by the researcher). The brief coping strategies Questionnaire (Brief-COPE), developed by (Carver) in 1997 (translated to Arabic by Meftah Al-Mansoori), and their psychometric characteristic have been verified through standard model analysis by **smart pls 4**.

The study sample consisted of 70 patients, aged between 15 and 61 (mean age,  $38.6 \pm 1.4$  years). The **SPSS v 25** system was relied on and the statistical modeling was based on the structural equations of partial least squares **Smart PLS v4** using the coefficient of determination  $R^2$ , effect size  $F^2$ , innervation, and predictive fit  $Q^2$ , and the path coefficient was examined using bootstrapping with a sample of (5000), to determine the relationship between several variables.

This study provides insights into a positive perception of the direction of kidney transplantation among the sample members, by relying on the hypothetical average to compare the type of trends with the mean. The results also shows that there is a high level of treatment adherence among the study sample, and the most used coping strategy among kidney transplant patients is resorting to religion.

The results of the structural model analysis showed that there is a positive effect of illness perception on both adherence to treatment and coping strategies. While there is no effect for each of the sociodemographic variables according to (age, gender, educational level, social status, economic status, donor relationship) and clinical variables according to (duration of hemodialysis, duration of the transplant, urea ratio, creatinine, weight, blood pressure, blood sugar, and cholesterol) on each of the adherence to treatment and coping strategies among the sample.



# فهرس المحتويات

شكر وعرفان .....	
موجز الدراسة .....	
فهرس المحتويات .....	
قائمة الجداول .....	
قائمة الأشكال .....	

### الجانب النظري

#### الفصل الاول: اساسيات الدراسة

1-مقدمة إشكالية.....	2
2-الدراسات السابقة .....	17
3-فرضيات الدراسة .....	25
4-التحديد الاجرائي لمصطلحات للدراسة .....	25

#### الفصل الثاني: إدراك المرض

1-تعريف إدراك المرض .....	28
2-تصورات المرض .....	30
3-اعتقادات المرضى حول المرض المزمن .....	34
4-مكونات إدراك المرض .....	36
5-العلاقة بين أبعاد إدراك المرض .....	38
6-إدراك المرض في إطار نموذج التنظيم الذاتي .....	40
7-قياس إدراك المرض .....	46
8-تصورات المريض حول زرع الكلى .....	48
9-العلاقة بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج .....	50

10-العلاقة بين إدراك المرض واستراتيجيات التعامل ..... 52

### الفصل الثالث: الالتزام بالعلاج

1-تعريف الالتزام بالعلاج ..... 57

2-الابعاد المحددة للالتزام بالعلاج ..... 59

3- النماذج النظرية المفسرة للالتزام بالعلاج ..... 71

4-قياس الالتزام بالعلاج ..... 83

5-أهمية الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي وطرق تحسينه ..... 85

### الفصل الرابع: استراتيجيات التعامل

1-تعريف استراتيجيات التعامل ..... 89

2-استراتيجيات التعامل لدى مرضى زراعة الكلى ..... 91

3-التناولات النظرية المفسرة لمفهوم استراتيجيات التعامل ..... 93

4-تصنيف استراتيجيات التعامل ..... 98

6-وظائف استراتيجيات التعامل ..... 108

7-فعالية استراتيجيات التعامل ..... 109

8-نماذج لقياس استراتيجيات التعامل ..... 113

### الجانب الميداني

### الفصل الخامس: إجراءات الدراسة

1-منهج الدراسة ..... 119

2-حدود الدراسة ..... 119

3-صعوبات الدراسة ..... 120

4-عينة الدراسة ..... 120

6-الأساليب الإحصائية ..... 125



7-أدوات الدراسة.....130

### الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة

1-عرض نتائج الفرضية الأولى .....151

2-عرض نتائج الفرضية الثانية.....152

3-عرض نتائج الفرضية الثالثة.....153

4-عرض نتائج الفرضية الرابعة.....159

5-عرض نتائج الفرضية الخامسة:.....161

6-عرض نتائج الفرضية السادسة.....161

7-عرض نتائج الفرضية السابعة.....163

8-عرض نتائج الفرضية الثامنة.....164

9-عرض نتائج الفرضية التاسعة.....165

### الفصل السابع: مناقشة وتفسير النتائج

1-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى .....168

2-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.....171

3-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....174

4-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....178

5-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....182

6-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.....185

7-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.....188

8-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.....191

9-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة.....195

مناقشة عامة.....199

## فهرس المحتويات

---

207.....	خاتمة
208.....	قائمة المراجع
208.....	الملاحق



# قائمة الجداول والأشكال

## قائمة الجداول والأشكال

### 1 - قائمة الجداول:

الرقم	محتوى الجدول	الصفحة
01	ملخص للدراسات السابقة.....	17
02	ملخص الارتباطات بين مكونات إدراك المرض.....	37
03	ملخص اهم التصنيفات الخاصة باستراتيجيات.....	101
04	مختلف المتغيرات الديموغرافية التي الاعتماد عليها في الدراسة.....	121
05	مختلف المتغيرات العيادية التي الاعتماد عليها في الدراسة.....	122
06	أنواع التقنيات الإحصائية.....	126
07	خصائص البيانات لنمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية.....	126
08	البدائل الخاصة بمقياس الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ).....	131
09	البدائل الخاصة بمقياس استراتيجيات التعامل الموجز (Brief-COPE) ..	132
10	ابعاد استراتيجيات التعامل الخاصة بمقياس استراتيجيات التعامل وبنوده.....	132
11	القيم الموصى بها علميا لقبول النموذج القياسي.....	134
12	نتائج صدق موثوقية الاتساق الداخلي.....	135
13	نتائج متوسط التباين المفسر (AVE).....	137
14	نتائج معيار نسبة سمة اللاتجانس -سمة الأحادية (HTMT).....	139
15	نتائج معيار فورنل لاركر.....	141
16	نتائج التحميلات المتقاطعة.....	144
17	نتائج اختبار (ت) بين الاتجاهات السلبية والاتجاهات الإيجابية.....	150
18	مستوى الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة.....	151
19	ترتيب استراتيجيات التعامل الاكثر استخداما لدى افراد العينة.....	152
20	القيم الموصى بها علميا لقبول النموذج الهيكلية.....	156
21	نتائج معامل التحديد ( $R^2$ ).....	156

## قائمة الجداول والأشكال

157	نتائج حجم التأثير ( $F^2$ ).....	22
157	نتائج التعصيب والملائمة التنبؤية $Q^2$ .....	23
159	نتائج المسارات الخاصة (إدراك المرض-الالتزام بالعلاج).....	24
160	نتائج المسارات الخاصة (العوامل السوسيوديموغرافية-الالتزام بالعلاج).....	25
161	نتائج المسارات الخاصة (المتغيرات العيادية-الالتزام بالعلاج).....	26
162	نتائج المسارات الخاصة (إدراك المرض-استراتيجيات التعامل).....	27
164	نتائج المسارات الخاصة (العوامل السوسيوديموغرافية-استراتيجيات التعامل).....	28
165	نتائج المسارات الخاصة (المتغيرات العيادية-استراتيجيات التعامل).....	29

## قائمة الجداول والأشكال

### 2- قائمة الأشكال:

الرقم	محتوى الشكل	الصفحة
1	مخطط نموذج التنظيم الذاتي لليفتثال.....	44
2	مخطط نموذج المعتقدات الصحية.....	74
3	مخطط نموذج السلوك المخطط.....	77
4	مخطط النموذج التفاعلي.....	97
5	الإجراءات المنهجية في تطبيق نمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى.....	129
6	المنحنى البياني لترتيب استراتيجيات التعامل الأكثر استخداما لدى أفراد العينة.....	153
7	التمثيل البياني لنتائج الإحصاء الاستدلالي في ضوء الفرضيات وفق برنامج PLS_4.....	157
8	التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة (إدراك المرض-الالتزام بالعلاج).....	159
9	التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة (العوامل السوسيوديموغرافية-الالتزام بالعلاج).....	160
10	التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة (المتغيرات العيادية-الالتزام بالعلاج).....	161
11	التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة (إدراك المرض-استراتيجيات التعامل).....	163
12	التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة (العوامل السوسيوديموغرافية - استراتيجيات التعامل).....	164
13	التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة (المتغيرات العيادية - استراتيجيات التعامل).....	165

# الجانب النظري

## الفصل الأول: أساسيات الدراسة

- 1- مقدمة إشكالية.
- 2- الدراسات السابقة.
- 3- الفرضيات.
- 4- التمديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة.

## 1-مقدمة إشكالية:

منذ عقود ماضية قد تطور مفهوم الصحة بطرق عديدة، حيث أصبح التفكير في الصحة على انها مجرد الخلو من المرض يعتبر تفكير تقليدي، لان مفهوم الصحة اليوم قد تطور واتسع بشكل كبير وأصبح أكثر شمولية، وقد عرفته منظمة الصحة العالمية على انه "حالة من العافية الجسمية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض" (who, 1964)، لذا فان الافراد الاصحاء بدنيًا ولكنهم يعانون من اضطرابات نفسية يعتبرون وفق هذا المنظور الجديد غير اصحاء. (سندرسون.2019.ص 38)

ونتيجة لهذا التطور الحاصل لكل من مفهوم الصحة وما يقابلها المرض، فقد اتجه العديد من الباحثين في مجال علم النفس الى الاهتمام بها ودراستها، وتبلور عن هذا الاهتمام ظهور تخصص جديد يسمى بعلم نفس الصحة **Health Psychology** حيث تأسس هذا التخصص عندما اجتمع مجموعة من علماء النفس بالولايات المتحدة الامريكية في أواخر سبعينيات من القرن الماضي وذلك لمناقشة أهمية النظرية النفسية والممارسة العملية بالنسبة الى الصحة البدنية والمرض، وتمخض عن هذا الاجتماع تكوين شعبة علم نفس في جمعية علم النفس الامريكية.

وبطبيعة الحال لم يكن علم نفس الصحة مستقلا عما يدور من حوله من تطورات، فعلى مدى عقود سابقة كان الارتباط القائم بين الطب وعلم النفس مطروح على طاولة البحث، وأصبحت هذه العلاقة جلية بتطور علم النفس والطب الحيوي كفرعين مستقلين من فروع المعرفة العلمية.

وفي سنة 1979 تم تطوير تعريف علم نفس الصحة كشعبة من شعب جمعية علم النفس الامريكية، ولم يكن من محظ الصدفة ان يعكس هذا التعريف روح العصر، وان يتم تعريف علم نفس الصحة على انه اسهام كل الجوانب التربوية والعلمية والمهنية لعلم النفس المعاصر في أي من مجالات الصحة الجسمية او فيها كافة، وخاصة مجالات الصحة الجسمية التي تهدف الى تحسين المؤشرات الصحية والحفاظ عليها، وعلاج الامراض والوقاية منها، ودور العوامل النفسية في الصحة (14: Sarafino,2005) وهو التعريف الأكثر تداولاً هذه الأيام. (فوكس واخرين ،2016، ص341)

ويركز هذا التخصص في دراسته الآن حول ما يعرف بالنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي **Biopsychosocial model** من خلال تجاوزه للنموذج الحيوي التقليدي **Biological Model** الذي سبقه، وقد ساهم هذا النموذج في فهم أعمق للأمراض التي يتعرض لها الانسان ووسّع من مجالات



التشخيص، وقد أصبح الباحثون أكثر وعياً بأهمية فحص العلاقات المتداخلة بين كل من العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية، خاصة في مجال الامراض المزمنة التي أصبحت اليوم تشكل من أهم أسباب الوفيات. ولقد شهدت الفترة الأخيرة ارتفاعاً متزايداً في معدل الإصابة بالأمراض المزمنة وارتفاع التكاليف الصحية الخاصة بها، حيث تشير الاحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن حوالي 50% من الأفراد يعانون من الامراض المزمنة، وأن 90% من الزيارات الطبية المنزلية، و80% من حالات الاستشفاء، و83% من الوصفات الطبية و66% من الزيارات للأطباء، و55% من الزيارات الخاصة بمصلحة الطوارئ هي من نصيب المصابين بالأمراض المزمنة. (تايلور، 2008، ص 513)

ولقد أشار التقرير الصادر عن إحصاءات منظمة الصحة العالمية لسنة 2022 إلى أن الامراض المزمنة تتسبب فيما يقارب من ثلاثة أرباع الوفيات في جميع أنحاء العالم. حيث يموت 17 مليون شخص اقل سن السبعين بسبب الأمراض المزمنة، ويعيش 86% منهم في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. (WHO, 2022)، اما في الجزائر فقد كشفت رئيسة مصلحة الأسباب الطبية للوفيات بالمعهد الوطني للصحة العمومية السيدة بلعمري، ان الأمراض المزمنة تتسبب في نسبة 57% من الوفيات المسجلة بالجزائر، بنسبة تقدر بـ 66% خاصة المتعلقة بالفئة العمرية 30-69 سنة والتي تتوفى مبكراً. (وكالة الانباء الجزائرية، 2021).

من الامراض المزمنة المنتشرة والعالية الخطورة نجد: الضغط الدموي، السكري، السرطان، والقصور الكلوي .... ، ويحدث هذا الأخير نتيجة عجز الكلى عن التخلص من الكميات الكافية من البول الذي يؤدي الى تراكم الفضلات المتخلفة عن عمليات الايض والمواد الفائضة من الأملاح غير العضوية والماء في الجسم. وفي هذه المرحلة يتم فيها اخضاع المريض لعملية تصفية الدم لتخليص الجسم من الفضلات. او لجوء المريض الى اجراء عملية زراعة الكلية، وتعتبر هذه الطريقة العلاجية نتاجاً للتطور الكبير في العلوم الطبية. ويمكن القول عنها انها المنفذ الوحيد لتجنب الخضوع لمختلف طرق تصفية الدم والتعقيدات الجسمية، النفسية، الاجتماعية وحتى الاقتصادية الناتجة عنها .

ومع هذا التطور التكنولوجي، أصبحت قضية التبرع بالأعضاء قضية مهمة بالنسبة للباحثين في مجال علم نفس الصحة، حيث يوجد حالياً في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها فقط ما يفوق عن 49000 مريض في انتظار حصولهم على الأعضاء من المتبرعين، وهذا العدد لا يشمل جميع المرضى الذين يمكن لهم الاستفادة من مثل هذا التدخل، ان هذا العجز في الأعضاء البشرية يدل على أننا قد نكون أمام مجال يجعل من المختصين في علم نفس الصحة يلعبون دور كبير فيه، إذ أن الاختصاصي في علم النفس

يستطيع ان يساعد المرضى في مناقشة أفكارهم اتجاه عملية الزرع مع أفراد أسرهم. ومحاولة مساعدتهم على اتخاذ هذا القرار، يبدو أن هناك اختلاف كبيرة لدى العديد من الأفراد بين الرغبة في التبرع بأعضائهم، والالتزام الحقيقي بذلك، وهنا بالذات يمكن للمختص النفسي التدخل ومحاولة تسهيل هذه العملية (تايلور، 2008، ص 700).

تصنف عملية الزرع الكلوي من أفضل الطرق الخاصة بمعالجة الفشل الكلوي الذي وصل الى مرحلته النهائية. فلا يوجد علاج للعجز الكلوي الذي بلغ المرحلة النهائية إلا بعملية الزرع بدل الخضوع لعملية التصفية لمدة طويلة، مع العلم بأن هذه الطريقة من المعالجة تشكل أعباء صحية ونفسية على المرضى بالغة الخطورة، ولكن بالرغم ما أثبتته عملية زراعة الكلية من فعالية في تحسين الحالة الصحية للمرضى إلا أن لها العديد من التعقيدات الصحية. لهذا فان علم النفس الصحة يولي اهتماما كبيرا خاص بالمشاكل التي يعاني منها مرضى الكلى كغيرها من الامراض المزمنة، وتُعرّف عملية زراعة الكلية بانها عملية جراحية اين يتم فيها إحلال كلية صحيحة قد تكون من (متبرع حي او متوفى) محل كلية اخرى مريضة في جسم مريض يعاني من العجز الكلوي في المرحلة النهائية (وهو المتلقي). (حسين و بانديا، 2014، ص 28).

وقد انتشرت العمليات الخاصة بزراعة الكلى بشكل كبير في السنوات الاخيرة، وخاصة مع التقدم العلمي المحرز الذي حققته الاكتشافات العلمية خاصة في مجال فعالية الادوية المثبطة للمناعة التي تُستخدم لتجنب رفض الجسم للكلية المزروعة، مما أدى ذلك الى زيادة تقبل المرضى لفوائد العلاجية التي تحققها عملية الزرع الكلوي.

فقد اشارت الاحصاءات العالمية حسب التقديرات الاخيرة الواردة إلى منظمة الصحة العالمية من 98 بلداً إلى أنّ الكلية تعتبر من أكثر الأعضاء التي يحتاجها المرضى لعملية الزرع، وقد تم زرع 66 000 كلية عام 2005، بمعدل 10% من الاحتياجات المقدّرة في هذا المجال. وقد تم في نفس العام زراعة 21 000 عملية خاصة بالكبد و 6000 عملية خاصة بزراعة القلب. وتُسجّل زيادة ملحوظة في اجراء عمليات زرع الكلى والكبد على حد سواء، ويبقى الطلب على تلك العمليات بشكل متزايد.

اما على المستوى الوطني فقد وصل عدد العمليات الخاصة بزراعة الأعضاء التي أجريت سنة 2017 على مستوى مختلف المراكز المتخصصة على مستوى الوطن حوالي 800 عملية، 251 منها عمليات زراعة للكلية حسبما كشفت عنه المكلفة بالإعلام على مستوى الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء خوجة عمر بالبليدة. (عمر، 2017)

وفي نفس السياق فقد كشفت الوكالة الوطنية لزراعة الأعضاء عن تصدّر ولاية باتنة الترتيب الوطني في عملية زراعة الكلى لسنة 2020، حيث حصد المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة المرتبة الأولى وطنيا بنسبة نجاح قدرت بـ 60% من العدد الإجمالي لعمليات الزرع في سنة 2020 بـ 32 عملية زرع للكلى، رغم الوضع الوبائي الخطير جراء تفشي مرض كوفيد-19، وقد كشفت خلية الاعلام والاتصال بالمستشفى عن تجاوز باتنة كل الصعوبات الخاصة بعملية الزرع الكلوي بفضل المجهودات المبذولة، وتحوّل المستشفى الى قطب وطني بامتياز بعد تمكن الفريق الطبي من تجاوز عتبة الـ 500 عملية زرع ناجحة منذ مارس عام 2014 تاريخ إجراء أول عملية. (عمر، 2017)

يعدّ الفهم والإدراك الصحيح للمرض من العوامل المهمة التي تحدد مستوى فاعلية العلاج لدى المرضى الخاضعين لعملية الزرع الكلوي، حيث أن للمرضى تصور وإدراك خاص حول هذه الوضعية الصحية الجديدة، فاعتقاد المريض أنه يستطيع إكمال حياته بصورة أحسن له دور كبير في التأثير على تنمية شعوره بالتحكم والمحافظة على وضعه الصحي، وهذا ما أكدته دراسة Poolok 1989 الى أن الطريقة التي يدرك بها الفرد صورة المرض واستراتيجية التعامل التي يستخدمها معه، وهما متغيران لهما دور كبير في تكيف المريض مع مرضه وأيضا مدى الاستجابة الفسيولوجية للعلاج المقدم له. (بن سكريفة وبن زاهي، 2015، ص 235)

إن عملية إدراك المريض لمرضه تتشكل نتيجة مجموعة أو سلسلة من المصادر المعرفية أهمها: التصورات الذهنية الجماعية اتجاه مرضه، بالإضافة إلى المعطيات الطبية التي يقدمها له طاقم الرعاية الصحية (العالم الخارجي)، وأيضا مجموع خبرات المريض نفسه من معاناته مع المرض. (ابركان، 2013، ص 371)

إن المدركات المنظمة لمرض يمكن أن تقود الأفراد الى تفسير المعلومات الجديدة والتأثير على بشأن البحث وطلب العلاج، وتدفع الأفراد الى التغيير أو الى الفشل في الالتزام بطريقة المعالجة (H. Leventhal, Diefenbach & Leventhal. 1962)، كما أنها قد تؤثر في توقعاتهم على مستقبلهم الصحي. (تايلور، 2008، ص 408)

وتتكون المخططات الذهنية التي تتشكل لدى الشخص حول الامراض والمعلومات الأساسية المتعلقة بالمرض: فهوية المرض (Identity) أو تصنيفه فتشير الى اسمه، أما عواقبه (Consequences) فتتضمن الاعراض والمعالجة التي يتطلبها، وأيضا الى مقدار ما يعتقد الشخص بان للمرض تأثيرا على حياته، وتتعلق أسبابه (Causes) بالعوامل التي يعتقد الشخص أنها أدت الى ظهوره، وتشير ديمومته

(Duration) الى التوقعات المتعلقة بالفترة التي يستمر فيها وجوده ، ويحدد الشفاء (Cure) ما اذا كان الفرد الذي يعتقد بإمكانية الشفاء من المرض عن طريق العلاج المناسب ، وهذه المفاهيم المرتبطة بالمرض يبدو انها تتشكل في مرحلة مبكرة من العمر. (تايلور، 2008، ص 407)

يقدم نموذج التنظيم الذاتي للصحة والمرض تفسيراً للاستجابات السلوكية والعاطفية المختلفة للأمراض المزمنة ويفترض أن المرضى يبنون تمثيلاتهم أو نماذجهم الخاصة التي تساعدهم على فهم تجربتهم، مما يوفر أساساً للتكيف الردود، ويتم تحديد وجهة نظر الفرد الشخصية للمرض من خلال عوامل مختلفة مثل سبب المرض وعواقبه وازمانه، وإمكانية الشفاء وأعراض المرض. ليفينثال وآخرون. (2001) تسمى هذه النظرة الشخصية "تمثيلات المرض"، وتتغير هذه التمثيلات بمرور الوقت وتؤثر بشكل مباشر على استراتيجيات التعامل المستخدمة مع المشاكل والعواطف المرتبطة بالمرض والالتزام بالعلاج.

(Vélez & Bosch, 2015 p 850)

يشير هذا النموذج إلى أنه عند التعامل مع مرض أو عامل يهدد الحياة، فإن المريض يخلق انطباعات عامة ومعتقدات معينة حول هذا المرض أو العامل وعلاجه في ذهنه. تُعرف هذه المعتقدات باسم تصورات المرض، ويشير هذا المصطلح إلى التمثيلات المعرفية المنظمة أو المعتقدات التي لدى المرضى حول الخصائص المختلفة لمرضهم، بناءً على نموذج التنظيم الذاتي هذا، تواجه التمثيلات المعرفية والعاطفية عددًا من التهديدات التي يسببها المرض.

نموذج التنظيم الذاتي هو نموذج ديناميكي يتم تقييم مجموعتين من التمثيلات باستمرار وقد تتغير في مراحل مختلفة من المرض. الفرضية الأساسية لهذا النموذج هي أن الناس يحلون المشاكل بنشاط، مما يساعدهم على فهم المخاطر التي تهدد صحتهم.

وقد أظهرت دراسة فحصت 81 مريضاً لمدة (6 سنوات) أن المرضى لديهم تصورات جيدة للمسار المزمن للأمراض، بالإضافة إلى ذلك تغيرت تصوراتهم عن أمراضهم إلى حد كبير على مدى فترة متابعة طويلة وظهرت وجهات نظر متقابلة لتصوراتهم المرضية.

ودراسة Timmers et al الذي درس تمثيلات المرض ونوعية الحياة على 133 مريضاً غسيل الكلى (91 غسيل الكلى، و42 مريضاً غسيل الكلى الصفاقي)، وقد ابدى هؤلاء المرضى مستوى أعلى من التحكم الشخصي، وكان لديهم درجات أعلى بشكل ملحوظ في تماسك المرض مقارنة بمرضى غسيل الكلى،

كما ارتبط إدراك المزيد من الأعراض والمزيد من العواقب وانخفاض التحكم الشخصي بانخفاض الرفاهية.

(Tasmoc et al, 2013p 835)

إن أكبر عامل مهدد لتدهور الحالة الصحية لمرضى الزرع الكلوي هو إدراكهم السلبي ومعتقداتهم الخاطئة على غرار إمكانية استئناف حياتهم بصورة طبيعية بعد عملية الزرع ولكن غالباً ما يجد المريض نفسه أمام تعقيدات طبية ونفسية مما يؤثر على التزامه بالعلاج. فإدراك الفرد للمرض هو اعتقاده وتوقعه بشأن المرض وهو عامل رئيسي لتوقع مشاركته النشطة في العلاج، وتحقيق النتائج المرجوة من خلال تأثير إدراك المرض على استجابات الأفراد العاطفية للمرض وسلوكهم التأقلم، مثل الالتزام بالعلاج، ومن بين الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين ادراك المرض والالتزام بالعلاج نجد دراسة (Goldade et al (2011) حول تصورات مرضى زراعة الكلى ومعتقداتهم والعواقب المتعلقة بالزيارات الطبية المنتظمة للعيادات الخارجية لأمراض الكلى والتي بينت نتائجها انه على الرغم من أن متلقي زراعة الكلى أدركوا أهمية الحفاظ على مواعيد زيارة عيادات امراض الكلى الا ان هناك عوائق كبيرة تم ملاحظتها أمام هذه الزيارات، وهذا ما يوجب علاج التدخلات المستقبلية للحواجز المتصورة وتحفيز المرضى على الحفاظ على الزيارات المنتظمة لطب الكلى بعد الزرع وذلك كوسيلة لتحسين النتائج الصحية للزرع. (Goldade et al, 2011, p11) كما تشير دراسة " Keddiss et al (2018) " حول " تصور وموقف المرضى الأمريكيين الأصليين حول زراعة الكلى: تقييم نوعي للمرضى الذين يأتون لتقييم عملية زراعة الكلى " وكان الهدف منها هو استنباط تصورات المرضى ومواقفهم حول زراعة الكلى وتأثير العبء المالي والمحرمات الثقافية، وقد خلصت الدراسة الى ان المرضى الأمريكيون الأصليون الذين تقدموا لعملية زرع الكلى أقل عرضة للتثقيف حول الزرع قبل البدء في غسيل الكلى، حيث لم يروا العبء المالي ولم تتم مناقشة المعتقدات الثقافية كعقبات أمام الزرع ، بينما كان المتبرع الحي هو الخيار المفضل، وكان مستوى الحماس حول التبرع من الحي من أفراد الأسرة ضعيفاً. (Keddiss et al 2018, p01)

وأيضاً دراسة " Salter et al (2015) " والتي هدفت الى استكشاف ادراك غسيل الكلى و زرع الكلى بين البالغين الأمريكيين من أصل أفريقي الذين يخضعون لغسيل الكلى ، مع اعطاء اهتمام خاص للمخاوف الخاصة بالعمر والجنس وكانت نتائج الدراسة تؤكد على ان ادراك المرضى تركز على أربعة مواضيع: (1) الصحة الحالية والتصورات المتعلقة بغسيل الكلى ، (2) الدعم أثناء الخضوع لغسيل الكلى ، (3) التفاعلات مع المهنيين الطبيين ، و (4) مخاوف بشأن الزرع الكلوي تميل الإناث والذكور الأكبر سنًا إلى أن يكونوا أكثر إيجابية بشأن تجارب غسيل الكلى. أعرب الذكور الأصغر سنًا عن نقص الدعم من

الأصدقاء والعائلة، شارك جميع المشاركين مشاعر سوء المعاملة من قبل المهنيين الطبيين ونقص المعلومات حول أمراض الكلى وخيارات العلاج. كانت المخاوف الشائعة حول متابعة علاج زراعة الكلى هي زيادة عبء الدواء، والخوف من الجراحة، والخوف من رفض العضو المزروع. (Salter et al, 2015,p01) ونجد أيضا دراسة (Massey et al (2013) حول تصورات المرضى، معتقدات العلاج، المواقف، والالتزام إلى الدواء: التغيير بمرور الوقت بعد زراعة الكلى وكانت نتائج الدراسة قد أظهرت ان التغييرات في كل من سلوك تناول الدواء بمرور الوقت وكذلك التغييرات في الأفكار والمواقف المرتبطة بهذا السلوك. قد تكون زيادة المخاوف حول إطالة عمر الكلية المزروعة بعد عملية زرع مؤشراً على عدم الالتزام. وقد ركزت هذه الدراسة على أهمية دراسة التغييرات بمرور الوقت. (Massey et al 2013, p 868)

وفي نفس السياق ندرج دراسة (Iqbal et al(2018) حول المعرفة والمواقف والإدراك حول أمراض الكلى وزرع الكلى بين مقدمي الرعاية لمرضى القصور الكلوي وقد خلصت الدراسة الى ان المعرفة والموقف وإدراك مرض الكلى وزرع الكلى بين مقدمي الرعاية لمرضى القصور الكلوي منخفضة تماماً. وان مقدمي الرعاية لمرضى القصور الكلوي أكثر توجهاً ودراية من أولئك الذين يعانون من مرض الكلى المزمن. قد تساعد برامج التوعية والتنظيف المبكر في إعداد مرضى الكلى المزمنة بالغسيل المسبق وتحضيرهم لاختيار الزرع كبديل عملي أفضل لغسيل الكلى. (Iqbal et al, 2018, p 29)

فبالرغم من الانتشار الكبير لعمليات زراعة الكلية وزيادة فرص اجراءها في وقتنا الحالي إلا ان اغلب المرضى لا زالوا يعتقدون أنهم يستطيعون العيش بصورة طبيعية تقريباً. ومع ذلك، يجد المرضى أنفسهم امام مواجهة ما يعرف بالالتزام بالعلاج الذي يركز أساسا على العلاج -بالمثبطات المناعية- التي تمنع الجسم من رفض الكلية المزروعة والتي تلازمهم مدى حياتهم.

وهذا ما جعل من قضية الالتزام بالعلاج موضوع مهم يستحق أن يوجه له الاهتمام في المجال النفسي والطبي بصورة خاصة اوفي مجال الصحة بصفة عامة، خاصة في الفترة الأخيرة اين ظهرت عمليات زراعة الاعضاء على غرار زراعة الكلية والتي تُوجب من المريض الالتزام الصحي عامة والالتزام بالعلاج الدوائي خاصة.

ومن أكثر التعريفات التي تناولت مصطلح الالتزام بالعلاج ندرج التعريف الخاص بمنظمة العالمية للصحة (OMS) "بانه درجة التوافق بين سلوك الفرد في (تناول الدواء، إتباع الحمية الغذائية، تبني اسلوب الحياة الملائم أو القيام بالتعديلات السلوكية وإتباع التعليمات والارشادات الطبية)". (oms ,2003,p0 3)

وايضا تعريف **Portick** على انه السلوك الذي يتبعه المريض من خلال اخذه لدوائه بدقة والالتزام الأمثل حسب الشروط المحددة والمفسرة من قبل الطبيب، بمعنى الالتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء من حيث الجرعات، كفاءة الاستخدام، مقدار الدواء، احترام الوقت بين الجرعات، شروط الاكل والشرب (رزقي، 2011، ص 49)

وقد اظهرت العديد من البحوث والدراسات على أنه من اهم الأسباب التي تؤدي الى تدهور الحالة الصحية لمرضى الزرع الكلوي واحتمالية تعرضهم لنوبة رفض لكليتهم المزروعة هو عدم الالتزام بتناول الأدوية المثبطة للمناعة التي يجب على المريض ان يتناولها بشكل يومي ومنتظم، وعدم احترام التوصيات الطبية المقدمة من طرف الفريق الطبي المعالج، على الرغم من فعالية هذه الادوية الا ان لها الكثير من التأثيرات السلبية ،التي ممن شأنها أن تؤدي الى العديد من التعقيدات الطبية ،النفسية بالإضافة الى انخفاض في فعالية العلاج الموصى به،

يعد عدم الالتزام بالأدوية المثبطة للمناعة مشكلة شائعة وتزايد بشكل كبير بمرور الوقت. تعتبر كل من جرعة الدواء واحترام وقت تناوله أمران حاسمان. ان عدم تناول الدواء كما هو موصوف من طرف الطبيب المعالج أحد عوامل الخطر التي تؤدي الى رفض الكلية المزروعة او حتى الوفاة ، حيث اشارت دراسة (Aliha & Hamedan (2014) والتي تمحورت حول العلاقة بين الالتزام بالأدوية المثبطة للمناعة وجودة الحياة لدى المرضى الزرع الكلوي في إيران على عينة قوامها 230 مريضا والذين يفوق سنهم اكثر من 18 سنة ، وخضعوا لعملية الزرع لأكثر من 3 اشهر وقد بينت ان (57.8%) من المرضى لم يلتزموا بالمثبطات المناعية. (Aliha & Hamedan ,2014,p205)

وفي نفس الاتجاه نجد دراسة (Coelho (2016) التي هدفت الى تحديد العوامل التي يمكن ان تؤثر على مستوى الالتزام بالعلاج بالمثبطات المناعية لمرضى الزرع الكلوي من خلال التحليل البعدي لبعض الدراسات ، وقد اظهرت النتائج بان الالتزام بالعلاج الخاص بالمثبطات المناعية يتأثر بشكل اساسي بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ( العمر ، الجنس ، التعليم ، الوضع المهني)، و العوامل المتعلقة بالمريض والمتمثلة في (النسيان ، الروتين اليومي) ،بالإضافة الى العوامل المرتبطة بالحالة ( المدة الزمنية بعد الزرع، والاكتئاب) ، وأيضا العوامل ذات المرتبطة بالعلاج اهمها (تعقيد النظام العلاجي).

(Coelho, 2016, p121)

اسفرت الدراسات أنه خلال أول عامين بعد عملية الزرع هناك ما بين 20-68% من المرضى ممن يتعرضون لرفض الزرع الكلى. وقد تم الان التأكيد على الحاجة إلى الاستخدام الطويل الأمد للأدوية المثبطة



للمناعة لمنع هذا الرفض، ومع ذلك فإن هذه الأدوية تسبب مضاعفات كثيرة مثل الإصابات المختلفة، زيادة الوزن، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وهذه الأدوية لها أيضًا آثار سلبية على الجلد، ولتقليل هذه المضاعفات وللحفاظ على الكلية المزروعة، من المهم التزام المرضى بنمط الحياة الموصى به. وتؤكد منظمة الصحة العالمية (WHO) على الالتزام انه التطابق بين سلوك المريض وتوصيات الفريق الطبي . وتتضمن هذه التوصيات تناول الأدوية، واتباع النظام الغذائي الموصوف، وإجراء تغييرات في نمط الحياة، ان زيادة خطر رفض الزرع مع الحد الأدنى من التحويل من النظام الموصوف، ونقص المتبرعين بالأعضاء، والمدة الطويلة للبقاء في قائمة انتظار الزرع، والتكاليف الاقتصادية لغسيل الكلى تجعل الحاجة إلى اتباع التوصيات الطبية أمرًا ضروريًا. لذلك يتم تدريب المرضى قبل خروجهم من المستشفى على نمط الحياة الجديد. بما في ذلك زيارات المتابعة والوقاية من العدوى والنظام الغذائي واستخدام العلاج المثبط للمناعة والنشاط البدني والاهتمام بالرعاية الذاتية والحماية من الشمس. وقد أظهرت دراسات مختلفة أن المرضى الذين خضعوا لزراعة الكلى لا يتبعون هذه التوصيات بدقة. (Hedyati, et al.2017.P97)

من بين الأمور الأخرى التي تشكل تحديا امام الباحثين في مجال الصحة هي تحديد الاستراتيجيات الفعالة والمناسبة للتعامل مع خبرة زراعة الكلية، أي كيف يتعامل الفرد مع المرض ويتكيف مع التغييرات الضرورية في نمط الحياة يؤثر على نوعية الحياة، فالتأقلم هو عملية تتضمن الاختيار المعرفي وتنفيذ خطة للتعامل مع المرض وتحمل آثار المرض (Covic et al.2004). فلا يزال فهم العوامل المعرفية والعاطفية التي تؤثر على سلوك الالتزام وتحديد علاقتها بالعوامل الاجتماعية الديموغرافية يمثل تحديًا، حيث إن مواجهة هذا التحدي من شأنه أن يشجع الرعاية الشاملة لمرضى غسيل الكلى، وبالتالي تحسين نوعية حياتهم. (Vélez & Bosch, 2015 p 850)

ان اجراء المريض لعملية زراعة الكلية تجعله يعطي تفسيراً وتصوراً خاصاً به يجعله يحاول من خلاله استخدام استراتيجيات تعامل متنوعة تمكنه من التعامل مع وضعه الصحي الجديد ومحاولة تحقيق التوازن والراحة النفسية له.

فالمرضى بعد خضوعه لعملية الزرع الكلوي مباشرة يجد نفسه يعيش مع مرض مزمن اخر، وهذا المرض يجعله يواجه العديد من التحديات والضغوطات مثل اتباع نظام دوائي معقد، والتعامل مع آثاره الجانبية، والعيش باستمرار تحت تأثير مشاعر القلق والخوف المتعلق بالحفاظ على الكلية المزروعة بالإضافة الى الضغط الاجتماعي خوفاً من العودة الى عملية تصفية الدم.



نتيجة لهذا السياق اليومي الذي قد يقود الى ضغوطات نفسية واجتماعية، الامر الذي يتطلب من المريض التعامل مع هذه الضغوطات المستمرة عن طريق نماذج مختلفة ومتعددة من استراتيجيات التعامل مع المرض ، ولكل شخص طريقة خاصة وردود أفعال يتكيف من خلالها مع هذا المرض وهي ما تعرف باستراتيجيات التعامل ، وقد عرفها كل من لازاروس وفولكمان (**Lazarus & Folkman, 1984**) بانها تلك الجهود المعرفية والسلوكية الدائمة للتغير للتعامل مع المطالب او المقتضيات النوعية الخارجية و الداخلية، او الداخلية والخارجية معا التي تستنزف موارد الفرد او تتجاوزها .(رضوان. 2012 ص 165) ، وتعرف أيضا على انها تقنيات محددة يستخدمها الاشخاص في التعامل مع الظروف الضاغطة، وتشمل هذه الاستراتيجيات المجهودات المعرفية والسلوكية للأفراد في التفسير والتغلب على المشاكل، وبالتالي يمكن التحقيق في قدرة الفرد على التعامل مع مثل هذه المشاكل من خلال ثلاث جوانب، تتضمن استراتيجيات التعامل الإجراءات الفعّالة والمفيدة التي يتخذها الفرد للتعامل مع الظروف المجهدة وتشمل استراتيجيات التعامل النشطة والتخطيط ومنع الإجراءات المتسارعة والبحث عن الدعم الفعال، وتتكون استراتيجيات التعامل الموجهة نحو المشاعر الإيجابية من الجهود المبذولة من أجل إدارة الاستجابات الانفعالية لحدث مرهق وتتضمن تقنيات البحث عن الدعم الاجتماعي القائم على العاطفة والقبول والفكاهة. في حين تتضمن الاستراتيجيات ذات التوجه السلبي أو غير الفعالة عدم مشاركة الرجال في المشكلة، والإنكار، والافتقار إلى المشاركة السلوكية في حل المشكلة، والتركيز على الانفعالات، وتناول الأدوية أو شرب الكحول.

تم اقتراح نموذج معدل مشتق من نموذج لازاروس وفولكمان (**1984**) للتوتر والتعامل مع المرضى واختباره في المرضى بعد زراعة الكلى. بالإضافة إلى ذلك، تم النظر في آثار العوامل السريرية (على سبيل المثال، مدة غسيل الكلى، وتاريخ الاستشفاء، ووقت ما بعد الزرع، والآثار الجانبية للأدوية المثبطة للمناعة، ونوع المتبرع) التي تم تجاهلها في معظم الدراسات النفسية والاجتماعية الخاصة بالزرع الكلوي في هذه الدراسة. (**Liu , 2006,p7**)

وقد اثبتت عدة دراسات ان المريض لا يستسلم فجأة للأحداث المجهدة الناتجة عن الوضعية المرضية، بل يحاول جاهدا التعامل معها وذلك بتبنيه استراتيجيات تعامل تتغير حسب تقييم الشخص لها سواء بطرق إيجابية بناءة تتوجه مباشرة نحو حل المشكل او الموقف الضاغط او أساليب أخرى تجنبية مركزة على الانفعال، كما وجد كل من (**Appels & Steptoe (1989)** ان الشخص الذي يدرك انه قادر على التحكم في الوضعية الضاغطة يقلل شعوره بالخطر والتهديد وبالتالي يقيم مصادره الشخصية بالإيجاب فيتوصل الى استراتيجيات تعامل. (مزوار ، 2006، ص 12)

قام بعض الباحثين بدراسة استراتيجيات التعامل التي يستخدمها مرضى زراعة الكلى للتعامل مع وضعهم الصحي الجديد ومن بينهم الدراسة التي اجراها (Lindqvist, Carlsson, Sjöden (2004) حول استراتيجيات التعامل لدى مرضى زرع الكلى ، والتي هدفت الى وصف ومقارنة الاستخدام والفعالية المتصورة لاستراتيجيات التعامل المختلفة لدى الأشخاص بعد زراعة الكلى ، مع عينة مطابقة للعمر والجنس والحالة المدنية من عموم السكان السويديين، وقد تم تقييم استراتيجيات التعامل من خلال مقياس **Jalowiec Coping Scale** والكفاءة المصنفة ذاتياً باستخدام المقاييس التناظرية المرئية، من إجمالي 73 مريضاً بعد الزرع، تمت مقارنة سلسلة متتالية من 30 مريضاً مع عينة مطابقة فردية للعمر والجنس والحالة المدنية من عموم السكان السويديين ( ن ¼ 30). تم جمع البيانات من 1994 إلى 1997. وقد بينت النتائج أن مرضى زراعة الكلى استخدموا بشكل ملحوظ أسلوب تعامل أكثر تفاؤلاً وداعماً واعتماداً على الذات وأقل انفعالية من العينة العامة. (Lindqvist, Carlsson, & Sjöden , 2004, p47)

كما نجد دراسة (Mina et al (2020) التي هدفت الى الحصول على نظرة أعمق في استراتيجيات التعامل التي يستخدمها متلقو زراعة الكلى من أجل التعامل مع التحديات التي تعترضهم، حيث تم إجراء مقابلات عميقة شبه منظمة مع 10 مشاركين باستخدام نهج الظواهر. تم إجراء تحليل البيانات باستخدام طريقة **Van Manen** واستند أخذ العينات على طريقة هادفة، وقد بينت النتائج انها قد ظهرت ثلاثة موضوعات تصف استراتيجيات التعامل للمرضى الذين يعانون من رفض الزرع من تحليل البيانات. تضمنت الموضوعات "طلب الدعم" و "الروحانية" و "قبول الواقع". (Mina et al 2020.p 44)

بالإضافة الى دراسة (Requena et al , (2014) والتي كانت تهدف الى تقييم الارتباطات بين التفاؤل المزاجي **Dispositional optimism** واستراتيجيات التعامل لدى المرضى الذين أجريت لهم عمليات زرع كلى حديثة ، وتقييم الاختلافات في استخدام استراتيجيات التعامل وفقاً لمستوى التفاؤل المزاجي، حيث تم اختيار المرضى الذين تم نقلهم إلى المستشفى في قسم أمراض الكلى على التوالي بعد إجراء عملية زرع الكلى. كانت أدوات التقييم هي اختبار التوجه الحياتي المنقح، وجرد استراتيجيات التعامل، وكانت نتائج الدراسة انه من خلال مشاركة 66 مريضاً مع زرع الكلى في الدراسة. كانت أساليب التأقلم التي ميزت المرضى الذين أجريت لهم عملية زرع كلى مؤخرًا هي الانسحاب الاجتماعي وتجنب المشكلات، كانت العلاقات بين التفاؤل النزوعي واستراتيجيات التعامل مهمة في الاتجاه الإيجابي في حل المشكلات وإعادة الهيكلة المعرفية، وعكسًا مع النقد الذاتي. أدت الاختلافات في التفاؤل الميول إلى اختلافات كبيرة في بُعد النقد الذاتي. (Requena et al, 2014, p 606)

وأيضاً دراسة ( Gurkan , Pakyuz & Demir, 2015 ) كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد مستويات القلق والاكتئاب، واستراتيجيات التعامل مع الضغط التي يستخدمها مرضى غسيل الكلى وزرع الكلى، حيث تضمنت هذه الدراسة 138 مريضاً لغسيل الكلى تم علاجهم في مركزي غسيل الكلى الخاصين و 76 مريضاً زرع كلى تمت متابعتهم في المستشفى الخاص. تم جمع البيانات ذات الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، ومقياس القلق والاكتئاب في المستشفى، واستبيان استراتيجيات التعامل) ، وقد بينت نتائج الدراسة ان درجات القلق والاكتئاب أقل بشكل ملحوظ بين مجموعة الزرع مقابل مرضى غسيل الكلى. وكان استخدام استراتيجيات التعامل غير الوظيفية أعلى بين المرضى الذين عولجوا بغسيل الكلى، مقارنة بمرضى زرع الكلى. كان استخدام استراتيجيات التعامل المركزة على المشكلة والمركزة على العاطفة أعلى بين مرضى زراعة الكلى، مقارنة بمرضى غسيل الكلى. عندما تم تقييم جميع المشاركين معاً، كان التحول إلى الدين هو استراتيجية التعامل الأكثر شيوعاً تليها استراتيجية التعامل النشط وإعادة التفسير الإيجابي. في مرضى غسيل الكلى، كان هناك ارتباط سلبي كبير بين العمر واستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال. في المقابل، كان الارتباط بين مستوى التعليم واستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة والانفعال إيجابياً بشكل ملحوظ. في مرضى زرع الأعضاء، كان الجنس ومستوى التعليم مرتبطين بشكل سلبي مع استراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال.

(Gurkan, Pakyuz, Demir, 2015 p 1392)

بشكل عام، ومن خلال الدراسات التي تم عرضها حول نوع استراتيجيات التعامل التي استخدمها مرضى الزرع الكلوي يلاحظ انها متعددة ومتنوعة حيث هناك من اعتمد على الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة وهناك من يستخدم الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال وأيضاً طلب الدعم والصلاة، فمن خلال الاستخدام المتنوع لتسميات الخاصة باستراتيجيات التعامل في هذه الدراسات والاعتماد على ادوات مختلفة التي تقيس التعامل مع مستويات مختلفة للتحقق من الصحة النفسية ، فهذا ما يجعل من الصعب المقارنة والتوصل إلى استنتاجات دقيقة وفق هذه الدراسات. خاصة عدم ذكر بعض الباحثين للإطار المفاهيمي لدراساتهم، وبالتالي لا يمكننا تقييم ما إذا كانوا قد قاموا بقياس ما يريدون قياسه جيداً في هذا المجال.

ونتيجة للتفاوتات المختلفة لمتغيرات هذه الدراسة والأهمية النظرية والعملية لها خاصة مع مرضى الزرع الكلوي، فقد جاءت هذه الدراسة الحالية للكشف عن امكانية وجود تأثير لادراك المرض مع بعض المتغيرات الديموغرافية والعيادية على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى مرضى زراعة الكلية.

تبلورت فكرة اختيار موضوع الدراسة من قبل الباحث نتيجة لمجموعة من الدوافع والأسباب ونذكر منها:

✓ عمل الطالب الباحث في المجال الصحي وبالضبط بمصلحة تصفية الدم والقصور الكلوي وأيضا تخصصه العلمي في مجال علم نفس الصحة من العوامل التي حفزته على تناول الموضوع والتي مكنته من التعرف على اهم المشكلات التي يعاني منها مرضى القصور الكلوي قبل وبعد عملية الزرع الكلوي.

✓ حداثة موضوع الزرع الكلوي خاصة بعد التطورات والاكتشافات العلمية التي احرزتها في مجال فعالية الادوية المثبطة للمناعة التي تستخدم لتجنب رفض الجسم للكلية المزروعة واقبال المرضى على القيام بها سواء في العالم او حتى في الجزائر مما يستلزم الحاجة الى التطرق الى الجانب النفسي للموضوع والتعرف على اهم العوامل النفسية التي تؤثر في عملية زراعة الكلية واهم التدخلات النفسية التي تساعد المرضى على القيام بالسلوكيات الصحية للحفاظ على وضعهم الصحي.

✓ التعرف على طبيعة إدراك عملية زراعة الكلية لدى المرضى وعن معتقداتهم وأفكارهم ومحاولة تقييم مستوى الالتزام بالعلاج لديهم واهم استراتيجيات التعامل التي يستخدمونها المستخدمة للتعامل مع الضغوط النفسية التي يتعرضون لها اثناء هذه الفترة.

✓ المساهمة في اعداد برامج تربية علاجية لفائدة مرضى الزرع الكلوي والتي تهدف الى تحسين الادراك الإيجابي للمرضى، ورفع مستوى الالتزام بالعلاج وتدريب المرضى على استراتيجيات التعامل الفعالة والايجابية للتعامل مع المواقف الضاغطة.

تتجلى أهمية هذه الدراسة في كونها جديدة لم يسبق تناولها في الجزائر على -حسب علم الباحث- وكذا لكونها تهتم بفئة مرضى الزرع الكلوي ودراستها مع متغيرات من اهم متغيرات علم نفس الصحة والمتمثلة في إدراك المرض، الالتزام بالعلاج، واستراتيجيات التعامل . اما من الناحية التطبيقية فتكمن أهميتها من من خلال النتائج التي اسفرت عليها هذه الدراسة والتي تشير الى انه من بين المتغيرات النفسية التي تؤثر على الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي نجد ادراك المرض، لذا من الضروري لفت انتباه الباحثين في مجال الصحة الى تحديد المرضى المعرضين لخطر عدم الالتزام والتعرض للضغوطات المستمرة، والعمل على إجراء تقييم مكثف للمرضى قبل وبعد الزرع الكلوي لتحديد الاحتياجات التي تساعد على تحسين إدارة علاجهم، من خلال تزويد مرضى زراعة الكلى بالمستلزمات الضرورية لمعرفة السلوكيات الصحية و نمط الحياة الموصى به من طرف طاقم الرعاية الصحية، بالإضافة الى تطوير تدخلات فعالة على غرار تقديم المزيد من البرامج التعليمية والعلاجية لفائدة مرضى الزرع الكلوي

لتحسين مستويات الالتزام بالعلاج واستخدام استراتيجيات التعامل الفعالة التي قد تؤدي الحفاظ على صحتهم البدنية والنفسية وتحقيق نتائج سريرية أفضل. ومن جهة أخرى فتح المجال للباحثين المهتمين في هذا المجال للتوسع أكثر في هذا الموضوع نظرا لأهميته وخاصة في وقتنا الحالي .

وهدفنا من هذه الدراسة التي تم تناولها حول ادراك المرض واثره على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية إلى فحص طبيعة إدراك المرضى لعملية زراعة الكلية هل هي إيجابية ام سلبية والكشف عن إمكانية تأثير هذا الادراك على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجية التعامل كما نحاول معرفة مستوى الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي واستكشاف أهميته واهم العوامل التي يمكن ان تؤثر فيه ، وأيضا محاولة التعرف على اكثر الاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى للتعامل مع الضغوطات التي يمكن ان يتعرض لها اثناء الفترة بعد القيام بعملية زراعة الكلية واهم العوامل التي يمكن ان تؤثر عليها ،بالإضافة الى تناول الدراسة مجموعة من المتغيرات الديموغرافية والعيادية الى جانب ادراك المرض ومحاولة الكشف عن تأثيراتها على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل.

وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي لمعرفة مختلف التأثيرات الحاصلة بين المتغيرات التي تناولناها في هذه الدراسة وذلك باستخدام أساليب إحصائية أهمها الاعتماد على نمذجة المعادلات الهيكلية-نمذجة المربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM) بهدف الوصول الى نتائج ومعالجات مختلفة ودقيقة.

وقد احتوت عينة الدراسة على 70 مريض من مختلف الجنسين، تتراوح أعمارهم بين 15 و 61 بمتوسط عمري  $(1.4 \pm 38.6)$  ، خضعوا لعملية زراعة الكلية ويتابعون وضعهم الصحي على مستوى المركز الجامعي الاستشفائي التهامي بن فليس بولاية باتنة، وقد تم تطبيق كل من مقياس إدراك المرض الموجز (Brief-IPQ)، مقياس الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ) ، ومقياس استراتيجيات التعامل الموجز (Brief-COPE).

وقد أظهرت نتائج الدراسة ان للمرضى إدراك إيجابي اتجاه عملية زراعة الكلية، وان لديهم مستوى عالي من الالتزام بالعلاج، واهم استراتيجيات يستخدمها المرضى للتعامل مع الضغوط النفسية التي يتعرضون لها هو استراتيجية اللجوء الى الدين اما فيما يخص التأثيرات فقد تبين ان لإدراك المرض تأثير على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل في حيث بينت النتائج ان كل من المتغيرات الديموغرافية والعيادية ليس لها تأثير على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل.

ومن عوامل القوة الخاصة بالدراسة الحالية انها تفتح الافاق للباحثين المهتمين بهذا الموضوع ودراسته مع متغيرات نفسية أخرى هذا من جهة، وستساهم هذه الدراسة في تقديم دليل علمي لطاقت الرعاية الصحية العاملين على مستوى مصالح طب الكلى بالجزائر، بالإضافة الى أهمية معرفة وجهات نظر المرضى لأنه سيوفر الأساس الذي ينطلق منه المتخصصون في الرعاية الصحية في تقديم الخدمات العلاجية.

كما يُمكن الفريق المعالج الذي يتعامل مع مرضى زراعة الكلى من تخطيط وتنفيذ برامج التثقيف الصحي، وعلى وجه الخصوص الجوانب الثقافية الخاصة بالتجارب المعقدة التي تساعد الأنظمة الصحية بالجزائر من فهم أفضل للوضع الصحي للمرضى وتوفير نقاط انطلاق لتحسين رعايتهم. ومن المأمول أيضا أن نتائج هذه الدراسة ستساهم في معالجة مشكلة عدم الالتزام المحتمل بطريقة امنة تحترم معتقدات المرضى ورغباتهم ويلبي احتياجاتهم فيما يتعلق بتبني السلوكيات الصحية.

وبناء على ما تم عرضه يمكن طرح التساؤلات التالية:

1. ما هي طبيعة إدراك المرض اتجاه عملية زراعة الكلية لدى لدى افراد العينة؟
2. ما هو مستوى الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة؟
3. ما هي أكثر استراتيجيات تعامل استخداما لدى افراد العينة؟
4. هل يؤثر إدراك المرض على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة؟
5. هل تؤثر المتغيرات السوسيوديموغرافية : (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع) على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة؟
6. هل تؤثر المتغيرات العيادية : (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي) على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة؟
7. هل يؤثر إدراك المرض على استراتيجيات التعامل لدى افراد العينة؟
8. هل تؤثر للمتغيرات السوسيوديموغرافية : (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع) على استراتيجيات التعامل لدى افراد العينة؟
9. هل تؤثر المتغيرات العيادية : (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا. الكرياتينين. نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي) على استراتيجيات التعامل لدى افراد العينة؟

2-الدراسات السابقة:

2-1-عرض الدراسات السابقة

هناك العديد من الدراسات التي تناولت متغيرات دراستنا الحالية لدى مختلف الامراض المزمنة والتي درستها من زوايا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات من حيث اللغة التي تناولتها (عربية، انجليزية، وفرنسية)، وسوف يتم عرض مجموعة من الدراسات التي تم الاستعانة بها في هذه الدراسة مع الإشارة الى أوجه الاتفاق والاختلاف مع دراستنا الحالية، وفي هذا الصدد نشير الى ان هذه الدراسات التي تم عرضها تتراوح مدتها الزمنية بين سنة 2003 الى غاية 2017. وكانت مختلفة من حيث اطارها الزمني المكاني والعينة التي تناولتها.

جدول رقم-01 :- يوضح ملخص للدراسات السابقة

الباحث	العنوان	اللغة	العينة	الأدوات	المنهج	النتائج
Lindqvist et al (2003)	استراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي	الإنجليزية	مرضى الزرع الكلوي	- مقياس التعامل - مقياس الكفاءة الذاتية - المقاييس التناظرية البصرية	المنهج الوصفي المقارن	-استخدم المرضى أكثر لاستراتيجية التفاوض، اللجوء الى الدين، الدعم العاطفي.
Adeline PUPAT (2007)	إدراك المرض والتعامل لدى مرضى تناذر الام العضلات FIBROMY - ALGIQUE S	الفرنسية	مرضى تناذر الام العضلات	-مقياس النشاط (FIQ) -مقياس إدراك المرض (IPQ-R) -مقياس التعامل (CPCI-42)	المنهج الوصفي	- هناك علاقة تأثير جزئية لأبعاد إدراك المرض في اختيار استراتيجيات التعامل المناسبة. - هناك تأثير لبعض المتغيرات (السن، مدة المرض) في اختيار استراتيجيات التعامل، وكذا تأثير بعض الابعاد الشخصية مثل التفاوضية وبعض ميكانيزمات الدفاع.

<p>-ازدياد عدم الالتزام المبلغ عنه ذاتيًا بشكل ملحوظ بين 6 أسابيع و6 أشهر بعد الزرع من 17% إلى 27%. -أهمية الالتزام بالأدوية كهدف شخصي وانخفضت الكفاءة الذاتية لتحقيق هذا الهدف بنجاح بمرور الوقت. -كانت الضرورة المتصورة للأدوية المثبطة للمناعة عالية ولكنها انخفضت بشكل ملحوظ بمرور الوقت. - كانت المخاوف بشأن الأدوية منخفضة. لم تكن هناك كبيرة التغييرات في تصورات المرض أو المخاوف بمرور الوقت. -ارتبطت الزيادة في طول الزرع الكلوي المتصور (الجدول الزمني) بارتفاع احتمالية عدم الالتزام بعد ستة أشهر من الزرع - كان المرضى البالغين الأصغر سنًا أكثر عرضة لأن يكونوا غير ملتزمين بعد ستة أشهر من الزرع.</p>	<p>المنهج الوصفي</p>	<p>- المقابلات -مقياس الالتزام بالعلاج - مقياس إدراك المرض - مقياس المعتقدات حول الأدوية</p>	<p>مرضى الزرع الكلوي</p>	<p>الإنجليزية</p>	<p>دور إدراك الهدف، تصورات المرض ومعتقدات العلاج حول الالتزام بالعلاج المبلغ عنه ذاتيًا بعد عملية الزرع</p>	<p>Massey et al (2013)</p>
---	----------------------	--	----------------------------------	-------------------	---	------------------------------------



<p>- وجود علاقة بين ابعاد إدراك المرض وأساليب التدبر لدى افراد العينة. - وجود تأثير لإدراك الصورة الانفعالية في اختيار كل من أسلوب: حل المشكل، اسلوب البحث عن المساندة وأسلوب إعادة التقييم الإيجابي لدى افراد العينة، كما يوجد تأثير لكل من الاعتقاد بفاعلية العلاج، الانسجام مع المرض في اختيار أسلوب التأنيب الذاتي لدى افراد العينة.</p>	<p>الوصفي</p>	<p>-مقياس إدراك المرض العدل -مقياس أساليب التدبر لبولهان</p>	<p>مرضى التكلس الرئوي (السليكوز)</p>	<p>العربية</p>	<p>إدراك المرض وأساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي (السليكوز)</p>	<p>الصالح ابركان (2013)</p>
<p>المواضيع الرئيسية التي ظهرت هي: الخوف من الفشل الكلوي، والولاء لفريق الكلى والمتبرعين، والمعتقدات الصحية، والنسيان، والآثار الجانبية. كانت أسباب الالتزام هي تجنب الفشل الكلوي والاعتراف بامتنانهم لفريق الكلى والمتبرعين. اقترح المشاركون أن عدم الالتزام يرجع إلى حد كبير إلى النسيان.</p>	<p>المنهج الاستكشافي</p>	<p>تم تحليل البيانات باستخدام التحليل الموضوعي</p>	<p>مرضى الزرع الكلوي</p>	<p>الانجليزية</p>	<p>تصورات المريض للعوامل التي تؤثر على الالتزام بالأدوية بعد زرع الكلى</p>	<p>ORR et al (2014)</p>
<p>- اتضح ان المرأة لديها معرفة أكبر بالمرض ولديها إحساس ضعيف بالتحكم</p>	<p>المنهج الوصفي</p>	<p>-جمع البيانات الاجتماعية الديموغرافية</p>	<p>مرضى الكلى المزمن</p>	<p>الانجليزية</p>	<p>إدراك المرض، استراتيجيات</p>	<p>Velez et al (2015)</p>

<p>الشخصي أثرت على الالتزام بالعلاج في التحكم في كل عامل. ارتبطت "الهوية" و "التحكم الشخصي" و "الالتزام" باستراتيجية المواجهة الاستباقية، بينما ارتبط "التطور" و "الجنس" بشكل مستقل باستراتيجيات التجنب؛ أولئك الذين اعتقدوا أن مرضهم كان له مسار مزمن كانوا أكثر عرضة للتكيف من خلال تجنب المشكلة وكان هذا الاتجاه أقوى بين النساء.</p>		<p>-واستبيان إدراك المرض المعدل (IPQ-R) -اختبار الالتزام بالعلاج (Morisky)</p>			<p>التعامل، والالتزام بالعلاج لدى مرضى الكلى المزمن</p>	
<p>- بعد 3 أشهر من وضع القسرة لدى المرضى، تغيرت جميع أبعاد إدراك المرض بشكل ملحوظ باستثناء التحكم الشخصي والعلاج. -انخفضت درجات الالتزام في وقت واحد. فيما يتعلق بطرق التعامل زادت جميعها باستثناء فك الارتباط السلوكي، والدعم العاطفي، والدعم الفعال، والدين الذي انخفض بشكل ملحوظ بعد وضع القسرة.</p>	<p>المنهج الوصفي</p>	<p>-استبيان إدراك المرض - استبيان الالتزام بالعلاج (Morisky) -استبيان استراتيجيات التعامل المختصر Carver (Brief-COPE)</p>	<p>مرضى الشريان التاجي الخاضعين للقسرة</p>	<p>الانجليزية</p>	<p>إدراك المرض، الالتزام بالعلاج، واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الشريان التاجي الخاضعين للقسرة</p>	<p>Zare et al (2016)</p>

<p>-كانت الحالة الصحية السيئة، وتصورات المرض، وزيادة المشاركة في التعامل مع سوء التغذية مرتبطة بالضيق النفسي (على وجه التحديد القلق والاكتئاب) وضعف في جودة الحياة. - الانحدار الهرمي بعد مراقبة خصائص الزرع الكلوي (سنوات منذ الزرع، عدد عمليات زرع الأعضاء) يشير إلى أن ضعف الحالة الصحية وإدراك المرض تتنبأ بجودة الحياة، بعد التحكم في خصائص الزرع الكلوي فان الوضع الصحي المتدهور واستراتيجية التعامل غير المتكيفة مع التنبؤ بالاكتئاب.</p> <p>-إن التصورات المتناقضة والمرضية تنبئ بالقلق. - لم يتم العثور على استراتيجيات تعامل تكيفية التي تركز على المشكلة وترتكز على العاطفة للتنبؤ بالقلق أو الاكتئاب أو جودة الحياة.</p>	<p>المنهج الوصفي</p>	<p>-استبيان التصورات الصحية - استبيان إدراك المرض -استبيان التعامل المختصر لـ Carver (Brief-COPE) -مقياس القلق والاكتئاب الاستشفائي (HADS)</p>	<p>مرضى الزرع الكلوي</p>	<p>الإنجليزية</p>	<p>العلاقة بين تصورات المرض، التعامل، والأمراض النفسية لدى مرضى الزرع الكلوي</p>	<p>Knowles et al (2016)</p>
<p>تم تضمين اثنين وخمسين ورقة في المراجعة. تم تنظيم جميع النتائج المستخرجة</p>	<p>المنهج الاستكشافي</p>	<p>تم إجراء بحث شامل للأدب</p>	<p>مرضى الزرع الكلوي</p>	<p>الإنجليزية</p>	<p>الالتزام بالأدوية بعد زرع الكلى</p>	<p>Anne Rebafka 2016</p>

<p>من الأوراق المشمولة وفقاً للعوامل الخمسة التي تؤثر على سلوك الالتزام الدوائي على النحو الموصوف حسب منظمة الصحة العالمية: العوامل الاجتماعية والاقتصادية، العوامل المتعلقة بالعلاج، العوامل المتعلقة بالمريض، العوامل المتعلقة بالشرط، فريق الرعاية الصحية والعوامل المتعلقة بالنظام.</p>					<p>-مراجعة للأدب-</p>	
<p>-كان معظم متلقي الكلى ملتزمين بوصفة الادوية، ولكنها كانت جزئية، ضعيفة، غير ملتزمة بالتوصيات الخاصة بنمط الحياة، كما انخفض الدعم الاسري ومستوى التعليم بعد زيادة مرور وقت الزرع مما أدى الى عدم الالتزام بالعلاج، -أظهر الرجال درجة التزام أكبر لتناول الدواء من النساء بعد مرور وقت على عملية الزرع. - التزمت النساء بتوصيات حماية العدوى أكثر من الرجال، والمرضى الأكبر سناً والمتزوجين التزموا</p>	<p>المنهج الوصفي التحليلي</p>	<p>بناء مقياس خاص بالالتزام بالعلاج</p>	<p>الزرع الكلوي</p>	<p>الإنجليزية</p>	<p>سلوكيات عدم الالتزام، وبعض العوامل المرتبطة بعملية زراعة الكلى</p>	<p>Hedayati et al (2017)</p>

بتوصيات الوقاية من القلب والأوعية الدموية أكثر من غيرهم. -أظهر المرضى الأصغر سناً التزاماً أكبر بتوصيات مراقبة الذات، وكان العازبين والشباب والنساء ملزمين بتوصيات حماية الشمس.					
--	--	--	--	--	--

## 2-2- مناقشة الدراسات السابقة:

✓ لقد اختلفت الدراسات السابقة من حيث جدتها وقدمها، حيث نجد كل من دراسة **Lindqvist et al (2003)** ، و **Adeline PUPAT (2007)**، تعتبر قديمة نوعاً ما ، في حين بداية من دراسة ، **Massey et al (2013)** ، الصالح ابركان **(2013)** ، **ORR et al (2014)** ، **Velez et al (2015)**، **Zare et al (2016)**، **Knowles et al (2016)**، **Anne Reba fka (2016)** الى غاية دراسة **Hedayati et al (2017)** فهي تعتبر حديثة نسبياً.

✓ من حيث اللغة نلاحظ ان معظم الدراسات التي ربطت بين متغيرات دراستنا خاصة متغير إدراك المرض كانت باللغة الإنجليزية بالمقابل الدراسات التي باللغة العربية وفرنسية فهي قليلة على حسب علم الباحث وهذا دليل على حداثة موضوع دراستنا.

✓ تتوعت اهداف هذه الدراسات حيث اشتركت كل من دراسة **Massey ،Adeline PUPAT (2007)** **et al (2013)**، الصالح ابركان **(2013)**، **ORR et al (2014)**، **Velez et al(2015)**، **Zare et al (2016)**، **et al (2016)** Knowles et al **(2016)** حول دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة سواء بين متغيرين او اكثر. في حين كانت دراسات كل **Lindqvist et al (2003)** ، **Anne Reba fka (2016)** تناولت متغير واحد من متغيرات الدراسة.

✓ من حيث طبيعة العينة فان معظم الدراسات التي تم عرضها تناولت مرضى الزرع الكلوي ما عدا دراسة **Adeline PUPAT (2007)** على مرضى تناذر الام العضلات، ودراسة الصالح ابركان **(2013)** الذي درس مرضى التكلس الرئوي (السيليكوز)، ودراسة **Zare et al (2016)** التي تناولت مرضى الشريان التاجي الخاضعين للقسطرة.

✓ من حيث الأدوات المستخدمة فقد اتفقت معظم الدراسات على استخدام الاستبيانات وما يلاحظ على بعض الدراسات التشابه في الاستبيانات المطبقة مثل استبيان إدراك المرض (IPQ-R)، الالتزام بالعلاج (Morisky)، استراتيجيات التعامل (Brief-COPE)، وهناك أيضا دراستين استعملتا التحليل البعدي وهما: (ORR et al (2014) و Anne Rebafka (2016).

✓ من حيث المنهج فقد اتفقت معظم الدراسات على الاعتماد على المنهج الوصفي بشقيه التحليلي والمقارن في حين نجد دراسة كل من (ORR et al (2014) و Anne Rebafka (2016) اشتركتا في المنهج الاستكشافي.

✓ من حيث النتائج فقد اختلفت انطلاقا من اختلاف الأهداف المسطرة لكل دراسة وكانت معظم الدراسات هدفت الى الكشف عن العلاقات بين المتغيرات، ولكن عموما يمكن القول ان هذا الاختلاف يعزى الى نوع متغيرات كل دراسة وخصائص العينات التي تناولتها.

### 2-3- مناقشة عامة للدراسات السابقة:

تأسيسا على ما سبق عرضه للدراسات السابقة توصل الطالب الباحث الى ان هذه الدراسات التي تم استعراضها قد ساهمت في تحديد مسار الدراسة الحالية خصوصا من الجانب النظري الذي استخدمته بالإضافة الى مناقشة وتفسير النتائج في ضوء تلك الأطر النظرية.

✓ نلاحظ هناك اتفاق بين بعض اهداف الدراسات من خلال الكشف عن العلاقات بين إدراك المرض الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل وهذا ما تهدف دراستنا الحالية على تأكيده.

✓ اتفقت أيضا بعض الدراسات في استخدام بعض الاستبيانات مثل إدراك المرض المعدل، واستراتيجيات التعامل المختصر وهما نفس المقاييس التي اعتمد عليها الطالب الباحث في الاعتماد عليها في الدراسة الحالية ولكنها في صيغتها المختصرة.

✓ اتفقت هذه الدراسات مع دراستنا الحالية من خلال اختيار عينة البحث والمتمثلة في مرضى الزرع الكلوي.

✓ اتفقت دراستنا الحالية مع الدراسات السابقة التي تم استعراضها من خلال استخدامها للمنهج الوصفي

✓ معظم الدراسات التي تناولت مرضى الزرع الكلوي طبقت في المجتمعات الغربية في حين دراستنا الحالية والتي أجريت في المجتمع العربي وبالضبط في الجزائر.

وبناء على ما سبق فنستنتج ان دراستنا الحالية ستكون إضافة علمية مهمة في ميدان الصحة بصفة عامة وعلم نفس الصحة بصفة خاصة.

### 3-فرضيات الدراسة:

1. نتوقع ان يكون هناك إدراك إيجابي اتجاه عملية زراعة الكلية لدى افراد العينة.
  2. نتوقع ان يكون مستوى مرتفع للالتزام بالعلاج لدى افراد العينة.
  3. نتوقع ان تكون استراتيجيات اللجوء الى الدين أكثر استراتيجيات مستخدمة لدى افراد العينة.
  4. نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدراك المرض على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة.
  5. نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية للمتغيرات السوسيوديموغرافية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع) على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة.
  6. نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية للمتغيرات العيادية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي) على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة.
  7. نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدراك المرض على استراتيجيات التعامل لدى افراد العينة.
  8. نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية للمتغيرات السوسيوديموغرافية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع) على استراتيجيات التعامل لدى افراد العينة.
  9. نتوقع وجود أثر ذو دلالة إحصائية للمتغيرات العيادية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي) على استراتيجيات التعامل لدى افراد العينة.
- تجدر الإشارة الى ان تبني الباحث للفرضيات البديلة في دراسته وذلك اعتمادا على ممارسته الميدانية وذلك لكونه ممارس عيادي على مستوى مصلحة امراض الكلى.

### 4-التحديد الاجرائي لمصطلحات للدراسة:

- 4-1- إدراك المرض: هو اعطاء المريض معنى لحالته الصحية الجديدة بعد جمع كافة المعلومات والمصادر حول وضعيته الصحية باتخاذ تصورات معرفية واجتماعية لمرضه، ويستدل به في الدراسة الحالية من خلال الدرجة التي يتحصل عليها المريض على المقياس الخاص بإدراك المرض الموجز (Brief-IPQ) والذي تم تطويره بواسطة Broadbent et al.

**4-2- الالتزام بالعلاج:** هو نمط من أنماط السلوك الصحي يتجلى في حرص المريض على الممارسة الفعلية للتوصيات الطبية الخاصة بالمواعيد والفحوصات الطبية، الالتزام الدوائي وعدم تناول الكحول، ويستدل به في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من خلال مقياس الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ) والذي تم اعداده والتحقق من صحته عن طريق **Telles-Correia et al** في عام 2007 وتمت ترجمته من قبل الطالب الباحث.

**4-3- استراتيجيات التعامل:** هي مجموع الجهود المعرفية، والسلوكية، المتغيرة باستمرار، والتي تهدف إلى السيطرة أو التخفيض أو تحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تُدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد، وتعرف إجرائياً في هذه الدراسة بوصفها الدرجة التي يحصل عليها المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية في المقياس الخاص باستراتيجيات التعامل الموجز (Brief-COPE)، والذي تم وضعه من قبل (Carver) سنة 1997. وهو النسخة المختصرة لمقياس **Weintraub, Scheier** سنة 1989 والمعرب من قبل الباحث أبوبكر مفتاح المنصوري.



## الفصل الثاني: إدراك المرض

- 1- تعريف إدراك المرض.
- 2- تصورات المرض.
- 3- المعتقدات المرضية حول المرض المزمن.
- 4- مكونات إدراك المرض.
- 5- العلاقة بين أبعاد إدراك المرض.
- 6- إدراك المرض في إطار نموذج التنظيم الذاتي.
- 7- قياس إدراك المرض.
- 8- تصورات المريض حول زرع الكلى.
- 9- العلاقة بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج.
- 10- العلاقة بين إدراك المرض واستراتيجيات التعامل.

تعد الصحة من أهم الأولويات لدى الأفراد، فهي حالة من التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم، التي تنتج عن ذلك التكيف بين الجسم مع نفسه من جهة وأيضاً ومع العوامل الضارة التي تعترضه من جهة أخرى، فعندما يتم ممارسة مختلف السلوكيات الصحية بالطريقة الصحيحة والسليمة فحتماً ستكون النتيجة مزيداً من الصحة والرفاهية.

ففي الآونة الأخيرة كثرت الأدلة الطبية والعلمية التي تشير بوضوح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد لنمط غير صحي في طريقة عيشه وتعرضه لخطر الإصابة بالأمراض المختلفة. لذا اتجه الباحثين وعلماء النفس إلى محاولة البحث عن تطوير تصورات ومعتقدات لتغيير السلوكيات غير الصحية أو المعرضة للخطر، ونتيجة لذلك تم تطوير العديد من النماذج النظرية بهدف تحديد الأسباب التي تدفع بالأفراد إلى ممارسة بعض السلوكيات الصحية الوقائية دون أخرى.

### 1-تعريف إدراك المرض:

يعود مفهوم العملية الإدراكية بصفة عامة إلى الفيلسوف افلاطون قبل حوالي (2400) سنة من خلال قوله باننا ندرك الأشياء من خلال الإحساس و بمساعدة العقل من اجل ان نبني العالم في ذهننا، و يجب ان نستكشف القوة الفزيائية من البيئة ونحولها لرموز محايدة والتي تدعى بالإحساس ويجب ان نختار وننظم ونحول مشاعرنا وهذا ما ندعوه بالإدراك، فنحن لا نشعر بالإشارات والاصوات المجردة بل نستشفيها وهذا يعني اننا ندرك، ويحتاج الانسان كي يتكيف مع البيئة الى معرفة ماذا يحدث في العالم من حوله فتقوم الحواس بأخباره عن وجود الموضوعات خارج ذاته ومن ثم يقوم الادراك بتفسير الموضوعات والتعرف على ماهية الشيء ومكانه، وماذا يعمل و من خلال عملية التكامل بين الحواس و الادراك معا يتم الاتصال مع الدماغ لتشكيل التمثيلات العقلية.(شمل،2022، ص 584)

اما إدراك المرض فهو مفهوم دخل في حقل النظريات ذات المعنى ( **theories du sens commun**)، وبالتحديد في ميدان البحث في التصورات المعرفية للمرض من قبل الباحث ليفنثال **Leventhal** عام 1980، باعتبار ان إدراك المرض يعطي مختلف المعتقدات الشخصية للفرد وذلك لإعطاء معنى للمرض، وتحدث عملية إدراك المرض اثناء التشخيص او عند ظهور الاعراض غير العادية لدى المريض، لذا فان هذا الأخير يعطي معنى لحالته الجديدة بعد جمعه لكافة المعلومات والمصادر حول حالته، ثم يُعد تصورات حول المرض اين القيام بعملية باستخدام عملية الترشيح.

(pupat, 2007, p 21)

يشير مفهوم إدراك المرض إلى كيفية فهم الناس للمرض أو الإعاقة واعطاءها معنى، فعند ظهور الأعراض يسعى الافراد جاهدين لتفسيرها أو إيجاد تصنيف لها. وعلى العكس من ذلك عندما يكون المرض بدون أعراض، يحاول الناس -عن طريق الخطأ أحياناً- أن ينسبوا الأعراض إلى تصنيف معين. حيث يؤثر إدراك المرض للفرد على إدارة صحته ونتائج علاجه، ولقد ثبت أن كثرة الآراء السلبية عن المرض ترتبط بنتائج أسوأ. كما يمكن أن يكون لدى المرضى الذين يعانون من نفس المرض تصورات مختلفة عن حالتهم، وقد تختلف نظرة المريض لمرضه عن نظرة مقدمي الرعاية الصحية، ويمكن تغيير إدراك الفرد لمرضه مما يوفر فرصة لتحسين تكيفه مع مرضه. (Petrie and Weinman .2006 p 539)

ويعرف إدراك المرض أيضاً على انه تلك التصورات أو المعتقدات المعرفية لدى المرضى حول الأمراض والحالات الطبية. وهو مؤشر مهم لكيفية تصرف المرضى أثناء تجربتهم المرضية وترتبط ارتباطاً مباشراً بعدد من النتائج الصحية. وبشكل عام، ترتبط تصورات المرض الأكثر إيجابية بإدارة المرض والنتائج الصحية الأكثر إيجابية، لذلك أصبحت مسألة كيفية المساهمة في بناء تصورات أكثر إيجابية عن المرض بين المرضى مهمة للغاية. وقد أظهرت الدراسات أن توفير معلومات صحية كافية ومخصصة للمرضى تمكن من التأثير في تكوين تصورات مرضية أكثر إيجابية. (Katavić et al.2015.p 3)

كما يشير ادراك المرض ايضا الى انه عبارة عن نماذج معرفية لدى الناس حول الأعراض والأمراض والحالات الطبية والتهديدات الصحية ( Benyamini ،2011). حيث يقوم المرضى بتكوينها لفهم أعراضهم وحالاتهم الطبية والتعامل معها. وتُعرف أيضاً باسم تصورات المرض، أو تمثيلات المرض (Leventhal ، Meyer and Nerenz ،1980)، أو النماذج الشخصية للمرض ( Lange and Piette ،2006). ويتكون إدراك المرض من عدد من المعتقدات المترابطة حول المرض وما تعنيه لحياة المريض. وتشمل المكونات الرئيسية لإدراك المرض كيفية حدوث المرض، ومدة استمراره، وما هي عواقب المرض على حياة المريض، وأعراض المرض وكيفية السيطرة على الحالة أو علاجها. يُعتقد أن الطريقة التي ينظر بها المرضى إلى مرضهم هي عامل رئيسي في نوع رد الفعل النفسي لديهم تجاه المرض، والسلوك اللاحق والمواقف تجاه المرض. (Katavić et al.2015.p 6)

وفقاً لنظرية التنظيم الذاتي لـ Leventhal، فإن إدراك المرض يشير إلى كيفية تجربة الافراد مع المرض، وفهمه وطريقة إدارته، وتغيير السلوك واعتماده لتحسين الصحة بعد تهديد صحي أو مرض، حيث يكون الفرد مشاركاً نشطاً ويمكنه حل المشكلات. حيث تؤثر العوامل البيولوجية النفسية الاجتماعية والتجارب السابقة على معالجة المعلومات واستراتيجيات التعامل والاستجابات لمرض أو تهديد صحي. فعندما يحصل

الناس على معلومات جديدة حول مرض أو تهديد صحي، فإنهم يقومون بتقييم استراتيجيات لمحاولة تعديل النتائج الصحية، ويتم تبني تمثيلات أو تصورات مرضية جديدة أو التخلص منها أو تكييفها بمرور الوقت، مع تقدم الأفراد في السن يمكن أن تتغير تصورات المرض واستراتيجيات التعامل مع التهديد الصحي بناءً على التجارب السابقة. (Khosravi.2016, p 25)

وفي السياق ذاته وحسب نفس لنموذج فان الافراد يستنتجون تهديدًا صحيًا من خلال تطوير تصوراتهم المعرفية الخاصة حول المرض وعلاجه ، على أساس المعلومات (من المتخصصين في الرعاية الصحية ، والأسرة / الأصدقاء ، ووسائل الإعلام) والتجارب السابقة مع مرض، حيث تتم صياغة هذه التصورات المعرفية أو ادراك المرض بشكل عام حول الأبعاد التالية: الهوية ("تسمية" المرض والأعراض المرتبطة به)، والسبب (المعتقدات السببية) ، والجدول الزمني (الحاد - المزمن أو الدوري) ، والتحكم (المدى) التي يُنظر إلى المرض فيها على أنه قابل للتعديل من خلال التحكم الشخصي أو العلاج) ، والعواقب (للحالة على حياة المريض) ، والتماسك (فهم المرضى للمرض) ، والتمثيلات العاطفية (إلى أي مدى يعاني المريض من أعراض القلق أو كآبة).

من الناحية النظرية، تعمل تصورات المرض كإطار عمل لاستراتيجيات التعامل التي يختارها الأفراد. تظهر الدراسات التجريبية أهميتها في التعامل مع العديد من الأمراض المزمنة، وقد تم ربط تصور المرض بالنتائج الصحية، كما تشير الأدبيات إلى أن إدراك المرض مهم في فهم كيفية استجابة البالغين لمرض أو تهديد صحي والتعافي منه. قد يكون الإدراك الإيجابي للمرض عاملاً وقائياً مهماً في تحسين الرفاهية والنتائج الصحية والتعافي الناجح بعد حدوث المرض. (Hopman and Rijken, 2015, p02)

## 2-تصورات المرض:

تشكل تصورات المرض الإطار المرجعي لجميع العمليات المعرفية (الإدراك والخيال والذكريات والأحاسيس والأفكار...) وتتشكل هذه التصورات الديناميكية وتتطور باستمرار بطريقة معينة، في سياق المرض حيث تم تعريف تصور المرض على أنه الطريقة التي يصور بها الفرد مفهوم المرض وعواقبه، وتسمح هذه التصورات المعرفية بإدارة المعلومات المرتبطة بالمرض وأيضًا اتخاذ القرار فيما يتعلق بالإجراءات التي سيتم اتخاذها. (JANELLE, 2010, p 10)

2-1- التصورات الاجتماعية للمرض:

وفقاً لـ **Moscovisci (1961)**، فإن التصورات الاجتماعية هي نتيجة لتفاعلات بين العوامل الفردية والعوامل الجماعية التي لها علاقة بثقافة الفرد داخل المجتمع الذي يعيش فيه، وهذا نفس ما أشار إليه **Bishop (1996)** في بحثه أن الانتماء الثقافي يلعب دوراً كبيراً في تشكل التصورات الجماعية والفردية لا سيما على مستوى النهج العلاجي الذي يختاره المريض. وفي إطار هذه التفاعلات المتبادلة بين الفرد والمجتمع تشير **هرزليش سنة 1969** التي تهتم بمحتوى هذه التصورات من خلال النموذج المعروف باسم " **المخطط التوضيحي (schéma figuratif)** والذي يشير الى وجود علاقة بين الصحة والمرض وفي هذا النموذج فإن الشخص بطبيعته يتمتع بصحة جيدة ولكن يصبح مريضاً نتيجة لأسلوب الحياة الذي يفرضه عليه المجتمع، وينتج على ذلك ثلاث مفاهيم وتفسيرات للمرض والتي تتعلق بمفهوم العلاقة بين الفرد والمجتمع وتميز:

- ✓ المرض المهدم (**la maladie destruction**): المرض يشمل الهدم الشخصي والعلائقي، والميل لرفض هذا المرض يمكن أن يكون مهدداً أو مدمراً أو يتطلب طبيباً وعلاجاً.
  - ✓ المرض المحرر (**La maladie libération**): يعتبر المرض فرصة لكسر الروتين اليومي الذي لا يملك فيه الشخص الوقت لرعاية احتياجاته أو للتعبير عن جوانب معينة من شخصيته.
  - ✓ المرض المهني (**La maladie profession**): يُنظر إلى المرض على أنه جزء لا يتجزأ من الحياة، ويجد الشخص وسيلة للتكيف مع قدراته الجديدة وطرق جديدة لأداء حياته الاجتماعية.
- (pupat, 2007, p22)

اثبتت الكثير من الدراسات أن أي مجتمع يدرك المرض وفق قيمه وعاداته التي تحددها له ثقافته ، لذلك قال ( **هيلمان، HELMAN** ) عندما يتفق الافراد على ثقافة معينة وحول نماذج من الاعراض و العلامات و كذلك مصدرها و معناها وعلاجها فان الأمر يصبح مرضاً شعبياً بهوية متكررة ، و انطلاقاً من نفس السياق يرى ( **لمباردي، LOMBARDI** ) أن الصحة و المرض لا يحملان نفس المعنى في كل المجتمعات ، لأن كل مجتمع يختلف مرضاه ، و يضرب لنا مثلاً من جنوب ايطاليا أين يعتبر الناس كل شيء يهدد وجود الفرد مرضاً، فقد لاحظ **لمباردي** في هذه المنطقة التي تنتشر فيها البطالة أن الناس هناك و حتى إلى فترة الثمانينات لازالت تقدم مشكلاتها كأمراض مثل غياب شخص عزيز بسبب الموت أو الهجرة، والوحدة تمثل لهم مرضاً. (بومدين. 2009 ص 50)

2-2-التصورات المعرفية للمرض:

وتكمن من خلال اعطاء كل شخص معنى خاص لمرضه، بناءً على التصورات الجماعية والإدراك الاجتماعي للعلاقة بين الصحة والمرض وطبيعة الأعراض، وحسب **Roshe 1978** فإنه على المستوى الفردي كان من الممكن إثبات وجود نماذج أولية تتوافق مع المفهوم العام الذي يعاني منه الأفراد من أمراض مختلفة وطبيعتها وأعراضها وأسبابها وعواقبها. عندما يلاحظون أعراضًا معينة، يمكن للناس إجراء مقارنة بين الأعراض التي يعانون منها والنماذج الأولية المختلفة للأمراض التي أصيبوا بها. ثم يختارون النموذج الأولي للمرض الذي يتطابق بشكل أفضل، مما يسهل عليهم الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالمرض ومن ثم إمكانية مواجهته بما لديه من معلومات متوفرة.

وحسب **ليفنثال وآخرون (1980،1984)** يقوم الأفراد بإنشاء تصورات معرفية وعاطفية لمرضهم لإعطائه معنى ومحاولة إدارة مشكلتهم الصحية. ان تفسير هذه المعلومات هي الخطوة الأولى في عملية طلب المساعدة، والشروع في استراتيجية التعامل واعتماد الرعاية تسترشد تصورات المرض بثلاثة مصادر للمعلومات، مجردة وملموسة:

✓ المعلومات المتوفرة قبل التعامل مع المرض وهي عبارة عن معلومات جماعية حول المرض.  
✓ المعلومات المقدمة من البيئة الاجتماعية، من طرف الأشخاص ذوي الأهمية الكبيرة لدى المرضى (الأقارب، الأصدقاء، الفريق الطبي).

✓ تجربة المرض، والتي تشمل معلومات حول الحالة الجسدية والأعراض والتي تقوم بناءً على الإدراك الحالي للمرض بالإضافة إلى الخبرة السابقة مع المرض. ويتضمن ذلك معرفة فعالية الأساليب المستخدمة سابقًا لإدارة الأعراض. من العوامل المؤثرة على هذه الخبرة نجد الشخصية والخلفية الثقافية.

(LEVENTHAL and DIEFENBACH.192.p 147).

تسمح المعلومات من هذه المصادر بتكوين نظريات ضمنية للمرض. تثير هذه النظريات الفردية أفكارًا حول المرض. هذا يسمح للشخص بإعطاء معنى خاص به للمرض، وتشكيل تمثيل لحالته.

وفق **ليفنثال وآخرون (1992)** فإن عملية بناء هذا التمثيل هي عملية متناظرة، على مستويين: مفاهيمي (تجريدي ومفترض) وتخطيطي (لملوس ومدرك). يتم إنشاء الروابط بين مصادر المعلومات المجردة ومصادر المعلومات الملموسة بطريقة تلقائية وبديئية. نسعى إلى الملاءمة بين نوعين من المعلومات:

✓ وجود المعلومات المفترضة مسبقًا في التجربة الملموسة للمرض.

✓ المعلومات المقدمة من تجربة الأعراض ومحاولة إدارتها في البيانات المجردة والمفترضة، النظرية. يتضمن هذا على سبيل المثال ربط الأعراض بالتشخيص.

إن إدراك وتفسير المصادر المختلفة للمعلومات هو الذي يؤدي إلى بناء تصورات للمرض عبر هذه العمليات المتماثلة، وقد سميت هذه التصورات للمرض بإدراك المرض. وهذا يعطي معنى شخصي لرموز، حول عدة مواضيع أو أبعاد منطقية. (pupat, 2007, p24)

ان الاساليب الفعالة التي يحتاجها المريض للشفاء من تلك الاعراض، ومن العوامل المساعدة نجد: الشخصية، واصل الثقافة التي لها علاقة مع الخبرة. (Diefenbach & leventhal .1996)

ان المعلومات الواردة من هذه المصادر تسمح بتكوين ما يسمى بالنظريات الضمنية للمرض " وهذا لوصف عمليات الاستنتاج اللاشعورية، والتي تمكن من تشكيل انطباع عن المرض، بناء على ادلة محددة جدا بشأنه. وفيما يتعلق بمصادر المعلومات حول المرض وضع ليفونتال 1992 عملية خاصة بتصورات المرض، اذ يرى بان هذه الصورة تناظرية من جهتين:

✓ الجهة الأولى مفاهيمية (conceptuel): وتضم كل من الصورة المجردة (Abstrait)، والصورة الافتراضية (Presupposé).

✓ اما الجهة الثانية تخطيطية (Schematique): وتضم الصورة الملموسة (Concret)، والصورة المدركة (Percu).

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

اذ يتعلق الامر هنا على سبيل المثال، بالربط بين الاعراض والتشخيص، انه إدراك وتدبر مختلف مصادر المعلومات، التي تؤدي الى البناء التصوري للمرض عن طريق العملية التناظرية السابقة، ومن هذه التصورات المتكونة نسميها: "إدراك المرض" والذي يعطي مدلول شخصي للمريض اتجاه اعراض المرض وهذا المدلول يتكون من عدة ابعاد منطقية. (ابركان.2011.ص26)

إضافة الى هذه المفاهيم العامة عن المرض، يحمل الناس مدركات حول امراض معينة تدعى بالنماذج الأولية للمرض (disease prototypes)، فقد يحمل الفرد مثلا نموذجا اوليا للإصابة بمرض القلب وهو مرض مزمن يتضمن حدوثه التدخين والزيادة في الوزن، وعدم القيام بممارسة النشاط الرياضي بصفقتها

عوامل مسببة والم الصدر وخطر التعرض لسكتة القلبية. بصفتها نواتج واستمرار المرض لفترة طويلة واحتمال ان يؤدي الى الموت.

ان النماذج الأولية للأمراض تساعد الناس على تنظيم وتقييم المعلومات المتعلقة بالأحاسيس الجسمية التي لا يمكن تفسيرها بدون هذه النماذج المرضية وبذلك فان الشخص الذي يشعر انه عرضة للإصابة بمرض القلب سيقوم بتفسير الم الصدر بطريقة تختلف تماما عن الشخص الذي لا يحمل هذا النموذج الاولي للمرض، او الذي لا يدرك ان لهذ العرض ارتباط بمرض القلب، ومن الممكن للشخص الثاني ان يعتبر هذه الاعراض مؤشرا لاضطراب الهضم.

فالمدرجات المنظمة حول المرض يمكن ان تقود الناس اذن الى تفسير المعلومات الجديدة وهي تؤثر على القرارات التي يتخذها الناس في البحث عن العلاج وتقود الافراد الى التغيير او الى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة، كما انها تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بمستقبلهم الصحي. (تيلور.2008.ص 486)

### 3-اعتقادات المرضى حول المرض المزمن:

حتى يستطيع المرضى المصابون بالأمراض المزمنة من التأقلم بصورة فعالة مع مرضهم، يجب عليهم ان يتعلمو كيف يدمجون مرضهم في حياتهم لان تجربة المرض تشكل لديهم خبرة ذاتية مستدخلة في معاشهم الخبري بمعنى انه لا يكون هناك بتر او تجاذب بين المرض كخبرة والذات ككينونة، ولهذا تقبل خبرة المرض كجزء من هذه الذات يسهل كثيرا عملية التكيف النفسي الاجتماعي، ان العديد من الامراض المزمنة تحدث نوع من الاختلال واضطراب النشاطات كما يختل الادارة اليومية لهذه النشاطات فمثلا : المرضى المصابين بمرض السكري يحتاجون الى ضبط حميتهم ومراقبة نظام غذائهم ، والمرضى الذين لا يستطيعون ادخال خبرة المرض المزمن كخبرة ضاغطة ومؤلمة في معاشهم الخبري يظهرون صعوبات تكيفية واضطرابات نفسية ، وهذا من شأنه ان يؤدي الى فشل في اتباع علاجهم وحميتهم بمعنى انهم لا يلتزمون بالتعليمات الطبية ، وربما هذا راجع الى تبني ميكانيزم الانكار حيث ينكرون وجود المرض بالرغم من ان اعراضه واضحة، و لذلك لا يمكنهم ادراك اعراض مرضهم ويظهر هؤلاء المرضى سلوكيات مرضية تزيد من حدة المرض ، وهي سلوكيات لا وقائية تشير الى الاهمال والانكار حيث يهمل المرضى ذواتهم ولا ينتظمون في اغذيتهم واحيانا يتناسون حتى الحصص العلاجية ( حالة مرضى تصفية الدم ) كما انهم يفشلون في تطبيق السلوك الصحي الذي يسمح اذا ما تم اتباعه بتخطي المرض. (S.E.Taylor 1995)



**3-1-المعتقدات الخاصة بطبيعة المرض:** ان من اهم المشاكل التي تعرقل التكيف مع المرض المزمن هو ان المرضى يتبنون نموذجا مختلا لتفسير وتفهيم مرضهم، نجد مثلا مرضى الضغط الدموي الذين يعتقدون خطأ انهم تماثلوا الى الشفاء وان ضغطهم قد انخفض ويعتقدون انه ليس من الضروري الاستمرار في تناول الادوية الخاصة بالمرض. ولهذا فانه من الضروري ان يعلم المشرفون على العلاج الخاص بالأمراض العضوية ان اعطاء معلومات عن المرض وطريقة علاجه ضروري وذلك من خلال تقديم مصطلحات وشرحها. وهذا ما يسهل للمرضى إدراك خطورة مرضهم مما يجعلهم أكثر وعيا في حالة ما إذا تماثلوا في اتباع التعليمات الطبية. تعتقد مريضات سرطان الثدي انا قابليتهن للوقوع في انتكاسات ضئيلة ونتيجة هذا الاعتقاد الخاطئ وعدم ادراكهن لخطورة المرض يميلن الى عدم المراقبة والتحكم في ظروفهن وبالتالي تكون معاودة المرض (Nerenz, 1979 Ringler, 1981)، ولهذا يعمل الاطباء على تعليم وتوعية هؤلاء المرضى مما يساعدهم على تصحيح وتعديل اعتقاداتهم وادراكاتهم حول الصحة والمرض لان عدم الدراية بالمرض وخطورته يؤدي بهؤلاء المرضى الى عدم اتباع سلوك الملائمة.

**3-2-المعتقدات الخاصة بأسباب المرض:** يتبنى المرضى العديد من الاعتقادات حول مرضهم وهناك نوعان من الاعتقادات الخاصة بالمرض:

تلك الخاصة بأسباب المرض والخاصة بمراقبة المرض، وقد اشار العديد من الباحثين الى ان المرضى يعانون من القلق الحاد المصاحب للمرض المزمن (Myerowitz et al, 1980) ويرى هؤلاء ان اعتقادات المرضى حول اسباب مرضهم المزمن تختلف باختلاف الاسباب التي يعتقدون انها العوامل الاساسية المسببة للمرض ، منهم من يرى ان مرضهم يعود الى الضغط ،اسباب عضوية ميكروبي او فيروس او اسباب حتمية . وانطلاقا من هذه الاسباب يتبنون اتجاهات نحو المرض ويظهر من خلال التوبيخ الذاتي أي انهم السبب في هذا المرض او توبيخ الاخرين أي انهم هم السبب في هذا المرض (مثلا الاعتقاد ان الطبيب فشل في التشخيص المبكر) وان العلاج لم يكن فعالا مما ادى الى تقادم المرض.

ان التوبيخ الذاتي عند المرضى منتشر حيث ان العديد من المرضى يعتقدون انهم السبب في ظهور مرضهم المزمن ويدركون ان السبب المباشر في معاناتهم هو افعالهم وتصرفاتهم وسلوكياتهم. ان البعض من هذه الاعتقادات حقيقية لان بعض انماط سلوك هؤلاء المرضى تعتبر كعوامل مسببة لظهور المرضى (التدخين، التغذية غير الصحية، الكحول، قلة النشاط)، هي سلوكيات خطيرة وتؤدي الى بعض الامراض: القلب، السرطان، الضغط الدموي، ويظهر التوبيخ الذاتي في حالات الامراض الوراثية، اذ يعتقد هؤلاء المرضى ان قاعدتهم الوراثية هي السبب في مرضهم، ويقترح بعض الباحثين أمثال:

( Glaser.Williams.1987 ) ان التوبيخ الذاتي يؤدي الى الاكتئاب والعدوانية اتجاه الذات، في حين انه بينت دراسة ( Wortman. Bulman 1977 ) ان المرضى الذين يعانون من اعاقات حركية ويتحملون مسؤولية مرضهم اظهروا احسن تكيف، وإدراك الاسباب والتعامل معها يساعد على تحمل المرض ومراقبته. وتعتبر دراسات ( Taylor واخرون ،1987 )، و ( Harvey واخرون ،1988 ) ان التوبيخ الذاتي يؤثر في إدراك المرض وبالتالي لا يساعد على التكيف.

ويرى كل من ( Taylor واخرون 1984 ، Fifield واخرون ) انه لا توجد هناك علاقة بين التكيف بالمرض والانتسابات المتعلقة بالحظ، وان توبيخ الاخرين وتحميلهم مسؤولية المرض لا يساعد على التكيف مع المرض كما يعتقد بعض المرضى ان اسباب مرضهم تعود الى ظروف العائلة وبالتالي تزيد هذه الاعتقادات من حدة المرض وسوء التكيف مع ظهور مضاعفات نفسية كالقلق والغضب.

**3-3-المعتقدات الخاصة بمراقبة المرض:** درس بعض الباحثين ( Richardson Taylor 1984.S . Levine 1986 .MarksK.G.Graham . ) اعتقادات المرضى المتعلقة بمراقبة او عدم مراقبة المرض لدى المرضى المزمنين ، وقد وجد هؤلاء الباحثين ان البعض من المرضى يعتقدون انهم يتحكمون في مرضهم، في حين ان البعض الاخر من المرضى يعتقدون انهم غير قادرين على ضبط مرضهم والتحكم فيه ،وقد نتج عن ذلك ان الذين اظهروا انهم يتحكمون في مرضهم كانوا اكثر تكيف مع مرضهم ، حيث طوروا استراتيجيات تعامل مركزة حول المهام وتبنوا سلوك الالتزام اذ يعتقد هؤلاء المرضى ان الالتزام للتعليمات الطبية واتباع ارشادات الطبيب فيما يتعلق بالعلاج والحماية ومختلف العادات الصحية سيؤدي الى التحكم في المرض ومراقبته ، كما يعتقدون ان اعراض المرض تزول بمجرد ضبطهم لشروط نجاح العلاج . اذن تعتبر اعتقادات الضبط ومراقبة المرض كعوامل مساعدة في التكيف مع خبرة المرض لدى المرضى المزمنين مقارنة بالمرضى الذين لا يتمتعون باعتقادات الضبط والتحكم.

( Affleck , Tennen & Ipleiffer 1990 )

#### 4-مكونات إدراك المرض:

يُعتبر إدراك المرض أحد المكونات الرئيسية لـ نموذج التنظيم الذاتي. نظرًا لأن سلسلة حل المشكلات قد بدأت إما عن طريق الإحساس الجسدي أو عن طريق علامات المرض، على الرغم من استخدام مصطلحات أخرى لفحص إدراك المرض (أي النموذج الشخصي أو المعتقد الشخصي)، فمن المتفق عليه عمومًا أن تصورات المرض تحتوي على خمس مكونات:

4-1- الهوية / علامات أعراض المرض: أول ما يواجهه الفرد هو أعراض المرض. تشير هوية / تسمية الأعراض إلى عملية مطابقة الأحاسيس الجسدية للضرر مع الأفراد التابعين للمخطط، عندما يكتشف الأفراد أحاسيس جسدية معينة، سيبدؤون في التساؤل عن أنفسهم: ما الذي يحدث؟ هناك شيء ما صحيح معي؟ هذه الأسئلة ستحث الفرد على جمع المعلومات وتحديد مدى جدية هذه الرموز، وتأتي المعلومات بشكل أساسي من ثلاثة مصادر:

✓ الخبرات السابقة من الآخرين المهمين أو الأفراد أنفسهم

✓ معلومات موثوقة.

✓ التجارب الأساسية للأفراد، اعتمادًا على المعلومات، يقرر الأفراد ما إذا كان ينبغي عليهم تجاهل الأعراض. واقترح رأي آخر العملية على أنها مطابقة لمجموعة من الأعراض مع نموذج أولي عام، وقد كان لهذين العرضين نتائج داعمة، واقترح كرويل وبارجر أن العملية السابقة قد تكون أكثر نشاطًا عند حدوث حلقة غير عادية وقد تكون العملية اللاحقة أكثر هيمنة حيث أن الأحاسيس الجسدية تتطابق بسهولة مع النماذج الأولية. (Tseng, 2008, p 90)

4-2- الجدول الزمني للمرض / المدة : يشير الجدول الزمني إلى معتقدات الأفراد حول مسار المرض والنطاق الزمني للأعراض. كما يشير إلى مدة المرض، وطول نظام العلاج، والوقت اللازم للعلاج / السيطرة، أو حتى المدة من الأول حتى الموت.

4-3- أسباب المرض: تمثل الأسباب الشخصية الفردية للعوامل المسؤولة عن التسبب في هذا المرض، وقد تشمل هذه الأسباب البيئية والسلوكية والنفسية أو البيولوجية.

4-4- عواقب المرض : تشير إلى توقعات الفرد أو معتقداته حول التأثيرات التي قد تكون ناجمة عن المرض، وقد تكون هذه العواقب جسدية أو اجتماعية أو نفسية أو مالية. (Tseng, 2008, p 94)

4-5- السيطرة على المرض / العلاج : يشير إلى المعتقدات التي يحملها الأفراد فيما يتعلق بإمكانية الإدارة الذاتية الناجحة أو تدخلات الخبراء. (lau & hartmann.1983) يجب أن يشير المرء إلى أن الاعتقاد في السيطرة على المرض / العلاج يختلف عن المفهوم من "موضع السيطرة". يفحص موضع التحكم المعتقدات الشخصية العامة حول التحكم الخارجي والداخلي في حياة المرء. الاعتقاد في السيطرة على المرض هو أكثر تحديدًا للأمراض.

تحتوي جميع المجالات الخمسة على أنواع محددة من المعلومات الدلالية والإدراكية حول تهديد المرض والمعلومات في كل مجال مجردة وملموسة. (Leventhal.2003) سيساعد تكامل المعلومات الجديدة مع الهياكل التخطيطية الحالية على تطوير اتساع التمثيلات. نظرًا لأن محتواها يمكن أن يتوسع من نطاق واحد إلى خمسة مجالات، فعندما يتم تحويل المنبهات الجسدية إلى تمثيلات معرفية، يمكن تطبيق عدد من القواعد: "قاعدة التناظر" (ليفنثال وآخرون 1980). "قاعدة العمر"، "قاعدة الانتشار" (croyle & jemmott.1991) و "قاعدة المدة" (مورا وآخرون 2002). تشير قاعدة التناظر إلى ضغط ربط التجارب المجردة مع التسميات، تساعد قواعد الإجهاد والأمراض العمرية الأفراد على التساؤل عما إذا كانت الأعراض أو التغيرات الوظيفية تعكس عملية مرضية كامنة أم لا وما إذا كان الشخص مريضًا. تساعد قواعد الانتشار والمدة الأفراد على معالجة الخطورة المحتملة للأعراض وما إذا كان ينبغي عليهم طلب الرعاية (Leventhal ,2003).

قام مؤخرًا هاجار وأوريل (2003) بمراجعة تصورات المرض عبر الأمراض المختلفة ونتائجها تدعم أيضًا أن إدراك الأعراض، وقابلية السيطرة على المرض، ومدة المرض، والتنبؤ بنتائج المرض ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالصحة النفسية لدى المستجيبين، والأداء الاجتماعي والحيوية.

(HAGGER and ORBELL.2003 p 141)

### 5-العلاقة بين أبعاد إدراك المرض:

هناك العديد من الدراسات التي قام بها leventhal et all 2002 تبين مختلف الارتباطات بين مكونات إدراك المرض ومختلف الأمراض وتتلخص مجمل تلك الارتباطات في الجدول التالي:

جدول رقم-02 :- يوضح ملخص الارتباطات بين مكونات إدراك المرض

	الشخصية	العزو السببي				الزمانية المرض	دورية المرض	نتائج خطيرة	شفاء/ضبط المرض	شفاء/ضبط العلاج	الصور الانفعالية	الانسجام مع المرض
		الحظ والصدفة	عوامل نفسية	الخطر	العناية							
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:

- بُد الشخصية يرتبط ارتباطا قويا مع بعد مدى وضوح المرض وأن أسباب العزو جاءت مع العوامل النفسية أو المناعية وذلك حسب أقلية عوامل الخطورة بحسب الشخصية القوية ذات التصور للمرض على أنه مضبوط ومزمن مع النتائج الخطيرة للمرض والذي له علاقة مع أسلوب حياة المريض
- توجد علاقة ارتباطية بين العزو السببي ومختلف الأبعاد: العزو الى عوامل نفسية للخطر وللجهاز المناعي كلها مرتبطة إيجابا مع بعضها البعض بقوة عالية مع التصورات الانفعالية السلبية إذ نجد بصفة خاصة:
- (+)العزو إلى الجهاز المناعي يقترن مع بعد زمنية المرض أو دوريته ومع مدى وضوح المرض ذلك مع إدراك ناقص اتجاه فعالية العلاج.
- (+)العزو إلى عوامل الخطورة مرتبط إيجابا 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 و مدى نجاعة وفعالية العلاج وكما يلاحظ إجماع قوي بين بعدي الاعتقادات والتصورات الانفعالية.
- (+)العزو إلى الحظ والصدفة مرتبط سلبا بالانسجام مع المرض و الإدراك الذاتي للضبط، وكذا العزو إلى العوامل المناعية.

- (+) العزو الى العوامل النفسية، وعوامل الخطورة مرتبطة مع الضبط الذاتي للمرض مع اعتقاده القوي بفعالية العلاج أن ضبط المريض مرتبط بعزوه النفسي و السلوكي كالتدخين الكحول والضغط. كما نجد العزو للجهاز المناعي مرتبط بعامل سببي ألا وهو مركز الضبط الخارجي كالجراثيم، الغبار، ويرتبط جهاز مناعة المريض باعتقاده في عدم نجاعة العلاج المقدم. (Pupat.2007p 26)
- كما يرى المريض بأن إزمانيّة المرض أو دوريته متعلّقة بالنتائج الخطيرة للمرض:
- (-) إن حالة إزمانيّة المرض أو دوريته متعلّقة بنتائج المرض والتي يدركها المريض على أنها خطيرة وصورة سلبية انفعالية، مما ينتج له إحساس بأن الكفاءة الذاتية أو دراهة لإمكانية الشفاء وضبطه الذاتي متعلق بضعف في العلاج.
- (-) الاعتقاد بأن النتائج الخطيرة للمرض مرتبطة بقوة نظرة المريض بأن مرضه مزمن. وعلى الأقل غير قابل للشفاء حين ظهور الأعراض ثم اختفائها. بالإضافة إلى الارتباط القوي لكل من شخصية المريض، وعزوها إلى الأسباب المناعية والصور الانفعالية السلبية، بالإضافة إلى الانسجام مع المرض.
- (-) أما بعد الشفاء/الضبط مرتبط سلبا مع إزمانيّة المرض وخطورته ومع الصور الانفعالية السلبية، ويرتبط إيجابا مع إحساسه بمدى انسجامه مع المرض.
- (-) الصور الانفعالية السلبية للمريض مرتبطة سلبا مع الأبعاد النسبية للشفاء والضبط الذاتي كما ترتبط إيجابا مع العزو السببي للمريض والنتائج الخطيرة للمرض، ومع إزمانيّة و دورية المرض من جهة أخرى. وأن المرض ذو النتائج الخطيرة بولد لدى المريض استجابات انفعالية وهذا حينما يخرج من دائرة الضبط الذاتي.
- (-) بعد الانسجام مع المرض، نلاحظ أنه يرتبط بقوة مع شخصية المريض، وبصورة إيجابية مع العزو او لعوامل الخطورة، لاسيما إذا كان هناك إدراك للخطورة على أساس إزمانيّة أو دورية المرض مع ضيق في الانفعالات الأمر الذي بسبب عدم وضوح الأعراض المرضية وبالتالي عدم انسجامه. (ابركان، 2011، ص 30)

## 6- إدراك المرض في إطار نموذج التنظيم الذاتي:

يعتبر نموذج التنظيم الذاتي من اهم النماذج المؤثرة حول كيفية إدراك الناس لحالتهم المرضية والاستجابة لها، تم تطويره من قبل ليفينثال. حيث يعتبر نظامًا ديناميكيًا لتحديد الأهداف وتطوير الاستراتيجيات وتقييمها ومراجعتها. ويعد إدراك المرض المحور الأساسي الذي يعتمد عليه.

يُعرّف التنظيم الذاتي بأنه جهود واعية لتعديل الأفكار والعواطف والسلوك من أجل تحقيق الأهداف والتكيف الطبيعي مع البيئة المتغيرة بالتوافق مع النماذج المعرفية للعملية السلوكية، تتعامل النظرية مع الفرد على أنه عنصر فعال لحل المشكلات، تقترح أن المنبهات -مثل الأعراض- تولد تصورات معرفية وعاطفية للمرض. وتتم معالجة هذه التمثيلات عبر ثلاث مراحل:

- **المرحلة الأولى:** يشكل الفرد تمثيل المرض حيث تأتي الإشارات أو المعلومات المتعلقة بالمرض من الأعراض، ولكن أيضاً من الرسائل الاجتماعية (أي من الأشخاص العاديين كأصدقاء وعائلة، والتشخيص من الطبيب / مقدم الرعاية، والمعلومات من وسائل الإعلام). تشكل العوامل المعرفية وردود الفعل العاطفية تفسيراً فردياً لخطر المرض.

- **المرحلة الثانية:** يتبنى الفرد استراتيجيات التأقلم للتعامل مع المشكلة.

- **المرحلة الثالثة:** حيث يقوم الفرد بتقييم / تقييم فعالية هذه السلوكيات.

يوضح النموذج عملية التنظيم الذاتي للفرد من خلال التقييم المستمر لما إذا كانت المواجهة فعالة وما إذا كان الفرد يدير بنجاح لتحقيق إحساس متجدد بالتوازن، وتوفر النظرية إطاراً مفاهيمياً مفيداً لفهم السلوك الصحي من خلال:

1-التفسير، إدراك الأعراض، الرسائل الاجتماعية، الانحراف عن القاعدة، المعرفي، تمثيلات التهديد الصحي، الهوية، الجدول الزمني، النتائج، القدرة على التحكم، السبب.

2-التأقلم، الاستجابة العاطفية للتهديد الصحي، الخوف، القلق، الاكتئاب.

3-التقييم، هل استراتيجية المواجهة فعالة؟ (Pagels. 2012. p 14)

وحسب هذا النموذج فهناك خمسة مكونات لتصوير المرض: الهوية، السبب، الجدول الزمني، العواقب، وقابلية الشفاء / التحكم (ليفنثال وآخرون، 1992؛ ماير وآخرون، 1985). تشير الهوية إلى الحالة الصحية وعلاماتها وأعراضها كما يراها الشخص. السبب يشير إلى أصل أو سابقة الحالة الصحية التي تستند عادةً إلى الأفكار الذاتية للفرد، المعرفة والخبرات وكذلك المحفزات الوراثية وغيرها من المحفزات الخارجية والداخلية. يشير الجدول الزمني إلى الاعتقاد التنبئي حول مدة الحالة الصحية وما إذا كانت حادة أو مزمنة أو دورية. تشير العواقب إلى معتقدات الفرد حول تأثيرات الحالة الصحية على سلامته الجسدية والنفسية والعاطفية والاجتماعية والمالية. القابلية للشفاء / القدرة على التحكم هي معتقدات حول ما إذا كان يمكن علاج الحالة الصحية أو السيطرة عليها من قبل الشخص.

يستند نموذج التنظيم الذاتي إلى ثلاثة مسلمات أساسية هي:

-**المسلمة الأولى** : إن الفرد كائن نشط فعال، يحاول حل مشكلاته لذلك سيحاول فهم مشكلته لإيجاد الوسائل التي تمكنه من تقليص الهوة بين حالته الآنية وبين ما يصبو إليه أو يتوقعه.

-**المسلمة الثانية** : إن التصور أو تمثيل المرض سيقود أو يساعد المريض في عملية التكيف، واختيار الاستراتيجيات المناسبة لذلك، وتقييمها زمنياً من حيث الفعالية كنوع من التغذية الراجعة المستمرة.

-**المسلمة الثالثة** : إن تصور المرض أو تمثله هو بناء نفسي اجتماعي ثقافي يخضع لمتغيرات عديدة، ولا يشترط فيه أنه يوافق أو ينطبق مع تصور الطبيب أو المحيطين بالمريض، فهو بنية ذاتية قد تختلف مع الواقع العيادي. لذلك كان إدراك المرض بعدا اجتماعيا مرتبط بكيونة الفرد.

يفترض هذا النموذج وجود نظامين متوازيين ومتراپطين ووجود مسار معرفي ومسار عاطفي يتعايشان مع عملية المرض. الأول يوجه إنشاء رؤية موضوعية للمشكلة (أي بناء التمثيل وخطة التكيف مع تهديد المرض) والآخر يوجه خلق ردود الفعل العاطفية. النظامان متراپطان على عدة مستويات، في الواقع فإن العملية المعرفية التي ينطوي عليها إنشاء تمثيل المشكلة مرتبطة بالعمليات العاطفية .

تتضح الطبيعة الديناميكية لنموذج التنظيم الذاتي من خلال حقيقة أن نتائج التكيف يتم تقييمها وإدراجها في تمثيل المرض الذي يمكن تعديله لاحقاً وفقاً لهذا التقييم (Cooper, 1998)، يتم أيضاً تحديث الجوانب المتعلقة بتمثيل المرض والتعامل معه وتقييمه باستمرار بمعلومات من مصادر خارجية والتغيرات المرتبطة بالأحاسيس والحالة الجسدية الصحة. لا يأخذ النموذج في الاعتبار التمثيل الحالي للمرض فقط، ولكن أيضاً العوامل العاطفية والاجتماعية التي تظهر أثناء المرض مثل إدارة ردود الفعل والعلاقات مع من حولهم وردود الفعل العاطفية للفرد تجاه مرضه. (JANELLE, 2010, p13)

تكمن الميزة الرئيسية لنموذج التنظيم الذاتي كما حدده Coutu وآخرون (2000) في حقيقة أنه قادر على شرح السلوكيات الصحية التي قد تبدو غير عقلانية. نأخذ على سبيل المثال رجل يبلغ من العمر 65 عاماً أصيب مؤخراً بنوبة قلبية، فهذا الأخير الذي يدرك القليل من السيطرة على حالته ويخشى أن يُطلب منه القيام بنشاط بدني (مقتنعاً بأن هذا لن يؤدي إلا إلى تفاقم حالته)، يمكنه اختيار عدم حضور برنامج إعادة تأهيل القلب والأوعية الدموية، على الرغم من مخاوفه من الإصابة بنوبة قلبية ثانية. ولذلك، فإنه يجعل من الممكن فهم أفضل للقرارات الصحية التي قد تبدو للوهلة الأولى غير ملائمة، تم تطبيق هذا النموذج بنجاح عبر سياقات إعادة التأهيل المختلفة، وحالات خطيرة مختلفة مثل السرطان (Hunter et



(*al., 2003; Scharloo et al., 2005*)، ومرض السكري مثل (*Eiser et al., 2002*)، والتصلب المتعدد مثل (*lopson and Moss-Morris, 2003*)، ومرض أديسون مثل (*Heijmans, 1999*)، والتهاب المفاصل الروماتزمي مثل (*Scharloo et al., 1999*)، والصدفية على سبيل المثال (*Fortune وآخرون, 2002*)، هشاشة العظام مثل (*Orbeil et al., 1998*) ومتلازمة التعب المزمن مثل (*Morris Moss, 1996*).... إلخ. والملاحظ ان صلاحية واتساق هذا النموذج لم تعد موضع تساؤل، ففي الواقع تم تأكيد الصلة النظرية والسريية للنموذج وكذلك صحة الأبعاد الخمسة في دراسات مختلفة باستخدام منهجيات مختلفة بالإضافة إلى حالات سريرية مختلفة. (*JANELLE, 2010.p 14*) يؤكد هذا النموذج أنه من أجل فهم الأعراض أو تشخيص المرض والتعامل معها، يقوم الأفراد ببناء شبك داخلية من المعتقدات المترابطة، أو "تصورات المرض"، والتي تحتوي على محتوى معرفي وعاطفي. يُفترض أن تصورات المرض هذه تتشكل من مجموعة متنوعة من المصادر والمتمثلة في:

(ا) المعارف القبلية المأخوذة من المجتمع قبل الإصابة بالمرض (التصورات الاجتماعية) .

(ب) المعطيات والمعلومات التي يقدمها الأقارب، أو الأسرة، أو المتكفون بالمريض ومن أهمهم الاطعم الطبية والصحية.

(ج) خبرة المريض ومعايشته للمرض واعراضه الحالية أو السابقة المخزنة في ذاكرته بما فيها الوسائل والعلاجات وطرق التعامل مع عواقب ومضاعفات المرض خاصة الفعالة منها. (*هاجر وأوريل, 2003*). يعد التمثيل المعرفي للمرض من إحدى ميزات استخدام نموذج التنظيم الذاتي في المرض من خلال الاستجابات للمرض على عدد من المجالات المختلفة (*Carlisle*)، اقترح ليفنثال وزملاؤه نموذج "المعالجة المتوازنة" حيث يقوم المرضى في نفس الوقت ببناء تمثيل معرفي وعاطفي لمرضهم. يندرج كلا المكونين تحت مظلة "إدراك المرض".

تساهم مصادر المعلومات هذه في كيفية إدراك الأفراد لمرضهم وأعراضه، وكان البحث الذي يدرس هيكل كيفية إدراك الأفراد لمرضهم متسقاً في تحديد خمسة أبعاد على طول تجارب، يتم تنظيم الأعراض والمرض معرفياً وفق الأبعاد السالفة الذكر والمتمثلة في: السبب، والخط الزمني، والهوية، والعواقب، والقدرة على التحكم.

يمثل بُعد السبب المعتقدات حول مسببات المرض والعوامل التي تساهم في تطور المرض. حددت الأبحاث السابقة عدة فئات من الصفات السببية التي أقرها المرضى لمختلف الأمراض الجسدية، بما في

ذلك البيولوجية (الوراثة والجراثيم والفيروسات)، والبيئية (التلوث والمواد الكيميائية، السلوكية (التدخين، العادات الغذائية السيئة)، والنفسية (الإجهاد والاكتئاب).

يمثل البُعد الزمني المعتقدات حول المدة التي قد يستمر المرض فيها، وكذلك ما إذا كان الفرد يعتقد أن مسار المرض سيكون حادًا أو مزمنًا أو عرضيًا / دوريًا.

تتعلق المعتقدات حول الهوية بتسمية المرض ونطاق الأعراض الجسدية التي يعتقد المريض أنها تعزى إلى الحالة (مثل التعب والازدحام والألم).

يلتقط بُعد العواقب إلى أي مدى يرى الأفراد أن مرضهم يتسبب في اضطراب جسدي أو اقتصادي أو اجتماعي قصير و / أو طويل الأمد في حياتهم.

تنقسم التصورات المتعلقة بإمكانية التحكم في المرض إلى مكونين: التحكم الشخصي وإمكانية التحكم في العلاج. يعكس الأول الدرجة التي يرى الأفراد أنهم يستطيعون عندها الانخراط في استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة لتخفيف الأعراض أو تسهيل علاج المرض. يشير الأخير إلى مدى فعالية العلاج الطبي الذي يقدمه مقدمو الرعاية الصحية في اعتقادهم. أظهرت الأبحاث أن هناك تباينًا في الطريقة التي ينظر بها الأفراد إلى مرضهم على طول هذه الأبعاد الخمسة، حتى بين المرضى الذين يعانون من مرض مماثل.

التمثيل العاطفي للمرض حسب نموذج التنظيم الذاتي يبني في وقت واحد تمثيلًا عاطفيًا لمرضهم بالتوازي مع بناء التمثيل المعرفي الموضح أعلاه. تم اقتراح التمثيل العاطفي كسابق خاص بمرض معين للتكيف الذي يركز على العاطفة والذي يهدف إلى تقليل الضائقة النفسية العامة (Moss-Morris et al. 2002) ويشكل أكثر تحديدًا، يمثل عنصر التمثيل العاطفي في النموذج هو تقييم المريض للتأثير العاطفي المحتمل للمرض.

كملخص ومثال توضيحي لنموذج التنظيم الذاتي لسلوك المرض، نأخذ على سبيل المثال شخصًا عاديًا يصاب باحتقان الأنف. قد يعتقد هذا الشخص أن الأعراض تُعزى إلى نزلة برد ناتجة عن التفاعل الوثيق مع أحد أفراد الأسرة المريض (الهوية والسبب)، وأنه قد يستمر لمدة 2-3 أيام دون عواقب طويلة المدى (الجدول الزمني والعواقب)، وذلك هناك عدة وسائل لتقليل شدة الأعراض (السيطرة). تحدث هذه الإدراك بالتوازي مع تكوين تمثيل عاطفي للأعراض بحيث لا يسبب الكثير من القلق أو القلق. من المرجح

أن يؤدي مثل هذا التقييم الشامل إلى تصور حميد نسبياً للأعراض مقارنة بالإدراك الذي يولده الفرد الذي يكتشف تشوهات أثناء الفحص الذاتي الروتيني للثدي (Dexter.2014 p 5) .  
والمخطط الموالي يوضح نموذج التنظيم الذاتي لليفنثال



الشكل رقم-01-: يوضح مخطط نموذج التنظيم الذاتي لليفنثال

المصدر: (Ogden,2007,p53)

7- قياس إدراك المرض:

ظهرت طرق مختلفة لتقييم إدراك المرض، وقد استخدم في البداية في هذا المجال أسئلة مغلقة ومفتوحة من المقابلات المنظمة (Leventhal & Nerenz, 1985). تضمنت هذه المقابلات أسئلة مثل: "هل تعتقد أن حالتك طفيفة أو خطيرة أو تهدد حياتك؟"; "كيف تستطيع أن تقول ذلك؟".

ومع ذلك، أدى الاهتمام المتزايد بنموذج التنظيم الذاتي والحاجة إلى أداة قياس منهجية إلى تطوير الأداة الأكثر شيوعاً والمستخدمه لتقييم تمثيل المرض وهي استبيان إدراك المرض (IPQ)، تم تطوير هذه الأداة بواسطة Weinan و Petrie و Moss-Morris and Home (1996) و Dexter (2014 p 6).

من أجل توفير أداة قياس مشتقة من نموذج التنظيم الذاتي (Leventhal et al., 1980) وقابلة للاستخدام لجميع أنواع الافراد، في الواقع يسمح للباحثين بتضمين جوانب خاصة بالمرض قيد الدراسة، لا سيما على مستوى الصفات السببية وكذلك على مستوى الأعراض الخاصة بالحالة المدروسة (Cooper, 1998). يحتوي على خمسة ابعاد تسمح بقياس مكونات نظرية التنظيم الذاتي. هذه المقاييس الفرعية الخمسة هي هوية المرض، وإدراك الأسباب، وتصور مدة (مسار) المرض، والمعتقدات حول شدة العواقب، والتصور حول العلاج والسيطرة على المرض. (وينمان وآخرون، 1996). تم تطوير IPQ باستخدام بيانات تم الحصول عليها من مجموعات سكانية مختلفة وثبت أنها موثوقة وصحيحة (Cooper, 1998). تتطور هذه الأداة باستمرار، على سبيل المثال، تم تطوير نسخة منقحة من هذا الاستبيان في عام 2002 للرد على بعض الانتقادات الموجهة للاستبيان. في الواقع، تمت إضافة عناصر لإنشاء ثلاثة مقاييس فرعية جديدة: الجدول الزمني الدوري، والتصورات العاطفية للمرض وكذلك مستوى فهم (تماسك) المرض ومقياس السيطرة / العلاج تم تقسيمها إلى مقياسين فرعيين، وهما: السيطرة الشخصية والسيطرة على العلاج (موريس وآخرون، 2002).

في الآونة الأخيرة في عام 2006، اقترح برودبنت Broadbent وزملاؤه نسخة قصيرة من IPQ (تتألف من تسعة عناصر) من أجل تحسين إمكانية الوصول وسرعة الإنجاز. تم استخدام جميع الإصدارات الثلاثة من IPQ في مجموعة متنوعة من النصوص الطبية، على سبيل المثال تم استخدام استبيان إدراك المرض المعدل (IPQ-R) في أكثر من 57 دراسة من قبل مؤلفين مختلفين في سياقات مرضية مختلفة (Scollan-Koliopoulos, 2007). كما دعم التحليل البعدي بواسطة Hagger and Orbeil (2003) استخدامه في كل من السياقات السريرية والبحثية.

تُظهر الأداة تناسقًا داخليًا جيدًا بالإضافة إلى مؤشرات صلاحية متزامنة وتمييزية وتنبؤية مقبولة. وجودة وصلاحية هذه الأداة لا شك فيها، ومع ذلك في سياق نقص الدراسات حول تمثيل مرض متلقي زراعة الكلى، سيكون من المناسب إضافة منهجية نوعية إلى التقييم الكمي لتمثيل المرض. كما اقترح جورج George وزملاؤه سنة (2003)، فإن البحث النوعي هو منهجية مفضلة لفهم معتقدات واتجاهات صحة المرضى بشكل أفضل. يؤكد فيرمير Vermeire وزملاؤه سنة (2001) أنه خلال ثلاثة عقود من البحث الكمي في مجال الالتزام بالعلاج، لا يزال مستوى معرفتنا بهذا الموضوع منخفضًا. ويحدد هذا الأخير أيضًا أن الدراسات النوعية، من ناحية أخرى، جعلت من الممكن تحديد الجوانب المهمة لمعتقدات المرضى الصحية. اقترح DeGeest سنة (2005) بأنه يأتي في المرتبة الثانية في التأكيد على أنه سيكون من الضروري استخدام الأساليب النوعية لإلقاء الضوء على الديناميات المعقدة لعدم الالتزام. الميزة الرئيسية للمنهجية النوعية كما أشار Coutu وزملاؤه سنة (2008) هي السماح لمواد جديدة ومعلومات جديدة بالظهور من المحتوى النوعي وبالتالي تعزيز اكتشاف نتائج جديدة. في سياق حيث يكون الهدف هو الوصول إلى فهم أفضل لتمثيل المرض وفي هدف ثانوي، لإنشاء روابط وصفية مع الالتزام بالعلاج، فإن المنهجية النوعية مناسبة تمامًا. في الواقع، توفر الدراسات النوعية الوصول إلى العالم العاطفي والتجريبي في سياق التعايش مع المرض (Giacomini et al.، 2000). وتجدر الإشارة إلى أنه في عام 1999 اقترح Steed وزملاؤه أهمية مراعاة السياق الشخصي والمعنى الخاص للردود على عناصر استبيان ادراك المرض (IPQ)، لاحظ Weinman وزملاؤه (1996) أيضًا أن المشاركين الذين خضعوا لأول مرة لمقابلة نوعية قبل استخدام IPQ استجابوا بسهولة أكبر للاستبيان. لذلك يقترح هؤلاء المؤلفون إضافة مقاييس نوعية لتحسين استخدام IPQ. يتفق مؤلفون آخرون أيضًا مع هذا عن طريق إضافة مقابلة مفتوحة لتسليم هذه الأداة على سبيل المثال (Scharloo et al، 1998). لذلك يبدو أنه من المهم تحسين طرق تقييم تمثيل المرض بحيث تعكس بشكل أفضل الفروق الفردية وتأثير السياق والجانب الديناميكي لهذا المفهوم. تم استخدام النهج النوعي في تقييم تمثيلات المرض بنجاح واهتمام في العديد من الحالات الصحية مثل مرض الانسداد الرئوي، والأورام الليفية، ونوبات الصرع، وأمراض القلب والأوعية الدموية، على سبيل المثال (O'Neill، 2002؛ Green et al.، 2004؛ Nicholls et al.، 2004؛ Walter et al.، 2006؛ Shifren، 2003).

من خلال دراسة الروابط بين تمثيل المرض والالتزام بالعلاج، استخدم كوبر وزملاؤه (2005) مثل هذه المنهجية النوعية مع ثلاثة عشر مريضًا عانوا من احتشاء عضلة القلب، بهدف اكتساب فهم أفضل

لأسباب. ومعرفة لماذا لا يحضر المرضى لبرنامج إعادة التأهيل. حيث سمحت نتائج هذه الدراسة بتطوير أداة لتقييم معتقدات المريض تهدف إلى اكتشاف الأشخاص المعرضين لخطر عدم حضور لبرنامج إعادة التأهيل، وبالتالي فقد مكنت هذه الأداة من تطوير الخدمات والاستراتيجيات لتعزيز الالتزام ببرامج الوقاية الثانوية القلبية الوعائية المهمة (Cooper et al, 2007). وبشكل أكثر تحديداً في مجال الزرع، استخدم أور وزملاؤه (2007) "مجموعات التركيز" من أجل فهم أفضل لصعوبات الامتثال لعلاج ما بعد الزرع، فيما يتعلق بزراعة القلب فهناك دراسة نوعية واحدة فقط (Sadala and Stolt: 2008)

سعت إلى فهم أفضل لحقيقة المرضى الذين خضعوا لعملية زرع قلب. أتاح النهج الظاهري المستخدم إلقاء الضوء على العديد من الجوانب المثيرة للاهتمام لتجربة متلقي زراعة القلب، إلا أن هذه الدراسة لا تتناول تمثيل المرض بشكل مباشر ولا تدرس الامتثال للعلاج، باختصار لا نجد أي دراسة نوعية تسعى إلى تعميق تمثيل المرض وعلاقته بالالتزام بالعلاج في مجموعة من متلقي زراعة القلب، ومع ذلك فهذه طريقة مهمة لأن تصوير المرض هو عامل عدم الالتزام قابل للتعديل، في الواقع يمكن أن يؤدي الحصول على معلومات مفصلة حول تمثيلات متلقي الزرع إلى تسهيل تطوير المعرفة والأدوات والاستراتيجيات للحد من آثار عدم الالتزام. (JANELLE .2010.p 24)

### 8-تصورات المريض حول زرع الكلى:

يمكن إبراز أهم تصورات المريض حول الزرع الكلوي من خلال دراسة (Keddis et al 2018)، حيث أظهرت نتائج الدراسات خمسة تصورات رئيسية حول زراعة الكلى: (1) تثقيف بشأن زراعة الكلى من قبل فريق الرعاية الصحية؛ (2) زرع الكلى والمعتقدات الثقافية؛ (3) الدافع والموقف تجاه زرع الكلى، (4) العبء المالي لزراعة الكلى والرعاية ما بعد الزرع، (5) الموقف من التبرع الحي.

8-1-التثقيف حول زراعة الكلى من قبل فريق الرعاية الصحية: قبل تقييم عملية الزرع لدى المرضى المصابين بأمراض الكلى، فقد أفاد مجموعة من المرضى في دراسة عن الرعاية وتقديم الخدمات الصحية في الهند أن التثقيف حول زرع الكلى كخيار علاجي لأمراض الكلى من الأفضل ان يحدث في مرحلة بدء غسيل الكلى أو بعد شهور إلى سنوات. تمت إحالة خمسة مرضى إلى الزرع قبل الشروع في غسيل الكلى. فقد أشار أحد المرضى المشاركين عن أهمية التأكيد على الزرع كخيار علاجي أفضل مقارنة بغسيل الكلى من قبل فريق الرعاية الصحية.

8-2- زراعة الكلى والمحرمات الثقافية: أدرك جميع مرضى زمالة المدمنين المجهولين في هذه الدراسة وجود بعض المحرمات الثقافية حول عملية الحصول على الأعضاء وزرعها. ومع ذلك، فإن هذه المحظورات لم تؤثر سلبًا على قرارهم لمتابعة تقييم زراعة الكلى. يشترك المرضى في الفكرة المشتركة المتمثلة في تفضيل العضو على قيد الحياة بدلاً من الشخص المتوفى، أفاد المرضى الذين وصفوا أنفسهم بأنهم متدينون بالدور الإيجابي للصلاة.

8-3- الدافع والموقف تجاه زرع الكلى: أعرب المرضى بالإجماع أن أسرهم وأحبائهم كانوا الدافع الأساسي لمتابعة عملية زرع الكلى. السبب الثاني الأكثر شيوعًا هو تجنب غسل الكلى أو التحرر منه وتحسين نوعية الحياة، كما عبر المرضى عن رغبتهم في استئناف النشاط الاجتماعي والتوظيف بعد الزرع، فقد طلب من المرضى التفكير في مشاعرهم إذا لم يتمكنوا من إجراء عملية زرع الكلى لأي سبب من الأسباب، وقد استجاب المرضى بمشاعر إيجابية عبرت عن قبولهم للمستقبل. التفكير الإيجابي والمرونة في التغلب على تشخيص أمراض الكلى وغسيل الكلى لدى البعض مكنهم من التحلي بالصبر والمرونة بغض النظر عن الظروف. أعرب أحد المرضى عن خيبة أمل وخوف على أسرهم.

8-4- العبء المالي لزراعة الكلى وما بعد الزرع: اختلف موقف المريض بشأن الأمور المالية باعتبارها عائقًا محتملاً أمام الخضوع لعملية زرع الكلى وللرعاية اللاحقة للزراعة على نطاق واسع. على الرغم من أن خمسة مرضى أعربوا عن بعض القلق، أعرب الآخرون عن ثقتهم في تأمينهم وإما الحجز أو الصحة الهندية لتوفير الأموال اللازمة. الغالبية لديهم تأمين خاص (66.7%) وأربعة موظفين. كان متوسط الدخل للمجموعة 36810 دولارًا أمريكيًا ولكن ثلاثة مرضى كان دخلهم أقل من مستوى الفقر ( $\geq 16240$  دولارًا أمريكيًا)، وتجدر الإشارة إلى أن هؤلاء المرضى الثلاثة لم يشعروا أن تكلفة الزرع والأدوية ذات الصلة من شأنها أن تمنعهم من متابعة عملية زرع الكلى. واما المرضى الذين أعربوا عن قلقهم بشأن الموارد المالية شاركوا الخطط لتحسين دخلهم للمساعدة في تسهيل التكلفة المطلوبة.

8-5- الموقف من التبرع الحي: كان المرضى في هذه المجموعة مرتاحين لمفهوم تلقي متبرع حي ويفضلون متبرع حي على متبرع متوفى. أبلغ مريضان فقط في المجموعة عن وجود متبرع حي. لم يكن لدى عشرة مرضى متبرع على قيد الحياة ولن يعتبروا أحد أفراد الأسرة متبرعًا لعدة أسباب منها: نقص المعرفة حول هذه العملية، وعدم اليقين بشأن جودة الكلى على أساس نمط حياة المتبرعين، والرغبة في عدم إثقال كاهل أفراد الأسرة وعدم الثقة في نوايا أفراد الأسرة الذين تطوعوا للتبرع. (Keddis et al 2018, p04)



### 9-العلاقة بين إدراك المرض والالتزام بالعلاج:

حاول ليفينثال وزملاؤه (1992) شرح عدم الالتزام في إطار نموذج التنظيم الذاتي. بالنسبة لهؤلاء الباحثين فقد يمثل عدم الالتزام تناقضاً في مفهوم الفرد للمرض. على سبيل المثال، إذا تناول المريض دواء بهدف إخفاء الأعراض، وعلى العكس من ذلك، وجد نفسه يعاني من أعراض جديدة (آثار جانبية)، فمن الممكن أن يتوقف عن تناول دوائه. أو قد يجد المريض صعوبة في فهم سبب وصفه لأدوية ارتفاع ضغط الدم على الرغم من شعوره بتحسن كبير. يمكن أن ينتج عدم الالتزام أيضاً عن عدم الاتساق بين تمثيل مرض المريض وتمثيل الطبيب المعالج، ان نموذج التنظيم الذاتي قادر على شرح سلوكيات عدم الالتزام عند المرضى، تحقيقاً لهذه الغاية نظرت العديد من الدراسات الى طبيعة الروابط بين تمثيل المرض والالتزام بالعلاج.

هناك ديناميكية واضحة بين تمثيل المرض ومستوى الالتزام بالعلاج لمختلف جوانبه، وقد تم إجراء العديد من الدراسات حول العديد من الأمراض المزمنة وتأكيد هذه الروابط بين تمثيل المرض والالتزام بالعلاج من أهمها: التهاب المفاصل (Hill et al 2007، Hampson et al 1994)، مرض السكري (Harvey et al., 2009; Scollan-Koliopoulos et al., 2007; Skinner et al., 2000) الكلى (Kimmel et al., 1996; Kovac et al., 2002)، أمراض الرئة (Restrepo et al., 2000) Scharloo et al., 2008; Hekler et al., 1985; Meyer et al., 2008)، والتهاب القولون التقرحي (Hawthorne et al., 2008)، وفيرس نقص المناعة البشرية (Schonnesson et al., 2007) .... الخ. (JANELLE .2010.p 18)

تم فحص دراسة العلاقات بين تصورات المرض، وسلوكيات الالتزام، والنتائج السريرية باستخدام استبيان صالح وشامل مع أربعة مجالات للالتزام بالعلاج لدى امراض الكلى بمراحله الأخيرة ، لم تتنبأ تصورات المرض بشكل مستقل بأي نتائج سريرية لدى مرضى القصور الكلوي ، ومع ذلك تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن سلوكيات الالتزام المحددة تؤثر على النتائج السريرية، وبالتالي ينبغي اتباع استراتيجيات لتعزيز الالتزام بصرامة لدى افراد العينة ، وبالمثل يجب على الأطباء والباحثين التركيز على تطوير التدخلات لتثقيف المرضى وتقديم المشورة لهم بشأن القصور الكلوي، كبار السن والأفراد ذوو الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض وهذه النتائج تحتاج مزيداً من التفحص.

(Kim and Evangelista,2010,02)



هناك دراسة في مجال أمراض القلب والأوعية الدموية، ان من أهم جوانب البحث حول الروابط بين الالتزام وتمثيل المرض هو التركيز على الحضور في برامج الوقاية الثانوية في إعادة التأهيل. أظهرت الدراسات التي أجراها **Petrie (1996), Cooper (1999), Whitmarsh (2003)** وزملائهم روابط بين أبعاد معينة لتمثيلات المرض مثل التحكم، العواقب، وحضور اجتماعات إعادة التأهيل. ومع ذلك، لم تتمكن الدراسات اللاحقة التي أجراها **Byrne (2005) et de French (2005)** وزملائهم من تكرار هذه النتائج. في عام 2006، تم إجراء تحليل بعدي **(French et al., 2006)** للتحقق مما إذا كان تمثيل المرض يمكن أن يتنبأ بالحضور في برنامج إعادة التأهيل بعد احتشاء عضلة القلب. جعلت نتائج هذا من الممكن تقديم دعم معين لهذه الفرضية. وتجدر الإشارة إلى أن الصلة بين تمثيل المرض والحضور في برنامج إعادة التأهيل كانت أقوى فيما يتعلق بالمعتقدات حول السيطرة على المرض وعلاجه. ركزت بعض الدراسات في مجال القلب والأوعية الدموية أيضًا على تمثيلات المرض وتبني السلوكيات الصحية. فيما يتعلق بزراعة القلب، نظر المؤلفون بمزيد من التفصيل في الالتزام للنظام الغذائي. وهكذا، أوضحت الدراسة التي أجراها **Grady and Jalowiec (1995)** أن تمثيل المرض كان أحد العوامل التي يمكن أن تتنبأ بالامتثال لنظام غذائي في المرضى الذين خضعوا لعملية زرع قلب، على الرغم من أن هذه الدراسة استخدمت نموذج المعتقد الصحي كإطار مرجعي، إلا أن العنصر المهم في تمثيل المرض في هذه الحالة كان وجود الأعراض العصبية والعضلية والجهاز الهضمي. يمكن أن يتوافق هذا مع مكون "الهوية" في نموذج التنظيم الذاتي. بالنسبة للدراسات حول الامتثال للأدوية المثبطة للمناعة، أظهر **Cherubini** وزملائه **(2003)** أن عدم الامتثال في المرضى الذين خضعوا لعملية زرع قلب يتأثر بعوامل مختلفة بما في ذلك، من بين أمور أخرى، الاعتقاد بأن العلاج غير فعال أو غير ضروري. على نفس المنوال، أظهرت الدراسة التي أجراها **Butler** وزملائه **(2004)** على متلقي زرع الكلى أن إدراك المرضى لفائدة علاجهم (في هذا السياق الحاجة إلى الأدوية المثبطة للمناعة) كان مرتبطاً بالالتزام بالعلاج. وأخيرًا، تشير نتائج الدراسة التي أجراها **Q'Carroll** وزملائه **(2006)** على متلقي زراعة الكبد أيضًا إلى أن المعتقدات حول صحتهم وعلاجهم بالإضافة إلى تصورهم لتجربة الزرع كانت من العوامل المهمة. الامتثال للأدوية. باختصار، إن إدراك المريض لمرضه يؤثر على سلوكياته الصحية وبالتالي على مستوى التزامه، سعت غالبية هذه الدراسات إلى تحديد العوامل المختلفة المسؤولة عن عدم الالتزام (مثل الجنس، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، وما إلى ذلك) بدلاً من تعميق فهم دور تمثيل المرض في عدم الالتزام. لدى متلقي زراعة القلب. يؤكد **ديو** وزملائه **(2006)** بحق على أهمية مراعاة معتقدات المرضى الذين خضعوا لعملية

زرع بهدف زيادة الامتثال وتعزيز تطوير الأدوات التي يمكن أن تساعد في تحقيق هذا الهدف. باختصار، على حد علمنا، حتى الآن، لا توجد دراسة في الأدبيات تسعى إلى تعميق تمثيل المرض (وتطوره بمرور الوقت) في متلقي زراعة القلب وعلاقته بالالتزام للعلاج.

وبشكل أكثر تحديداً في مجال زراعة الكلى، تم الإشارة إلى أن الزراعة لها تأثير كبير على حياة المريض (العواقب). لاحظ المرضى سيطرة عالية على عملية زراعة الكلية وتحكمًا أعلى في العلاج. كانت الشكاوى المبلغ عنها عن عملية الزرع منخفضة نسبيًا. بالمقارنة مع تصورات المرض ومعتقدات العلاج بين متلقي زراعة الرئة والقلب والكبد، أفاد مرضى زرع الكلى في المتوسط بالحاجة الملحوظة للدواء بشكل أكبر ومخاوف أقل بشأن تأثيرات الدواء، ولكن أيضًا عواقب أكبر للزراعة على حياة، مخاوف أكبر بشأن الزرع (Broadbent 2012)، في هذه الدراسة، لم نجد فروقًا بين المجموعات الملتزمة وغير الملتزمة حول تصورات المرض والمعتقدات حول الأدوية بينما فعل Kung وزملاؤه، من الممكن أن يكون الاختلاف بين النتائج مرتبطًا بالوقت منذ الزرع لأن الدراسات السابقة كانت مقطعية، وبالتالي شملت مرضى بأوقات متفاوتة (غالبًا سنوات) منذ الزرع. لا يزال مرضى ما بعد الزرع في وقت مبكر يتعافون من الجراحة وإعادة التأهيل ووضع إجراءات جديدة للإدارة الذاتية. لذلك، قد تكون بعض المعتقدات أكثر صلة بالالتزام مباشرة بعد الزرع بينما قد يصبح البعض الآخر وثيق الصلة في وقت لاحق بعد الزرع. على سبيل المثال، ارتبطت الزيادة في الجدول الزمني بزيادة عدم الالتزام الذاتي المبلغ عنها في فترة ما بعد الزرع المبكرة في دراستنا، بينما ارتبط انخفاض التحكم في العلاج وضيق الأعراض العالي بعدم الالتزام بين المرضى بعد سنوات من الزرع في الدراسة التي أجراها كونغ وزملاؤه. إن تصورات المرض ومعتقداته ديناميكية بطبيعتها: تتشكل التصورات من خلال التجارب وتقييم جهود التأقلم، وهذه التقييمات بدورها تؤثر على الإجراءات اللاحقة في عملية تكرارية مستمرة. لذلك من المهم التحقيق في كيفية تغير التصورات بمرور الوقت من أجل اكتساب رؤى حول هذه العمليات الديناميكية وكيف يمكن للتغييرات أن تؤثر على سلوك الالتزام. (Massey et al, 2013, p 233)

## 10- العلاقة بين إدراك المرض واستراتيجيات التعامل:

أقيمت العديد من الدراسات لتحقيق في الارتباط بين أبعاد نموذج التنظيم الذاتي والسلوكيات الصحية التي يتبناها الأفراد استجابة لمرضهم، والتي يطلق عليها "سلوكيات التعامل" أو "استراتيجيات التعامل".

يتضح من خلال نموذج **Leventhal et al. (1980)** الارتباط بين إدراك المرض واستراتيجيات التعامل، فهو يقترح أن تمثيل المرض يعمل كمرشح ومخطط تفسيري لمصادر المعلومات المتاحة حول المرض وكيف توجه هذه الإجراءات استجابة لتهديد المرض. بالإضافة إلى أنه يشير إلى وجود علاقة سببية، أي أن إدراك المرض سيحدد تأثيراً على استراتيجيات التعامل بما يتناسب مع الشدة المتصورة للمرض بناءً على التمثيل المشتق من المنبهات، من الناحية التجريبية تم دعم هذه الفرضية بكل من البيانات المقطعية والطولية. على سبيل المثال دراسة **Moss-Morris et al. (1996)** لدور إدراك المرض لدى المرضى الذين يعانون من متلازمة التعب المزمن (CFS)، أظهر البحث أن أبعاد الهوية والعلاج / التحكم كانت مرتبطة بشكل كبير بالتكيف النشط والسعي للحصول على الدعم الاجتماعي وفك الارتباط السلوكي. المرضى الذين أدركوا أن مرضهم له عواقب وخيمة ارتبطوا بدرجات إيجابية في الإنكار وفك الارتباط السلوكي. وفي نفس السياق أوضح **Kemp et al. (1999)** أن السيطرة المتصورة على المرض كانت مرتبطة بشكل كبير بالتعامل المركز على المشكلة لدى مرضى الصرع العصبي. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الدراسة أن العواقب الوخيمة وعدد كبير من الأعراض (هوية المرض القوية) ارتبطت باستراتيجيات التأقلم والتجنب والتمني. من المهم أن نلاحظ أن مثل هذه الارتباطات قد تكون زائفة أو مضخمة أو مرتبغة من طرف القياس، حيث أنه من المرجح أن تكون هوية المرض مؤشراً على تجربة الأعراض بدلاً من المعتقدات حول الأعراض المرتبطة بالمرض المعني لأن الهوية تُقاس عادةً باستخدام تقارير الأعراض. قد تعكس هذه الارتباطات بين هوية المرض ونتائج المرض فقط العلاقات ذات الصلة بتجارب الشخص الحالية مع المرض والتي يمكن أن تريكها حالة المرض. باختصار، كان عرض المرض على أنه يمكن السيطرة عليه مرتبطاً بمتغيرات التأقلم النشطة مثل التأقلم المركز على المشكلة، في المقابل كان إدراكه على أنه لا يمكن السيطرة عليه، ومزماً وشديداً أعراضاً مرتبطاً باستراتيجيات المواجهة والتجنب والإنكار.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد وتصنيف فئات استراتيجيات التعامل التي تم فحصها في أبحاث إدراك المرض حتى الآن، ثم تم تقديم مجموعة من الارتباطات المبلغ عنها لهذه السلوكيات مع إدراك مرض باستخدام تقنيات التحليل التجميعي. كان من المتوقع أن تكون سلوكيات التعامل مرتبطة بتمثيلات المرض.

(Hagger and Orbell, 2003, p 145)

من خلال الدراسات التي تناولت العلاقة بين ابعاد إدراك المرض واستراتيجيات التعامل فقد وجدت اغلب الدراسات الارتباطات التالية:

- بالنسبة لبعد التحكم / الشفاء نجد ارتباطات إيجابية مع التعامل النشط، طلب الدعم الاجتماعي، التخطيط وأحيانًا القبول، إعادة التقييم الإيجابي أما الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة والارتباطات السلبية نجد التعبير عن المشاعر، التجنب والإنكار، فك الارتباط السلوكي.
- ارتبطت العواقب التي يُنظر إليها على أنها خطيرة بما يلي: التعبير عن المشاعر، التأقلم السلبي، فك الارتباط العقلي والسلوكي، التجنب / الإنكار،
- ارتبطت الهوية بالتكيف السلبي، والتعبير العاطفي والتجنب / الإنكار.
- ارتبطت الأسباب بالعوامل الخارجية والأسباب التي يُنظر إليها على أنها نفسية حيث ترتبط العوامل الخارجية بإعادة التقييم الإيجابي، والتكيف السلبي، والبحث عن الدعم الاجتماعي، في حين ترتبط الأسباب النفسية ارتباطًا إيجابيًا بالتعبير عن المشاعر، والتجنب، وفك الارتباط السلوكي، واستهلاك الكحول، وسلبيًا مع استخدام الفكاهة.
- يتعلق البعد الزمني بالصفة المزمدة أو الحادة في هذه الدراسات: الأشخاص الذين يرون أن مرضهم مزمّن يظهرون قبولًا أكبر ويتبنون استراتيجيات تنظيم ذاتي أكثر تفصيلاً من أولئك الذين يرون أنه دوري. قد يشعر الأخير بضيق عاطفي أكثر بسبب تقلبات الأعراض، في حين أن أولئك الذين يتبنون وجهة نظر المرض على أنه مزمّن سيكون لديهم تكيف نفسي أكثر نجاحًا مع الضغوط المزمدة للمرض. ويرتبط هذا الإدراك أيضًا بإعادة التقييم المعرفي والتجنب / الإنكار (خاصة عندما يرتبط هذا التصور عن المزمدة بهوية قوية وعواقب وخيمة).
- أخيرًا، عندما يُنظر إلى المرض على أنه حاد وعرضي، نلاحظ ارتباطًا سلبيًا مع القبول، ولكن بشكل إيجابي مع البحث عن الدعم الآلي، فيما يتعلق على وجه الخصوص بمتلازمة التعب المزمّن، والتي قد تكون جزءًا من نفس مجموعة الأمراض مثل الألم العضلي الليفي، يلاحظ موس موريس (2005) وجود صلة قوية بين تصور الأعراض على أنها جسدية، والخوف من النشاط المرتبط بالتداعيات وأنماط سلوك كل شيء أو لا شيء. (Pupat.2007p 40)
- أما فيما يخص العلاقة بين إدراك المرض واستراتيجيات التعامل في مجال الزرع الكلوي فنلاحظ أن هناك بحث محدود يستكشف تأثير عملية الزرع الكلوي على استراتيجيات التعامل، تشير الدلائل إلى أن مرضى الزرع الكلوي أكثر عرضة للإبلاغ عن ضعف جودة الحياة وزيادة الضغط النفسي. تم تناول هذه الدراسة التجريبية في إطار نظري وتحديداً وفق نموذج التنظيم الذاتي، تؤكد نتائج هذه الدراسة الحالية على أهمية

استكشاف وفهم تأثير حالة المرض وتصورات المرض لدى مرضى الزرع الكلوي ، تؤكد النتائج التي توصلنا إليها أيضًا على أهمية مراعاة استراتيجيات التعامل غير التكيفية ، خاصةً فيما يتعلق بالضغط النفسي، وبالتالي فإن أي تدخل يهدف إلى إشراك جودة الحياة وتخفيف الضغوط النفسية يجب أن يهدف إلى تحديد وتقليل استراتيجيات التعامل غير القادرة على التكيف وكذلك استكشاف التأثير المحتمل للتصورات السلبية المتعلقة بالأعراض وتصورات المرض. (Knowles et al,2016,p 237)

## الفصل الثالث: الالتزام بالعلاج

- 1- تعريف الالتزام بالعلاج.
- 2- ابعاد الالتزام بالعلاج.
- 3- النماذج النظرية المفسرة للالتزام بالعلاج.
- 4- قياس الالتزام بالعلاج.
- 5- أهمية الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي وطرق تحسينه.

يعتبر الالتزام بالعلاج من المواضيع المهمة التي نالت اهتمام الباحثين في المجال الطبي والنفسي وفي المجال الصحي بصفة عامة، خاصة في الآونة الأخيرة مع الانتشار الواسع للأمراض المزمنة ومن بينها امراض الكلى خاصة في مجال الزرع الكلوي التي تتطلب نظام علاجي خاص ومستمر.

يشير الالتزام بالعلاج الى مدى التزام المريض بالعلاج ، التعليمات والتوصيات الطبية وتطبيقها على نحو فعال من قبل المريض، وبما ان مشكلة عدم الالتزام بالعلاج تشكل معضلة لدى المختصين في مجال الصحة وخاصة مع مرضى الزرع الكلوي ، حيث نجد بعض المرضى يلتزمون القواعد الأساسية التي يقدمها لهم الأطباء ويحترمون مواعيد إجراء الفحص وتناول الأدوية واحترام الحمية...الخ، في حين هناك البعض الآخر من لا يحترمون التوصيات الطبية بشكل كامل، أو لا يتبعون النظام الدوائي المطلوب لمرضهم بشكل عام مما يؤدي بالمرضى إلى تدهور حالتهم الصحية أو انتكاس المرض لديهم.

### 1-تعريف الالتزام بالعلاج:

يعد الالتزام بالعلاج جزءًا مهمًا من الرعاية الصحية، خاصة لدى المرضى المزمنين بما في ذلك مرضى الزرع الكلوي، وقبل التطرق لتعريف الالتزام لا بد أولاً الإشارة الى الفرق بينه وبين مصطلح الامتثال الذي يشيع استخدامه كثيراً من قبل المتخصصين في الرعاية الصحية الى جانب مصطلح الالتزام، حيث تم تعريف الامتثال على أنه "مدى تطابق سلوك المريض مع توصيات المعالج".

(Horne et al, 2005, p12)

لقد تم استعمال هذا المصطلح في الممارسة السريرية بشكل كبير منذ السبعينيات ( Lebane & McCarthy 2009)، ومع ذلك فإن استخدامه بدأ يتناقص ببطء لأنه يشير إلى عدم مشاركة المريض في عمليات صنع القرار. وقد تم استبدال الامتثال بالالتزام نتيجة لثلاثة اعتبارات رئيسية تزامنت مع تحول في العلاقة بين مقدم الرعاية الصحية والمريض.

✓ أولاً: كانت هناك حاجة إلى مصطلح أكثر موضوعية من الامتثال. (Fraser 2010)

✓ ثانيًا: تم اقتراح مقارنة أخرى تركز على المريض، بدلاً من العلاقة الأبوية بين المريض والمعالج.

(Vermeire et al. 2001)

✓ أخيراً سيؤكد مصطلح جديد على مسؤولية المريض في عملية تناول الدواء. (Tilson 2004)

(REBAFKA. 2016, p 37)

يعرف الالتزام بالعلاج على أنه "مدى تطابق سلوك المريض مع التوصيات المتفق عليها من الفريق المعالج"، فقد تم تبني مصطلح الالتزام للتأكيد على أن للمرضى الحرية في اختيار ما إذا كانوا سيسرون من خلال التوصيات أم لا. بالإضافة إلى ذلك، فإن الفشل في اتباع نظام العلاج الموصوف يجب ألا يوفر سبباً لإلقاء اللوم على المريض (Barber, 2005, p12).

والملاحظ ان مصطلح الالتزام بالعلاج الآن أصبح يستخدم بانتظام كبديل للامتثال لأنه يهدف إلى التأكيد على مشاركة المريض والحاجة إلى اتفاق بين المريض والطبيب في توصيات العلاج. (منظمة الصحة العالمية، 2003).

يرى **portick** ان الالتزام بالعلاج هو ذلك السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله لدوائه بدقة، فالالتزام الأمثل يحدد حسب الشروط المضبوطة والمفسرة من قبل الطبيب، أي الالتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء من حيث الجرعات، طرق الاستخدام، كمية الدواء، احترام المدى بين الجرعات، شروط التغذية والشرب. (رزقي، 2011، ص 49)

ويشير **Le gal et al (2003)** الى ان الالتزام بالعلاج يرتبط كذلك بالعلاج، التوصيات (نشاط بدني، حماية....) واحترام مواعيد المعاينة، كما ان سوء الالتزام لا يرتبط بعدم تناول الدواء فقط، اذ يمكن ان يتخذ شكل تناول غير مبرر، او خطأ في الجرعة والمقادير، عدم احترام تناول الدوائي الموصوف من قبل المعالج. (موفق، 2014، ص 42)

بالمقابل يعد عدم الالتزام أمرًا معقدًا ويمكن أن يظهر بسبب العديد من الأسباب. تنقسم أسباب عدم الالتزام إلى فئتين متداخلتين: مقصود وغير مقصود (NICE, 2009).

ان عدم الالتزام بالعلاج غير المقصود أكثر شيوعًا من عدم الالتزام المقصود بين مرضى زراعة الكلى (Griva , Davenport, Harrison & Newman, 2012). فقد بينت احدى الدراسات انه من بين 218 مريضًا زرع كلى أبلغ 62.4% من المرضى بأنفسهم عن عدم التزام غير مقصود، مقارنة بـ 13.8% أبلغوا عن عدم التزام مقصود. يحدث عدم الالتزام غير المقصود في الغالب عندما وجد المرضى أنفسهم خارج الروتين اليومي المعتاد، وكانوا في الغالب يتناولون الأدوية في الوقت غير الصحيح، تم تأكيد هذه النتيجة في دراسات أخرى، حيث تم تحديد النسيان باعتباره السبب الأكثر شيوعًا لعدم الالتزام (Lalic et al, 2014؛ Loghman-Adham, 2003)، ويحدث عدم الالتزام بالعلاج المقصود عندما يكون لدى المرضى مخاوف بشأن نظام أدويتهم (Griva et al, 2012). بالإضافة إلى ذلك، أبلغ المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بالاكنتاب عن ارتفاع عدم الالتزام المقصود. كانت المعتقدات المنخفضة بضرورة



الأدوية تنبأً بعدم الالتزام المقصود، وكانت معتقدات الضرورة أكثر أهمية من المخاوف بشأن الأدوية في تحديد سلوك الالتزام. (HUCKER,2020, p39)

قدم مجموعة من الباحثين في زراعة الكلى (KDIGO) بتحسين تعريف الالتزام بالعلاج مشيرين إلى أن عدم الالتزام بالأدوية يعني "الانحراف عن نظام الدواء الموصوف بما يكفي للتأثير سلباً على التأثير المقصود للنظام". (Kluwer,2020,p39)

على الرغم من التعريفات المختلفة للالتزام بالعلاج إلا أن أكثرها شيوعاً وشهرة هو التعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية والذي يشير إلى أنه: "درجة التوافق بين سلوك الفرد في (أخذ الدواء، إتباع الحماية الغذائية، تبني نمط الحياة الملائم أو القيام بالتعديلات السلوكية وإتباع التعليمات والإرشادات الطبية)" ( oms,2003,p 03 ) ، وأيضاً تعريف هاينز وآخرون (Haynes et al 2008) الذين استخدموا التعريف التالي: "يمكن تعريف الالتزام على أنه مدى إتباع المرضى للتعليمات المعطاة لهم للعلاجات الموصوفة" (Haynes et al, 2008, p02).

حيث يهدف كلا التعريفين إلى تفعيل دور المريض في عمليات أخذ الأدوية واتخاذ القرار، وبالمقابل، يضيف تعريف منظمة الصحة العالمية (2003) المصطلح "متفق عليه"، مؤكداً على الدور النشط للمريض وبالتالي تغيير المفهوم الأساسي، كما تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن المرضى يجب أن يكونوا "شركاء فاعلين" مع أخصائيي الرعاية الصحية في تحديد رعايتهم الخاصة وأن التواصل الجيد بين هذين الطرفين ضروري لممارسة سريرية ناجحة.

تأسيساً على التعاريف السابق ذكرها يمكن استخلاص تعريف يتوافق مع الدراسة الحالية والذي يشير إلى أن الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي هو مدى التزام المريض بالعلاج بالمشروبات المناعية وإتباعه للتعليمات والتوصيات الطبية وتطبيقها على نحو فعال من أجل المحافظة على كليته المزروعة وتجنب الرفض.

## 2- الأبعاد المحددة للالتزام بالعلاج:

هناك العديد من الأبعاد المحددة للالتزام بالعلاج، وغالباً ما تتحدد في:

2-1- المتعلقة بالمرض:

يؤثر إدراك المرض على الالتزام بالعلاج لدى المرضى تأثيرات مختلفة، فيمكن للمرض ان يزيد من الالتزام بالعلاج، وقد يحدث العكس حسب طبيعة المرض ودرجة خطورته التي يدركها المريض، وكيف يعيشها، ومن بين أ العوامل المرتبطة بالمرض التي يمكن ان تؤثر على الالتزام بالعلاج نجد:

✓ إزمانيه المرض.

✓ عدم وجود أعراض واضحة.

✓ أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها، كما يدركها المريض بشكل ذاتي.

✓ عدم وجود خطورة للمرض.

ان غياب الاعراض يشكل نقطة مهمة، فالمرضى لا يشعرون بحدوث المرض حتى يدركون ان لديهم مشكلة صحية، وعدم وجود الاعراض للمرضى لا يسمح لهم بتقييم مدى فعالية العلاج. (لكحل، 2011، ص 53) وفي نفس السياق تشير الباحثة (schneider) الى ان اسباب عدم الالتزام بالعلاج بسبب المرض يكون نتيجة:

✓ عدم ظهور الأعراض أو استمرارها.

✓ تحسن الحالة الصحية للمريض (دون شفائه التام).

كما يتأثر الالتزام بالعلاج بمعاونة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة، فتصبح مسألة الالتزام بالعلاج تحدياً صعباً للمريض، يعيق شفاؤه ويحول دون تحسن حالته الصحية. (رزقي، 2012، ص 63)

وهنا يطرح في هذا الشأن مسألة الخضوع المطول للعلاج، أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب بل تتعدها إلى تغييرات كثيرة في أسلوب حياة المريض والتي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات لمرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج وأثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكاً متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه. (تايلور، 2008، ص 558)

2-2- المتعلقة بالمريض:

تمت دراسة العوامل المتعلقة بالمريض كدوافع أو عوائق أمام الالتزام بالعلاج على نطاق واسع، تبين المراجعة النظرية للتراث الادبي أن هناك مجموعة من العوامل المرتبطة بالمريض نذكر منها:

2-2-1- المعرفة والمعتقدات:

تتحدد معارف المريض عن طريق قدرته على الفهم والتواصل المعلوماتي الذي يخص العلاج والمتابعة الطبية الجيدة، حيث يبين التراث الادبي ان المرضى الذين لديهم أكثر معرفة هم أكثر قدرة على ادارة علاجهم اليومي، وايضا يكونون أكثر التزاما علاجيا ولديهم القدرة على اتخاذ جزء من القرارات الطبية وبالتالي هؤلاء المرضى سوف يظهر لديهم الالتزام بصورة أفضل.

وحسب **Miller en 2016** ان المرضى الذين يعانون من انخفاض المعرفة سيكون منهم حوالي 30 بالمائة عرضة لعدم الالتزام، وأحيانا يمكن للمعرفة ان تعزز الخوف او حتى رفض العلاج أي بمعنى تأثيرها يكون سلبي على الالتزام بالعلاج، (**Belaiche, 2017, p24**)، وقد افاد **Massey et al (2013)** أن المرضى الذين اعتقدوا أن الزرع الكلوي سيستمر لفترة أطول أفادوا بارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج (**Massey et al, 2013, 01**)، في حين وجد **Griva et al** سنة (2012) أيضاً أن المعتقدات الضعيفة لضرورة تناول الدواء، وانخفاض القلق بشأن اهمية الزرع الكلوي والمخاوف المتعلقة بالأدوية يمكن أن تؤدي إلى عدم الالتزام بالعلاج. (**REBAFKA, 2016, p54**)

2-2-2- النسيان:

تم فحص عامل النسيان نوعياً وتم إثباته كسبب رئيسي لعدم الالتزام المنقطع من طرف مجموعة من الباحثين مثل (**Gordon et al, 2007**)، (**Gordon et al, 2009**)، (**Orr et al, 2007**)؛ **Tong et al, 2011**)، ووفقاً لـ (**Weng et al (2013)**) فان النسيان يكون على الأرجح عندما يحدث خلل على مستوى الروتين اليومي . (**REBAFKA, 2016, p55**)

2-2-3- النية او القصد:

حيث اشارت دراسة (**Scholz et al (2012)**) الى أن النوايا مرتبطة بشكل إيجابي بالالتزام بالعلاج، وأيضاً (**Da Silveira Maissiat et al. (2013)**) وجد أن عدم الالتزام يمكن إرجاعه إلى السلوك غير المتعمد.

2-2-4- الشعور بالاستقلالية:

حيث كان الشعور بالاستقلالية فيما يتعلق بتناول الدواء خاضعاً للدراسة، حيث وجدت معظم الأبحاث ارتباطاً إيجابياً بين الشعور بالاستقلالية والالتزام (**Rudman et al. 1999**) ؛ **Gremigni et al. (2007** ؛ **Massey et al. 2013**).

2-2-5- الكفاءة الذاتية:

وهو مفهوم يتعلق بمركز الضبط، يُستمد من النظرية المعرفية الاجتماعية ويشير إلى القدرة المتصورة على النجاح في مواقف محددة (Bandura 1993). أشارت بعض الأبحاث الى وجود ارتباطاً إيجابياً بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالعلاج، في حين وجد (Massey et al (2013 أن الكفاءة الذاتية تتناقص بمرور الوقت بعد الزرع. (Massey et al, 2013, p01)

2-2-6- الضغط (DISTRESS)

في حين لم يتم دراسة الضغط ما بعد الزرع على نطاق واسع، فإن معظم المصادر المدرجة في هذه المراجعة تتفق على أن الإجهاد، الناجم على سبيل المثال عن نمط الحياة المزدهم، قد يؤدي إلى الالتزام الضعيف (Gordon et al , 2009؛Denhaerynck et al,2007؛Achille et al,2006)، في حين Russell et al (2006) لم يجد أي علاقة ذات دلالة إحصائية بين العبء العاطفي والالتزام. (REBAFKA,2016,p54).

2-2-7- الرعاية الذاتية:

خلص من Geest et al (1995) من خلال دراسته إلى أن مريض الزرع الكلوي الملتزم يظهر رعاية ذاتية أفضل من غير الملتزمين، ومن خلال ابحاث (Gelb et al(2010) من خلال تقييم حل المشكلات اليومية المتعلقة بالالتزام بالأدوية بعد زراعة الكلى، تم العثور على ان قدرة الأفراد على حل مواقف إشكالية محددة والتي تمثل ما قد يواجهه الأفراد في حياتهم اليومية لتكون مؤشراً على الالتزام. (Gelb et al, 2010,p515)

2-2-8- رضا المريض:

بالإضافة إلى معتقدات وسلوكيات المرضى، يمكن أن يكون الالتزام العلاجي أكثر تأثراً برضا المريض، حسب Shikiar وآخرون فيعرف الرضا بأنه "تقييم عملية تناول الدواء والنتائج المرتبطة به" وأنه عملية يمكن أن تتسلسل بطريقة هرمية:

✓ القاعدة تمثل الرضا فيما يتعلق بكل الرعاية المتعلقة بالمريض الرضا عن الاستراتيجية العلاجية، ونوعية الرعاية والاستجابة وتوفر موظفي الرعاية.

✓ الجزء المركزي من الهرم يمثل الرضا عن العلاجات: الرضا عن التفاعل مع الطبيب والتوصيات فيما يتعلق الاستراتيجية العلاجية وما يصاحبها من العلاج (علم التغذية، النشاط البدني، بروتوكولات الرعاية).

✓ الجزء العلوي من الهرم يمثل الرضا عن الدواء (الاستفادة من المرض، والآثار الجانبية).

وفي استعراضهم للأدب، **Cobden et al**، لاحظوا في الأمراض المزمنة، وجود علاقة قوية بين النتائج السريرية للمرضى ورضاهم عن العلاجات، زيادة الرضا سيزيد من الثبات وبالتالي الالتزام العلاجي.

(DELESTRAS,2012,p17)

2-3-العوامل السوسيوديموغرافية:

2-3-1-نوع الجنس:

فيما يتعلق بنوع الجنس لدى مرضى الزرع الكلوي تشير بعض الدراسات الى انه من المرجح ان يكون الذكور اقل التزام من الاناث (Kiley et al. 1993; Chisholm et al. 2005, 2007; Rosenberger et al. 2005; Denhaerynck et al. 2007; Griva et al. 2012)، في حين أن البعض الآخر يضعون خطر أكبر من عدم الالتزام لدى الإناث (Hilbrands et al. 1995; Gheith et al. 2008 ، لكن، معظم الدراسات لم تجد اقتران بين الجنس ومستوى الالتزام الدوائي على المستوى العالمي ( Vasquez et al. 2003; Butler et al. 2004b; Chisholm et al. 2010; Russell et al. 2005). (REBAFKA,2016,p46)

2-3-2-العمر:

أجريت الكثير من الأبحاث على الارتباط بين العمر والالتزام بالدواء، وقد أظهرت العديد من الدراسات مثل ( Raiz et al. 1999; Rudman et al. 1999; Bunzel & Laederach-Hofmann ) 2000; Butler et al. 2004b; Denhaerynck et al. 2007; Gremigni et al. 2007; Takemoto et al. 2007; Gelb et al. 2010; Griva et al. 2012) أن العمر الأصغر سنا يرتبط في كثير من الأحيان مع عدم الالتزام وهذا الالتزام يزيد مع تقدم العمر، وتم تأكيد هذه النتائج أيضًا من خلال المراجعة المنهجية (Denhaerynck et al.2005). على الرغم من أن هذه النتيجة تنطبق على الأطفال وخاصة المراهقين، وهي فئة عمرية تم استبعادها من المراجعة الحالية، إلا أنها تنطبق أيضًا على الشباب، مع وجود أدلة تشير إلى أن متلقي زراعة الكلى في العشرينات من العمر قد يكونون أكثر عرضة لخطر عدم الالتزام.

وجدت الدراسات اراء متضاربة حيث أن متلقي زراعة الكلى الأكبر سنًا قد يظهرون قدرًا أكبر من عدم الالتزام بالأدوية مقارنة بأقرانهم الأصغر سنًا، يمكن أن تُعزى هذه الظاهرة إلى التدهور المعرفي والجسدي العام فوق سن 60 عامًا. (Chisholm–Burns et al. 2008)

ومع ذلك، فإن القضية غير حاسمة، حيث لم يجد العديد من الدراسات أي اقتران بين الالتزام والعمر في لدى مرضى الزرع الكلوي ( Vasquez et al. 2003 ; Vlaminck et al. 2004 ; Russell et al. 2010 ; Germani et al. 2011 ; Lennerling & Forsberg 2012 ; Tielen et al. 2014 ). (REBAFKA,2016,p46)

### 2-3-3-العرق:

تم إجراء بعض الأبحاث على العلاقة بين العرق والالتزام الدواء. بينما لم تجد معظم الدراسات امثال ( Vasquez et al, 2003; Vlaminck et al, 2004; Chisholm et al, 2005; Russell et al, 2010; Massey et al, 2013; Tielen et al, 2014 ) أي علاقة بين العرق والالتزام الدوائي، وجد البعض أن الأميركيين الأفارقة قد يكونون أقل التزاما من الأميركيين البيض ومع ذلك، قد تعزى هذه النتائج إلى الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأميركيين الأفارقة مقارنة بالأميركيين البيض. (Schweizer et al. 1990; Kiley et al. 1993; Chisholm et al. 2007)

### 2-3-4-المستوى التعليمي:

لا يمكن الإقرار بصورة حاسمة حول وجود علاقة بين مستوى التعليم وعدم الالتزام بعد عملية زراعة الكلية ولكن هناك دراسات تشير الى ان مستويات التعليم العالية ترتبط مع ارتفاع مستوى الالتزام والعكس صحيح (Rudman et al, 1999; Chisholm et al, 2007; Griva et al, 2012)

### 2-3-5-حالة التوظيف والدخل الأسري:

تم دراسة حالة التوظيف ودخل الأسرة، حيث تم دراسة اثنين من العوامل الرئيسية الثلاثة التي تساهم في الوضع الاجتماعي والاقتصادي، على نطاق واسع، ولكن لا يمكن استخلاص استنتاجات. وجدت بعض الأبحاث الوضع اجتماعي اقتصادي الأفضل مرتبط بارتفاع مستوى الالتزام، ( Schweizer et al. 2011; Lin et al. 1990 )، والبطالة لتكون أكثر شيوعا لدى الأشخاص غير الملزمين. ( Kiley et al. 1993, p 51 ).

## 2-3-6- الدعم الاجتماعي:

تم إجراء الكثير من الأبحاث على الدعم الاجتماعي والالتزام بالدواء، وغالبا ما يصور الدعم الاجتماعي على أنه ما يوفره الزوج أو الشريك، ولكن يأتي أيضا من أفراد الأسرة الآخرين أو الأصدقاء أو معارفهم أو الزملاء أو الجيران (تايلور، 2011). استخدم الدعم الاجتماعي المنخفض كمؤشر لعدم الالتزام بالعلاج، كما تشير بعض الدراسات مثل (De Geest et al, 1995؛ Bunzel & Laederach- 2000؛ Hofmann 2000؛ Butler et al, 2004b؛ Lin et al, 2011؛ Lennerling & Forsberg 2012) إلى أن الزواج هو عامل حماية من عدم الالتزام بالعلاج. هذا الاستنتاج مدعوم بمجموعة من الدراسات بما في ذلك المراجعة المنهجية، التي تؤكد على أهمية المشاعر الذاتية للدعم الاجتماعي كعامل حاسم للسلوك الملتزم (Denhaerynck et al, 2005 ; Scholz et al, 2012)، ودراسات نوعية أخرى مثل (Gordon et al, 2009; Tong et al, 2011)

وفي نفس السياق نجد (Rosenberger et al 2005) الذي أكد أيضًا على أن عددًا كبيرًا من المرضى غير الملتزمين يشكون من نقص الدعم الاجتماعي أكثر من الذين لديهم اجتماعي، و (Vlaminick et al 2004) استخدام الدعم الاجتماعي المنخفض كمؤشر لعدم الالتزام. يبدو أن الدعم الأسري والعاطفي يلعب دورًا كبيرًا بشكل خاص (Chisholm-Burns et al. 2010). قد يكون هذا هو السبب في أن إحدى الدراسات تشير إلى أن الزوجات يقدمن دعمًا اجتماعيًا أفضل من الزوج (Scholz et al. 2012)، على عكس هذه النتائج لم تجد أبحاث أخرى مثل ابحاث (Russell et al, 2010؛ Germani et al, 2011؛ Massey et al, 2013) انه لا يوجد اي ارتباط بين الدعم الاجتماعي والالتزام بالأدوية. (Rebafka, 2016, p10)

## 2-3-7- المستوى الاقتصادي:

كما أن المستوى الاقتصادي المتدني يعتبر كعامل منبئ لسوء الالتزام بالعلاج، والذي يتجلى أساسا في:

- الموارد المالية: مستوى الدخل، العمل، الفقر.
- الهشاشة الاجتماعية: عدم توفر السكن، الهجرة.
- التكاليف المرتبطة بالتكفل وإمكانية الوصول إلى العلاج.
- وجود أو انعدام التغطية الاجتماعية: الاستفادة من التأمينات.
- الانتماء العرقي والثقافة الأصلية. (عدودة، 2015، ص98)

2-4-4- المتعلقة بالعلاج:

لا يمكن اعتبار الخضوع للعلاج أمراً سهلاً بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييراً ذاتياً وهذا من خلال تكيف المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة، لذلك تختلف استجابة المريض تبعاً لمدة العلاج، تعقيده، فعاليته والأعراض الجانبية الناتجة عنه، وتتحكم مجموعة من العوامل في سير العملية العلاجية ومدى تقبل المريض لها ومدى التزامه بها ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي:

2-4-4-1- تعقد النظام العلاجي:

تؤكد معظم الدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلباً على الالتزام بالعلاج، سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت دراسات أن عدم الالتزام يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد و 25% عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية، و 35% عندما يفوق 05 أدوية.

ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية وكثرة مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الالتزام الصحي لدى المرضى، وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الالتزام والامتثال للعلاج صعباً، لكون مدة العلاج طويلة جداً قد تدوم مدى الحياة بالنسبة للبعض. (رزقي، 2012، ص64)

بالنسبة للالتزام لمرضى الزرع الكلوي فقد تم العثور على دراستين متناقضتين فقط تتناول هذه المسألة. بينما (Chisholm et al (2005) وجد تقييداً أفضل بين المرضى الذين عولجوا بالسيكلوسبورين cyclosporine أكثر من أولئك الذين يتناولون عقار تاكروليموس tacrolimus، في المقابل يبدو أن تكرار تناول الأدوية يلعب دوراً في الالتزام. أظهرت الأبحاث أن تركيبات الأدوية التي يتم تناولها مرة واحدة يومياً تعزز الالتزام بالنسبة لتناول الدواء مرتين يومياً.

على الرغم من أنه بالنسبة للأنظمة التي تشمل على أدوية متعددة، فإن (Russell et al (2007) وجد أنه في الوقت الذي يتم فيه تناول دواء واحد، عادة ما يتم تناول أدوية أخرى في وقت واحد. يبدو أن عدم الالتزام يرتبط أكثر بالتغيرات في العلاج. (Rebafka, 2016, p52)

2-4-4-2- الاستشفاء:

عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى قلقين حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات، ويكون لديهم خلط وقلق حول ما يمكن أن يحدث لهم لدى إدخالهم إلى المستشفى، و عندما يخضع المريض



لفحوصات تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر المريض بأنه محجوز في غرفته وعليه التكيف مع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب، وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لا سيما القلق ولكآبة كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق والكوابيس وانعدام التركيز بصفة عامة، ولكن رغم هذا نجد أن المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض التزامهم الصحي ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية والحمية الغذائية. (تايلور، 2008، ص 511)

اذ يؤكد **Heedelberg et coll** أن 39% فقط من مرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء، ويضيف **Kruse et coll** في دراسة اعتمدت على التعداد الإلكتروني للأدوية على 300 مريض ماكت بالمستشفى أن 51% منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و 48% التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من انتهاء الاستشفاء، في حين قدرت نسبة المتغيرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم تقدر ب 30% بعد انتهاء نفس الفترة وترتفع نسبة الانضباط خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية المستمرة. (رزقي، 2012، ص 64)

#### 2-4-3- تحسين الأعراض:

يؤثر النظام العلاجي على الالتزام بالعلاج أو تحقق الأثر العلاجي وفي هذا الصدد يرى **Bayada et Coll** ان عدم تحسن الاعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه، وفي هذا الشأن يؤكد **Colis et al .2008** في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي، يخضعن للعلاج الهرموني، ان تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسين الاعراض بالرغم من تلقي العلاج، عوامل تؤدي الى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج، وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب وهذا ما نلاحظه في الامراض الحادة فبمجرد زوال الاعراض يتوقف المريض على العلاج. (**Bauer & Ttessier, 2011, p. 17**)

#### 2-4-4- الآثار الجانبية للعلاج:

كثيرا ما تكون الآثار الجانبية للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبله، وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة، اما بالنسبة لمرضى الزرع الكلوي فقد وجدت بعض الدراسات النوعية أن العديد من مرضى الزرع الكلوي يعانون من آثار جانبية مزعجة، فمثلا السمنة كاهم عرض

جانبي للمثبطات المناعية لدى مرضى زراعة الكلية فقد اكدت دراسة كل من **Potluri, and Hou** سنة 2010 حول السمنة لدى متلقي و زراعة الكلى والتي تشير نتائجها الى ان زيادة الوزن بعد الزرع أمر شائع نسبياً ، وعلى الرغم من صعوبة تحقيق فقدان الوزن المستمر من خلال التدخل التحفظي ، فإن الوقاية من زيادة الوزن تعد هدفاً أكثر جدوى يجب معالجته بشكل روتيني. على الرغم من أن السمنة هي حالة سريرية معقدة ومتعددة العوامل في كثير من الأحيان وتتضمن عوامل غير قابلة للتعديل. ( **Potluri & Hou, 2010, p. 143** )، بالإضافة إلى ذلك دراسة **Orr et al** سنة (2007) الذي وجد أن المشاركين في دراسته تعرضوا لآثار جانبية لكنهم رأوا أن هذه الآثار الجانبية أقل إرهاقاً من غسيل الكلى. ( **Rebafka, 2016, p12** )

#### 2-4-5- جودة الحياة:

على الرغم من أن منظمة الصحة العالمية لم تصنف على وجه التحديد جودة الحياة كعامل مرتبط بالعلاج، وخاصة جودة الحياة المرتبطة بالصحة، فإن التأثير الوظيفي للحالة الطبية و / أو العلاج على المريض" الا انها اعتبرت نتيجة مباشرة متعلقة بالالتزام بالعلاج [الجمعية الدولية الخاصة بدراسة جودة الحياة 2014] ، وبالتالي فجودة الحياة تعتبر عامل مرتبط بالعلاج وقد وجدت دراسة **Rosenberger et al. (2005)** أن مرضى الزرع الكلوي غير الملتزمين لديهم جودة حياة ضعيفة من المرضى الملتزمين، ويظل هذا اتجاه غير واضح: بمعنى هل يؤدي عدم الالتزام إلى ضعف جودة الحياة أو ان ضعف جودة الحياة هي التي تؤدي الى ضعف الالتزام؟ الكثير من الأدلة تدعم الاتجاه الأول، في حين أن الاتجاه الثاني تدعمه النتائج التي يقودها ضعف جودة الحياة يؤدي الى سوء الالتزام (**Hilbrands et al. 1995**)، وأن التأثير الأكبر للأدوية على الحياة اليومية يؤدي إلى ضعف الالتزام. (**Gremigni et al. 2007**)

#### 2-4-6- خصائص المتبرعين:

درس العديد من الدراسات الارتباط بين خصائص المانحين، لا سيما نوع التبرع (المتبرع الحي أو المتوفى) والالتزام بالعلاج، فقد وجدت بعض الدراسات على غرار (**Chisholm et al, 2005 ; Griva et al, 2012 ; Massey et al, 2013 ; Tielen et al, 2014**) انه لا يوجد أي فرق بين تلقي زراعة الكلى من المتبرع الحي والمتوفى، في حين (**Orr et al. 2007**) وجدت أن مشاعر الامتتان اتجاه المتبرعين كان دافعا للالتزام لدى مرضى الزرع الكلوي، بغض النظر عما إذا كان التبرع من حي أو متبرع متوفى. تم تأكيد ذلك من قبل **Achille et al (2006)**، من وجد أن الشعور بالامتتان تجاه المتبرع أدى إلى تحسن الالتزام.

2-4-7- مدة العلاج والوقت منذ عملية الزرع:

أكدت منظمة الصحة العالمية ان مدة العلاج كعامل مرتبط بالعلاج قد يؤثر على الالتزام لمرضى الزرع الكلوي، عادة ما تؤخذ هذه الفترة بعد عملية الزرع المسبق في الاعتبار، فمن خلال دراسة (De Geest et al. 2014) على مجموعة من المرضى بسويسرا، تبين أن الالتزام انخفض من مرحلة ما قبل الزرع إلى ستة أشهر بعد عملية زرع، ثم زاد حتى نهاية فترة الدراسة لمدة ثلاث سنوات بعد عملية زرع، ففي هذه الدراسة كان الالتزام بعد عملية الزرع يعتبر منبئاً للالتزام بعد عملية الزرع. وفي دراسة أخرى حول تأثير مدة الزرع على الالتزام بالعلاج ذكرت (Ruppar & Russell 2009) أن المرضى يعتادون على تناول الدواء ولكن مع مرور الوقت وفي نهاية المطاف لم يعد يعتبرون ذلك مشكلة. (Rebafka, 2016, p52)

2-5- المتعلقة بنظام الرعاية الصحية :

ان فريق الرعاية الصحية والعوامل المتعلقة بالنظام من بين العوامل المرتبطة بالالتزام بالعلاج في المرض المزمن، حيث يعتبر تنظيم عملية الرعاية الصحية وظروف الممارسة الطبية من العوامل المحفزة على الالتزام بالعلاج، سواء على مستوى المستشفيات العمومية ام العيادات الخاصة، ولهذا ينبغي توفير الظروف الملائمة لتحقيق رعاية أفضل من بينها:

-توفر الطبيب المعالج والوقت الكافي لتقديم الشرح والتفسير اللازم للمريض. (غالبا ما يكون وقت الاستشارة قصير)

- تنظيم المواعيد الطبية والسهر على الالتزام بها.

- التناسق بين الرسائل الصحية فيما بين فريق الرعاية الصحية.

- تنظيم البرنامج الخاص بالطبيب المعالج واعلام المرضى بذلك لأنه في أحيان كثيرة لا يكون نفس الطبيب (تعدد الاطباء)

- اهتمام الفريق المعالج بالالتزام بالعلاج، اذ يمكن للفرد الاعتراف بسهولة لأهمية دور التصور الذي يشكله المريض عن كون المعالج شخص ودي ومقرب يقدره ويحترمه ويشاركه في اتخاذ القرارات، ان التوقعات التي لدى المرضى تدور في مجملها حول الاصغاء إليهم وتقديم الرعاية والاهتمام بهم، وتقديم التفسيرات ومحاولة تحفيزهم، ومحاولة بناء علاقة ثقة معهم. (لحل، 2011، ص56).

تؤكد بعض الدراسات خاصة من الولايات المتحدة الأمريكية أن عدم وجود تغطية مالية لأنظمة التأمين الصحي قد يكون تهديدا خطيرا لالتزام بالعلاج بعد عملية الزرع على غرار أبحاث ( Rudman et al, 1999; Chisholm et al, 2007; Ruppap & Russell 2009; Evans et al, 2010)، كما قد تعزز بعض القضايا الهيكلية مثل عدم الوصول إلى الصيدلية إلى عدم الالتزام حتى في البلدان الصناعية، كما قد تؤدي مشاكل نظام الرعاية الصحية بالمرضى عن التأخر في وقت تناول دواءهم عن موعده. (REBAFKA,2016,p11)

تُطرح مشكلة العلاقة بين متلقي زرع الكلى وفريق الرعاية الصحية الخاص بهم حيث وجد البحث النوعي الخاص (Orr et al (2007) وأيضاً المراجعة المنهجية الخاصة بـ (Tong et al (2009) أن الولاء لفريق الرعاية الصحية كان الدافع الرئيسي لالتزام بالعلاج لدى المرضى، في هذه الدراسات أبلغ المرضى المشاركون في الدراسة عن الإحراج عند نسيان الدواء، ومع ذلك فإن هذه المشاعر بالامتثال تجاه مقدمي الرعاية الصحية قد تؤدي إلى الالتزام بالعلاج. (Butler et al, 2004, p789)

يوضح تقييم للتراث الأدبي ان العديد من الأسباب المحتملة لعدم الالتزام بالعلاج بعد عملية زراعة الكلية على وجه التحديد حتى الآن، فقد ركز البحث في المقام الأول على العوامل المتعلقة بالمرضى، سواء من منظور اجتماعي اقتصادي أو غيره من المنظور المتعلق بالمرضى (Sabaté 2003 ; Fine et al, 2009 ; Aslani & Schneider, 2014)

ولا يزال العمل القائم على العوامل المتعلقة بنظام الرعاية الصحية قليلاً، حيث تشير المراجعة الأدبية إلى نقطة مهمة وهي أنه بعد زراعة الكلية تلعب العوامل غير القابلة للتعديل مثل (الجنس، العمر، العرق أو المستوى التعليمي) دوراً ثانوياً في حدوث عدم الالتزام، مقارنة بالعوامل التي يمكن تعديلها. وتشمل هذه الجوانب المتنوعة مثل الدعم الاجتماعي المتصور، وخبرات غسيل الكلى، وتجارب الآثار الجانبية، وخصائص نظام العلاج، والمعتقدات المتعلقة بالأدوية، والنسيان، والحالة العقلية. الصحة... .

(REBAFKA, 2016, p15)

ان تناول هذه العوامل التي تساهم في الالتزام بالعلاج بعد زراعة الكلى، توجب على الفرد أن يضع في اعتباره أن هذا العمل لا يعتبر مراجعة منهجية أو حتى تحليل تجميعي، بل هو بالأحرى مراجعة سردية لبعض الدراسات ذات الصلة، بالإضافة إلى إمكانية تقييم جميع الأوراق البحثية وتم تفسير نتائجها بشكل ذاتي، وبالتالي قد تكون هذه النتائج فيها نوعاً من التحيز (Wagner 2002) ، يجب أيضاً التأكيد على

أن الارتباط ذي الدلالة الإحصائية بين الالتزام والعوامل التي تم التطرق إليها لا يعني بالضرورة وجود سببية، كما ان الاحتمال الأكبر لعدم الالتزام لدى مجموعة من الافراد لا يعني أنه يمكن اعتبار المجموعة بأكملها غير ملتزمة. قد تؤدي هذه الاستنتاجات إلى وضع صورة نمطية عن المجموعة والإهمال اللاحق لها، وقد تفتت فرص مساعدة أعضاء المجموعات الأخرى الذين يعانون من مشاكل في الالتزام.

من خلال عرض العوامل المؤثرة على الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي نلاحظ سيطرت الطرق الكمية على دراسة الالتزام بالعلاج، ولكنها غير كافية للكشف عن معظم العوامل التي يمكن تعديلها، ولهذا من الأفضل محاولة الكشف عن معاني، تصورات وتفسيرات الظواهر باستخدام الأساليب النوعية، لان تطبيقها محدود مما يشير إلى أن المعرفة بالعمليات التي تقود إلى عدم الالتزام بالأدوية هو قليل.

### 3- النماذج النظرية المفسرة للالتزام بالعلاج:

بعد التطرق الى العوامل المؤثرة في حدوث عدم الالتزام، من المفيد البحث عن تصور سبب تكرار هذا السلوك، هناك عدد من الأطر النظرية في علم نفس الصحة التي تم استخدامها في الأدبيات السابقة لفهم وتوقع وشرح مفهوم الالتزام بالعلاج، والتي من الممكن أن تكون مفيدة في موضوع الزرع الكلوي. من النماذج الأكثر استخداما نجد نموذج المعتقدات الصحية، ونظرية السلوك المخطط , فاعلية الذات.

يقترح **Hughes & Morrison، Holmes (2014)** أن هناك فوائد لنتائج الأبحاث التي تقودها النظرية والتي يمكن أن تساعد في تطوير التدخلات لتحسين الالتزام. يمكن تحقيق ذلك من خلال توحيد النظريات الموجودة والنماذج السلوكية. في التحليل التجميعي لاستخدام النظرية في أبحاث التدخل في الالتزام بالأدوية، **وجد كون وآخرون (2016)** أن النماذج والنظريات الأكثر ارتباطاً بالالتزام بالأدوية كانت النظرية المعرفية الاجتماعية، ونموذج المعتقدات الصحية، ونموذج المعاملات، ونموذج التنظيم الذاتي. والمقابلات التحفيزية. ومع ذلك، تتم مراجعة لإثنين من الأطر النظرية الأكثر تطبيقاً على نطاق واسع في إعدادات الكلى لأنها قد تفيد بشكل مفيد في اتخاذ القرارات المتخذة في هذا البرنامج البحثي عند اختيار طرق لاستكشاف الالتزام بمزيد من التفاصيل.

### 3-1- نموذج المعتقدات الصحية (HBM) او الفعالة الصحية:

تم وضعه في الأصل من قبل **Rosenstock (1966)**، نشأ هذا النموذج من ملاحظة باحثي الصحة العامة للامبالاة المنتشرة من جانب الافراد لقبول تدابير الوقاية والفحص والكشف عن الأمراض مثل (السل وسرطان عنق الرحم وتسوس الأسنان والحمى الروماتيزمية وشلل الأطفال والأنفلونزا.....). ونظرًا

لأن جهود الوقاية المبكرة هذه كانت تقدم عادةً مجاناً أو بتكلفة منخفضة جداً، ومع ذلك ظل تجاهلها على نطاق واسع، فقد أصبح من الضروري فهم السلوك الوقائي. وكانت هناك حاجة إلى نظرية لشرح سلوك الأشخاص الذين لا يعانون حالياً من المرض وأولئك الذين يتجهون إلى تجنب المرض. احتاجت النظرية إلى عدم التغاضي عن العوائق المحتملة أمام الخدمات والاستمرار في النظر في سلوك الأشخاص الذين يتقاضون رسوماً قليلة أو لا شيء مقابل الخدمات.

يهدف النموذج للتنبؤ بالسلوكيات الصحية الوقائية والاستجابة السلوكية للعلاج في المرضى المصابين بأمراض حادة ومزمنة، تم تطويره بشكل أكبر بواسطة **Becker (1974)** وتم تطبيقه على سلوكيات صحية أخرى، مثل الالتزام بالأدوية / العلاج. يقترح HBM مجموعة من المعتقدات الأساسية تتنبأ بالسلوك. (HUCKER, 2020, p 48)

يشير نموذج المعتقدات الصحية إلى احتمال انخراط الفرد في سلوك صحي محدد يتحدد من خلال ادراكهم للتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن وتقييمهم للسلوك الموصى به، فالعناصر الأساسية للنموذج:

- **القابلية المدركة للإصابة Perceived Susceptibility**: بمعنى اعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال بانه قد يصاب بمرض معين او عجز ما .
- **الخطورة المدركة للمرض perceived serverity**: أي مدى المترتبات السيئة اذا ما اصابوا بالمرض او العجز.
- **الفوائد المدركة للفعل perceived Benefits**: وهي الفوائد المتوقعة التي ستتحقق إذا مارس الفرد السلوك الصح في هذا الموقف.
- **المعوقات او التكاليف المدركة للفعل perceived Barriers/Costs**: بمعنى ما الأشياء التي تحدث اثناء التوافق مع السلوك المحدد؟ أي اذا كان الفرد يسعى للتوافق او عدم التوافق مع سلوك ما، فما التكاليف المحتملة؟ ومثال ذلك استخدام الواقي الذكري (كسلوك محدد)، ما الفوائد المتوقعة من استخدام الواقي الذكري؟ (الحماية من عدوى الامراض المنقولة جنسياً)، وما عيوب استخدامه (الاحراج في استخدامه).
- **الدافعية الصحية Health Motivation**: وهي تفسر واقع ان الافراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنونها، وكذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

• **الهاديات للتصرف Cues to action:** وهي الحدث الذي يؤدي الى السلوك، وقد تكون هذه الهاديات داخلية (مثل الاعراض المدركة)، كما قد تكون خارجية (مثل حملات التوعية الصحية، او الإصابة بمرض، او وفاة صديق عزيز) (الشويخ، 2008، ص 62).

ويرى الباحثون ان هذه العناصر الأساسية تعمل معا في تحديد مدى احتمال انخراط الافراد في سلوك معين، والقاسم المشترك بين هذه العناصر هي كلمة مدركة " **perceived** " وهذا يؤكد ان ادراكنا يؤدي دورا محوريا في هذه العملية، وبالتالي لا يعتمد سلوكنا على أساس موضوعي، ولكن على أساس ادراكي وفي سنة 1988 اضيف مصطلح جديد للمعتقدات الصحية وهو مفهوم فاعلية الذات، وذلك نظرا لدوره في تدعيم تغيير العادات السلوكية غير الصحية "كالتدخين ووفقا للنموذج فان احتمال قيام الشخص بإجراء وقائي يعتمد على عاملين : تقدير التهديد المدرك باعتباره مشكلة صحية ، وتقييم إيجابيات وسلبيات اتخاذ إجراءات ازائه ، والتهديد المدرك للمرض دالة لإدراك الفرد لخطورة المشكلات الصحية وحساسية ادراكه لها، ومؤشرات اتخاذ قرار بشأنها ، وقد تأخذ هذه الأخيرة صورا مثل : حملات وسائل الاعلام او خطاب تذكير من طبيب او طبيب الاسنان ، والامراض التي تحدث في العائلة او ادراك الشخص للأعراض التي تتم عنه ، ويتأثر ادراك تهديد المرض بالعوامل الديموغرافية ، مثل العمر ، الجنس ، العوامل الشخصية ، والمعلومات حول المشكلات الصحية او التعرض لها. (عسكر، 2013، ص 103)

إن نموذج المعتقد الصحي لا يساعدنا فقط في فهم أسباب ممارسة الناس للسلوكيات الصحية، ولكنه يساعدنا أيضا على التنبؤ ببعض الظروف التي يغير فيها الافراد من سلوكياتهم المرتبطة بصحتهم، فالأبحاث التي تنطلق من هذا النموذج في تصميم الاتصالات بهدف تغيير السلوكات الصحية دعمت التطور الذي قدمه هذا النموذج حول أهمية المدركات التي يحملها الفرد في تغيير سلوكه، فالاتصالات التي تلقي الضوء على المدركات المتعلقة بقابلية الفرد للإصابة بالأمراض وتعزز في ال وقت ذاته من مدركاته بأن سلوكيات صحية محددة سوف تقلل من التهديد الذي يمكن أن يتعرض له، نجحت إلى حد ما في تغيير السلوك. (تايلور، 2008، ص 127)

**تطبيق نموذج المعتقدات الصحية في مجال الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي:**

ولمزيد من الايضاح حول كيفية تطبيق نموذج المعتقدات الصحية على مرضى زراعة الكلى فانه من الضروري استعراض بعض الدراسات التي تناولت هذا الموضوع. أظهرت العديد من الدراسات أن المعتقدات المتعلقة بالصحة قد تتنبأ بالسلوكيات بشكل فعال وبالتالي يمكن استخدامها لتقليل عدم الامتثال ، حيث وجدت إحدى الدراسات التي استخدمت نموذج المعتقدات الصحية للتحقيق في الامتثال للأدوية بين مرضى

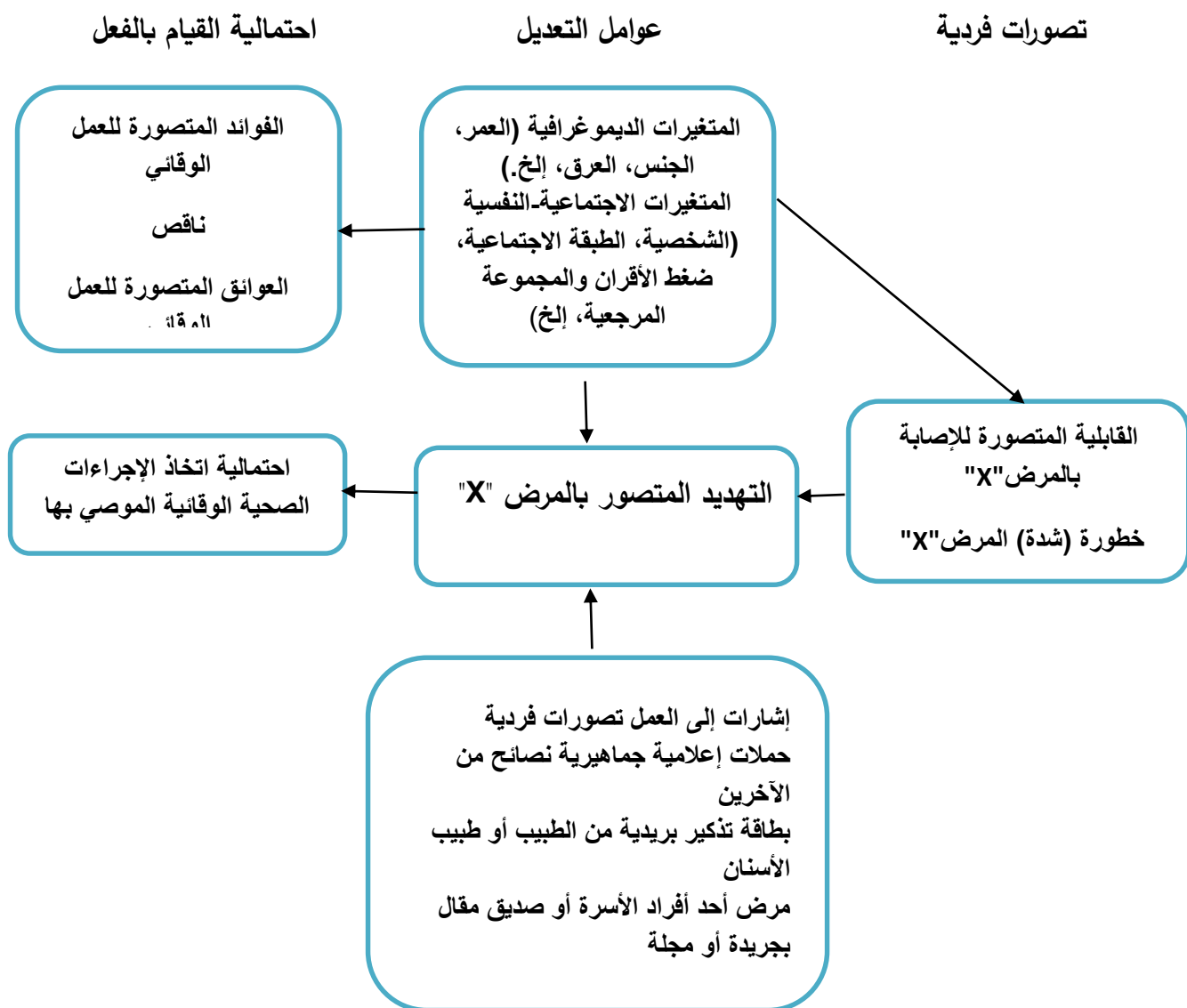


زراعة الكلى أن معدلات عدم الامتثال زادت بالنسبة لأولئك الذين لاحظوا أن العوائق العالية نسبيًا التي تحول دون العلاج الطبي والطعوم فشلت بشكل متكرر لأولئك الذين أدركوا فوائد العلاج الطبي منخفضة نسبيًا (Kiley, Lam, & Pollak, 1993)

تمت مناقشة العوامل المتعلقة بالالتزام بالأدوية المثبطة للمناعة في الأدبيات. تقتصر معظم هذه العوامل على الأعراض التي يسببها الدواء أو تأخذ في الاعتبار تأثير المتغيرات الديموغرافية فقط. استخدمت هذه الدراسة أربعة مفاهيم أساسية لنموذج المعتقد الصحي ووجدت ارتباطًا مهمًا بين المعتقدات الذاتية حول رفض الزرع ومعدلات الالتزام بالأدوية. (Kung et al, 2017, p 392)

ودراسة (Skiveren et al (2010) حول السلوك الوقائي من الشمس لدى مرضى زراعة الكلى. دراسة نوعية مبنية على المقابلات الفردية ونموذج المعتقد الصحي، هدفت إلى تحديد العوامل التي تؤثر على سلوك الحماية من أشعة الشمس للمرضى الزرع الكلوي حيث تمت مقابلة ما مجموعه 10 من مرضى زراعة الكلية بشكل فردي باستخدام دليل مقابلة شبه منظم (خمسة نساء وخمسة رجال). أجريت المقابلات في كوبنهاغن Copenhagen. تم تحليل نسخ المقابلات لاحقًا باستخدام مفاهيم محددة مسبقًا من نموذج المعتقدات الصحية. وكانت النتيجة الرئيسية من الدراسة هي اكتشاف أن المرضى لم يدركوا خطر الإصابة بسرطان الجلد كمشكلة صحية مهمة، وبالتالي لم يعطوا أولوية عالية للحماية من أشعة الشمس، على الرغم من أن المرضى كانوا على دراية بزيادة خطر الإصابة بسرطان الجلد. علاوة على ذلك، كانت المواقف الفردية السلبية تجاه استخدام واقيات الشمس وارتداء القبعات حواجز ضد السلوك الفعال للوقاية من أشعة الشمس. الاستنتاجات: توضح هذه الدراسة أنه يمكن استخدام نموذج المعتقد الصحي لتحديد ووصف العوامل التي تؤثر على القرارات والسلوك بين مرضى زراعة الكلية فيما يتعلق بالسلوك الوقائي من الشمس. نوصي بأن يتم إبلاغ مرضى زراعة الكلية عن الشدة المحتملة لسرطان الجلد، وحول أهمية السلوك المتسق للحماية من أشعة الشمس. (Skiveren et al ,2010 p331)





الشكل رقم-02-: يوضح مخطط نموذج المعتقدات الصحية

نموذج المعتقدات الصحية حسب (Becker, Drachman, & Kirscht (1974)

المصدر: (Burg & Oyama, 2016, p49)

دراسة (Kung et al (2017) والتي هدفت الى فهم تأثير الخصائص الشخصية والمعتقدات المتعلقة بالصحة للمرضى على الالتزام بالعلاج بالأدوية المثبطة للمناعة على أساس نموذج الاعتقاد الصحي، حيث تم توزيع الاستبيانات على المرضى الذين تم تجنيدهم عن طريق أخذ العينات المقصودة في أحد المراكز الطبية في تايوان Taiwan. خضع جميع المشاركين المحتملين لعملية زرع الكلى قبل 6 أشهر على الأقل. جمع الاستبيان المطور ذاتيًا البيانات في ثلاثة مجالات: الخصائص الشخصية، والمعتقدات المتعلقة بالصحة فيما يتعلق برفض الزرع، والالتزام بنظام الأدوية المثبطة للمناعة. تم استلام 120 استبيانًا صالحًا. تم تحليل البيانات المجمعة باستخدام الإحصاء الوصفي، واختبار (t)، وتحليل التباين أحادي الاتجاه، وارتباط

بيرسون، والانحدار المتعدد. وكانت نتائج الدراسة تشير الى ان المشاركين الذين تلقوا علاج غسيل الكلى أو عانوا من الرفض قابلية مدركة للرفض أقوى من أولئك الذين لم يفعلوا ذلك. أظهر المشاركون الذين خضعوا لعملية زرع في تايوان، أو عانوا المزيد من الأعراض المتعلقة بالعقاقير، أو أصيبوا بعدوى شديدة إلى شديدة للغاية في الماضي، معدلات أقل من الالتزام بالعلاج بالأدوية المثبطة للمناعة. يرتبط الالتزام بأنظمة الأدوية ارتباطاً سلبياً بطول الفترة الزمنية منذ الزرع. تم تحديد طول الفترة الزمنية منذ الزرع، والأعراض المتعلقة بالعقاقير، والقابلية المتصورة للرفض، والفوائد المتصورة للعلاج كمؤشرات رئيسية للالتزام بأنظمة الأدوية المثبطة للمناعة. وخلصت الدراسة الى ان النتائج مطابقة جزئياً لمفاهيم نموذج الإيمان الصحي. تم العثور على القابلية المتصورة للرفض والفوائد المتصورة للالتزام بالعلاج للتنبؤ بمعدلات الالتزام. يجب تعزيز تثقيف المريض لتقليل مخاطر الرفض وزيادة معدلات الالتزام لتحسين النتائج.

(Kung et al, 2017, p 392)

يحتاج متلقي زرع الكلى كمرضى مزمنين، إلى إدارة ذاتية مدى الحياة. لذلك، فإن تحديد العوامل الفعالة مفيد في تقوية التزام الأفراد وتخطيط الإدارة الذاتية في فترة ما بعد الزرع. ومع ذلك، فإن البحث التجريبي في هذا المجال محدود.

من خلال دراسة (Farnia et al (2019) التي كان الغرض منها هو "شرح محددات الإدارة الذاتية لمتلقي زراعة الكلى وفقاً لنموذج المعتقدات الصحية". حيث. تم جمع البيانات وتحليلها باستخدام 24 مقابلة شبه منظمة من قبل 19 مشاركاً (14 متلقيًا للزراعة، و4 أفراد من العائلة، ومريض له تاريخ في رفض الزرع). تم استخدام برنامج MAXQDA10 لتنظيم وإدارة البيانات، بعد تحليل البيانات، تم استخراج 264 رمزاً مفاهيمي أولياً. تم الإبلاغ عن النتائج في 20 فئة فرعية ووفقاً لـ 6 فئات من نموذج المعتقدات الصحية (القابلية المتصورة، والشدة المتصورة، والفوائد المتصورة، والحوجز المتصورة، والكفاءة الذاتية، والإشارات إلى الإجراءات). وقد قدمت نتائج هذه الدراسة النوعية فهماً عميقاً لتجارب متلقي زراعة الكلى وأفراد أسرهم حول محددات الإدارة الذاتية. أكدت النتائج بناءات نموذج المعتقدات الصحية وتطبيقها في التنبؤ بالإدارة الذاتية لهؤلاء المرضى. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تكون النتائج دليلاً للمخططين الصحيين وصانعي السياسات لاختيار التدخلات والاستراتيجيات المناسبة لتحسين الالتزام بالإدارة الذاتية للمستفيدين.

(Farnia et al 2019, p 62)

تأسيسا على ما سبق نستنتج ان سبب فشل زرع الكلى في المقام الأول هو عدم الالتزام بنظم الأدوية المثبطة للمناعة من قبل المرضى بعد الزرع. أشار عدد من الدراسات إلى أن المعتقدات المتعلقة بالصحة هي مؤشر فعال للسلوك المرتبط بالصحة.

### 3-2- نظرية السلوك المخطط (TRA) (Reasoned action theory):

تعتبر نظرية الفعل المخطط واحدة من أكثر النماذج نجاحًا في شرح السلوكيات المتعلقة بالصحة ، وقد تم تبنيها من طرف علماء النفس الاجتماعيين وهما **Ajzen & Fishbein** سنة 1980، وتركز هذه النظرية على دراسة الموقف والنية على السلوكيات المتعلقة بالصحة ، مثل التدخين والمخدرات وتعاطي الكحول، وكذلك السلوكيات المتعلقة بالتبرع بالأعضاء وفقًا للنظرية ، يحدث السلوك بناءً على نية السلوك ، والتي يتم تحديدها بدورها من خلال موقف الفرد والمعايير الذاتية التي تتكون من المعتقدات السلوكية والمعتقدات المعيارية ، على التوالي **Fishbein & Ajzen** سنة 1975، الأفراد الذين لديهم مواقف أكثر إيجابية ومعايير ذاتية داعمة سيكون لديهم نوايا سلوكية أقوى للتبرع بالأعضاء بعد الموت. وتتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

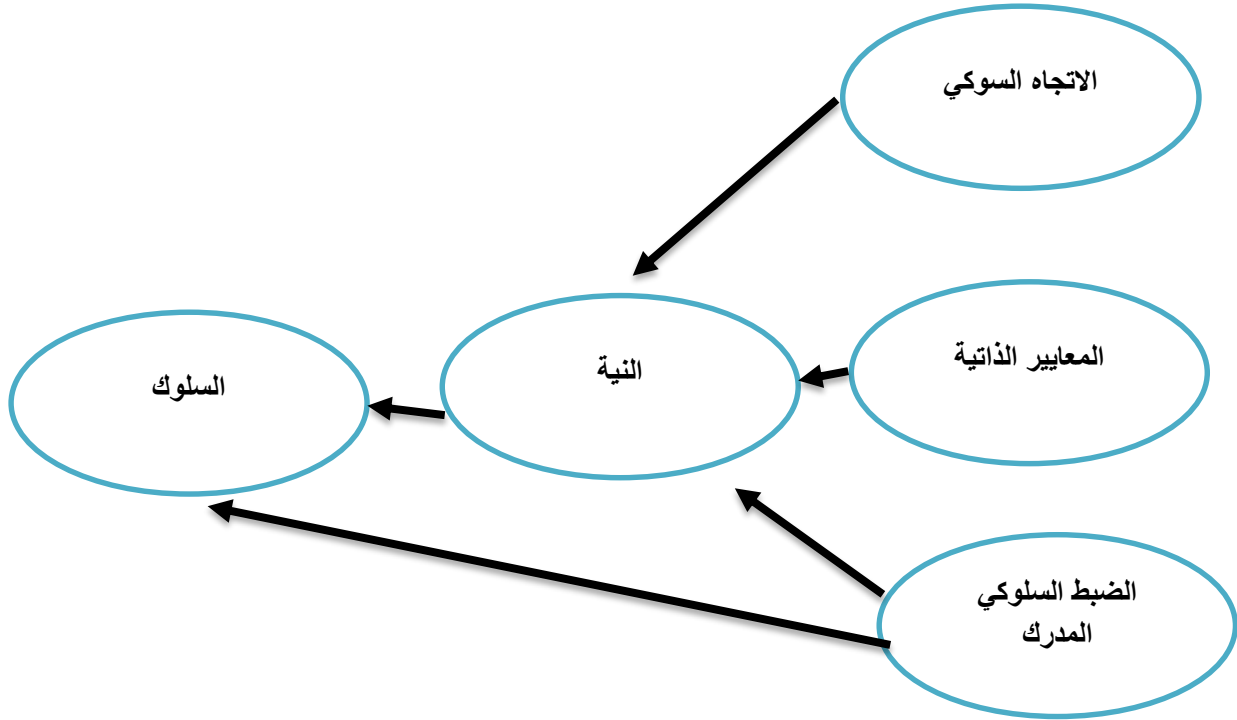
. **الاتجاهات: Attitudes** وهي المشاعر الإيجابية او السلبية المتولدة عن الانخراط في سوك محدد، ومن الضروري تذكر ان الاتجاهات هي أيضا وظيفة للمعتقدات.

. **المعايير الذاتية Subjective Norme**: وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه او لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد، وما إذا كان لديهم دوافع لمتابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للأخرين سواء كانوا افراد الاسرة او الأصدقاء او الأزواج.

. **التحكم الذاتي السلوكي perceived Behavioral control** : ويهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح ، وهو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الانخراط في السلوك ، ومن امثلة ذلك انك اذا حاولت انقاص وزنك وكنت قد فشلت سابقا في مقاومة اغراء تناول الاليس كريم ومازال لديك شك في ان ارادتك قوية بما فيه الكفاية لمقاومة تناوله الان ،فان تحكمك السلوكي المدرك سيكون منخفضا مما ينظر للصلة المباشرة بين التحكم السلوكي المدرك والسلوك الفعلي ، فضلا عن ملاحظة وجود علاقة سببية بالقاصد.

وبالمثل إذا كان الافراد يعتقدون بان خفض استهلاكهم للكحول من شأنه ان يجعل حياتهم أكثر إنتاجية وافادة لصحتهم (الاتجاه نحو السلوك)، ويعتقدون في الوقت نفسه ان الأشخاص المهمين في

حياتهم يريدون أيضا تخفيض استهلاكهم من تناول الكحول (المعيار الذاتي)، كما يعتقدون أخيرا انهم قادرين التخفيف من شرب الكحول، فان هذا من شأنه ان يتنبأ بالقاصد للحد من ارتفاع مستوى استهلاك الكحول (القصد السلوكي). (الشويخ، 2012، ص 60)



الشكل رقم-03-: يوضح مخطط نموذج السلوك المخطط

وفقا لنظرية السلوك المخطط فان الاتجاهات، المعايير الشخصية، والضبط السلوكي المدرك، كلها عوامل تؤثر على السلوك بشكل مباشر من خلال تأثيرها على النوايا. (ساندرسون، 2019، ص 97) تطبيق نموذج السلوك المخطط في مجال الزرع الكلوي:

دراسة (Chisholm et al (2007) بعنوان توقع الالتزام بالعلاج المثبط للمناعة: تحليل مستقبلي لنظرية السلوك المخطط، وكان الهدف من هذه الدراسة هو زيادة القدرة على التنبؤ بمرضى زراعة الكلى الذين هم على الأرجح غير ملتزمون بعلاجهم المثبط للمناعة، حيث تم تطبيق 158 استبيانا على مرضى زراعة الكلى لتقييم متغيرات نظرية السلوك المخطط (المواقف، المعايير الذاتية، والتحكم السلوكي المتصور) ذات الصلة بنوايا الالتزام بالمثبطات المناعية الخاص بهم ، مع إضافة مقياس عام للالتزام السابق بالنصائح الطبية ، أوضحت نتائج الدراسة الخاصة بمتغيرات نظرية السلوك المخطط فان متغير المواقف ( $\beta = 0.32$ ) و ( $P < 0.01$ )، التحكم السلوكي المدرك ( $\beta = 0.37$ ) و ( $P < 0.01$ )، ولكن المعايير الذاتية ( $\beta = 0.001$ ) وغير دالة ، تفسر (41%) من التباين في النوايا للالتزام بالمثبطات المناعية ( $P < 0.001$ )

، توقع السلوك السابق التحكم السلوكي المدرك ( $\beta=0.67$ ) و ( $P < 0.001$ ) أوضحت تحليلات العينات الفرعية 33% ( $P < 0.001$ ) من التباين في الالتزام ، مع اعتبار النوايا والسلوك السابق من العوامل الأساسية. ( $P < 0.05$ ) ، وخلصت الدراسة الى ان مرضى الزرع الكلوي قد يكونون عرضة للخطر بشكل خاص أولئك الذين لديهم تاريخ من عدم الالتزام بالنصائح الطبية ، خاصةً عندما يكون لديهم مواقف سلبية حول التقيد بالمشروبات المناعية (IST) ويشعرون أن لديهم القليل من السيطرة على سلوكهم في تناول الأدوية. هناك حاجة إلى تدخلات لتحسين المواقف حول التحكم في سلوك الالتزام. (Chisholm et al, 2007, p 2339)

ان التبرع بالأعضاء ينفذ الأرواح ويحسن نوعية الحياة. هناك نقص في المتبرعين بالأعضاء في جميع أنحاء العالم. تساعد نظريات السلوك، خاصةً نظرية السلوك المخطط، في تحديد سوابق سلوك التبرع بالأعضاء وتصميم تدخلات فعالة. تقترح النظرية ان أن النية مدفوعة بالبنى: الموقف، والمعايير الذاتية، والتحكم السلوكي المتصور (PBC) والنية.

يمكن أن تساعد نظرية السلوك المخطط في تحسين سلوك التبرع بالأعضاء. ومن بين الدراسات التي عُتبت بتطبيق نظرية السلوك المخطط في مجال عملية التبرع بالأعضاء نجد دراسة (Latifi et al (2021) والتي هدفت إلى تحليل التدخلات المستندة على نظرية السلوك المخطط في التبرع بالأعضاء. تم تحديد الدراسات ذات الصلة بالبحث في قواعد البيانات الإلكترونية، مثل PubMed و Scopus و Science Direct و Google Scholar ، من 1 يناير 2000 إلى 30 فبراير 2020. تم البحث عن مصطلحات التالية: "نظرية السلوك المخطط" و "التبرع بالأنسجة" أو "شراء الأنسجة" أو "نظام شراء الأعضاء" أو "شراء الأعضاء" أو "التبرع بالأعضاء". قام مؤلفان بشكل مستقل بمراجعة النصوص الكاملة واستخراج جميع البيانات الهامة من الدراسات المشمولة. تم تقييم سبع عشرة دراسة على أن لديها تصميم منهجية معقولة. تشير الدراسات إلى أن التدخلات القائمة على نظرية السلوك المخطط يمكن أن تحسن التبرع بالأعضاء. من بين بنيات السلوك المخطط، والتحكم السلوكي المتصور هو الوسيط والمحدد لسلوك التبرع بالأعضاء الذي يختلف تحديده في الثقافات المختلفة. تم مراعاة المواقف والمعايير الذاتية والمعايير الأخلاقية والندم المتوقع في التدخلات ذات الصلة بالإضافة إلى التحكم السلوكي المتصور.

ان زيادة المعرفة يمكن أن تسهل سلوك التبرع بالأعضاء. إن إزالة القضايا الثقافية ذات الصلة، وإزالة الخوف بسبب سوء فهم موت الدماغ، وتحسين الثقة، وتحسين القيم الأخلاقية لها تأثيرات على سلوك التبرع بالأعضاء (Latifi et al, 2021, p 1201).

وكما تشير الدراسة الاستكشافية لـ **Wong and Chow (2016)** حول تصورات طلاب الجامعات لقضية التبرع بالأعضاء بعد الوفاة بناءً على نظرية السلوك المخطط، ففي إطار الدعم العام للتبرع بالأعضاء في مقابل انخفاض معدل التسجيل في **هونغ كونغ (Hong Kong)**، حيث حاولت هذه الدراسة الى فهم تناقض الموقف والسلوك من خلال تحديد المعتقدات الأساسية للتبرع بالأعضاء حيث تم استخدام نظرية الفعل المخطط. تم اعتماد نهج نوعي باستخدام مجموعات التركيز شبه المنظمة وشارك **19** طالبًا من ثلاث جامعات في هونغ كونغ؛ تم تحديد **10** مفاهيم: الموقف، والمعايير الذاتية، والمساعدة، والاستمرار، والمساهمة، والجسم السليم، وعدم الثقة في النظام الطبي، واللامبالاة بالتبرع بالأعضاء، والتأثير السلبي، والعبء الأسري. أشارت النتائج إلى أن مواقفهم تجاه التبرع بالأعضاء كانت ذات طبيعة معرفية وعاطفية. تم تحديد القاعدة الشخصية للعائلة والأصدقاء والأشخاص الذين يحترمونهم على أنهم مؤثرون على آراء الطلاب حول التبرع بالأعضاء. قدمت الدراسة نظرة ثاقبة في تعزيز التبرع بالأعضاء، وأنه ينبغي أيضًا معالجة المخاوف المعرفية بشأن الحفاظ على الجسم سليمًا، والآثار السلبية التي تم إستدخالها.

(Wong and Chow, 2016, p 01)

وفي نفس السياق تشير دراسة **SZE WU 2008** حول مناقشة موضوع التبرع بالأعضاء بعد الوفاة في العائلات الصينية، فنظرًا لأن إذن الأسرة ضروري للحصول على الأعضاء في الصين، فإن المناقشات العائلية حول التبرع بالأعضاء بعد الوفاة ضرورية لزيادة معدل التبرع بالأعضاء وزرعه الفعلي. ومع ذلك، وجدت هذه الدراسة أنه من بين **298** شابًا صينيًا فان معظمهم (**88%**) كانوا مترددين في الحديث عن التبرع بالأعضاء مع عائلاتهم. استنادًا إلى نظرية السلوك المخطط، حققت هذه الدراسة في التواصل داخل العائلات حول التبرع بالأعضاء. تضمنت العوامل النفسية النية، والموقف، والمعايير الذاتية، والقلق من الموت، والمعرفة. كما هو متوقع، كان المعيار الذاتي أقوى من الموقف في شرح المناقشات العائلية بين الصينيين. القلق من الموت، ولكن ليس سوء الفهم، قلل بشكل كبير من احتمالية مناقشة الأسرة. وخلص إلى أن الحملات المستقبلية لتقليل القلق من الموت وتعزيز القاعدة الاجتماعية للتبرع بالأعضاء يجب أن يتم إجراؤها في المجتمعات الصينية، من أجل تشجيع المناقشات العائلية وتحسين معدل التبرع.

(SZE WU, 2008, p48)

### 3-3-الفعالية الذاتية Self-efficacy

الكفاءة الذاتية هي أحد أهم العوامل التي تنبئ بالسلوكيات المعززة للصحة، وقد عرّف **باندورا (1995)** الكفاءة الذاتية على أنها "الإيمان بقدرات الفرد على تنظيم وتنفيذ مسار العمل المطلوب لإدارة

المواقف المحتملة". تمنح الفعالية الذاتية المرء إحساسًا بالسيطرة على البيئة. توقع الفعالية هو الاعتقاد بأن الشخص يمكنه ولديه النية لإكمال سلوك معين مطلوب لتحقيق النتيجة المرجوة، ومتوقع النتيجة هو تقدير أن سلوكًا معينًا سيؤدي إلى النتيجة، تعكس توقعات الفعالية الإيمان بالقدرة على السيطرة على المطالب الصعبة عن طريق العمل التكيفي ونظرة متفائلة لقدرة الفرد على التعامل مع الإجهاد. تُحدث الفعالية الذاتية فرقًا في كيفية شعور الناس وتفكيرهم وتصرفهم. يلعب هذا المورد دورًا مهمًا في تحديد كيفية تكيف الشخص. يمكن أن تؤثر الكفاءة الذاتية أيضًا على دافع الشخص للتصرف. ربما يختار الأفراد ذوو الكفاءة الذاتية العالية أداء مهام أكثر صعوبة ووضع أهداف أعلى والالتزام بها.

إنهم يميلون إلى اختيار بيئة صعبة أو استكشاف بيئتهم أو خلق مواقف جديدة. اقترح أيضًا أن زيادة الكفاءة الذاتية المتصورة تنبأت بزيادة تواتر استخدام التأقلم المركز على المشكلة، ويبدو أن الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية العالية هم أكثر عرضة للتعامل مع الضغوطات اليومية. تؤثر الكفاءة الذاتية كمورد شخصي للتأقلم على التقييم، مما يؤثر على الحافز ثم سلوكيات المواجهة. وقد تم تطوير عدد من المقاييس لتقييم الكفاءة الذاتية لسلوكيات صحية معينة نذكر منها مقياس الكفاءة الص الذي صممه **Smith et al** سنة **1995** مقياس الفعالية الصحية المتصورة (**PHCS**) لتقييم معتقدات الفعالية / الكفاءة المتعلقة بصحة الفرد، ويعتبر هذا المقياس مناسبًا لدراسة معتقدات مرضى زراعة الكلى وبقدرتهم على أداء سلوكيات صحية للتعامل مع وضعهم الصحي، خاصة بالنسبة لمرضى زراعة الكلى في الفترة المبكرة الذين لديهم خبرة قليلة ولم يطوروا بعد توقعات أكثر تحديدًا. (**Liu ,2006,p 25**)

ويرى **باندورا 1986 Bandura** أن الفعالية الذاتية هي الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية والاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، وقد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة:

- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
- من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول لهدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.
- من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات والإحباطات المتكررة.
- من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي يعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.
- من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره تصوراتهِ للواقع. (**يخلف، 2001، ص 35**)

إن الفعالية الذاتية في سياق المرض المزمن، ترتبط بالإدارة الذاتية والتي تتضمن إدارة أعراض وعلامات المرض، وتأثير المرض على الأداء اليومي، والالتزام بأنظمة العلاج، ان الأشخاص الأكثر ثقة

بشأن قدرتهم على إدارة صحتهم هم أكثر عرضة لأداء السلوكيات المعززة للصحة الموصى بها كما أشار له نموذج الاعتقاد الصحي.

في دراسة أجراها **Williams et al (2009)**، حيث وجد أن تعزيز الكفاءة الذاتية المتعلقة بإدارة المرض لدى مرضى السكري، أدى إلى تحسين الالتزام والصحة البدنية. وكذلك في دراسة لـ **Mallon et al (2013)** حول الالتزام بالأدوية لدى مرضى قصور القلب، تبين أن الفعالية الذاتية أيضًا مؤشرًا قويًا على الالتزام بعلاج ارتفاع ضغط الدم. بالإضافة إلى ذلك، وجدوا أن الفعالية الذاتية تلعب دورًا وسيطًا في العلاقة بين الاكتئاب والالتزام. قد يشك المرضى الذين يعانون من أعراض الاكتئاب في قدرتهم على إدارة حالتهم، لأن لديهم تقديرًا سلبيًا للذات وضعفًا في التحكم، مما يعرضهم لخطر عدم الالتزام. **(Maeda et al, 2013)**.

#### الفعالية الذاتية في مجال زراعة الكلى

أظهرت الدراسات أن الفعالية الذاتية لدى مرضى الزرع الكلوي ضرورية لممارسة الرعاية الذاتية، تم تحديد الكفاءة الذاتية المنخفضة كعامل خطر رئيسي لعدم الالتزام وسلوكيات الرعاية الذاتية في هذه المجموعة من المرضى، في دراسة لـ **Massey et al (2013)** بينت أن الفعالية المدركة لتناول المثبطات المناعية بين متلقي زراعة الكلى انخفضت على مدى 6 أشهر. تم وصف العديد من الطرق التي تهدف إلى تعديل الكفاءة الذاتية بين متلقي زراعة الكلى، مثل تحديد أهداف قصيرة المدى وتطوير خبرات إتقان في تناول الأدوية باستمرار، واستخدام نماذج يحتذى بها ومناقشة الآثار السلبية للأدوية. **(Van Es, 2017, p06)**

تمثل عملية زراعة الكلية تغييرًا مفاجئًا في حياة المريض، يمكن أن يسبب الإجهاد والمشاكل النفسية صعوبات للمريض خلال فترة المتابعة العلاجية والانخراط في برنامج إعادة التأهيل بعد عملية الزرع والذي يمكن أن يكون صارمًا مما قد يؤدي إلى عدم الانخراط بالبرنامج العلاجي، والعداء تجاه العاملين الطبيين، وضعف الالتزام العلاجي. كما تلعب الفعالية الذاتية دورًا مهمًا كوسيط في العلاقة بين العوامل الطبية الحيوية ونوعية حياة الأفراد مما يؤثر على أنماط التفكير لديهم والتمثيلات المعرفية للوضع المراد التعامل معه، بمعنى أن مستوى عالٍ من الإدراك الذاتي للفاعلية يعزز تنفيذ استراتيجيات التعامل التي تسمح بالحد من أي اضطراب جسدي و / أو نفسي، والامتثال الجيد للعلاج، وعدد أقل من الحالات الاستشفائية. **(Pasquale et al, 2014, p2235)**



حيث اشارت نتائج دراسة (Liu (2006) ارتباط عامل المدة ما بعد الزرع الكلوي بالفعالية الذاتية المتصورة. أفاد المشاركون الذين حصلوا على وقت أطول بعد الزرع عن درجات أقل من الكفاءة الذاتية المتصورة. على الرغم من أن مرضى زراعة الكلى حققوا نتائج صحية أفضل من ذي قبل، إلا أنهم ما زالوا يعيشون مع حالة صحية مزمنة ويحتاجون إلى الإشراف المستمر والعلاج المثبط للمناعة مدى الحياة. قد تؤثر هذه العوامل على فعاليتهم الذاتية المتصورة. (Liu ,2006,p 119)

#### 4-قياس الالتزام بالعلاج:

إن قياس الالتزام بالعلاج من المشاكل التي تعترض الباحثين والقائمين على الرعاية الصحية للمرضى، هناك العديد من الاختلافات بين الباحثين والمختصين حول الطرق المستخدمة من أجل تقييم وقياس مستوى الالتزام بالعلاج لدى المرضى. ويبقى قياس الالتزام بالعلاج في كثير من الأحيان معياراً مهم من أجل نجاح البرنامج العلاجي الذي يرسمه المختصين، وعلى العموم فإن العديد من الدراسات تشير الى انه لا توجد طريقة مثالية لقياس مستوى الالتزام بالعلاج فلكل طريقة لها مزاياها وعيوبها. ويمكن تقسيم طرق قياس الالتزام الى قسمين طرق مباشرة وطرق غير مباشرة.

#### 4-1-قياس مباشر:

ويتمثل القياس المباشر فيما يلي:

✓ **الفحص البيولوجي:** ويتضمن مراقبة مستوى تركيز اثار الأدوية المثبطة للمناعة في الدم. ومع ذلك، نظراً لأن كل مريض يستجيب للأدوية بطرق مختلفة، ويمكن أن تتأثر النتائج بعدد من المتغيرات مثل معدل التمثيل الغذائي، والتفاعلات بين الأدوية فيما بينها. مما قد يجعل ذلك من الصعب تحديد مستوى الالتزام.

(Belaiche, 2018, p32)

✓ **وزن المريض:** ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظام غذائي خاص ولتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض ومقارنة وزنه بآخر

✓ **فحص معرفة المريض ومدى التزامه واندماجه في الخطة العلاجية.**

✓ **الملاحظة المباشرة** إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص وملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الأعراض أو زوالها وتحسن الحالة الصحية للمريض وأيضاً الاثار الجانبية الملاحظة ومن خلال

هذه الملاحظة يقيم حالة مريضه ومستوى التزامه. (رزقي، 2011، ص 78)

4-2- قياس غير مباشر:

ويتمثل القياس غير المباشر فيما يلي:

✓ يمكن أن تشمل التقارير الذاتية مثل الاستبيانات والاستمارات وما يميز هذه الطريقة انها سهلة التنفيذ، وعادة ما تكون غير مكلفة ومتوفرة في معظم البيئات السريرية.

✓ يمكن استخدام تقارير الطبيب من خلال ملاحظة سلوك تناول الدواء كمؤشر على الالتزام، ويمكن مراقبة تسجيلات أو تقارير الالتزام أثناء الزيارات الروتينية مع أخصائيي الرعاية الصحية، ولكن تتطلب هذه الطريقة تفاعلاً بين المريض والطبيب.

✓ عد حبوب الدواء: تعد طريقة عد الحبوب طريقة بسيطة لتحديد مدى الالتزام بالدواء في شكل أقراص، ومع ذلك فإن أحد قيود هذه الطريقة هو أنها تتطلب من المرضى إحضار أدويتهم في كل موعد مع أخصائي الرعاية الصحية، وتقيد هذه الطريقة مع المرضى الذين لا يعثون بالأدوية عن طريق تخزين أو التخلص من الأدوية التي لم يتم تناولها على النحو الموصوف.

✓ المراقبة الإلكترونية لاستهلاك للأدوية: وهي تعتبر طريقة جيدة من خلال تحديدها لعدد الوحدات والجرعات والأكثر استخداما هو من خلال وضع جهاز على غطاء علبة الدواء يقوم بتسجيل تاريخ ووقت استعمال الدواء ولكن هذا الجهاز مكلف للغاية. (Belaiche, 2018,p32)

✓ المقابلات مع المرضى: حيث أشارت الأدبيات السابقة إلى أن استخدام أكثر من طريقة واحدة لقياس الالتزام في نفس الوقت يمكن أن يحسن دقة المعدلات المبلغ عنها (Lam & Fresco,2005) ، حيث أن استخدام طرق متعددة يمكن أن يوازن بين طرق القياس التي تعالج قيود التدابير الفردية

(Kreys ,2016) ، عبر الأدبيات السابقة لدى مرضى زراعة الكلى، هناك مجموعة واسعة من معدلات انتشار عدم الالتزام المبلغ عنها. ويرجع ذلك جزئياً إلى الاختلافات في طرق القياس المستخدمة وتعريفات عدم الالتزام المستخدمة (Schafer-Keller et al.2008)، استخدمت الأدبيات الموجودة مع متلقي الزرع في الغالب التقارير الذاتية للمريض كطريقة لقياس الالتزام. استخدمت دراسات أقل مقاييس مباشرة، مثل مستويات الدم المثبطة للمناعة، لقياس عدم الالتزام في مجال زراعة الأعضاء للباحثين (Butler et al, 2004 ; Shemesh et al, 2004 ; O'Carroll et al, 2006)

نظراً لخطورة عدم الالتزام بمثبطات المناعة لدى مرضى زراعة الكلى والعواقب المرتبطة به، مثل رفض الكلى المزروعة، أجرى (Schafer-Keller et al (2008) دراسة لتقييم الدقة التشخيصية لمقاييس الالتزام، بما في ذلك الفحص البيولوجي والتقرير الذاتي واستخدام التقارير الطبية ومقارنتها بالمراقبة

الإلكترونية بين متلقي زراعة الكلى البالغين. كان جميع مرضى الزرع الكلوي الذين تجاوزوا أكثر من عام واحد بعد الزرع وتناولوا مثبتات المناعة، مع تسجيل بيانات المراقبة الإلكترونية. أظهرت النتائج تباينًا كبيرًا في معدلات انتشار عدم الالتزام عبر طرق القياس المختلفة المستخدمة. بالإضافة إلى ذلك، قيمت الدراسة التزام المريض بدواء واحد فقط من الأدوية المثبطة للمناعة، والذي على الرغم من أنه يوفر مؤشرًا قيمًا لسلوك تناول الدواء، إلا أنه قد لا يعكس تمامًا الالتزام بالنظام المثبط للمناعة الكامل (حيث يتناول المرضى غالبًا مزيجًا من اثنين أو ثلاثة من الأدوية المثبطة للمناعة). (HUCKER, 2020, p46)

بالإضافة إلى ذلك، كان النهج الذي تم إبرازه على أنه يكشف عن أعلى معدل لعدم الالتزام هو الجمع بين معلومات عدم الالتزام من التقارير الذاتية للمريض، والتقارير الجانبية للأطباء أو الممرضات ونتائج فحوصات الدم غير العلاجية. تم الإبلاغ عن حساسية منخفضة لعدم الالتزام عندما تم استخدام مقياس واحد فقط لتسجيل عدم الالتزام، مما يعني أنه من المحتمل أنه لم يتم تحديد المرضى غير الملتزمين حقًا. تم العثور على الخصوصية العالية التي يمكن تحقيقها على أفضل وجه من خلال الجمع بين عدة طرق، من خلال الجمع بين عدد من تقارير الأطباء حول الالتزام "العادل"، أو من خلال تقييم التقارير الذاتية للمرضى فقد خلص (Schafer-Keller et al (2008) إلى أنه لتحقيق أقصى قدر من المصادقية، يجب دمج المراقبة الإلكترونية مع طرق القياس الأخرى، بدلاً من استخدامها كمعيار مرجعي لتقييمها. توفر هذه النتائج إرشادات حول فعالية طرق قياس الالتزام وبعض القيود والتحديات مع التدابير المختلفة التي يجب أن تكون من أجل تعزيز فهم واكتشاف عدم الالتزام، عند البحث في الالتزام لدى مرضى الزرع الكلى. (HUCKER, 2020, p47)

وعلى العموم فإن الطريقة الانسب لقياس عدم الالتزام هو محاولة الجمع بين أكثر من طريقة للتحقق من مستوى الالتزام سواء من الناحية السريرية والبحثية.

### 5- أهمية الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي وطرق تحسينه:

يعد الالتزام بالدواء المثبط للمناعة بعد عملية الزرع الكلوي مطلبًا ضروريًا للحفاظ على وظيفة الكلية المزروعة. ويشير مفهوم الالتزام في الغالب إلى الامتثال للتعليمات بشأن الوقت المناسب لتناول الدواء. ويمكن تقييم الالتزام أيضًا في مجالات أخرى كالتحليل المخبرية لدم، الحضور للاستشارات الطبية، والالتزام بالنظام الغذائي، النشاط البدني، والرعاية الصحية الأخرى.

بعض متلقي الأعضاء الصلبة لا تأخذ بهم العلاج على النحو المنصوص عليه، وبالتالي فشلوا في الوصول إلى النتائج المرجوة. علاوة على ذلك، هذا هو واحد من أهم أسباب الرفض الحاد في وقت لاحق، ولا يمكن علاج هذا الرفض، الخلل المزمع في عملية الزرع الكلوي، فشل عملية الزرع يعني خسارة الكلية أو. ينبغي التأكيد على أنه أكبر عامل خطر محتمل للنتائج السيئة. الآثار السلبية لعدم الالتزام عديدة، وقد تعقد من إدارة المرض، انخفاض في فاعلية العلاج، زيادة تكلفة الدواء، والحاجة إلى الزيادة في الجرعات أو لأدوية أقوى، التسمم، وغيرها من الآثار غير مرغوب فيها، زيادة الزيارات للمستشفى، انخفاض جودة الحياة المتعلقة بالصحة، الموت، وكذلك زيادة في التكاليف الصحية، وهو ما يترجم إلى خسارة المال نتيجة للخدمات الصحية الأخرى. (Ortega et al, 2015, p28)

يعد عدم الالتزام بالعلاج مشكلة طبية شائعة، ويمكن ان تعزى اسبابه الى التواصل غير الجيد بين الطبيب والمريض وفيما يلي بعض نتائج الابحاث التي يمكن ان تساعدنا في ايجاد أفضل السبل لتحسين مستوى الالتزام.

- الاستماع الجيد للمريض.
- الطلب من المريض اعادة ما يجب عليه القيام به.
- البساطة والوضوح في تحرير الوصفة العلاجية.
- تقديم تعليمات واضحة حول البرنامج العلاجي، ومن الاحسن ان تكون مكتوبة.
- الاستعانة باللصق الموجود على غلاف علبة الدواء، وبالروزنامة لتذكير المريض بموعد علاجه.
- الاتصال بالمريض في حال تخلفه عن مواعده.
- وصف برنامج العناية الذاتية، بحيث يتلاءم مع البرنامج اليومي للمريض.
- التذكير في كل زيارة على اهمية الالتزام العلاجي.
- تخصيص جزء من الزيارات المتكررة لمسائل الالتزام.
- الثناء والتشجيع في كل زيارة للمريض على الجهود التي يبذلها في مجال الالتزام.
- العمل على توسيع دائرة المشاركة، وذلك من خلال اشراك المريض وأسرته وأصدقائه.
- اعطاء المريض بالتعليمات والنصائح في بداية عرض المعلومات.
- التأكيد على أهمية التعليمات والنصائح أمام المريض وسرته.
- استعمال كلمات وعبارات واضحة وقصيرة.
- استعمال تصنيفات واضحة كلما أمكن ذلك.

- تكرار الأشياء والمعلومات كلما كان ذلك مفيداً.
- تزويد المريض بالنصح الدقيق والمفصل.
- التعرف على مشاكل وهموم المريض، وعدم حصر اللقاء بجمع المعلومات الطبية.
- محاولة الكشف عن توقعات المريض حول مرضه وعلاقته مع الفريق الطبي، وإذا كانت لديه صعوبات، فيجب تسهيلها بطرق بسيطة.
- توفير المعلومات الكافية حول تشخيص المرض واسبابه.
- بناء علاقة ودية مع المريض بدلاً من العلاقة الرسمية.
- عدم استخدام المصطلحات الطبية المعقدة.
- إعطاء بعض الوقت للحديث حول مواضيع غير طبية. (تايلور، 2008، ص 466 )

تشير الدراسات الخاصة بمتلقي الزرع البالغين والأطفال والمراهقين المصابين بأمراض مزمنة أخرى إلى أن التدخلات الفعالة تشمل التعليم جنباً إلى جنب مع مراقبة الالتزام وتعزيز حل المشكلات، تحديد الأهداف، وتطوير الإجراءات الروتينية، ودعم الالتزام .

هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن تقنيات المقابلات التحفيزية قد تؤدي أيضاً إلى تحسين الالتزام بالعلاج وتشمل التدخلات المحتملة الأخرى على مستوى البرنامج مراقبة مستوى الدواء في الدم ومراقبة وظائف الكلى المزروعة بوتيرة أعلى، وإدراج صيدلي إكلينيكي في فريق الرعاية الصحية ، ويمكن طرح سؤال بسيط باستمرار عن الالتزام بالأدوية في كل زيارة للعيادة قد يكون له تأثير إيجابي على الالتزام، بالنظر إلى أن بعض المشكلات كالنسيان هما من أكثر العوائق شيوعاً التي تحول دون الالتزام، فإن التوصية باستخدام علبة الدواء متعددة الجرعات وتعليمها قد تساعد أيضاً ، كما ان التوصية بشكل روتيني بنظام للتذكير بالجرعة، مثل ساعة أو إنذار الهاتف المحمول، أو نظام الالتزام الذي يوفر رسائل نصية تذكيرية عبر الهاتف هو أيضاً استراتيجية أخرى قد تكون مفيدة ، فهناك مجموعة متنوعة من تطبيقات الهواتف الذكية ووسائل الانترنت لتعزيز الرعاية الذاتية والالتزام بالأدوية بشكل أفضل متاحة في السنوات الأخيرة. (Foster & Pai,2014,p140)

## الفصل الرابع: استراتيجيات التعامل

- 1- تعريف استراتيجيات التعامل.
- 2- استراتيجيات التعامل لدى مرضى زراعة الكلى.
- 3- التناولات النظرية المفسرة لمفهوم استراتيجيات التعامل.
- 4- تصنيف استراتيجيات التعامل.
- 5- مصادر استراتيجيات التعامل.
- 6- وظائف استراتيجيات التعامل.
- 7- فعالية استراتيجيات التعامل.
- 8- نماذج لقياس استراتيجيات التعامل.

من خلال ما تم تفحص التراث النظري الخاص بأمراض الكلى لاحظنا هناك ارتباطات قوية بين الضغوط النفسية والمشاكل الصحية التي يمكن ان يتعرض لها مرضى الزرع الكلوي، ان تحقيق التكيف مع المرض هو الحفاظ على موقف إيجابي تجاه الذات والعالم على الرغم من المشاكل الجسدية. فقد يرتبط سوء التعامل مع ضغوطات المرض بزيادة الحاجة الى الخدمات والنتائج الصحية الضعيفة.

استراتيجيات التعامل هي تقنيات محددة يستخدمها الأفراد في مواجهة الظروف المجهدة. تدعم هذه الاستراتيجيات الجهود المعرفية والسلوكية للأفراد في تفسير المشكلات والتغلب عليها. وبالتالي، يمكن التحقيق في قدرة الفرد على التعامل مع مثل هذه المشاكل.

الهدف من هذا الفصل هو الكشف عن استراتيجيات التعامل التي يطبقها المرضى الذين خضعوا لعملية زرع الكلى اتجاه الضغوطات التي يتعرضون لها، ويتم ذلك من خلال التطرق الى تعريفها، التناولات النظرية لها اهم تصنيفاتها، وظائفها، فعاليتها، وأخيرا طرق قياسها.

### 1-تعريف استراتيجيات التعامل:

استخدم مصطلح **Coping** من طرف الانجلوسكسون وهو يعتبر صعب الترجمة الى اللغات الأخرى فبالفرنسية مثلا استخدم دانتشاف (1989) Dantchev، وبولهان (1992) Paulhan مصطلح "Stratégie d'ajustement" (Paulhan & Bourgeois, 1998, p 40).

اما باللغة العربية فهناك مجموعة من المصطلحات المرادفة لمفهوم **Coping** وهي استراتيجيات المواجهة (يوسف السيد 1993)، استراتيجيات التكيف (علي شعبان محمد 1990) واستراتيجيات التعامل (عبد الباسط إبراهيم 1994). (غربي، 2009، ص 111)

بالنسبة لهذه الدراسة فقد اعتمد الطالب الباحث على استخدام مصطلح استراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي ويبرر ذلك الى كون مصطلح التعامل اشمل من المواجهة فقد تكون المواجهة او التجنب كاستراتيجية من استراتيجيات التعامل.

في الستينيات، بدأ استخدام مفهوم استراتيجيات التعامل رسمياً جنباً إلى جنب مع الاهتمام بالتوتر، وصف بعض الباحثين بعض آليات الدفاع "التكيفية" بأنشطة "التعامل"، وكان عملهم ضمن تقليد أبحاث آليات الدفاع (Parker & Endler, 1996)، ظهر هذا النهج التقليدي لاستراتيجيات التعامل في مجالين مختلفين من البحث، فالأول يشير الى تناول الحيواني والثاني يشير الى التحليل النفسي، وغالباً ما يتم

تعريف استراتيجية التعامل على أنها أفعال تتحكم في الظروف البيئية المكروهة، وبالتالي تقليل الاضطرابات النفسية الفسيولوجية، ينصب التركيز بشكل كبير على سلوك التجنب والهروب.

في نموذج علم النفس التحليلي، تعرّف استراتيجية التعامل على أنها أفكار وأفعال واقعية ومرنة تحل المشكلات وبالتالي تقلل التوتر، وأثناء معالجة وعيوب النهج التقليدي الذي أكد على التعامل كأسلوب أو سمة بعناية، عرّف لازاروس وفولكمان (1984) استراتيجية التعامل على أنها "تغيير مستمر للجهود المعرفية والسلوكية لإدارة مطالب خارجية، أو داخلية محددة يتم تقييمها على أنها تجاوز موارد الشخص. (Lazarus & Folkman, 1984, p141).

ينظر هذا النهج إلى استراتيجية التعامل على أنها عملية ديناميكية مستمرة ويهتم بما يفكر فيه الشخص أو يفعله في الواقع في سياق معين، بالإضافة إلى التغييرات في هذه الأفكار والإجراءات عبر اللقاءات. كما تصور لازاروس (1993) التعامل كاستجابة هادفة تحاول تغيير حقائق البيئة الشخصية وراء المشاعر السلبية وتحاول تغيير إما ما يتم الاهتمام به أو كيفية تقييمه. تم اشتقاق هذا التعريف من نظرية العاطفة المعرفية - التحفيزية - العلائقية، والتي تؤكد على عملية التقييم والمعنى العلائقي. وتعتبر استراتيجية التعامل عملية موجهة نحو الهدف، حيث يوجه فيها الفرد أفكاره وسلوكياته نحو أهداف معالجة مصدر التوتر وإدارة ردود الفعل العاطفية للتوتر. (Liu, 2006, p 22)

يشير التعامل (Coping) إلى عملية إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي تم تقييمها من قبل الفرد بأنها متعبة أو تفوق قدراته، فالتعامل يتكون من الجهود الموجهة نحو العمل، وتلك التي تتم على المستوى النفسي من أجل إدارة (تخفيف، أو تقليل، أو تحمل، أو ضبط) مطالب البيئة الداخلية والخارجية، والصراع الموجود بين هذه المطالب. (تايلور، 2008، ص 352)

فقد عرف Carver & Scheir (1994) بأنها أي شيء يقوم به الأفراد لإدارة المشكلات أو الاستجابات الانفعالية، ويصفها بعض الباحثين على أنها الاستجابة الواعية أو رد الفعل للأحداث الخارجية الشاقة أو السلبية. (الشويخ، 2012، ص 151)

وفقاً لسنايدر (Snyder) فإن استراتيجية التعامل هي استجابة تهدف إلى تقليل الأعباء الجسدية والعاطفية والنفسية المرتبطة بأحداث الحياة المجهدة، (Peres & Lucchetti, 2010, p 332) وقد عرّف تونكس وبيليسيمو (Tunks and Bellissimo) استراتيجية التعامل على أنها أي سلوك يمكن ملاحظته ردًا على التهديد، بغض النظر عن نجاحها (Peres & Lucchetti, 2010, p332).



وحسب (Shroeder1986, Schurch & Schroeder 1990) فان استراتيجيات التعامل تشتمل على عمليات معرفية و خبراتية وسلوكية و فيزيولوجية و غددية و مناعة نفسية عصبية ، وترتبط مع المحيط الاجتماعي للشخص المعني في علاقة نشطة متبادلة (سامر جميل رضوان 2002 ص 169) وفقا لـ (لازاروس وفولكمان 1984) تُعرّف استراتيجيات التعامل بأنها الأفعال التي يستخدمها الشخص للتحكم في المشكلة التي يعاني منها. يركز نموذج المعاملات للتعامل مع الضغط على التفاعل بين الفرد والضغط المتمرس. يحدث الإجهاد عندما يكون هناك عدم توازن بين موارد الشخص للتوسط أو التعامل مع متطلبات البيئة. وحسب (Charon 2007). فانه يعتبر تفسير الحدث أكثر أهمية من الحدث نفسه، والذي يُنظر إليه أيضًا على أنه ضروري في التفاعل الرمزي. (Lindqvist et al, 2019, p 635) اما ستيبيتو (Steotoe 1991) فيعرف استراتيجيات التعامل على أنها استجابات يظهرها الفرد للتعامل مع الوضعيات الضاغطة، وقد تكون ذات طبيعة معرفية أو انفعالية، أو تحويل في الخيال وضعية خطيرة إلى منفعة شخصية. كما يمكن أن تأخذ أشكالاً سلوكية مباشرة أكثر (كالمواجهة الصريحة للمشكل، تبني سلوك التجنب، أو البحث عن المساندة الاجتماعية) (Schweitzer, Dantzer, 2003, p100).

## 2- استراتيجيات التعامل لدى مرضى زراعة الكلى:

حسب (Lazarus & Folkman, 1984) تتكون استراتيجيات التعامل من الجهود المعرفية والسلوكية لإدارة مطالب محددة تم تقييمها على أنها مرهقة، قام بعض الباحثين بالتحقيق في استراتيجيات التعامل التي يستخدمها مرضى زراعة الكلى للتعامل مع وضعهم الصحي الجديد بعد عملية زراعة الكلى، فقد أجرى Lindqvist et al (2004) دراسة لمقارنة الاستخدام والفعالية المتصورة لاستراتيجيات التعامل المختلفة لدى 30 شخص خضعوا لعمليات زرع الكلى باستخدام مقياس استراتيجيات التعامل **Jalowiec Coping Scale** (Jalowiec, 1991)، و أظهرت النتائج أن مرضى زراعة الكلى استخدموا بشكل ملحوظ أسلوب تعامل أكثر تفاؤلاً وداعماً واعتماداً على الذات وأقل انفعاليةً من عامة الناس. اعتبر مرضى زرع الكلى أن الاعتماد على الذات والتعامل مع المواجهة هو أكثر فاعلية وأن التعامل العاطفي أقل فاعلية، ارتبط التكيف العاطفي والقدري (الذي يعزو فيه المريض أسباب ضغوطه للقدر) بكفاءة متدنية في التعامل مع مختلف جوانب الظروف. وجد هناك ارتباطات إيجابية قوية لدى مرضى زرع الكلى بين تصنيفات الاستخدام والفعالية لمعظم استراتيجيات التعامل. (Lindqvist Et al, 2004, p47)

وفي نفس السياق اشار **Sutton & Murphy (1989)** الى أن المرضى استخدموا أسلوب التعامل مع المشكلة بشكل أكبر (مثل محاولة النظر إلى المشكلة بموضوعية، والحفاظ على بعض السيطرة على الموقف) من التعامل المتمركز على العاطفة (مثل تناول المخدرات، وشرب الكحول، واللوم شخص اخر). تم العثور على الصلاة أيضًا كواحدة من أكثر طرق التعامل استخدامًا. وقد قارنوا أيضًا من خلال دراستهم طرق التعامل بين المرضى من 0 إلى 23 شهرًا بعد الزرع والمرضى بعد 24-48 شهرًا من الزرع. لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات التعامل الإجمالية، لكن المجموعتين اختلفتا في درجات التعامل المتمركز على العاطفة مع مجموعة 24-48 شهرًا التي سجلت درجات أعلى. **(Sutton & Murphy, 1989, p46)**

قيم **White, Ketefian, Starr, & Voepel-Lewis (1990)** استراتيجيات التعامل المستخدمة من قبل متلقي زراعة الكلى البالغين في الأشهر الستة الأولى بعد الزرع. تم استخدام قسم التعامل في استبيان زرع الكلى لقياس التعامل ووجد أن أعلى استراتيجيات التعامل كانت على بعد الانفصال والتحكم الذاتي، قبول النطاق الفرعي للمسؤولية (المواقف الإيجابية) ، في حين كانت درجات المقياس الفرعي للهروب ، التفكير بالتمني هي الأقل. تم تحديد التعامل الديني أيضًا على أنه استراتيجية تأقلم شائعة في التعامل مع الإجهاد المرتبط بالزرع،

أشار **Martin and Sachse (2002)** إلى أن مريضات زراعة الكلى أبلغن عن مستويات عالية من المنظور الروحي، يبدو أن مرضى زراعة الكلى يستخدمون أسلوبًا أكثر تفاعلًا واعتمادًا على الذات وأقل انفعاليًا من عامة الناس. بشكل عام، استخدم مرضى زراعة الكلى أسلوب التعامل المتمركز حول المشكلة أكثر من التعامل المتمركز على العاطفة. ومع ذلك، زرع الكلى المرضى في غضون سنتين إلى أربع سنوات بعد الزرع استخدموا أسلوب التعامل المتمركز حول العاطفة أكثر من المرضى في غضون عامين بعد الزرع. تم استخدام التباعد، الانفصال والتحكم في النفس، القبول أكثر من غيرها، بينما تم استخدام الهروب، التفكير بالتمني على الأقل في المرضى خلال الأشهر الستة الأولى بعد زراعة الكلى. كما تم استخدام التعامل الديني بشكل متكرر في التعامل مع الإجهاد المرتبط بالزرع. تم العثور على اختلافات ثقافية في التعامل، مما يشير إلى أن مرضى زرع الكلى الصينيين يستخدمون أقل عاطفية. لقد استخدموا مركز الضبط الداخلي للتعامل أكثر من مركز الضبط الخارجي. **(Liu, 2006, p 33)**

تم استخدام تسميات مختلفة لاستراتيجيات التعامل والأدوات المختلفة التي تقيس التعامل مع مستويات مختلفة من التحقق النفسي في هذه الدراسات، مما يجعل من الصعب المقارنة والتوصل إلى استنتاجات

عبر هذه الدراسات. لم يذكر بعض الباحثين الإطار المفاهيمي لدراساتهم، وبالتالي لا يمكننا تقييم ما إذا كانوا قد قاسوا ما يريدون قياسه جيداً.

### 3- التناولات النظرية المفسرة لمفهوم استراتيجيات التعامل:

يمكن تلخيص نظريات التعامل بصفة عامة في ثلاثة نماذج نظرية رئيسية والمتمثلة في النماذج التقليدية (النموذج الحيواني، النموذج التحليلي) والنموذج التفاعلي، تختلف هذه النماذج في افتراضاتها حول مصدر وتطوير وفعالية استراتيجيات التعامل المستخدمة.

#### 3-1- النموذج الحيواني:

كان للأعمال التي قام بها **كانون Cannon** دور كبير في ظهور هذا الاتجاه الذي يعتمد على التجارب المخبرية والذي يرتبط في جذوره بالنظرية التطورية لا سيما الفكر الدارويني، حيث اهتم **داروين Darwin** بالسلوكيات الصادرة عن الحيوانات للحفاظ على بقاءها، فبالعودة إلى تلك الاستجابات الملاحظة عند تعريض مجموعة من الحيوانات للصدمات الكهربائية وجد أنها تعتمد على سلوكيات معينة كالهروب و التجنب، وحسب هذا المنظور تم تعريف التعامل على انه تلك السلوكيات الهادفة للسيطرة على الظروف البيئية غير المرغوب فيها مع التقليل من العواقب النفسية و الاجتماعية للفرد ، وقد اشار **اورسين Ursin** سنة 1980 الى ان التعزيزات الإيجابية تساعد الحيوان وايضا الانسان على تعلم كيفية التحكم في الضغط، لكن نظرية الانتقاء الطبيعي لم تتعمق اكثر في شرح مختلف الاستراتيجيات المعتمدة من قبل الفرد، حيث يقتصر على وصفها بالاستجابات السلوكية المكتسبة المستخدمة من قبل الشخص للتعامل مع تهديد حيوي. (ساعد، 2019، ص144)، ويعتبر هذا نموذج عام، حيث ينطبق على كافة الكائنات الحية، حيث يفسر التعامل على انه استجابة سلوكية فطرية او مكتسبة للتعامل مع تهديدات البيئة، ويشير هذا النموذج الى نوعين من استراتيجيات التعامل:

- استراتيجية التجنب او الهروب المستعمل في حالة الفرع او الخوف.

- استراتيجية المواجهة او الهجوم المستخدم في حالة الغضب.

حيث ان معيار نجاح استراتيجية التعامل معينة يعتمد على مدى التحكم والتخفيف في النشاط

الفيزيولوجي الذي تحدثه. (عزوز، 2009، ص48)

يرى كل من **لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984)** ان البحوث المستتدة على

النموذج الحيواني في الضغط والتعامل يستند في الاساس على ما يسمى بالسلوك التجنبي، او سلوك الهروب

والفرار او الهجوم، حيث لم يأخذ بالاعتبار قدرة الشخص على التعامل مع المواقف وتعديلها او مواجهتها أحيانا. (غربي، 2009، ص 116)

كانت ابحاث **Obrist (1981)** وزملائه من أكثر الأبحاث إثارة للاهتمام حول الفيزيولوجيا النفسية للتكيف والاستجابات القلبية الوعائية، ولا سيما عملهم على مفهوم التأقلم النشط، على النقيض من التأقلم السلبي. حيث يشير هذا البحث بقوة إلى أن التأقلم النشط هو وسيط مهم للتغيرات القلبية الوعائية التي يتم التحكم فيها عن طريق الجهاز الودي. لن يكون مفاجئاً أن ننظر بشكل عام إلى النموذج الحيواني للتكيف مع التبسيط والافتقار إلى الثراء المعرفي العاطفي والتعقيد الذي يعد جزءاً لا يتجزأ من الأداء البشري. (Lazarus et Folkman, 1984 p118)

### 3-2- النموذج التحليلي:

حسب (**Rahe et Arthur, 1978**) ترتبط استراتيجيات التعامل بالميكانيزمات الدفاعية اللاواعية التي تتمثل وظيفتها في تقليل القلق في مواجهة الأفكار والتأثيرات غير المقبولة. لقد جعل هذا النموذج من الممكن فهم ردود فعل معينة للأفراد الذين يواجهون حدثاً مرهقاً بشكل أفضل، إلا أنه يتعلق فقط بتقليل التوتر إلى عتبة مقبولة بطريقة غير واعية، ولا يشمل حل المشكلة. بالنسبة للبعض، تلعب آليات الدفاع دور التصفية بين الضغوطات والاستجابة بالنسبة للآخرين، يجب اعتبارها مقدمة للتكيف. (PUPAT, 2007, p 28)

كما تجدر الإشارة الى ان نموذج علم نفس الأنا، ارتبط التعامل بدفاعات الأنا، أي بمجموعة من العمليات المعرفية اللاواعية التي تهدف إلى تقليل أو قمع كل ما يمكن أن يثير تطور القلق. تم تحديد العمليات المعرفية المختلفة التي تهدف إلى تقليل القلق الناجم عن حدث ما: الإنكار، والعزلة، والتفكير، وما إلى ذلك. (فيلانت ، 1977 Vaillant). المعيار الأساسي للتعامل الناجح هنا يتعلق بجودة العملية (مرونتها، درجة التزامها بالواقع) ونوعية التحول النفسي. (Paulhan et Bourgeois, 1992 ,p546)

من اهم طرق التعامل مع مصادر الضغوط النفسية هي استخدام الميكانيزمات الدفاعية حيث يشير التراث النظري الى أربع أنواع وهي:

✓ **الكبت Repression**: وهو استراتيجية تعامل دفاعية هدفها حماية الشخص من القلق الذي يحدث نتيجة الذكريات و الأفكار السلبية بهدف منعها من الوصول الى الوعي وقد أشار **Ward et al** الى ان الكبت

لدى المرضى الذين يخضعون للعلاج الكيميائي قد يقلل من اعراض المرض لديهم بالمقارنة مع المرضى الذين ليس لديهم الكبت.

✓ **النكوص Regression**: وهو استراتيجية تعامل دفاعية توظف عندما يعود الشخص الى سلوكيات أكثر ملائمة للمرحلة التطورية المبكرة حيث قدم **ميلكين 1998 Miliken** مثال على ذلك وهو يخص المرضى المسنين الذين يكونون طريحي الفراش لفترة زمنية ويتخذون وضعية الجنين ويرفضون الاستجابة للمحيطين بهم.

✓ **التبرير Rationnalization**: ويسمى أيضا التنظير **Intellectualization** وهو محاولة الافراد إعطاء تبريرات واعذار لأنفسهم وذلك لإثبات براءتهم من التسبب في حدوث الضغوط النفسية بدلا من تقبل الوضع على حقيقته.

✓ **الانكار Dental**: وهو من استراتيجيات التعامل الدفاعية التي تعمل على عدم تقبل الافراد لحدوث الاحداث الضاغطة وانكارها حيث يصف **دراس ودوجلاس 1988 Druss and Douglas** الاشكال والدرجات المختلفة للإنكار حيث تتراوح بين انكار واضح للمرض وتجنب التفكير او الحديث عن مصدر الضغط النفسي، وقد قيل ان مفهوم الانكار يشمل استراتيجية كل من الكبت، النكوص والتبرير. (الشويخ، 2012، ص 155)

وحسب (**Wenzel et al 2002**) فانه يرى هناك مواقف يلجا لها الفرد بالميكانيزمات الدفاعية والتي يكون لها نواتج إيجابية بالرغم من النظرة التقليدية لها باعتبارها استراتيجية سلبية ولذا وجب الإشارة الى ان الاستراتيجية الفعالة هي التي تتميز بالمرونة من حيث الاستجابة المناسبة للمواقف المختلفة. (الشويخ، 2012، ص 167)

أثارت الأبحاث التي أجريت حتى السنوات الأخيرة بفرنسا مع المرضى في المستشفى دور آليات الدفاع في التكيف مع المرض وبالتالي، فإن بعض الآليات مثل الإنكار والعزلة والروح القتالية من شأنها أن تحمي الشخص من القلق بشكل أكثر فعالية. (ريفيدي ، **Revidi 1986** ) ، على الرغم من أن هذا النموذج قد ساهم إلى حد كبير في فهم أفضل لردود فعل الفرد الذي يواجه حدثا مرهقا، إلا أنه لا يزال غير مكتمل، باعتبار هذه الميكانيزمات كنظام دفاعي هدفه إعادة التوازن الانفعالي ذلك يعني أن يتم تركيز الاهتمام على خفض الضغط فقط، بدلا من البحث عن حل للمشكلة التي أحدثها الموقف الضاغطة.. (Paulhan et Bourgeois, 1992, p546)

### 3-3- النموذج التفاعلي

يعتبر نموذج لازاروس وفولكمان (1984) للضغط والتعامل هو النموذج الأكثر شهرة والأكثر استخدامًا في أبحاث استراتيجيات التعامل. الافتراض الأساسي لهذا النموذج هو أن الأفراد الذين يتعاملون مع ضغوط معينة يقومون بتقييم هذا الضغط وأن هذا التقييم هو الذي يحدد ردود أفعالهم العاطفية أو السلوكية، ويسمى هذا التقييم بالتقييم المعرفي، والذي يُعرّف بأنه "عملية تصنيف التعامل، وجوانبه المختلفة، يمكن تصنيف التقييم المعرفي على أنه تقييم أولي وتقييم ثانوي.

يشير التقييم الأولي إلى مجموعة من المعارف المتعلقة بتأثير أو أهمية التعامل مع المواقف الضاغطة

(Lazarus & Folkman, 1984, p31).

#### ✓ التقييم الأولي أو الإجهاد المتصور:

يشير التقييم الأولي إلى مجموعة من المعارف المتعلقة بتأثير أو أهمية التعامل مع المواقف الضاغطة، في هذه المرحلة يقوم فيها الشخص بتقييم الموقف. هذا التقييم يعتمد على تاريخه وقيمه وتوقعاته ومعتقداته. بمعنى أن هذا البُعد ذاتي، لا يمكن اختزاله في خصائص الموقف، ولا في شخصية الفرد في هذا التعامل. يحدد الشخص الموقف وخصائصه. يقوم بتقييم من هذا التمثيل للموقف سواء كان ذلك تهديدًا أو تحديًا أو خسارة.

#### ✓ التقييم الثانوي أو السيطرة المدركة:

في حين يشير التقييم الثانوي إلى مجموعة من المعارف المتعلقة بالموارد أو الخيارات المتاحة للتعامل مع الموقف الضاغط، في هذه المرحلة يلعب تصور إمكانية الشفاء والسيطرة التي يعاني منها الشخص على مرضه، هذه هي المرحلة التي يقوم فيها الفرد بتقييم قدرته على التحكم في الموقف، مواردها المتاحة للتعامل مع الوضع الذي تم تقييمه مسبقًا (من حيث التحدي، الخسارة أو التهديد): الموارد المادية والمادية والنفسية، قد تؤثر بعض الخصائص المرتبطة بالأمراض على هذا التقييم موارد مختلفة. وهكذا، في تقييمهم للموارد المادية، العديد من المرضى يواجهون جسدًا ضعيفًا مؤلمًا، دون أن يعرفوا بالضرورة الحلول للتعويض هذه المعوقات والضعف. ماديًا، فقد بعض هؤلاء الأشخاص التوظيف والعلاجات الموازية مكلفة، ثم تلعب حاشية الشخص دورًا أساسيًا. هذا معقد في بعض الأحيان بسبب اختفاء المرض والميل إلى الانسحاب الأنشطة الاجتماعية بسبب عدم القدرة على التنبؤ بنوبات الألم والإرهاق. هذه العوامل أظهر كيف يمكن تقييم تعقيدات المرض على أنها مرهقة. مثلًا عندما تكون نتيجة التقييم الأولي هي الخسارة في مواجهة

التغيرات في إيقاع الحياة، وأن التقييم الثانوي هو موارد غير كافية، ويتم استيفاء الشروط المضي قدما في تطوير استراتيجيات التعامل من أجل التغلب على هذا الوضع الذي يتطلب الإقامة من جانب الشخص. ( PUPAT,2007,p 28 )

يتم تعريف التعامل على أنه أي جهد لإدارة المطالب الخارجية أو الداخلية التي يتم تقييمها على أنها سلبية أو صعبة. تشير المطالب الخارجية إلى التعامل نفسه، بينما تشير المطالب الداخلية إلى ردود الفعل العاطفية على التعامل، ان التركيز على المشكلة وعلى العاطفة هما الوظيفتان الرئيسيتان للتعامل. يتضمن التعامل الذي يركز على المشكلة أنشطة تهدف إلى تغيير عناصر الموقف المليء بالضغط. في حين التعامل الذي يركز على العاطفة يتضمن أنشطة تعدل ردود الفعل العاطفية للفرد الناتجة عن الموقف المجهد وتجعل الحياة محتلمة من خلال تجنب المواقف التي يمكن أن تكون صعبة إذا تم التعامل معها بشكل مباشر (Lazarus & Folkman، 1984).

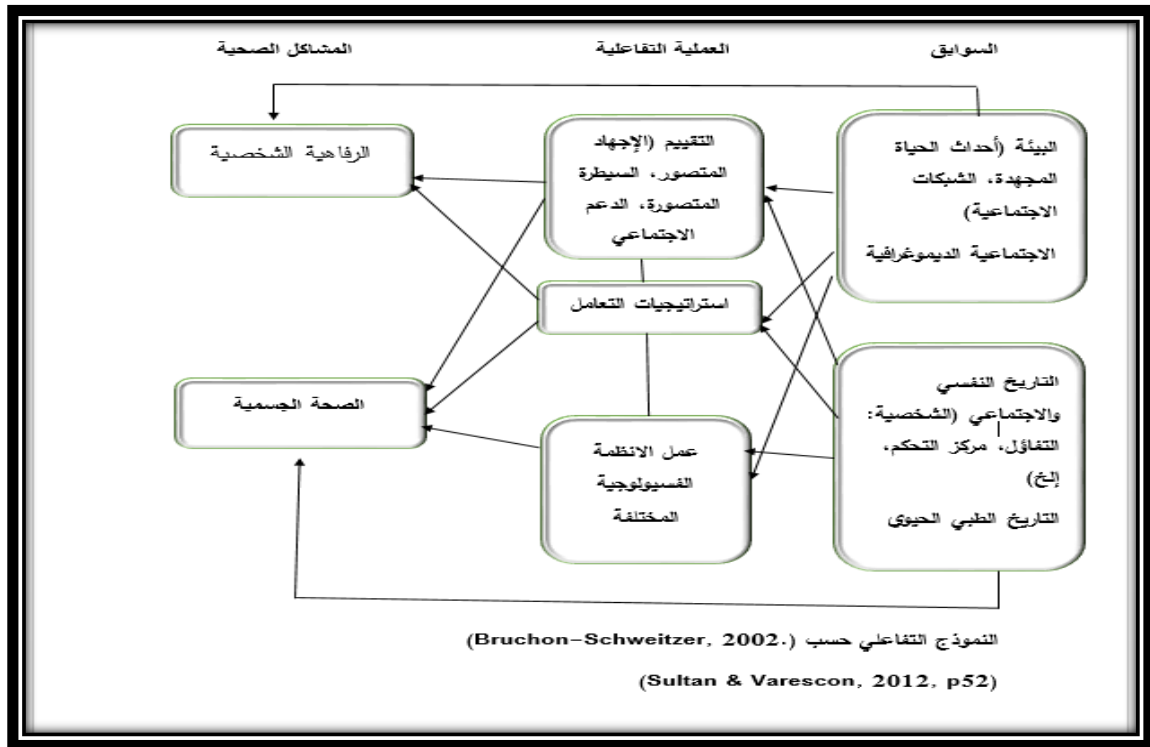
قد تكون عواقب التعامل فعالة أو غير فعالة في إدارة الضغوط النفسية والاجتماعية والسيولوجية. يستخدم معظم الناس أشكالاً مختلفة من استراتيجيات التعامل في المواقف العصيبة؛ ومع ذلك، فإن التعامل الذي يركز على المشكلة يسود عندما يشعر الناس أنه يمكن القيام بشيء بناء، ويسود التأقلم الذي يركز على العاطفة عندما يعتقد الناس أن الموقف المجهد لا يمكن تغييره (لازاروس، 1990). يُنظر إلى التأقلم الذي يركز على المشكلات على أنه استراتيجية أكثر فاعلية في المجتمعات الغربية (لازاروس، 1993). يبدو أن التأقلم غير الناجح أكثر ارتباطاً بالتأقلم المركز على العاطفة، مثل استراتيجيات التجنب والتفكير القائم على التمني ولوم الذات (فولكمان وآخرون، 1986). تشير بعض النتائج إلى أن استراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة تبدو أكثر تكيفاً على المدى القصير، في حين أن التكيف الذي يركز على المشكلة قد يكون أكثر تكيفاً على المدى الطويل (Suls & Fletcher، 1985).

في نموذج لازاروس وفولكمان (1984) للضغط والتأقلم، تم اعتبار التقييم والتعامل كعمليات، وتم توضيح العلاقات بين التوتر والتقييم والتعامل بشكل واضح. أكد النموذج بشكل خاص على التقييم باعتباره الوسيط المعرفي الذي يؤثر على التعامل. هذا النموذج مناسب لدراسة الأمراض المزمنة. ومع ذلك، هناك بعض العيوب لهذا النموذج الإجهاد والتأقلم الأصلي هذا.

على الرغم من أن لازاروس وفولكمان (1984) أكدوا على معاملات الوضع الشخصي، إلا أن بُعد الموقف ممثل بشكل ضعيف في هذا النموذج. أهمل النموذج أيضاً التفاعلات مع السياق، مثل أهمية الدعم الاجتماعي في التأقلم، وتجاهل أيضاً تأثيرات الفرد ككل الذي لديه هدف أو دافع معين، ونوايا ظرفية،

وأنظمة معتقديه ونمط حياة من الخطط، والاتصالات الاجتماعية حول معنى الحدث. عالج عدد قليل من الباحثين بعض القيود من خلال دمج نماذج أخرى في نموذج الإجهاد والتعامل .  
(Schwarzer, 1998 ؛ Shaw, 1999).

بناءً على هذه التقييمات، يقوم الشخص بعد ذلك بتنفيذ بعض استراتيجيات التعامل. يتم تقييم نتائج هذه الاستراتيجيات بدورها، من أجل تعديل استخدامها. (Liu, 2006, p 23)  
وقد اقترح Bruchon-Schweitzer (2002) النموذج التفاعلي الخاص بالضغط والتعامل.



الشكل رقم-04-: يوضح مخطط النموذج التفاعلي

4-تصنيف استراتيجيات التعامل:

4-1-حسب تصنيف لازاروس وفو ليمان (1984):

فقد قسما استراتيجيات التعامل إلى نوعين:

✓ - استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل: وتهدف إلى التعامل المباشر مع المواقف الضاغطة ومن ثم العمل على إيجاد طريقة لحلها وتعتبر هذه الاستراتيجيات بشكل عام الأكثر احتمالاً لأن تكون فعالة، وذلك عندما يكون هناك شيء يمكن القيام به للتحكم على مصدر الضغط أو معالجته.



✓ - استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال: وتشير إلى التعامل مع الانفعالات المحيطة بمصدر الضغط، وتتضمن محاولات إعادة التقييم الإيجابي لمصدر الضغط وذلك لرؤية الموقف بصورة أكثر إيجابية إضافة إلى أن الأفراد الذين يتخذون استراتيجيات التعامل المتمركزة على الانفعال يحاولون تقبل الموقف الضاغط والبحث عن المساندة الوجدانية ومحاولة التنفيس عن انفعالاتهم وذلك من خلال الانخراط في الأنشطة الروحانية. (شويخ، 2012، ص 152)

ويشير فولكمان ( 1984 ) إلى أن الأفراد يتبنون استراتيجيات التعامل بنوعها (المتمركزة على المشكلة والمتمركزة على الانفعال) في تعاملهم مع المواقف الضاغطة، إلا أنهم يلجئون إلى إحداها بشكل أكبر من الأخرى حسب طبيعة الموقف الضاغط، وتقييم الفرد لذلك الموقف، حيث يميل الأشخاص عموماً إلى تبني استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال إذ كانت المشكلة خارجة عن إطار تحكمهم ويميلون إلى استخدام الاستراتيجيات المتمركزة على المشكلة عندما يعتقدون أنه بإمكانهم عمل شيء ما تجاه الموقف الضاغط وقادرون على التحكم به والسيطرة عليه. (الشخانية، 2010، ص 38)

#### 4-2- وفق شوارتزر Schwarzer (2000)

نجد هناك أربعة أنواع لاستراتيجيات التعامل هي:

- استراتيجية التعامل الاستجابية (Coping Reactive) : ويقصد بها محاولة للتكيف مع المواقف الضاغطة التي حدثت فعلاً ، اين يتم توجيه جهود التعامل هنا مباشرة إما للتخفيف من ضرر او للتعويض عن خسارة و بشكل عام فإن هذه الاستراتيجية هي أكثر ما تناولته الدراسات الخاصة بالتعامل حتى الان.
- استراتيجية التعامل التوقعية Coping Anticipatory : ويقصد بها محاولة التعامل مع تهديد وشيك أي التعامل مع حدث خطير من المؤكد حدوثه في المستقبل القريب. والخطر هنا يتمثل في كون هذا الحدث قد يلحق أذى أو خسارة لاحقاً وعلى الفرد التعامل مع الخطر المتصور، ان وظيفة التعامل تتمثل في حل المشكلة الحالية من خلال زيادة المجهودات والحصول على المساعدة أو الاستثمار في موارد أخرى.
- استراتيجية التعامل الوقائية (Coping Preventive): وتعرف على أنها محاولة لبناء موارد عامة للمقاومة تخفض من حدة نتائج الضغط، ويقلل من احتمال ظهور المواقف الضاغطة بالدرجة الاولى. ففي هذا النوع يواجه المرء مختلف المواقف البالغة الاهمية التي قد تحدث أو لا تحدث مستقبلاً.
- استراتيجية التعامل الاستباقية (Coping Proactive): تتضمن الجهود الهادفة لبناء موارد عامة تساعد على تحقيق الاهداف الصعبة وتحاول تعزيز النمو الشخصي، فالأفراد يختلفون في الموارد التي

يلجؤون لها خلال الاحداث الضاغطة وتتضمن هذه الموارد الشخصية مثل: الدعم الاجتماعي وفعالية الذات، وكلما ارتفعت الموارد الشخصية زادت امكانية التعامل بشكل أكثر فعالية مع الضغوط.

(ساعد، 2019، ص163)

4-3- تصنيف كارفر وزملائه (carver et al 1989):

صنف كارفر وزملائه استراتيجيات التعامل المستخدمة في حل المشكلات وذكرها الشرقاوي سنة

1993 الى ثلاث مجموعات وهي:

1- استراتيجيات المواجهة

❖ التعامل النشط (Active Coping)

❖ التخطيط (Planning)

❖ كبت الأنشطة المتشاركة (Suppression of Competing)

❖ التمهّل (Restraint Coping)

2- استراتيجيات التماس العون

❖ اللجوء الى الدين (Returning to Religion)

❖ الدعم الاجتماعي العملي (Instrumental Seeking Social Support)

❖ الدعم الاجتماعي العاطفي (Emotional Seeking Social Support)

❖ التماس التفريغ العاطفي (Focusing on and Venting of Emotions)

3- الاستراتيجيات السلبية

❖ الإنكار (Denial)

❖ التحرر الذهني (Mental Disengagement)

❖ التقبل (Acceptance) (بن عمور، 2017، ص85)

4-4- تصنيف كوهن (Cohen)

قدم مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية للتعامل مع الضغوط شملت الآتي:

1- التفكير العقلاني (Thiking Rational) :

استراتيجية يلجأ خلالها الفرد إلى التفكير المنطقي بحثاً عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط.

2- التخيل (Imagining) :

استراتيجية يتجه فيها الأفراد إلى التفكير في المستقبل، كما أن لديهم قدرة كبيرة على تخيل ما قد يحدث.

3- الإنكار (Denial) :

عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل والانغلاق وكأنها لم تحدث على الإطلاق.

4- حل المشكلة (Solving Problem) :

نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة للتعامل مع الضغوط النفسية التي يتعرض لها.

5- الفكاهة او الدعابة (Humor) :

استراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وروح الفكاهة، وبالتالي قهرها والتغلب عليها، كما أنها تؤكد على الانفعالات الإيجابية أثناء التعامل.

6-الرجوع إلى الدين (Religion to Turning) :

وتشير هذه العملية إلى رجوع الأفراد إلى الدين والإخلاص الديني عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي، وذلك لمواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها. (Cohen,1988,p285)

4-5- تصنيف سيشير " وآخرون Scheier et al :

حدد استراتيجيات التعامل مع الضغوط في عدة أنواع هي:

✓ الانكسار: رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو محاولة تجاهل الموقف كلية من جانب الفرد.

✓ التعامل الموجه نحو المشكلة: يقوم الفرد بوضع خطة معيبة وان يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث والموقف الضاغط.

✓ لوم الذات: حيث يرى الفرد انه المسؤول عن تعرضه للموقف الضاغط.

✓ التقبل والاستسلام: ويشير غالي تقبل الفرد للموقف وذلك نظرا لعجزه وانعدام الحيلة لديه أو نتيجة لرفضه القيام بأي شيء تجاه الموقف.

✓ إعادة التفسير الايجابي للموقف: كان يحاول الفرد إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف، مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس.

✓ الهروب من خلال التخيل: أي الركون إلى أحلام اليقظة.  
 ✓ المساندة الاجتماعية: تشير إلى سعي الفرد نحو الآخرين لطلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة والحصول على المساعدة منه. (جدو، 2014، ص 110)

جدول رقم-03 :- يوضح ملخص اهم التصنيفات الخاصة باستراتيجيات

التصنيف	العلماء
-استجابات موجهة نحو المشكلة -استجابات موجهة نحو الدفاع -استجابات عصبية وذهنية	• ميدانيك وزملاؤه Mednick et al 1975
-مواجهة مباشرة -مواجهة دفاعية	• موريس Morris 1982
-مواجهه وقائية مواجهة قتالية	• ما ثني وز ملاؤه Matheny et al 1986
-مواجهة موجهة مركزة المشكلة -مواجهة موجهة مركزة على الانفعالات -مواجهة بالتجنب	• أندلر وباركر Endler & Parker 1990
-استراتيجيات المواجهة الانفعالية استراتيجيات المواجهة المعرفية	• مارتن وزملاؤه MARTIN et al 1992
-مواجهة بالتحكم -مواجهة بالتجنب	• كوسك، كرك وكوسكي 1993 Koeske .Kirk & Koeski
-التخيل -الفكاهة -الانكار	• كوهين Cohen 1994
-مواجهة نحو المشكلة -مواجهة نحو الانفعال	• زماردو، فيبر 1997 Zimbardo & Weiber
-مواجهة بالتحكم -مواجهة بالهروب	• جيناكوس Gianakos 2002

نقلا عن (بن زروال، 2008، ص 121)

5-مصادر استراتيجيات التعامل:

5-1-الصحة البدنية:

تعد من بين أكثر المصادر ارتباطا باستراتيجيات التعامل، فالشخص الضعيف او المريض او المراهق وتكون لديه طاقة اقل للتعامل مع المواقف مقارنة بشخص اخر قوي وذو صحة جيدة، فالدور الذي تلعبه الصحة الجسمية يتضح بشكل خاص اثناء التعرض للمشاكل الدائمة او عند التعامل مع المواقف الضاغطة تتطلب اقصى درجات التعبئة، حيث تزيد قيمة اهتمام الفرد بالصحة وطاقة المواجهة لديه.

فيما تجمع الكثير من البحوث على سبيل المثال (بولمان وورتمان (1977) Bulman & Wortman، ديمسدال (1974) Dimsdale، هامبورغ و ادامز (1967) Hamburg & Adams) الى ان الناس قادرون على التعامل بشكل فعال بالرغم من سوء حالتهم الصحية وانخفاض طاقتهم ، فالصحة والطاقة تسهلان بالتأكيد استراتيجية التعامل حيث يشعر الفرد انه على ما يرام الا ان البعض مما يعانون امراض مزمنة يمكنهم عادة تعبئة طاقة كافية للتعامل اذا تطلب الامر ذلك.

(لازاروس وفولكمان 1984 ص 159)

5-2-المعتقدات الإيجابية :

يمكن أيضاً اعتبار النظر إلى الذات بإيجابية أمراً مهماً للغاية مورد نفسي للتعامل. ندرج في هذه الفئة هؤلاء المعتقدات العامة والمحددة التي تشكل أساساً للأمل والتي تدعم جهود المواجهة في مواجهة أكثر الظروف سوءاً، يمكن تشجيع الأمل من خلال الاعتقاد السائد بأن النتائج يمكن التحكم فيها، أو أن الفرد لديه القدرة على التأثير على هذه النتائج، أو أن شخصاً معيناً على سبيل المثال (طبيب) أو برنامج (على سبيل المثال، العلاج) فعال، أو من خلال المعتقدات الإيجابية حول العدالة، الإرادة الحرة، أو الله. لا يمكن أن يوجد الأمل إلا عندما تجعل مثل هذه المعتقدات النتيجة الإيجابية تبدو ممكنة، إن لم تكن محتملة.

إن رؤية المعتقدات الإيجابية كمورد للتكيف هي في تقليد الكتاب "المهمنين" مثل نورمان فنسنت بيل، الذين يدعون القوى الوظيفية للتفكير الإيجابي والقدرة على إلقاء ضوء جيد على التجارب. ما هو غير واضح هو ما إذا كانت هناك تكاليف للتفكير الإيجابي، وما إذا كان يمكن التأثير على الأشخاص الذين لا يشاركون فيه للقيام بذلك. قد يكون أولئك الذين هم في أمس الحاجة إلى تنمية هذه القدرة هم الأقل قدرة على ذلك. نعتقد أنه من المهم دراسة التفكير الإيجابي، بما في ذلك الظروف التي تشجعه، وتكاليفه وفوائده، ومدى

إمكانية تطويره من خلال التدخلات. (تايلور، 2008، ص 359)

5-3- الصلابة النفسية :

تعتبر من احدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط والاحتفاظ بالصحة الجسمية والنفسية، وحسب (كوباسا 1979 Kobassa ) ، فإنها مجموعة من السمات الشخصية تعمل كمصدر أو كواق لأحداث الحياة الشاقة، وأنها تمثل اعتقادا او اتجاها عاما لدى الفرد في قدرته على استغلال كافة مصادره، وإمكاناته النفسية، والبيئة المتاحة، كي يدرك أحداث الحياة الشاقة إدراكا غير مشوه، ويفسرها بمنطقية وموضوعية، ويتعايش معها على نحو إيجابي. و انها تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي: الالتزام، التحكم، والتحدى ( Kobassa, 1979, p3 )

5-4- التفاؤل : optimism

ويقصد به التوقع الإيجابي للمواقف المستقبلية ولنتائج الاحداث الراهن، وقد عرف Scheier و Carver (1985) الأشخاص المتفائلين على انهم "يؤمنون عموما ان الامور الجيدة ستحدث لهم ، وهما اكثر نزوعا من المتشائمين الى استنباط شعور بالاستعادة من الازمات ، والتفاؤل يرتبط بالاستعمال المرن لاستراتيجيات التعامل المتعلقة بإمكانية التحكم في الضغوطات ،و يعتبر التفاؤل مؤشرا على القدرة لإدارة متطلبات موقف صادم محتمل.(بوبكر مليكة ، عمار ميلود ص78 )

5-5-فاعلية الذات :

تعتبر من اهم مكونات النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا Bandora (2003) والتي تعتمد على أحكام الفرد وتوقعاته المرتبطة بمهاراته السلوكية ومدى كفايتها للتعامل بنجاح مع الظروف المحيطة به. إذن فالأفراد لديهم نظاما للتحكم في مشاعرهم وأفكارهم وهو نظام يتضمن قدرات وإمكانات في التخطيط وتقييم المواقف .وحسب باندورا أن الذين لديهم كفاءة ذاتية عالية يعتقدون ان لديهم القدرة على إحداث تغيير في البيئة. أما الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية منخفضة فإنهم ينظرون إلى أنفسهم بأنهم غير قادرين على أداء ناجح .(مزاور، 2003 ص 254)

5-6-مركز الضبط :

يشير مصدر الضبط الصحي الى احد اشكال الضبط النوعي المرتبط بالجانب الصحي حيث يعد (جوليان روتر ) اول من تناول مفهوم مصدر الضبط في مجال نظرية التعلم الاجتماعي ، ولقد تعددت التعاريف التي اهتمت به حيث أشار ليفكورت (lefcourt,1984) الى اعتباره بعد من ابعاد الشخصية يؤثر في العديد من أنواع السلوك وان اعتقاد الفرد بانه يستطيع التحكم والسيطرة في اموره الخاصة والعامة

يسمح له بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط ويتمتع بحياته ومن ثم يمكنه التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، ويتضح دور مصدر الضبط الصحي في العمل على التأثير على تنمية شعور الفرد في التحكم في حياته والمحافظة على صحته ومساعدته على التعامل بطريقة فعالة مع المرض.

(اسمهان، وجبالي، ص 212)

5-7- تقدير الذات :

يلعب مفهوم تقدير الذات مكانة اساسية في بحوث علماء الشخصية ، وتتجلى أهميته لما له اثار على سلوكيات الأفراد وطرق تعاملهم مع الاحداث التي يمرون بها ، كما ان التعرف على الكيفية التي ينظر فيها الانسان الى ذاته والى العالم من حوله وموقعه فيه قضية هامة ، وفي هذا الشأن يرى كوبر سميث (1984) Cooper smith انه من الضروري معرفة راي واتجاه الشخص ذاته لفهم افضل للسلوك الفردي ، ذلك ان تقدير الذات يعكس القيمة التي يعطيها الفرد لذاته وسلوكه ولطريقة شعوره بتكوينه الشخصي وحكمه عليه إيجابا و سلبا ، ويشير "انجلش" و "انجلشش" في تعريفه لتقدير الذات على انه تقييم واضح للنقاط الايجابية والسلبية للفرد ، فهو بذلك حكم ذاتي للفرد عن الاستحقاق او عدم الاستحقاق الذي يتم التعبير عنه في الاتجاهات التي يحملها تجاه ذاته ، كما يوضح الى أي مدى يعتقد الفرد ان لديه من الإمكانات والقدرات ، وانه ناجح وله قيمة في الحياة. (ايت حمودة، 2007، ص106)

5-8- يقظة الضمير :

ويكمن دور يقظة الضمير (Conscientiousness) في التخفيف من لتأثيرات التي يحدثها الضغط النفسي على الإصابة بالأمراض ففي دراسة تم فيها فحص تقديرات الشخصية لمجموعة من الأطفال في السنتين (1921 و 1922) بهدف معرفة امكانية هذه التقديرات التنبؤ بمن سيعيش اكثر ، وقد جد الباحثون ان الأطفال ممن تحصلوا على تقدير مرتفع على سمة يقظة الضمير كانوا اكثر ميلا لبلوغ سنا متقدمة ، وهذا قد يعني ان الاشخاص الذين يعملون بناء على ما يمليه الضمير الحي ، اكثر تفوقا في تجنب ما يمكن ان يضرهم ، وقد يشير ذلك الى كونهم اكثر ثباتا في ممارسة السلوكات الصحية. (تايلور، 2008، ص 360)

5-9- الثقة بالنفس :

تعتبر الثقة بالنفس والميل الى تبسيط الأمور عاملان يخفضان أيضا من امكانية حدوث المعاناة النفسية نتيجة التعرض للمواقف الضاغطة، ولعل ذلك يعود الى ان الاشخاص اللذين يمتلكون الثقة بالنفس،

ولديهم ميل الى تبسيط الأمور يتعاملون مع المواقف المسببة للضغط بفعالية أكبر وبالرغم من ذلك، هناك دلائل بان الافراد المرحين يموتون الى حد ما أبكر من سواهم، ومع ذلك فقد يعود السبب الذي يجعل الميل الى المرح يشكل خطرا على صحة الفرد أمر مازال غير واضح، فقد يعود السبب لأن الافراد المرحين يصبحون غير مهتمين بصحتهم أو لان توقعاتهم للأمور سوف تحدث بطريقة جيدة قد تجعلهم أكثر قابلية للتأثر بشكل سلبي إذا حدثت الأمور على نحو سيء إن هذه النتائج المتناقضة التي تنشأ كما هو واضح عن امتلاك خصائص مرحلة، وميل إلى تبسيط الأمور، وتحتاج الى البحث أكثر لإيضاحها بشكل اكبر.

(تايلور، 2008، ص 361)

#### 5-10-المهارات الاجتماعية :

تتضمن هذه المصادر المهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكل كما يلي:

#### ✓-المهارات الاجتماعية:

يعتبر السند الاجتماعي مجموعة علاقات الفرد مع الآخرين، هذه العلاقات توفر له رابط انفعالي ايجابي كالصداقة، الحب، اضافة الى المساعدة المالية والمادية مع تقديم المعلومات المرتبطة بالوضعية المهدة (Paulhan, 1992)، كما يساعد السند الاجتماعي على تطوير استراتيجيات التعامل فالدعم المقدم من الآخرين كالنصائح والتشجيعات يمكنها ان تضاعف من مجهودات الفرد في البحث عن الحل النشط للمشكل. (Valentiner, Halahan et Moos, 1994)

وبينت دراسات أخرى منها دراسة كوهان و ويلس (1988) " Cohen et Wills " وهوس واخرون (1988) House et Al ومهلر ، كوليك (1989) " Mahler et Kulik " ، بينت ان السند الاجتماعي لا يساهم في تخفيف حدة الضغط فقط، بل يقلل أيضا من الإصابة بالأمراض، من هنا يتجلى الدور المهم الذي يمكن ان يلعبه السند الاجتماعي في مواجهة الاحداث الضاغطة، فهو يحسب حسب وورمتن ولوقتنس (1992) Loftus Wortman et لخصائص كل من استراتيجيات التعامل المركزة على الشكل وتلك المركزة على الانفعال. في حين يتوجه السند العاطفي

فالسند المادي والاستراتيجيات المركزة على المشكل يتوجهان مباشرة نحو المشكل، في حين يتوجه السند العاطفي والاستراتيجيات المركزة على الانفعال نحو محاولة تعديل وتحسين الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط (Wotman , Loftus, 1992)



✓ مهارات حل المشكل:

تشمل مهارات حل المشكل المميزات التي وضعها كل من جانيس 1974 " Janis " ومان وجانيس 1977 " Janis et Mann " وهي كما يلي:

✓ المرونة والقدرة عند البحث عن المعلومات.

✓ تحليل الموقف وتحديد المشكل مع إيجاد طرق جديدة وبديلة مع تحديد النتائج المتوقعة عند تطبيقها.

✓ القيام بانتقاء الطرق البديلة الأكثر تناسبا مع حل المشكل.

✓ تنفيذ مخطط التدخلات لحل المشكل.

يعتبر هذا النوع من المهارات نتيجة لمجموع التجارب التي عاشها الشخص والتي تعطيه قدرة فكرية ومعرفية في توظيف هذه المعارف ثم القدرة على التحكم الشخصي. (غربي، 2009، ص126)

5-11-المساندة الاجتماعية :

تتطور استراتيجيات التعامل غالبا ضمن وحدة اجتماعية كبيرة (العائلة، الأصدقاء، الزوجين، الزملاء) وقد وصف كينغ واخرين King & al المساندة الاجتماعية على انها إحدى أهم العوامل المؤثرة في كيفية توافق الافراد مع الشدائد كونها توفر للفرد تغذية راجعة عن عمليات التقدير المعرفي للمواقف، كما تعرفها تايلور (2008) بأنها الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشكلون جزءا من دائرة علاقات الفرد الاجتماعية ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة. وقد درس هذا الموضوع على نطاق واسع في نماذج الضغط التفاعلية الأولى إذ يلعب دورا معقدا لم يتم تعريفه بصورة محددة (Rascle, 1994)، فيمكن القول إن للدعم الاجتماعي آثار مفيدة مباشرة على الرفاه والصحة، ولكن أيضا حاولت بعض الدراسات المتخصصة إظهار الدور العازل للدعم الاجتماعي بين الضغوطات المختلفة ونتائج التكيف.

إن فعالية دور الدعم الاجتماعي لا تتحدد فقط بحجم العلاقات الاجتماعية وقوة الشبكة الاجتماعية وإنما يلعب الإدراك الشخصي كذلك دورا هاما، حيث نلاحظ عند بعض الافراد حالة من الرضا في ظل غياب سند حقيقي وذلك ما يعبر عنه بالدعم المدرك فيما يميل البعض الاخر لان يكونوا محاطين بشبكة علاقات واسعة. (Boudarene, 2005, p 28-29)

وانطلاقا من هذه الأهمية اختلف الباحثون في تصنيف الدعم الاجتماعي بين كونه مصدرا من مصادر استراتيجيات التعامل او انه عاملا مساهما فيها فقط، فاذا كانت الكثير من الدراسات قد ركزت على التأثيرات المباشرة للدعم الاجتماعي على الصحة فإنها أيضا حاولت تحديد أبرز الميكانيزمات التي يؤثر

من خلالها، فالدعم الاجتماعي يمكن أن يؤثر في العديد من المتغيرات خلال التفاعل مع الموقف الضاغط. (Bruchon–Sweitzer, 2002). كما اشارت دراسة هولمان وموس (1990) الى ان أهمية الدعم الاجتماعي كاستراتيجية تعامل وان غيابه يؤدي الى استعمال استراتيجيات تعامل اخرى غير فعالة. (ساعد، 2019، ص 169)

5-12- الموارد المادية :

أشار التراث الادبي حول استراتيجيات التعامل على الأهمية الضمنية للارتباط القوي بين الوضع الاقتصادي وقد ربطت البحوث (Antonovsky, 1979; House, 1979; Syme & Berkman, 1976) بين الازمات الاقتصادية ومختلف الاضطرابات للصحة البدنية و النفسية (Adler & al 1999) ، فتدني المستوى الاقتصادي خلال مرحلة الطفولة يتنبأ بأن يؤدي إلى التعرض لمجموعة كبيرة من المواقف الضاغطة حيث يرتبط بمشاكل في استخدام موارد التعامل بما فيها المساندة الاجتماعية، التحكم، التفاوض، واحترام الذات (Adler & al. 1999, Repetti & al. 2002, Taylor 1999) ، كما أن الافراد الذين لديهم الامكانيات المادية وخاصة إذا توفرت لديهم المهارات اللازمة لتوظيفها بطريقة فعالة يبيلون بشكل أفضل بكثير ممن لا يملكونها، ومن الواضح أن الامكانيات المادية تزيد إلى بدرجة كبيرة من خيارات التعامل في مختلف مع الاحداث الضاغطة عبر توفير فرص وصول بطريقة اسهل وأكثر فعالية للمساعدة المهنية والقانونية والطبية. (ساعد، 2019، ص 168)

6-وظائف استراتيجيات التعامل :

اهتم عدد من الباحثين بإبراز وظائف استراتيجيات التعامل كل حسب انتماءه النظري وتصوره لمفهوم استراتيجيات التعامل، وفيما يلي سيتم ذكر بعض هذه الوظائف حسب عدد من الباحثين (تغيير الصياغة)

6-1- حسب وايت (1974) White:

فانه تحدث عن ثلاث أنواع من الوظائف:

- ✓ ضمان تأمين معلومات كافية وملائمة حول المحيط والبيئة.
- ✓ الحفاظ على استقلالية أو حرية الحركة وحرية التصرف في استعمال رصيد المعلومات بطريقة مرنة.
- ✓ الحفاظ على الشروط الأساسية لعمليتي الأداء وانتقاء المعلومات

(Lazarus, Folkman, 1984 p 149)

من خلال ما سبق نلاحظ انه تم التركيز على الجانب المعرفي، وحول طريقة تناول المعلومات وجمعها حول الظاهرة المراد التعامل معها، ثم ضمان حرية التصرف برصيد المعلومات كل حسب تصوره وإدراكه لحدث وهذا يتوقف على حسب المعلومات المنتقاة والمدركة. لذا فان استراتيجيات التعامل هي تلك الجهود التي يبذلها الشخص قصد معالجة المتطلبات مصدر الضغط العالي بغض النظر عن النتائج الناتجة عن استخدام أو بذل تلك الجهود، وهذا يعني أنه لا توجد استراتيجية جيدة و أخرى غير جيدة وإنما تتحدد جودتها بمدى قدرتها على التأثير الفعال في تقييم وضعية ما ، وبمدى استمرار هذه الفعالية أو هذا التأثير على مستقبلا ، وعليه تظهر فعالية مختلف استراتيجيات التكيف المتعددة حسب خصائص ومميزات الوضعية أو الموقف الذي نتعامل معه من حيث المدة والشدة، والقدرة على التحكم ، وأيضا القدرة على التوافق الجسمي الانفعالي. (بن سكيرفة، 2008، ص 66)

#### 6-2- وظائف استراتيجيات التعامل حسب ميكانيك " Mechanic " ( 1974 ):

حيث اقترح ثلاثة وظائف لاستراتيجيات التعامل وهي كالتالي:

- ✓ السماح بالتعامل مع المتطلبات الاجتماعية والمحيطية.
- ✓ خلق الدافعية للتفاعل مع تلك المتطلبات.
- ✓ الحفاظ على توازن الحالة النفسية بهدف توجيه الطاقة والمهارات نحو المتطلبات الخارجية (Lazarus, Folkman, 1984 p 149) .

#### 6-3- وظائف استراتيجيات التعامل حسب برلين وسكولر " Pearlin et Schooler " 1978:

حيث حدد كذلك ثلاثة وظائف لاستراتيجيات التعامل وتتمثل في:

- ✓ تحديد ثم تغيير المواقف التي تزداد فيها الأحداث الباعثة للتوتر الشديد.
- ✓ مراقبة الأحداث المولدة للضغوط.
- ✓ مراقبة عملية ظهور الضغط. (Lazarus, Folkman, 1984 p 149)

#### 7-فعالية استراتيجيات التعامل :

لتوضيح مدى فعالية استراتيجيات التعامل لابد من الإجابة على هذا السؤال المطروح هل بعض الاستراتيجيات أكثر فعالية من غيرها للتخفيف من الضغط النفسي؟

لا توجد استراتيجية فعّالة في حد ذاتها، وإنما هي تلك التفاعلات بين الخصائص الذاتية للفرد وخصوصيات الموقف الضاغط هي التي تحدد التأثير الوقائي أو الضار للاستراتيجية، حيث انه نفس الموقف الضاغط سيطور الفرد استراتيجيات مختلفة. وتتغير هذه الاستراتيجيات مع تطور الموقف.

اثناء التعامل مع مرض خطير، يبدو أن تبني استراتيجيات تركز على العاطفة بطريقة متكررة في البداية سيشكل مرحلة ضرورية تسمح للفرد بتعبئة موارده النفسية ومن ثم تبني استراتيجيات تتمحور حول المشكلة (Bungener، 2005)، وبشكل عام، تظهر الأبحاث أن الاستراتيجيات طويلة المدى التي تركز على المشكلات أكثر فعالية من الاستراتيجيات التي تركز على العاطفة لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة. على سبيل المثال فان استخدام استراتيجيات التعامل المتمركز حول المشكلة ترتبط بضيق نفسي اقل مرضى غسيل الكلى يرتبط استخدام التأقلم المرکز على المشكلة بضغط نفسي أقل.

(Sultan & Varescon, 2012, p50)

ومن المهم أيضا ان نعرف ان استراتيجيات التعامل ليست في حد ذاتها جيدة وسيئة ولكن الذي يجعل هناك فرقا هو السياق الذي يتم استخدامها، وهذا يعني عندما تكون استراتيجية التعامل فعّالة مع حدث ما قد لا تكون كذلك مع حدث اخر، بالإضافة الى ضرورة ان نعيّ اننا عندما نتعامل مع موقف ما في حياتنا لا يكون السياق ثابتا، ولكنه دينامي ومتغير مما يتطلب المشاركة في إعادة تقييم موقفنا.

(الشويخ، 2012، ص 139)

تعتبر استراتيجية التعامل فعّالة (أو كافية) إذا كانت تسمح للفرد بالتحكم في الموقف المجهد أو تقليل تأثيره على صحته الجسدية والعقلية. هذا يعني أن الفرد قادر على التحكم في المشكلة أو حلها، ولكنه أيضًا قادر على تنظيم مشاعره السلبية، ولا سيما ضيقه. (LAZARUS and FOLKMAN, 1984,188)

هل بعض الاستراتيجيات أكثر فاعلية من غيرها في ضبط العلاقة بين التوتر والضيق؟ وفقاً لـ FLETCHER,SULS (1985)، من الأكثر فاعلية بشكل عام اللجوء إلى استراتيجية التعامل ، مهما كانت ، من عدم اللجوء إلى أي استراتيجية ، خاصة إذا كانت الاستراتيجيات المتاحة متنوعة ومرنة، وفقاً لتحليل 43 دراسة مختلفة ، يميز هؤلاء المؤلفون ، كما رأينا أعلاه ، بين الاستراتيجيات اليقظة والاستراتيجيات التجنبية. سيحتمى التجنب الموضوع في التجارب المجهدة، على الأقل في البداية (على سبيل المثال، أثناء إعلان تشخيص المرض الخطير .(ومع ذلك، على المدى المتوسط ، تصبح الاستراتيجيات اليقظة أكثر فعالية إذا استمرت الحالة المكروهة.

يبدو أن البحث المبكر حول الفعالية النسبية لاستراتيجيات التعامل يشير إلى أن الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة كانت أكثر فعالية من الاستراتيجيات التي تركز على العاطفة. تمت متابعة مجموعة من الموضوعات لمدة عام واحد بواسطة **HOLAHAN** و **MOOS (1986)** ومن بين الأشخاص الذين عانوا من الأحداث الأكثر إرهاباً خلال هذه الفترة ، كان لدى أولئك الذين استخدموا استراتيجيات تجنب بشكل تفضيلي العديد من الأعراض النفسية الجسدية في نهاية الدراسة (الصداع ، وآلام المعدة ، وما إلى ذلك) من أولئك الذين استخدموا استراتيجيات اليقظة. (**SCHWEITZER,2001,p77**) وفقاً لـ **لازاروس وفولكمان (1984)** فإن استراتيجية التعامل التي تركز على المشكلة تكون فعالة فقط إذا كان الوضع يمكن السيطرة عليه. في التعامل مع الحدث لا يمكن السيطرة عليه، تكون الجهود المتكررة للموضوع عديمة الجدوى ومرهقة، وقد تكون الاستراتيجية العاطفية التجنبية (القمع) أكثر ملاءمة (فهي تحمي احترام الذات وتسمح بعدم إغراقها بالضيق)، لذلك لا توجد استراتيجية تعامل فعالة في حد ذاتها، بغض النظر عن خصائص معينة للأفراد (التقييم) والحالات (المدة، إمكانية التحكم). بالإضافة إلى ذلك، تختلف فعالية استراتيجية التكيف وفقاً للمعيار المدروس (الرفاه العاطفي، والصحة البدنية، والمستقيم أو التقييم الذاتي).

ومن خلال ما سبق يظهر بوضوح حقيقة أن التعامل هو عملية معاملات بين الشخص وبيئته.

(**SCHWEITZER,2001,p78**)

حيث أشار **Fu-Chi Yanga et al (2020)** سنة من خلال نتائج دراسته الى ان هناك سبع صعوبات يتعامل بها متلقو زراعة الكلية بعد الجراحة في المنزل والتي تشكل لهم ضغوطات نفسية وهي: عدم الراحة الجسدية والعلاج الآثار الجانبية. القلق بشأن تأثير فشل الزرع .عدم اليقين بشأن المستقبل . ضغوط اقتصادية لا تطاق. مخاوف من أن تصبح عبئاً على الأسرة؛ الشعور بأن الحياة تقتصر إلى الهدف؛ الشعور بالعزلة. (**Fu-Chi Yang et al,2020,p01**)

وفي دراسة سنة **Mina et al (2020)** حول استراتيجيات التعامل في المرضى الذين يعانون من رفض زرع الكلى حيث وجد انه تكمن فاعلية استراتيجية التعامل معينة حسب كل مرحلة من مراحل التعامل مع رفض الزرع. خلال الأيام الأولى، ثم تلعب استراتيجية دعم العائلة والأصدقاء دوراً مهماً. بعد ذلك يدرك المرضى أنه من خلال الجانب الروحي يمكنهم إدارة مرضهم وبعد فترة، يعترفون بحتمية قبول رفض الزرع؛ وبالتالي، وضع أهداف جديدة لأنفسهم ومحاولة تحقيق التكيف على الرغم من قيودهم.

(**Mina et al,2020, p44**)

بالمقابل هناك مجموعة من استراتيجيات التعامل يستخدمها وتشمل: طلب المساعدة من طاقم الرعاية الصحية، التفكير الإيجابي، تغيير نمط الحياة، تحديد الأهداف لتشتيت الانتباه، الدعم النفسي، وطلب الدعم الروحي.

دراسة وصفية استكشافية لـ **Kohlsdorf** سنة 2015 التي تهدف إلى تحليل استراتيجيات التعامل التي اعتمدها المرضى استعدادا لزرع الكلى، حيث شارك فيها 76 مريضا اين اشارت الى ان أكثر الاستراتيجيات استعمالا وفاعلية هي التدين، والبحث على الدعم الاجتماعي (Kohlsdorf, 2015, p 27).

وحسب **MOOS & HOLAHAN (1986)** من خلال متابعتهم لمجموعة من الأشخاص لمدة عام واحد بواسطة فوجدوا انه من بين الأشخاص الذين عانوا من الأحداث الضاغطة خلال هذه الفترة، كانوا قد استخدموا استراتيجيات تجنب كانوا أكثر عرضة للأعراض السيكوسوماتية في نهاية الدراسة (الصداع، وآلام المعدة، وما إلى ذلك) من أولئك الذين استخدموا استراتيجيات اليقظة. (SCHWEITZER, 2001, p78)

قد يلعب التعامل الفعال دورا مهما في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والتعافي السريع من المرض. ان تعامل الأفراد مع الإجهاد هو وسيط مهم للعلاقة بين الإجهاد والمرض، استعرض **كوهين (1984)** العديد من الآليات التي يمكن أن يؤثر بها التعامل الناجح على مسببات المرض ومسار المرض. يمكن أن يؤثر التأقلم على مستويات الهرمون، أو يسبب تغيرات مباشرة في الأنسجة، أو يؤثر على جهاز المناعة. قد تؤثر أنماط التعامل بين الأشخاص على نوع الرعاية التي يتم تلقيها (على سبيل المثال، قد يتم التعامل مع المرضى المتطلبين والموجهين نحو المهام بشكل أسرع). في الواقع، فإن مرضى السرطان الذين يتعاملون من خلال الشكوى والتعبير عن مستويات عالية من التأثير السلبي يبقون على قيد الحياة لفترة أطول (جنسن 1987). على العكس من ذلك، فإن التعامل الإيجابي، بما في ذلك المشاعر القوية بـ "الرغبة في العيش" والروح المعنوية العالية، قد يكون له أيضا عواقب فسيولوجية إيجابية. تم ربط التأقلم الفعال بالشفاء الأسرع من المرض، وقد تكون استراتيجيات التعامل النشطة للمشاركة فعالة بشكل خاص في هذا الصدد، يقلل التعامل الفعال من تأثيرات الإجهاد، ولكن له أيضا تكاليف (Cohen et al 1986)، تتطلب عمليات التعامل جهدا، والتعامل المطول يستنزف إمداد الفرد بالطاقة. يمكن أن يؤدي التعامل الناجح أيضا إلى الاستخدام المفرط لاستراتيجية فعالة في المواقف غير المناسبة. على سبيل المثال، قد ينظر إلى نمط السلوك من النوع أ على أنه تعميم مفرط لجميع مجالات الحياة تقريبا لاستراتيجية المواجهة التي كانت فعالة للتعامل مع المطالب المتنافسة في مجال واحد. أخيرا، قد ينتج عن التأقلم تأثيرات مسببة للأمراض

(Contrada et al 1982)، إضافة الى ذلك، يمكن أن تكون سلوكيات التعامل نفسها ضارة بالصحة (مثل التدخين وشرب الكحول). (Rodin & Salovey, 1989, p 550).

### 8- نماذج لقياس استراتيجيات التعامل:

من المسلم به انه في المواقف الضاغطة، يكون فيه التقييم الذاتي للوضع أكثر أهمية من الحقائق نفسها، منذ عام 1980 تم إجراء الكثير من الأبحاث حول إنشاء مقاييس التقييم الذاتي للتعامل، خاصة حول تقييم الآثار المختلفة للتعامل، فقد تم تطوير عدد كبير من المقاييس لمعرفة العلاقة القائمة بين استراتيجيات التعامل والصحة ولذلك تم وضع الفرضيات التالية:

- استراتيجيات التعامل لها تأثير مباشر على بعض المتغيرات الصحية.
- استراتيجيات التعامل لها تأثير غير مباشر من خلال إحداث تغيير في السلوك الصحي.
- استراتيجيات التعامل تنظم وتقلل من الضغط النفسي المرتبط بالمشكلة الصحية.

(Fischer, Tarquinie & Dodeler , 2020, p 117)

من بين اهم المقاييس التي تم تطويرها نذكر منها:

### 1- مقياس استراتيجيات التعامل للازاروس وفولكمان (WCC) The Ways of Coping Chek list

تم اعداده من طرف لازاروس وفولكمان (1984)، يحتوي على 68 بند تتوزع على 8 سلالم: (حل الشكل، الروح القتالية، اخذ المسافة، إعادة التقييم الإيجابي، لوم الذات، الهروب والتجنب، البحث عن السند الاجتماعي، ضبط الذات)، السُّلمين الاولين يتعلقان بالتعامل المركز على المشكل اما السلالم الستة المتبقية فهي تركز على الانفعال، ثم تم تعديل هذا المقياس من طرف (vitaliano et al 1985) وكيفه بطريقة أكثر خصوصية في سياق المرض، حيث يحتوي على 5 سلالم: (متمركزة حول المشكل، البحث عن الدعم الاجتماعي، لوم الذات، توقعات وهمية، التجنب) وتم تكييفه بالفرنسية من طرف **cousson et al 1996**، ويفترض تصنيف هذا الاستبيان تسجيل كل عنصر من 1 إلى 4 نقاط اعتمادا على طرائق الاستجابة، يتم استيفاء درجة المقياس من خلال جمع عشرات العناصر المقابلة لكل بعد (مشكلة المواجهة، والعاطفة، والبحث عن الدعم الاجتماعي)، تكون درجة المقياس محسوبة من خلال جمع درجات العناصر المقابلة لكل بُعد (مشكلة التكيف، والعاطفة، والبحث عن الدعم الاجتماعي) (بن عمور، 2017، ص 98)

## 2- مقياس استراتيجيات التعامل لدى المراهقين Adolescent Coping

اعده فريدينبرج ولويس Frydenberg & Lewis 1993 ويتضمن على 79 عبارة، يعتمد على مقياس ليكرت الخماسي، يقيس 18 طريقة للتعامل مع الضغوط وهي: (الدعم الاجتماعي، التركيز على حل المشكلة، العمل بجد وإنجاز، القلق، اللجوء الى الأصدقاء البحث عن الانتماء، التفكير الرجائي، عدم المواجهة، خفض التوتر، العمل الاجتماعي، تجاهل المشكلة، لوم الذات، الانغلاق عن النفس، البحث عن الدعم الروحي، التركيز على الإيجابيات، البحث عن الاسترخاء، تجديد النشاط البدني، البحث عن مساعدة المختصين)، يتمتع المقياس بدرجة صدق وثبات عالية ، وتُرجم الى العربية من طرف زكي موسى ومديحة عثمان . (جدو، 2014، ص 117)

## 3- النسخة المختصرة لاستراتيجيات التعامل Brief COPE

ومن بين اهم المقاييس الشائعة لقياس استراتيجيات التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة، فقد حظيت النسخة المختصرة Brief COPE لمقياس استراتيجيات التعامل مع الضغوطات المعاشة، التي طورها كارفر (Carver, 1997)، باهتمام واسع، من خلال الاستخدام الواسع والمراجعة الدقيقة للمقياس، منذ نشره اول مرة سنة 1997. تم تطويره من نماذج نظرية معروفة وهي نظرية الضغط والتعامل (Lazarus & Folkman, 1984)، وأيضاً نموذج التنظيم الذاتي السلوكي. (Carver & Scheier, 1981, 1990) يمكن تُستخدم لتقييم التعامل مع السمات (الطريقة المعتادة للتعامل مع الإجهاد في الحياة اليومية) والتعامل مع الحالة (الطريقة الخاصة التي يتعامل بها الناس مع موقف مرهق معين) (Liu , 2006, p 54) وقد أشار كارفر وزملاؤه إلى وجود ثلاثة أسباب وراء إعدادهم مقياساً جديداً لاستراتيجيات التعامل مع الضغوط، رغم العدد الكبير من المقاييس المتوفرة، هذه الأسباب هي:

اولاً: لا يوجد مقياس من المقاييس السابقة تضمن عينات لكل المجالات المهمة من الناحية النظرية.

ثانياً: عدم وضوح المقاييس السابقة في محتوى مفرداتها.

ثالثاً: تم انتقاء مفردات المقاييس السابقة لكونها متنوعة، وتمثل عينات من استجابات التعامل الممكنة، وليس لكونها تمثل فئات من استراتيجيات التعامل المثيرة للاهتمام حسب نظرية.

(Carver, Scheir, Weintraub, 198)



يتضمن المقياس 14 بنداً: المواجهة النشطة؛ التخطيط، قمع الأنشطة التنافسية، المواجهة المحدودة، البحث عن الدعم العاطفي، إعادة الصياغة الإيجابية، القبول، التأقلم الديني، الاهتمام بالآخرين والتعبير عن المشاعر، الإنكار، فك الارتباط بالمخدرات. ويحتوي على 28 عبارة بمعدل كل مقياس بعبارتين. يعتبر مقياس التعامل الموجز نسخة مختصرة من مقياس التعامل: فهو يوفر نظرة عامة على الاستراتيجيات المختلفة التي يستخدمها الشخص، وبالتالي يعطي فهماً لجوانبها العديدة. تمت مقارنة التعامل الموجز مع مقاييس شخصية معينة، مما جعل من الممكن إبراز العلاقة بين استجابات التعامل مع العلاقات مع سمات شخصية معينة، ولا سيما التفاؤل، والسيطرة، واحترام الذات، والاستيعاب، والثبات. القلق. هذه المؤشرات تجعل من الممكن فهم العلاقة القائمة بين سمات الشخصية هذه وخيارات التكيف بشكل أفضل. أهم المصطلحات الخاصة بمقياس Brief COPE:

✓ **التعامل النشط، أو الفعال، أو الهادف: Active Coping**

ويقصد به تلك الإجراءات الفعالة لاحتواء أو إزالة الموقف الضاغط، كمثل على ذلك المبادرة بعمل مباشر.

✓ **التخطيط: Planning**

وهو التفكير في طريقة التعامل مع الموقف الضاغط. ويتضمن ذلك إجراءات مثل: اقتراح استراتيجيات للتعامل مع الموقف الضاغط، أو التفكير في الإجراءات التي يجب اتباعها للتعامل المشكلة.

✓ **كف الأنشطة المنافسة: Suppression of Competing Activities**

وهي ابعاد الخطط والمشاريع الأخرى جانباً، بهدف التفرغ للتعامل مع الموقف الضاغط.

✓ **طلب الدعم الملموس: Seeking of Instrumental Support**

ويتمثل في طلب المساعدة، أو المعلومة، أو النصيحة (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, p.269).

1989, p.269)

✓ **طلب الدعم العاطفي: Seeking of Emotional Support**

وهو الحصول على الدعم المعنوي، والتفهم، والتعاطف.

✓ **الإنكار: Denial**

ويعني التصرف كما لو أن الموقف الضاغط غير حقيقي، أو رفض تصديق أن الموقف الضاغط موجود.

✓ **التقبل: Acceptance**

وهو عكس الإنكار، ويقصد به إدراك الفرد لحقيقة الموقف الضاغط وتقبله كواقع.

✓ إعادة تفسير الموقف بشكل إيجابي: **Positive Reframing**

ويقصد به تقييم الموقف الضاغط بطريقة أكثر إيجابية.

✓ اللجوء إلى الدين: **Turning to Religion**

ويقصد به ميل الفرد إلى اللجوء إلى الدين في أوقات الضيق.

✓ التنفيس الانفعالي: **Venting of Emotion**

ويقصد به التركيز على ما يختبره الفرد من مشاعر استياء وضيق ناتجة عن الموقف الضاغط، والتنفيس عن هذه المشاعر.

✓ فك الارتباط السلوكي أو التخلي عن السلوك: **Behavioral Disengagement**

ويعني أن يخفف الفرد من ضغوطه الموجهة نحو التعامل مع الموقف الضاغط، وحتى التخلي عن مواصلة تحقيق أهدافه التي تتعارض مع هذه الضغوط. وفك الارتباط السلوكي يعتبر حالة العجز. (Carver,

Scheier, & Weintraub, 1989, p.270)

✓ التشتيت الذاتي: **Self-distraction**

ويعني القيام بأشياء لصرف انتباه المرء عن الموقف الضاغط.

✓ تأنيب الذات: **Self-blame**

ويقصد به نقد الفرد لذاته كنوع من الاستجابة للموقف الضاغط.

✓ الفكاهة: **Humor**

وهي تحويل الموقف الضاغط إلى موضوع هزلي (نكتة). (Carver, 1997)

وقد اعتمد الطالب في الدراسة الحالية على هذا المقياس المعرب والمقنن من طرف د. أبوبكر مفتاح

المنصوري بجامعة عمر المختار بليبيا. (المنصوري، 2014، ص86)

إن المتخصص للتعريف الخاصة باستراتيجيات التعامل يدرك الاختلاف الواضح بين الباحثين حول هذا المفهوم وهو ما يعكس ضمناً اختلافهم حول طبيعته وأبعاده، فعاليته....، ولكن من خلال البحث المعمق لاستراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي على اعتبار أن التعامل مع ضغوط زراعة الكلى والتي لها طبيعة مختلفة عن الأشكال الأخرى من الإجهاد ، يمكن تعريفها على أنها فهم وقبول ذكي للتغيرات ، وجهود الرعاية مثل أداء السلوكيات الصحية الفعالة ، ومحاولة تحمل الصعوبات بطريقة واعية ، والتشجيع والداعم للحفاظ على حياة جديدة وتعزيزها.

يوضح معنى التعايش لدى المرضى على التكيف مع زراعة الكلى ويعتبر ذلك حالة معقدة تؤثر على جميع جوانب الحياة، لذلك يجب على المرضى قبول هذه الحالة من أجل التعامل مع تحديات الحياة الجديدة.

# الجانب الميداني

## الفصل الخامس: إجراءات الدراسة

- 1- منهج الدراسة.
- 2- حدود الدراسة.
- 3- صعوبات الدراسة.
- 4- عينة الدراسة
- 5- الأساليب الإحصائية
- 6- أدوات الدراسة

يعتبر الجانب النظري الأساس القاعدي لأي دراسة، ويكمله الجانب التطبيقي الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي، حيث يمكن للباحث استثمار معلوماته النظرية، كما أنه يوسع مجال دراسته وإذا كان الجانب النظري هو المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق الخاصة بمتغيرات الدراسة، فإن الجانب الميداني هو الذي يؤكد أو ينفي صحة تلك الحقائق، وهذا من خلال تحويل النتائج من الكيفية إلى الكمية أو إلى الأرقام الحسابية.

إن هذا الفصل يهدف إلى عرض حدود الدراسة (المكانية، الزمانية، الموضوعية)، والإشارة إلى جوانب قصورها، وتحديد المنهج المتبع في الدراسة، وكذا عينة الدراسة وعرض خصائصها، بالإضافة إلى إدراج التعريف الإجرائي الخاص بمتغيرات الدراسة، كما يتم التطرق إلى عرض أدوات القياس التي تم الاعتماد عليها في الدراسة بعد التأكد من خصائصها السيكومترية، وأخيراً الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج المتوصل إليها.

### 1- منهج الدراسة:

إن اختلاف المناهج يعود أساساً إلى اختلاف المواضيع المتناولة قصد الدراسة، كما يتحدد بطبيعة الموضوع الذي يتناوله الباحث بالدراسة، فلكل موضوع منهج خاص به، ولكل منهج وظيفته وخصائصه التي يستند إليها، فالمنهج المناسب لطبيعة الدراسة الحالية هو " المنهج الوصفي " لأنه يوضح العلاقة بين الظواهر المختلفة، والعلاقة في الظاهرة نفسها، وأيضاً يقدم معلومات وحقائق عن واقع الظاهرة الحالية بغرض الوصول إلى نتائج واضحة، فالمنهج الوصفي يفيد في تقدير العلاقة بين متغير أو أكثر من ناحية وفي التعرف على مدى العلاقة من ناحية أخرى، وتقيد أيضاً في التنبؤ غير أن العلاقة بين المتغيرات لا تعني علاقة سبب ونتيجة (العزاوي، 2008، ص 103) وفي هذه الدراسة نسعى إلى معرفة أثر إدراك المرض على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي، وفيما إذا كانت هناك علاقات وتأثيرات دالة بين مختلف أبعاد هذه المتغيرات الصياغة.

### 2- حدود الدراسة:

إن توضيح حدود الدراسة المكانية والزمانية والموضوعية التي اعتمدها الباحث في الوصول إلى تحقيق أهداف بحثه من الأمور الضرورية التي يجب أن ينتبه لها الباحث، فدورها لا يقتصر فقط على الوصف والسرد بل تتعدى ذلك، فتكمن أهميتها من خلال توضيح أسباب وأهمية اختيار الباحث لهذه الحدود

وكيف تؤثر على انجاز بحثه، وفيما يلي سوف نحاول توضيح حدود البحث التي اعتمدنا عليها لإنجاز هذه الدراسة.

**2-1-الحدود المكانية:** أجريت الدراسة بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التوهامي بولاية باتنة بمصلحة امراض الكلى ومكتب الفحوصات الخارجية الخاص بمرضى الكلى، وقد تم اختيار هذا المركز لمجموعة من الأسباب نذكر منها:

✓ لأنه يعتبر مستشفى رائد ويحتل المرتبة الأولى على المستوى الوطني في عدد عمليات زراعة الكلية بالإضافة الى انه مستشفى جهوي يستقطب مجموعة من الولايات المجاورة.

✓ يقع في نفس المكان الذي يزاول فيه الطالب دراسة في طور الدكتوراه نظام **LMD**.

✓ الاستفادة من التسهيلات الإدارية للطالب الباحث بحكم انتسابه للقطاع الصحي.

**2-2-الحدود الزمانية:** في الفترة الممتدة من بداية سنة 2020 الى نهاية سنة 2022.

**2-3-الحدود الموضوعية:** تتناول الدراسة معرفة أثر إدراك المرض مع مجموعة من المتغيرات الديموغرافية والعيادية على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى المرضى الخاضعين لزراعة الكلية، والعيادية وقد اعتمد الباحث في قياس متغيرات الدراسة وتحليل النتائج على كل من برنامج الحزم الاحصائية الاجتماعية (**spss 25**)، والنمذجة بالمعادلات الهيكلية -نمذجة المربعات الصغرى الجزئية - (**smart**) **4 (PLS)**.

### 3-صعوبات الدراسة:

هناك بعض الصعوبات من بينها:

✓ عدم وجود الدراسات في مجال علم نفس الصحة التي استعملت نمذجة المعادلات الهيكلية-نمذجة المربعات الصغرى الجزئية (**PLS-SEM**) من قبل -حسب علم الطالب الباحث-للاستعانة بها.

✓ فترة انتشار مرض الكوفيد مما أثر بالسلب على طريقة التواصل مع المرضى خاصة انهم يعانون من نقص المناعة لكونهم يتناولون المثبطات المناعية.

✓ صعوبة تطبيق المقاييس على بعض المرضى وذلك سواء لظروف طبية او خاصة.

### 4-عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة انطلاقا من طبيعة البحث العلمي وقد تم الاختيار بطريقة عرضية من اجل اختبار افراد العينة مما يحقق الهدف من الدراسة، ولقد شملت عينة الدراسة عل سبعين (70) مريضا

مشاركا خاضعين لعملية زراعة الكلية، من مختلف الجنسين، وتتراوح أعمارهم بين (15-61 سنة) ، حيث يتابعون وضعهم الصحي على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية باتنة.

وقد تم اختيار المركز الاستشفائي الجامعي بولاية باتنة لعدة اعتبارات أهمها هو توفره على افراد العينة المراد دراستها، فهو يعتبر مركز جهوي لعمليات زراعة الكلية حيث يستقطب العديد من الولايات (باتنة، خنشلة، ام البواقي، سطيف، ميلة، وبعض ولايات الجنوب وغيرها...)، من بين المحكّات التي تم الاعتماد عليها في اختيار وقبول افراد العينة:

✓ ان يكون المريض قد خضع لعملية زراعة الكلية.

✓ ان يكون عمر المريض يتجاوز 15 سنة.

✓ ان تكون متابعة المريض الصحية بعد عملية زراعة الكلية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي باتنة.

كما تجدر الإشارة الى انه قد تم تطبيق مقاييس الدراسة بمساعدة الأطباء المختصين بالمصلحة وايضا الممرضة المكلفة باستقبال المرضى على مستوى المصلحة، كما تم جمع بعض البيانات الخاصة بالمريض مثل (مستويات التحاليل الطبية) عن طريق المريض او بواسطة كراسة المريض التي تم انشائها على مستوى المصلحة لضمان المتابعة الجيدة للمرضى. وقد بلغ العدد الإجمالي لأفراد العينة 70 مريض توزعت عينة الدراسة حسب الخصائص التالية:

#### ❖ خصائص عينة الدراسة:

وكانت موزعة على الجدولين التاليين:

جدول رقم-04:- يوضح مختلف المتغيرات السوسيوديموغرافية التي الاعتماد عليها في الدراسة.

المتغيرات السوسيوديموغرافية التقييم		العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	51	72.9
	انثى	19	27.1
السن	(15-30)	27	38.6
	(31-45)	33	47.1
	(46-60)	9	12.9
	أكثر من 60	1	1.4
الحالة الاقتصادية	ضعيفة	14	20

61.4	43	متوسطة	الحالة المدنية
18.6	13	جيدة	
47.1	33	أعزب	
50	35	متزوج	
1.4	1	مطلق	
1.4	1	أرمل	
2.9	2	امي	المستوى التعليمي
5.7	4	ابتدائي	
51.4	36	متوسط	
22.9	16	ثانوي	
17.1	12	جامعي	
47.1	33	الوالدان	صلة المتبرع
2.9	2	الأبناء	
21.4	15	الاخوة	
22.9	16	الزوج/الزوجة	
5.7	4	اخرين	
100	70	/	المجموع الكلي لعدد المرضى

تلعب المتغيرات الديموغرافية دورا مهما في تحديد استجابات الافراد للمواقف والحالات، يوضح الجدول

اعلاه خصائص العينة من حيث المتغيرات الديموغرافية:

✓ فيما يخص متغير الجنس فان عدد الذكور قد بلغ 51 مريض بنسبة (72.9%)، والاناث 19 بنسبة (27.1%).

✓ فيما يخص متغير السن فبالنسبة للفئة العمرية (15-30) قد بلغت 27 بنسبة (38.6%)، اما الفئة العمرية (31-45) فقد بلغت 33 بنسبة (47.1%)، اما الفئة العمرية (46-60) فقد بلغت 9 بنسبة (12.9%)، اما اخر فئة عمرية أكثر من 60 فقد كانت 1 بنسبة (1.4%).

✓ اما فيما يخص متغير الحالة الاقتصادية فان الحالة الاقتصادية ضعيفة قد بلغت 14 بنسبة (20%)، اما المتوسطة فقد كانت 43 بنسبة (61.4%)، اما الحالة الاقتصادية الجيدة فقد بلغت 13 بنسبة (18.6%).



✓ بالنسبة لمتغير الحالة المدنية فان عدد المرضى العازبين بلغ 33 بنسبة (47.1%)، اما المتزوجين فقد بلغ عددهم 35 بنسبة (50%)، اما المرضى المطلقين فكان مريض 1 بنسبة (1.4%)، ونفس الشي بالنسبة للمرضى الارامل فقد كان عددهم 1 بنسبة (1.4%).

✓ اما متغير المستوى التعليمي فان عدد المرضى الاميين بلغ 2 بنسبة (2.9%)، اما المرضى الذين لديهم مستوى ابتدائي فبلغ عددهم 4 بنسبة (5.7%)، اما المرضى الذين لديهم مستوى متوسط فقد بلغ عددهم 36 بنسبة (51.4%)، اما المرضى الذين لديهم مستوى ثانوي فان عددهم 16 بنسبة (22.9%)، اما المرضى الجامعيين فكان عددهم 12 بنسبة (17.1%).

✓ فيما يتعلق بمتغير صلة المتبرع فقد وجدنا ان عدد المتبرعين من فئة الوالدان فكانت 33 أي بنسبة (47.1%)، اما عدد الأبناء الذين تبرعوا من خلال هذه الدراسة فقد بلغوا 2 بنسبة (2.9%)، اما عدد الاخوة المتبرعين فقد بلغ 15 اي بنسبة (21.4%)، اما فئة كل من الزوج/الزوجة المتبرعين فقد بلغ عددهم 16 أي بنسبة (22.9%)، اما باقي المرضى المتبرعين فقد وجدنا 4 بنسبة (5.7%).

❖ المتغيرات العيادية: يتم توضيح المتغيرات التي تم الاعتماد عليها في الدراسة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم-05:- يوضح مختلف المتغيرات العيادية التي الاعتماد عليها في الدراسة.

العدد النسب المئوية	التقييم	المتغيرات العيادية
28.6	20	اقل من 6 أشهر
17.1	12	أكثر من 6 أشهر و اقل من أشهر سنة
25.7	18	أكثر من سنة و اقل من 5 سنوات
28.6	20	أكثر من 5 سنوات
12.9	9	لا توجد تصفية
17.1	12	اقل من عام
47.1	33	أكثر من عام و اقل من 5 سنوات
18.6	13	أكثر من 5 سنوات و اقل من 10 سنوات
4.3	3	أكثر من 10 سنوات
91.4	64	اقل من 0.05
		اليوريا

8.6	6	أكبر من 0.05	Blood Urea Nitrogen
78.6	55	اقل من 12	الكرياتينين Creatinine
21.4	15	أكبر من 12	
91.4	64	اقل من 1.1	نسبة السكر
8.6	6	أكبر من 1.1	
4.3	3	مرتفع	مستوى ضغط الدم
95.7	67	معتدل	
7.1	5	معتدل	نسبة الكوليسترول
92.6	65	مرتفع	
67.1	47	وزن زائد	الوزن
32.9	23	وزن معتدل	
100	70	/	المجموع الكلي

✓ فيما يخص متغير مدة الزرع فان الفئة الاقل من 6 أشهر فقد بلغ عدد مرضاها 20 بنسبة (28.6%)، اما الفئة الخاصة بـ (أكثر من 6 أشهر واول من سنة) فان عدد المرضى فيها 12 أي بنسبة (17.1%)، اما الفئة الخاصة بـ (أكثر من سنة واول من 5 سنوات) فيقدر عدد المرضى فيها 18 بنسبة (25.7%)، اما اخر فئة وهي (أكثر من 5 سنوات) فقد بلغ عدد المرضى فيها 20 أي بنسبة (28.6%).

✓ اما المتغير المتعلق بمدة التصفية فقد بلغ عدد المرضى الذين لم يخضعوا لعملية التصفية 9 مرضى أي بنسبة (12.9%)، اما الفئة الثانية والمتعلقة بـ (اقل من عام) فقد بلغ عدد المرضى 12 أي بنسبة (17.1%)، اما الفئة الثالثة والخاصة بـ (أكثر من عام واول من 5 سنوات) فقد بلغ عدد المرضى فيها 33 أي بنسبة (47.1%)، اما الفئة الرابعة وهي (أكثر من 5 سنوات واول من 10 سنوات) فقد بلغ عدد المرضى فيها 13 بنسبة (18.6%)، واخر فئة وهي الخاصة بـ (أكثر من 10 سنوات) وقد بلغ عددها 3 بنسبة (4.3%).

✓ المتغير الخاص بنسبة اليوريا في الدم فنجد عدد المرضى الذين لديهم مستوى (اقل من 0.05) فقد بلغ عددهم 64 أي بنسبة (91.4%)، واما الذين كانت عندهم نسبة اليوريا (أكبر من 0.05) فقد بلغ عددهم 6 أي بنسبة نسبة (8.6%).

✓ فيما يخص بالمتغير الخاص بنسبة **الكرياتينين** في الدم فنجد عدد الرضى الذين لديهم مستوى (اقل من 12) قد بلغ عددهم 55 أي بنسبة (78.6%)، اما الذين كانت لديهم نسبة الكرياتينين (أكبر من 12) فقد كان عددهم 15 أي بنسبة (21.4%).

✓ فيما يخص المتغير الخاص بنسبة **السكر** في الدم فنجد عدد المرضى الذين وجد لديهم مستوى (اقل من 1.1) قد بلغ عددهم 64 أي بنسبة (91.4%)، اما الذين كانت لديهم نسبة السكر في الدم (أكبر من 1.1) قد بلغ عددهم 6 أي نسبة (8.6%).

✓ فيما يخص المتغير الخاص بمستوى **الضغط الدموي** فقد كشفت نتائج الجدول ان عدد المرضى الذين لديهم ضغط دموي مرتفع بلغ 3 أي بنسبة (4.3%)، في حين بلغ عدد المرضى الذين مستوى ضغطهم الدموي معتدل 67 مريض أي بنسبة (95.7%).

✓ اما المتغير الخاص بمستوى **الكوليسترول** فان المرضى الذين لديهم مستوى كوليسترول مرتفع بلغ عددهم 5 بنسبة (7.1%)، في حين بلغ عدد المرضى الذين كان مستوى الكوليسترول لديهم معتدل 65 بنسبة (92.6%).

✓ اما المتغير الخاص **بالسمنة** فان عدد المرضى الذين لديهم سمنة بلغ عددهم 47 أي بنسبة (67.1%)، في حين عدد المرضى الذين لا يعانون من السمنة كان عددهم 23 أي بنسبة (32.9%).

#### 6- الأساليب الإحصائية:

لقد تم الاستعانة بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية :

6-1- بنظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS v 25** لحساب: لمتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

6-2- النمذجة الإحصائية باستخدام المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية **Smart PLS v4** لحساب التأثيرات.

#### 6-2-1- نمذجة المعادلات الهيكلية المستخدمة في العلوم الاجتماعية:

يستخدم الباحثين في العلوم الاجتماعية منذ سنوات العديد من ادوات التحليل الاحصائي بهدف توسيع قدراتهم على تطوير نتائج البحوث والكشف عنها واعتمادها، ولقد استحوذت خلال الثمانينات تطبيقات الجيل الأول من المناهج الإحصائية على البحوث العلمية، ولكن منذ بداية التسعينات توسعت تطبيقات الجيل

الثاني بسرعة لتصل في بعض التخصصات الى ما يقارب (50%) من الأدوات الإحصائية المستعملة في المحيط البحثي.

#### 6-2-2-2 ما هي النمذجة بالمعادلات الهيكلية؟

يعتبر التحليل الاحصائي وسيلة أساسية للباحثين في العلوم الاجتماعية لفترة طويلة من الزمن ، وقد اتسعت تطبيقات المناهج الإحصائية بشكل كبير مع ظهور البرمجيات و أجهزة الكمبيوتر، وخاصة في الفترة الأخيرة مع الانتشار الواسع النطاق للعديد من الطرق بسبب استعمال واجهات بسيطة الاستخدام والاعتماد على التكنولوجيا كأداة لإيصال المعرفة ، وقد اعتمد الباحثين في بداية الامر على التحليل الأحادي المتغير والثنائي المتغيرات وذلك لفهم البيانات والعلاقات ، ولكن العلاقات المعقدة والمتعلقة بالاتجاهات البحثية الحالية في العلوم الاجتماعية ابرزت أهمية الاعتماد بشكل كبير على أساليب أكثر تطورا في تحليل البيانات المتعددة المتغيرات.

يركز التحليل المتعدد المتغيرات **multivariate analysis** على تطبيق مناهج احصائية وذلك لتحليل المتغيرات المتعددة في وقت واحد، وهي عادة ما تمثل القياسات التي ترتبط بأفراد، او شركات، او احداث، او أنشطة، او حالات او ما شابهها، وغالبا ما يتم الحصول على هذه القياسات من الاستبيانات او الملاحظات التي تستخدم لجمع البيانات الأولية، ولكن يمكن أيضا الحصول عليها من القواعد التي تحتوي على البيانات الثانوية. (هار واخرون، 2019، ص 21)

يطلق على المناهج الإحصائية التي تستخدم في العلوم الاجتماعية عادة بتقنيات الجيل الأول **first-generation techniques**. (Fornell, 1987,1982) ، من بين التقنيات التي تشتمل عليها هذه المناهج نجد تقنية الانحدارات مثل الانحدار المتعدد واللوجستي، وتحليل التباين، كما تتضمن أيضا التحليل العاملي الاستكشافي، والتحليل العنقودي، والمقياس المتعدد الأبعاد.

جدول رقم-06-: يوضح أنواع التقنيات الإحصائية

التقنيات الإحصائية	استكشافية	توكيدية
تقنيات الجيل الأول	- التحليل العنقودي - التحليل العاملي الاستكشافي - مقياس متعدد الأبعاد	- تحليل التباين - الانحدار اللوجستي - الانحدار المتعدد - التحليل العاملي التوكيدي
تقنيات الجيل الثاني	- نمذجة المعادلات الهيكلية-نمذجة المربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM)	نمذجة المعادلات الهيكلية القائمة على التغيرات المشترك (CB-SEM)

يمكن استخدام هذه المناهج وتطبيقها على مشكلة البحث اما لتأكيد نظريات محددة مسبقا، واما لتحديد أنماط البيانات والعلاقات فتكون بذلك اما توكيدية **confirmatory** عن اختبار فرضيات النظريات والمفاهيم الموجودة، واما استكشافية **exploratory** عند البحث عن أنماط كامنة في البيانات وعدم وجود معرفة سابقة حول كيفية ارتباط المتغيرات او قلة المعرفة بها. (هار واخرون، 2019، ص22)

6-2-3- الخصائص الأساسية لنمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية **pls Sem**

جدول رقم-07-: يوضح خصائص البيانات لنمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية

خصائص البيانات	
حجم العينة	- إشكالات حجم العينة غير مطروحة عادة ما يمكن الحصول على قوة إحصائية معتبرة بعينة ذات حجم صغير. - العينات ذات الاحجام الكبيرة تزيد في تقديرات النمذجة (كالاتساق)
توزيع البيانات	- لا تحتاج الى افتراضات توزيع البيانات لان نمذجة المعادلات الهيكلية القائم على المربعات الصغرى الجزئية هي طريقة غير معلمية.
القيم المفقودة	النموذج يكون متينا جدا بشرط ان تكون القيم المفقودة لا تتعدى مستوى المقبول.
سلم القياس	يعمل مع بيانات قياسية، شبه قياسية (ترتيبية-رتبية)، بيانات مقيسه، بيانات مرقمة ثنائيا (مع بعض القيود). بعض القيود عند استعمال بيانات تصنيفية لقياس متغيرات داخلية كامنة.
خصائص النموذج	

عدد العناصر في كل مبنى من مباني نموذج القياس	يعالج مباني متعددة العناصر او أحادية العناصر.
العلاقات بين المباني وبين مؤشراتها	يقبل بإدراج متغيرات عاكسة او متغيرات تكوينية بسهولة في نماذج القياس.
تعقيد النموذج	يعالج نماذج معقدة بعدة متغيرات وعلاقات بينهما.
انشاء النموذج	لا يعالج علاقات تحتوي على حلقات سلبية او دائرية في نماذج الهيكل.
<b>خصائص خوارزمية النمذجة</b>	
الهدف	التقليل من التباين غير المفسر (وتعظيم قيم $R^2$ ).
الفعالية	يحصل تقارب النموذج بعد بضعة تكرارات (حتى في الحالات ذات النماذج المعقدة والتي تحتوي على مجموعات كبيرة من البيانات) بسبب فعالية الخوارزمية.
طبيعة المباني	تؤخذ على انها وكيلا للمفاهيم الكامنة قيد البحث، ممثلة في المتغيرات المركبة.
ناتج مجموع المبنى	تقدر كمجموعات خطية لمؤشراتها. طبيعتها محددة. تستخدم لأغراض تنبؤيه. يمكن استخدامها كمعطيات لتحليلات لاحقة. لا تتأثر بنقائص البيانات.
تقدير العوامل	علاقات نموذج الهيكل اقل من تقديراتها المفترضة وعلاقات نموذج القياس أكبر من تقديراتها المفترضة عندما تقدر البيانات من نموذج العوامل المشتركة. متماسكة بشكل عام. تتميز بمستويات عالية من القوة الإحصائية.
<b>قضايا تتعلق بتقييم النتائج</b>	
التقييم الاجمالي للنموذج	لا تتطلب مؤشرات جودة المطابقة.
تقييم نماذج القياس	نماذج القياس العاكسة: تقييم الموثوقية والمصدقية بواسطة معايير متعددة. نماذج القياس التكوينية: تقييم المصدقية، مستوى الدلالة الإحصائية، ملائمة وزن المؤشرات، التداخل الخطي بين المؤشرات.

التداخل الخطي بين مجموعات المباني، مستوى دلالة معاملات المسار، معايير تقييم القدرات التنبؤية للنموذج.	تقييم نموذج الهيكل
تحليل مصفوفة الأثر والأداء. تأثيرات المتغيرات الوسيطة. نماذج المكونات الهرمية. تحليل متعدد المجموعات. كشف اللاتجانس غير الملحوظ ومعالجته. لا تباينية نموذج القياس. تأثيرات المتغيرات التفاعلية (المعدلة).	تحليلات إضافية

المصدر: (هار واخرون، 2019، ص44)

الإجراءات المنهجية في تطبيق نمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية:

يمكن تلخيص اهم الإجراءات في الشكل التالي:

المرحلة 01

تحديد النموذج الهيكلية



المرحلة 02

تحديد نماذج القياس



المرحلة 03

جمع البيانات وفحصها



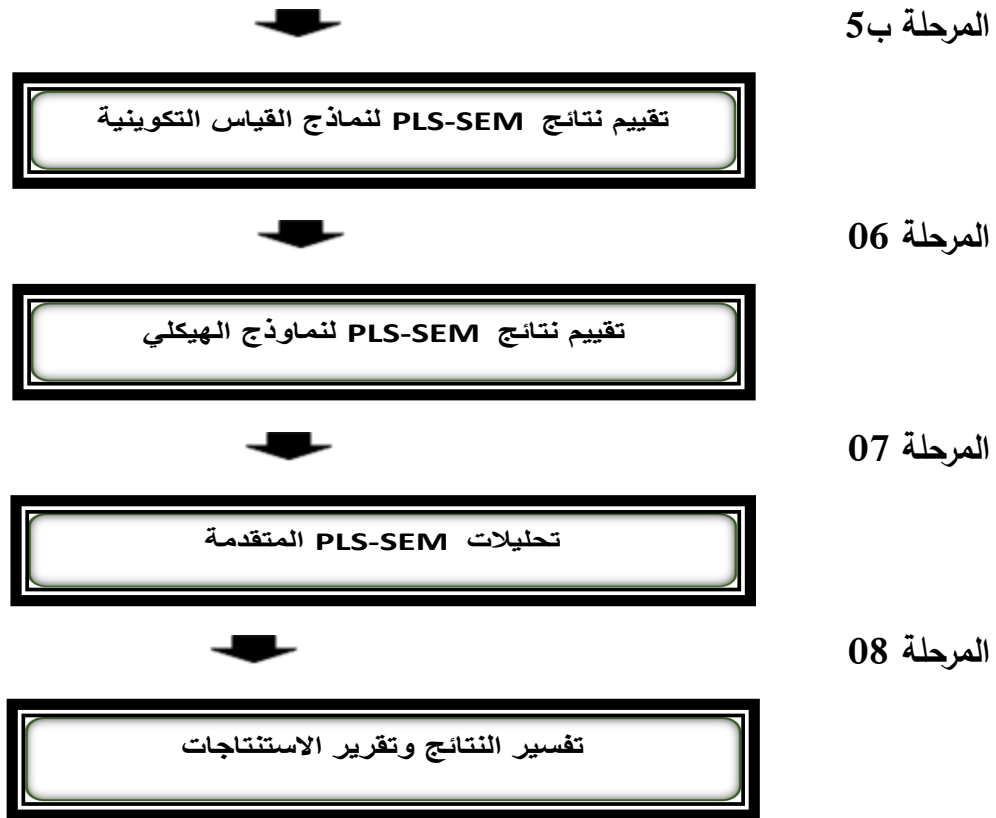
المرحلة 04

PLS تقدير مسار



المرحلة 05

تقييم نتائج PLS-SEM لنماذج القياس العاكسة



شكل رقم-05-: يوضح الإجراءات المنهجية في تطبيق نمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية

المصدر: (هار واخرون، 2019، ص58)

#### 6-2-4- عرض وتحليل نموذج الدراسة:

يقسم التحليل باستخدام برنامج التحليل الاحصائي المتقدم smart-pls 4 الى جزئين رئيسيين هما:

#### 1-تحليل النموذج القياسي (النموذج الخارجي) Measurement Model :

وهو ذلك الجزء من نموذج المعادلة الهيكلية والذي يتعامل مع متغيرات الدراسة ومؤشراتها حيث يحدد العلاقات بين المتغيرات المشاهدة (المؤشرات او الأسئلة) والمتغيرات الكامنة، كما انه أيضا يصف صدق وثبات المتغيرات المشاهدة.

2-تحليل النموذج الهيكلية (النموذج الداخلي) Structural Model: وهو النموذج الداخلي الذي يوضح العلاقات السببية الموجودة بين متغيرات الدراسة، حيث انه يوضح طبيعة العلاقة بين العوامل المستقلة والتابعة، وكذلك بين نسبة الأثر ومعامل التفسير لكل من العوامل المستقلة في العامل التابع، ومن خلال نتائج النموذج الهيكلية يمكن توضيح نتائج فرضيات الدراسة وقيمة العلاقات وشارتها (موجبة او سالبة).

#### 7-أدوات الدراسة:



### 7-1- مقياس إدراك المرض الموجز (Brief Illness Perceptions Questionnaire)

يحتوي استبيان إدراك المرض الموجز (Brief-IPQ) بواسطة Broadbent et al على ثمانية عناصر بالإضافة إلى عنصر واحد للمقياس السببي المستخدم سابقاً في IPQ-R بواسطة Moss Morris et al. يتم تصنيف جميع العناصر باستثناء السؤال السببي باستخدام مقياس من 0 إلى 10. ويتكون من ثلاث محاور

- ❖ -المحور الأول وقيم التمثيلات المعرفية: البند 1 (النتيجة)، البند 2 (الجدول الزمني)، البند 3 (التحكم الشخصي)، البند 4 (التحكم في العلاج)، والبند 5 (الهوية).
- ❖ -المحور الثاني وقيم التمثيلات العاطفية: البند 6 (القلق) والبند 8 (لعواطف).
- ❖ -المحور الثالث وقيم قابلية فهم المرض: والمتمثل في البند رقم 7.

وهناك تقييم التمثيل السببي عن طريق عنصر استجابة مفتوح مقتبس من IPQ-R، والذي يطلب من المرضى سرد أهم ثلاثة عوامل سببية في مرضهم (البند 9)، يمكن تجميع الردود على العنصر السببي في فئات مثل الإجهاد ونمط الحياة والوراثة وما إلى ذلك، والتي يحددها المرض المعين الذي تمت دراسته، ويمكن بعد ذلك إجراء تحليل فئوي. وفقاً لتقرير مؤلفي المقياس، أظهر موجز IPQ موثوقية اختبار-إعادة اختبار جيدة وصلاحية متزامنة مع التدابير ذات الصلة (Broadbent & Pertiera, 2005).

وقد تم ترجمته إلى اللغة العربية من قبل كل من ابركان الصالح (Aberkane,2016,p 02) و يونس سرغيني (سرغيني، بدون سنة، ص52).

### 7-2- مقياس الالتزام بالعلاج المتعدد الأبعاد (MAQ)

تم اعداده والتحقق من صحته عن طريق Telles-Correia et al في عام 2007، واستخدم لمرضى الزرع.

استناداً إلى مراجعة الأدبيات الشاملة المتعلقة بالفشل في الزرع والمنهجية المستخدمة في تقييمه وبإشراف أطباء الكبد، تم إعداد استبيان يتناول التقيد بالأبعاد الثلاثة: التواجد في الاستشارات والعلاجات، وتناول الأدوية، واستهلاك الكحول، مع ثلاثة أسئلة لكل بعد من الأبعاد. مر هذا الاستبيان بعدة مراحل للتحقق من الصحة: التصحيح المعرفي، واختبارات الموثوقية، والتحقق من صحة المحتوى، والتحقق من صحة الإنشاء والتحقق من صحته من خلال معايير متزامنة ومتقاربة، وفقاً لنتائج التحقق من الاتساق الداخلي وتحليل العوامل، استنتج أنه يمكن استخدام الاستبيان لكل بعد مستقل أو لمجموعة من عدة أبعاد،

حيث أن الاتساق الداخلي ضمن الأبعاد مرتفع وكذلك مجموعة الأبعاد، وكذلك التماسك الذي يتم الحصول عليه من خلال تحليل العوامل.

وتتم الإجابة على بنود المقياس حسب سلم ليكرت ضمن ستة اختيارات تتدرج كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم-08-: يوضح البدائل الخاصة بمقياس الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ)

ابدا	تقريبا ابدا	مرات قليلة	أحيانا	تقريبا دائما	دائما
1	2	3	4	5	6

وتصحح هذه البنود بالتدرج التصاعدي بالنسبة للبند (أ) بالنسبة للأبعاد الثلاث في حين البنود (ب.ج) فهي تحسب بطريقة عكسية. ويتم حساب مستوى الالتزام بجمع درجات البنود حيث تتراوح بين (1-54) وكلما ارتفعت كلما ارتفعت الدرجة كان الالتزام أكثر. (Telles-Correia et al,2012,p92)

وباعتبار أن المقياس متوفر باللغة الإنجليزية واللغة البرتغالية فقط، فقد قام الطالب بترجمته للغة العربية، وقد تم عرض الترجمة على مجموعة من المختصين (أستاذ علم نفس، طبيبين اختصاصيين في امراض الكلى أستاذة لغة انجليزية وأستاذة لغة عربية)، وبعد ابداء آرائهم تم اعادة صياغة العبارات التي تم تغييرها واعادة صياغتها مرة اخرى. وبعدها تم تطبيق المقياس على افراد عينة الدراسة بعد التأكد من وضوح المعلومات والعبارات قصد حساب خصائصها السيكومترية. وقد تحققنا من الخصائص السيكومترية للمقياس بواسطة برنامج Smart PLS4 .

7-3- مقياس استراتيجيات التعامل الموجز (Brief-COPE)

تم وضع هذا الاستبيان من قبل كل من (Carver) سنة 1997 وهو النسخة المختصرة لمقياس Weintraub ،Scheier سنة 1989، تم إنشاء هذا المقياس من نماذج نظرية معترف بها (نموذج لازاروس وفولكمان للتوتر والتكيف، 1984، نموذج التنظيم الذاتي السلوكي، كارفر وشير، 1981، 1990). يمكن استخدامه لتقييم التعامل مع السمات (الطريقة المعتادة للتعامل مع الإجهاد في الحياة اليومية) وفي حالة التعامل (الطريقة الخاصة التي يتعامل بها الناس مع موقف مرهق معين)، يعد موجز COPE مقياساً يستخدم في العديد من الدراسات ذات الصلة بالصحة: إدمان المخدرات، والشيشوخة، وسرطان الثدي، والاكنتاب، والإيدز. تراوح الاتساق الداخلي ألفا من 0.50 إلى 0.90 للمقياس 14. تجاوزت جميعها 0.60 باستثناء التنفيس، والرفض، والقبول (كارفر، 1997)

يتم إجراء التقييمات على مقياس ليكرت المكون من أربعة خيارات كما موضحة في الجدول رقم (09)  
جدول رقم-09:- يوضح البدائل الخاصة بمقياس استراتيجيات التعامل ال موجز (Brief-COPE)

لم افعل على الاطلاق	لقد كنت افعل هذا قليلا	لقد كنت أفعل هذا بكمية متوسطة	لقد فعلت ذلك كثيرا
1	2	3	4

يضم هذا الاستبيان 14 بعد لكل بعد سؤالين محددة في كما في الجدول التالي:

جدول رقم-10:- يوضح ابعاد استراتيجيات التعامل الخاصة بمقياس استراتيجيات التعامل وبنوده

البنود	ابعاد استراتيجية التعامل
2.7	التعامل الفعال
14.25	لتخطيط
10.23	استخدام الدعم الملموس
5.15	استخدام الدعم العاطفي
9.21	التنفيس الانفعالي
6.16	فك الارتباط السلوكي
1.19	التشتيت الذاتي
13.26	تأنيب الذات
12.17	الصياغة الإيجابية للموقف
18.28	الفكاهة
3.8	الإنكار
20.24	التقبل
22.27	اللجوء الى الدين
4.11	كف الأنشطة المنافسة

من بين الدراسات التي استخدمت هذا المقياس على مرضى الزرع الكلوي نجد دراسة

( Knowles Et al 2016)

5-7- عرض الخصائص السيكومترية للمقاييس من خلال برنامج smart pls 4

1. عرض وتحليل نموذج الدراسة:

يقسم التحليل باستخدام برنامج التحليل الاحصائي المتقدم **smart-pls 4** الى جزئين رئيسيين هما:

### 1-تحليل النموذج القياسي (النموذج الخارجي):**Measurment Model**

وهو ذلك الجزء من نموذج المعادلة الهيكلية والذي يتعامل مع متغيرات الدراسة ومؤشراتها حيث يحدد العلاقات بين المتغيرات المشاهدة (المؤشرات او الأسئلة) والمتغيرات الكامنة، كما انه أيضا يصف صدق وثبات المتغيرات المشاهدة.

### 2-تحليل النموذج الهيكلي (النموذج الداخلي) **Structural Model**:

وهو النموذج الداخلي الذي يوضح العلاقات السببية الموجودة بين متغيرات الدراسة، حيث انه يوضح طبيعة العلاقة بين العوامل المستقلة والتابعة، وكذلك بين نسبة الأثر ومعامل التفسير لكل من العوامل المستقلة في العامل التابع، ومن خلال نتائج النموذج الهيكلي يمكن توضيح نتائج فرضيات الدراسة وقيمة العلاقات وإشارتها (موجبة او سالبة)

بناء على هذه المراحل الأساسية للتحليل الاحصائي من خلال برنامج **Smart-Pls 4** فان تحليل البيانات سيتم على مرحلتين لكي يتم التأكد أولا من ان البيانات التي تم جمعها قد اجتازت معايير النموذج القياسي **Measurment Model**، وثانيا يتم تقييم النموذج الهيكلي **Structural Model** وذلك من اجل الوصول الى نتائج الفرضيات وتحقيق الأهداف.

### 1.4-1-تحليل النموذج القياسي (النموذج الخارجي)**Measurment Model**

يقسم تحليل النموذج القياسي الى قسمين رئيسيين هما:

#### 1-موثوقية الاتساق الداخلي:**Internal consistency reliability**

#### 2-المصدقية التقاربية: **Convergent Validity**

#### 3-المصدقية التمايزية: **Discriminante Validity**

قبل عرض تحليل النموذج القياسي نتطرق أولا الى اهم القيم الموصى بها علميا لقبول النموذج القياسي من خلال الجدول التالي:

جدول رقم-11:- يوضح القيم الموصى بها علميا لقبول النموذج القياسي:

نوع الصدق	المعايير	الوصف	المرجع
	التشبعات (loadigs)	قيمة التشبعات $0.70 \leq$	(Chin, 1998)

(Cronbach, 1951)	الفاكرونباخ $0.7 \leq$	الفاكرونباخ (CA)	موثوقية الاتساق الداخلي
(Hair, Hult, Ringle, & Sarstedt, 2017)	الموثوقية المركبة $\leq 0.7$	الموثوقية المركبة (CR)	
		معامل RHO-A	
(Fornell & Larcker, 1981)	متوسط التباين المستخلص $0.5 \leq$	متوسط التباين المستخلص AVE	المصادقية التقاربية
(Chin, 1998)	التحميلات المتقاطعة أكبر من تحميلها مع التقاطع على البنى الأخرى	التحميلات المتقاطعة cross loading	المصادقية التمايزية
(Fornell & Larcker, 1981)	$\sqrt{AVE}$ أكبر من الارتباط مع البنى الأخرى	فورنل لاركر - Fornell-Larker	
(Henseler, Ringle, & Sarstedt, 2015)	علاقة البناء $0.90 \geq$	سمة اللاتجانس - سمة الأحادية (HTMT)	

المصدر: (Binyamin, 2019, p175)

### 1- موثوقية الاتساق الداخلي:

يتم تقييم موثوقية الاتساق الداخلي عادة عن طريق ثلاث معايير هما:

#### 1- الفا كرونباخ (Cronbach's alpha):

وهو معيار تقليدي حيث يوفر تقديرا للموثوقية على أساس الارتباط الداخلي بين متغيرات المؤشرات الملحوظة وإحصائيتها، ويفترض الفا كرونباخ ان جميع المؤشرات لها موثوقية متساوية، حيث ان لها تحميلات خارجية متساوية على المبنى، ولكن PLS-SEM تعطي الأولوية للمؤشرات وفقا لموثوقيتها الفردية، إضافة الى ذلك، فان الفا كرونباخ حساسة لعدد العناصر التي يحتويها المقياس وتميل عموما الى التقليل من موثوقية الاتساق الداخلي، ونظرا للقيود التي يحتويها الفا كرونباخ فانه يكون اكثر ملائمة

من الناحية الفنية تطبيق معيار اخر لتقييم موثوقية الاتساق الداخلي يشار اليه بالموثوقية المركبة

**Composite Reliability**

**2-معامل Rho De Joreskog:**

هناك طريقة أخرى لتقييم الصلاحية التمييزية وهي الطريقة التي اقترحها **Fornell and Larcker (1981)** الذين اقترحوا أن الجذر التربيعي لـ **AVE** للبناء يجب أن يكون أكبر من ارتباطه بالبنى الأخرى. هذا يعني أن البناء له تباين أكبر مع مؤشرات مقارنة بالبنى الأخرى في النموذج بالمقارنة مع التحميل المتقاطع، تفحص معايير **Fornell-Larcker** الصلاحية التمييزية على مستوى البناء.

(Binyamin, 2019, p165)

**3- الموثوقية المركبة Composite Reliability:**

هذا المعيار يأخذ في الحسبان مختلف التحميلات الخارجية للمؤشرات المتغيرة، ان معامل الفا كرونباخ متحفظ في احتساب قيم الموثوقية بإعطائه قيم منخفضة نسبيا، في حين الموثوقية المركبة تميل الى المبالغة في تقدير موثوقية الاتساق الداخلي مما يؤدي الى تقدير قيم اعلى نسبيا، ولذلك من المستحسن ان نقيم كل من المعيارين ونقررهما، وعند تحليل موثوقية الاتساق الداخلي للمؤشرات فان الموثوقية الحقيقية عادة ما تقع بين قيمة الفاكرونباخ والتي تمثل الحد الأدنى وبين قيمة الموثوقية المركبة والتي تمثل الحد الأعلى.

جدول رقم-12-: يوضح نتائج صدق موثوقية الاتساق الداخلي

المتغيرات First order	المحاور second order	الفاكرونباخ CA	معامل RHO-A	CR الموثوقية المركبة
إدراك المرض	التمثلات المعرفية	0.78	0.81	0.85
	التمثلات العاطفية	0.75	0.75	0.89
	فهم المرض	1.00	1.00	1.00
الالتزام بالعلاج	الالتزام بالفحوصات	0.89	0.90	0.93
	الالتزام بالدواء	0.89	0.90	0.93
	الالتزام بعدم تناول الكحول	0.78	0.84	0.87
استراتيجيات التعامل	اللجوء الى الدين	0.81	0.82	0.91
	التشتيت الذاتي	0.88	0.88	0.94

0.90	0.78	0.78	استخدام الدعم الملموس
0.92	0.84	0.83	الصياغة الإيجابية للموقف
0.93	0.86	0.86	الانكار
0.90	0.79	0.78	التخطيط
0.91	0.81	0.81	استخدام الدعم العاطفي
0.94	0.87	0.87	التقبل
0.92	0.83	0.83	الفكاهة
0.94	0.89	0.88	كف الأنشطة المنافسة
0.94	0.88	0.88	تأنيب الذات
0.94	0.91	0.89	التعامل الفعال
0.92	0.98	0.84	فك الارتباط السلوكي
0.90	0.78	0.78	التنفيس الانفعالي

المصدر: اعداد الطالب الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج PLS.V4

تعليق:

من الجدول أعلاه نلاحظ ان كل معاملات تقييم الموثوقية (الثبات) لمتغيرات النموذج هي ذات قيم جيدة ومقبولة احصائيا اذ تجاوزت قيمة الفا كرونباخ نسبة (70%) وهي أكبر من العتبة (0.70)، وكذلك معامل Rho De joreskog مقبولة وأكبر من (0.70)، وحسب Rousset et al 2002 فان هذا المعامل أكثر دقة من معامل الفا كرونباخ لأنه يدمج عملية حسابه الأخطاء (بناء الفرضيات) اما معيار الموثوقية المركبة (CR) فتجاوزت نسبة (70%) في كل المتغيرات حيث تراوحت القيم بين أدنى قيمة (0.85) الى اعلى قيمة بلغت (1.00) وعليه فان جميع المتغيرات تتمتع بمستويات عالية من موثوقية.

2-تحليل المصدقية التقاربية للمقاييس Convergent Validity

تشير المصدقية التقريبية الى درجة اتساق العناصر المستخدمة لقياس المفهوم مع بعضها البعض، ووفقا لما أشار اليه (Hair jr et al (2016) فان تقدير المصدقية التقريبية تتم من خلال معيار:

**- متوسط التباين المفسر (AVE) Average Variance Extracted**

يعتبر مقياس متوسط التباين المفسر AVE من أشهر المقاييس الشائعة الاثبات التقارب على مستوى النموذج البنائي، ويعرف هذا المعيار بانه القيمة المتوسطة الكبرى لتربيع تحميلات المؤشرات المرتبطة بالمبنى (أي مجموع تربيع التحميلات مقسم على عدد المؤشرات)، ان قيم (AVE) البالغة (0.50) او أكبر تشير الى ان المبنى يفسر في المتوسط أكثر من نصف تباين مؤشراتته، وفي المقابل تشير قيم AVE التي تقل عن (0.50) الى كون تباين خطأ العناصر أكبر في المتوسط من التباين المفسر من قبل المبنى.

**جدول رقم-13 :- يوضح نتائج متوسط التباين المفسر (AVE)**

متوسط التباين المستخلص AVE	المحاور second order	المتغيرات First order
0.54	التمثلات المعرفية	إدراك المرض
0.80	التمثلات العاطفية	
1.00	فهم المرض	
0.82	الالتزام بالفحوصات	الالتزام بالعلاج
0.82	الالتزام بالدواء	
0.71	الالتزام بعدم تناول الكحول	
0.84	اللجوء الى الدين	استراتيجيات التعامل
0.81	التشتيت الذاتي	
0.82	استخدام الدعم الملموس	
0.86	الصياغة الإيجابية للموقف	
0.88	الانكار	
0.81	التخطيط	
0.84	استخدام الدعم العاطفي	
0.88	التقبل	
0.85	الفكاهة	
0.90	كف الأنشطة المنافسة	



0.89	تأنيب الذات
0.90	التعامل الفعال
0.86	فك الارتباط السلوكي
0.82	التنفيس الانفعالي

تعليق:

تشير نتائج متوسط التباين المفسر كما في الجدول رقم (13) فان جميع القيم تجاوزت المعيار الموصى به، أي ان معيار متوسط التباين المفسر قد تحقق.

#### المصدقية التمايزية: Discriminante Validity

هي المدى الذي يكون فيه المبنى متمايزا بالفعل عن المباني الأخرى وفقا لمعايير تطبيقية، ولذلك فان اثبات المصدقية التمايزية يعني ان المبنى فريد في التقاطه لظواهر لا تمثلها المباني الأخرى في النموذج. يتم تقييم المصدقية التمايزية عن طريق ثلاث معايير هي:

#### 1- معيار نسبة سمة اللاتجانس - سمة الأحادية: Heterotrait - Monotrait Ratio (HTMT)

تم اقتراحه من طرف (Henseler et al (2015) وهي نسبة ارتباطات السمة البينية على ارتباطات السمة الداخلية حيث يمثل متوسط جميع الارتباطات بين المؤشرات عبر المباني التي تقيس مباني مختلفة أي (ارتباطات سمة اللاتجانس - طريقة اللاتجانس) المتعلقة بالمتوسط الهندسي لمتوسط ارتباطات المؤشرات التي تقيس نفس المبنى أي (ارتباطات سمة الأحادية - طريقة اللاتجانس)، اما من الناحية الفنية فتعتبر HTMT تقديرا للارتباط الحقيقي بين مبنين اثنين اذا تم قياسهما بطريقة مثالية، أي اذا كانا يتمتعان بموثوقية كاملة، يشار الى هذا الارتباط الحقيقي أيضا بالارتباط الموهن (disattenuated correlation) وتشير قيمته القريبة من 1 الى عدم وجود مصداقية تمايزيه.

جدول رقم-14:- يوضح نتائج معيار نسبة سمة اللاتجانس -سمة الأحادية (HTMT)

كف الأنشطة المنافسة	فهم المرض	فك الارتباط السلوكي	تأنيب الذات	اللجوء الى الدين	الفكاهة	الصياغة الإيجابية الموجهة	التفكير الانفعالي	التمثلات المعرفية	التمثلات العاطفية	التقبل	التعامل الفعال	التشعيت الذاتي	التخطيط	الانكار	الالتزام بعدم تناول الكحول	الالتزام بتناول الادوية	الالتزام بالمواعيد الطبية	استخدام الدعم الملموس	استخدام الدعم العاطفي	
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	استخدام الدعم العاطفي
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.22	استخدام الدعم الملموس
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.47	0.16	الالتزام بالمواعيد الطبية
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.97	0.46	0.20	الالتزام بتناول الدواء
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.71	0.64	0.58	0.13	الالتزام بعدم تناول الكحول
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.30	0.51	0.54	0.14	0.25	الانكار
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.26	0.37	0.32	0.39	0.62	0.06	التخطيط
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.04	0.13	0.08	0.09	0.19	0.17	التشعيت الذاتي
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.40	0.16	0.29	0.31	0.29	0.22	0.06	التعامل الفعال

0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.38	0.32	0.38	0.22	0.09	0.15	0.32	0.17	التقبل
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.16	0.62	0.11	0.54	0.61	0.71	0.86	0.80	0.43	0.04	التمثلات العاطفية
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.02	0.15	0.56	0.20	0.52	0.49	0.70	0.70	0.71	0.50	0.14	التمثلات المعرفية
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.22	0.26	0.67	0.21	0.27	0.24	0.35	0.30	0.22	0.25	0.16	0.15	التنفيس الانفعالي
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.55	0.22	0.29	0.77	0.23	0.37	0.39	0.29	0.15	0.21	0.28	0.25	0.15	الصياغة الإيجابية للموقف
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.38	0.32	0.34	0.27	0.28	0.34	0.11	0.19	0.31	0.07	0.27	0.24	0.13	0.08	الفكاهة
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.20	0.34	0.22	0.14	0.14	0.49	0.04	0.11	0.06	0.15	0.15	0.11	0.13	0.16	0.08	اللجوء الى الدين
0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.14	0.14	0.05	0.12	0.11	0.16	0.20	0.11	0.30	0.07	0.06	0.08	0.09	0.07	0.07	تأنيب الذات
0.00	0.00	0.00	0.10	0.15	0.13	0.11	0.18	0.13	0.11	0.13	0.30	0.33	0.19	0.08	0.13	0.06	0.13	0.22	0.19	فك الارتباط السلوكي
0.00	0.00	0.12	0.13	0.08	0.10	0.23	0.18	0.83	0.96	0.11	0.55	0.18	0.37	0.43	0.54	0.69	0.66	0.30	0.03	فهم المرض
0.00	0.52	0.18	0.08	0.22	0.34	0.34	0.43	0.65	0.69	0.20	0.35	0.17	0.36	0.46	0.57	0.72	0.75	0.44	0.27	كف الأنشطة المنافسة

تعليق:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ان معظم قيم معيار HTMT للمتغيرات اقل من مستوى العتبة (0.90) وهذا ما يشير الى صحة التمايز بين متغيرات النموذج وان كل متغير وعباراته يختلف عن متغير اخر في النموذج، وهذا ما يدل على ان متغيرات النموذج تتميز بالمصادقية التمايزية.

1- معيار فورنل لاركر Fornell-Larker

في هذا المعيار يتم مقارنة الجذر التربيعي لقيم AVE مع الارتباطات الأخرى للمتغير الكامن حيث يجب ان يكون الجذر التربيعي لقيمة AVE لكل مبنى أكبر من اعلى ارتباط له مع أي مبنى اخر، يمكن أيضا تقييم معيار فورنل لاركر بطريقة أخرى وهو تحديد ما إذا كانت قيمة AVE أكبر من تربيع الارتباط مع مبنى اخر، وهذا التفسير مرده الى طريقة فورنيل لاركر المبنية على فكرة ان المبنى يشترك في التباين مع المؤشرات المرتبطة به أكبر من اشتراكه في التباين مع أي مبنى اخر.

جدول رقم-15:- يوضح نتائج معيار فورنل لاركر

كف الأنشطة المناقشة	فهم المرض	فك الارتباط السلوكي	تأنيب الذات	اللجوء الى الدين	النكاهة	الصياغة الإيجابية	التنقيح الإنفعالي	التمثلات المعرفية	التمثلات العاطفية	التقبل	التعامل الفعال	التشجيت الذاتي	التخطيط	الإنكار	الالتزام بعدم تناول	الالتزام بتناول الأدوية	الالتزام بالمواعيد الطبية	استخدام الدعم الملموس	استخدام الدعم العاطفي	
																			0.91	استخدام الدعم العاطفي
																		0.94	-	استخدام الدعم الملموس
																	0.90	0.42	0.12	الالتزام بالمواعيد الطبية
																0.89	0.86	0.41	0.17	الالتزام بتناول بالأدوية
															0.82	0.57	0.52	0.45	0.08	الالتزام بعدم تناول الكحول

														0.90	-	-	-	-	-	الانكار											
														0.94	-	-	-	-	-	التخطيط											
													0.89	-	-	-	-	-	-	التشتيت الذاتي											
													0.94	0.03	0.35	-	0.24	0.26	0.26	0.20	-	0.02	التعامل الفعال								
													0.93	-	0.30	0.28	-	0.17	0.08	0.13	0.28	0.14	0.14	التقبل							
													0.90	0.13	0.52	-	0.44	0.55	0.72	0.67	0.36	-	0.04	التمثلات العاطفية							
													0.85	0.86	0.12	0.50	-	0.46	0.57	0.63	0.65	0.45	-	0.11	التمثلات المعرفية						
													0.91	0.19	0.21	0.56	0.18	0.25	0.21	-	0.27	0.25	0.19	0.21	0.14	0.12	التفيس الانفعالي				
													0.93	0.45	0.20	0.24	0.66	0.20	0.31	0.33	-	0.24	0.10	0.17	0.25	0.23	0.12	الصياغة الإيجابية للموقف			
													0.92	0.32	0.27	0.30	0.22	0.23	0.28	0.09	0.17	-	0.24	0.03	0.22	0.22	0.11	0.06	الفكاهة		
													0.92	0.17	0.30	0.20	0.11	0.03	0.44	0.03	0.09	0.00	-	0.14	0.10	0.01	0.12	0.14	-	0.01	اللجوء الى الدين

			0.93	0.11	0.12	0.11	0.04	0.02	-0.04	0.13	-0.17	-0.09	0.27	0.00	0.05	0.02	-0.04	0.06	-0.01	تأنيب الذات
		0.93	-0.07	-0.08	-0.10	-0.10	-0.16	-0.09	-0.08	0.08	-0.26	2.26	-0.16	0.04	0.05	-0.005	-0.10	-0.21	-0.15	فك الارتباط السلوكي
	1.00	-0.10	-0.10	-0.02	0.10	0.21	0.16	0.80	0.85	0.11	0.52	-0.16	0.34	-0.38	0.48	0.65	0.63	0.29	-0.03	فهم المرض
0.95	0.50	-0.16	0.04	0.20	0.30	0.30	0.37	0.59	0.58	0.18	0.31	0.01	0.32	-0.39	0.45	0.63	0.67	0.39	0.23	كف الأنشطة المنافسة

تعليق:

من خلال الجدول أعلاه وحسب معيار **Fornell-Larker** يتبين ان معظم المعاملات معنوية ومقبولة احصائيا وذلك بعد النظر الى القطر اذ نلاحظ ان كل متغير متميز عن الاخر (قيمة تقاطع المتغير مع نفسه في القطر أكبر من تقاطع متغير مع المتغير اخر) وهذا ما يدل ان المبنى يشترك في التباين مع المؤشرات المرتبطة به أكبر من اشتراكه في التباين مع أي مبنى اخر ومنه نستنتج ان المعيار محقق وهو ما يثبت الصدق التمايزي للمقياس.

## 2- التحميلات المتقاطعة cross loading

ويشترط هذا المعيار ان يكون التحميل الخارجي للمؤشر على المبنى المتعلق به أكبر من أي تحميلاته المتقاطعة على المباني الأخر.

جدول رقم-16:- يوضح نتائج التحميلات المتقاطعة

كف الأنشطة المنافسة	فهم المرض	فك الارتباط السلوكي	تأنيب الذات	اللجوء الى الدين	الفكاهة	الصياغة الإيجابية	التفيس الانفعالي	التمثلات المعرفية	التمثلات العاطفية	التقبل	التعامل الفعال	التشبيت الذاتي	التخطيط	الابتكار	الالتزام بعدم تناول	الالتزام بتناول الادوية	الالتزام بالمواعيد الطبية	استخدام الدعم الملموس	استخدام الدعم العاطفي	المؤشرات	المعغيرات الكامنة
0.21	- 0.03	- 0.21	- 0.07	- 0.03	- 0.06	0.05	0.09	- 0.11	- 0.01	0.01	0.03	0.09	0.00	- 0.20	0.05	0.14	0.15	- 0.22	0.88	استراتيجية 5	استخدام الدعم العاطفي
0.21	- 0.02	- 0.03	0.02	0.00	0.06	0.16	0.13	- 0.10	- 0.05	0.20	- 0.06	0.13	- 0.03	- 0.16	0.08	0.16	0.09	- 0.09	0.94	استراتيجية 15	استخدام الدعم الملموس
0.38	0.29	- 0.24	0.06	0.10	0.08	0.26	0.18	0.42	0.36	0.31	0.25	- 0.10	0.52	- 0.15	0.46	0.42	0.43	0.95	- 0.04	استراتيجية 10	استخدام الدعم الملموس
0.35	0.25	- 0.16	0.06	0.17	0.14	0.16	0.09	0.44	0.32	0.21	0.12	- 0.23	0.51	- 0.07	0.39	0.36	0.36	0.93	- 0.27	استراتيجية 23	استخدام الدعم الملموس
0.73	0.72	- 0.13	- 0.07	0.17	0.23	0.27	0.28	0.65	0.75	0.13	0.33	- 0.01	0.21	- 0.45	0.44	0.80	0.86	0.32	0.15	م1أ	الالتزام بالمواعيد الطبية
0.73	0.72	- 0.01	- 0.04	0.06	0.14	0.16	0.11	0.46	0.44	0.10	0.13	0.06	0.32	- 0.37	0.45	0.71	0.89	0.36	0.04	م1ب	الالتزام بالمواعيد الطبية
0.60	0.57	- 0.15	- 0.01	0.10	0.21	0.24	0.19	0.64	0.64	0.13	0.25	- 0.08	0.41	- 0.41	0.53	0.81	0.96	0.46	0.14	م1ج	الالتزام بالمواعيد الطبية

0.68	0.52	- 0.03	0.05	0.10	0.35	0.30	0.19	0.55	0.59	0.09	0.35	- 0.00	0.22	- 0.45	0.37	0.81	0.72	0.28	0.17	م 2 ا	الالتزام بتناول الادوية
0.59	0.62	- 0.03	0.02	- 0.03	0.18	0.12	0.15	0.60	0.71	0.03	0.20	- 0.06	0.26	- 0.33	0.55	0.96	0.82	0.43	0.10	م 2 ب	
0.46	0.60	- 0.06	- 0.01	- 0.01	0.10	0.06	0.17	0.56	0.63	0.10	0.17	- 0.04	0.28	- 0.36	0.61	0.91	0.77	0.39	0.19	م 2 ج	
0.39	0.21	- 0.08	0.01	0.14	0.09	0.20	0.07	0.30	0.29	0.14	0.11	- 0.11	0.41	- 0.25	0.53	0.37	0.31	0.42	0.18	م 3 ا	الالتزام بعدم تناول الكحول
0.33	0.45	0.04	0.07	0.06	- 0.00	0.02	0.24	0.51	0.49	0.09	0.22	- 0.00	0.13	- 0.12	0.92	0.49	0.47	0.33	0.03	م 3 ب	
0.42	0.48	0.12	0.03	0.08	0.02	0.06	0.26	0.57	0.54	0.20	0.25	0.08	0.18	- 0.19	0.95	0.54	0.50	0.41	0.03	م 3 ج	
- 0.43	- 0.40	- 0.02	0.00	- 0.11	- 0.30	- 0.16	- 0.22	- 0.49	- 0.50	0.21	- 0.18	0.01	0.24	0.90	- 0.19	- 0.40	0.44	- 0.09	- 0.15	استراتيجية 3	الانكار
- 0.27	- 0.28	0.10	- 0.27	- 0.14	- 0.14	- 0.27	- 0.27	- 0.26	- 0.36	- 0.36	0.06	0.04	0.14	0.90	- 0.19	- 0.36	- 0.38	- 0.13	- 0.20	استراتيجية 8	
0.34	0.38	- 0.19	- 0.29	0.01	0.08	0.36	0.18	0.43	0.42	0.23	0.38	- 0.01	0.94	- 0.16	0.29	0.32	0.34	0.51	0.03	استراتيجية 14	التخطيط
0.25	0.26	- 0.11	- 0.21	0.09	0.24	0.27	0.20	0.44	0.41	0.30	0.28	- 0.08	0.94	- 0.24	0.20	0.21	0.31	0.51	- 0.07	استراتيجية 25	
0.10	- 0.13	0.23	- 0.08	0.07	0.09	0.31	0.31	- 0.17	- 0.04	0.27	0.04	0.95	- 0.06	- 0.03	0.00	- 0.04	- 0.04	- 0.21	0.17	استراتيجية 1	التثنية الذاتي



-	-	0.25	-	0.10	0.06	0.23	0.06	-	-	0.26	0.00	0.83	-	0.01	0.01	-	-	-	0.02	استراتيجية 19	
0.15	0.10	-	-	0.00	0.24	0.20	0.17	0.44	0.44	-	0.93	0.02	0.20	-	0.21	0.24	0.23	0.17	-	استراتيجية 2	التعامل
0.30	0.50	0.22	0.16	0.05	0.29	0.18	0.17	0.49	0.52	0.01	0.95	0.04	0.36	0.11	0.24	0.25	0.26	0.21	-	استراتيجية 7	الفعال
0.29	0.47	-	-	0.12	0.22	0.64	0.48	0.16	0.16	0.94	0.03	0.34	0.28	-	0.13	0.09	0.15	0.27	0.09	استراتيجية 20	التقبل
0.21	0.12	0.12	0.12	0.37	0.21	0.59	0.57	0.06	0.08	0.93	-	0.23	0.26	0.35	0.19	0.05	0.10	0.25	0.17	استراتيجية 24	
0.12	0.08	0.03	0.12	0.05	0.18	0.31	0.26	0.75	0.90	0.13	0.56	0.04	0.41	-	0.49	0.70	0.70	0.36	-	ادراك 6	التمثلات
0.50	0.85	0.11	0.03	0.00	0.21	0.13	0.13	0.81	0.91	0.11	0.38	-	0.40	0.30	0.50	0.61	0.52	0.30	-	ادراك 8	العاطفية
0.50	0.70	-	-	0.03	0.22	0.11	0.03	0.90	0.74	0.13	0.48	-	0.42	-	0.49	0.50	0.52	0.36	-	ادراك 1	التمثلات المعرفية
0.70	-	0.10	0.12	0.06	0.24	0.09	0.15	0.83	0.72	0.05	0.38	0.20	0.34	0.32	0.61	0.53	0.49	0.42	-	ادراك 2	
0.48	0.57	0.04	0.09	0.16	0.27	0.29	0.25	0.85	0.77	0.21	0.38	-	0.42	-	0.40	0.64	0.69	0.43	-	ادراك 3	
0.57	0.81	-	0.02	0.10	0.33	0.28	0.23	0.87	0.77	0.18	0.50	0.15	0.42	0.39	0.40	0.64	0.69	0.43	-	ادراك 4	
0.58	0.78	0.18	0.02	0.10	0.33	0.28	0.23	0.87	0.77	0.18	0.50	-	0.45	-	0.38	0.59	0.64	0.37	-		

0.44	0.47	0.00	0.12	0.11	0.19	0.07	0.14	0.78	0.64	0.05	0.34	-	0.31	-	0.59	0.39	0.38	0.32	-	ادراك 5		
0.33	0.06	-	0.02	0.16	0.20	0.40	0.89	0.09	0.12	0.47	0.12	0.21	0.09	-	0.17	0.12	0.16	0.07	0.10	استراتيجية 9	التنفيس	
0.34	0.21	-	0.06	0.20	0.28	0.42	0.92	0.25	0.26	0.55	0.20	0.24	0.27	-	0.27	0.22	0.22	0.18	0.11	استراتيجية 21	الانفعالي	
0.33	0.28	-	0.11	0.21	0.23	0.93	0.43	0.21	0.30	0.57	0.24	0.27	0.31	-	0.07	0.23	0.29	0.21	0.19	استراتيجية 12	الصياغة	
0.23	0.12	-	0.10	0.36	0.37	0.93	0.42	0.17	0.15	0.07	0.13	0.32	0.31	-	0.11	0.09	0.18	0.21	0.04	استراتيجية 17	الإيجابية	
0.35	0.12	-	0.04	0.15	0.93	0.32	0.29	0.31	0.23	0.23	0.24	0.08	0.23	-	0.01	0.25	0.27	0.15	0.05	استراتيجية 18	الفكاهة	
0.18	0.05	-	0.19	0.17	0.90	0.27	0.19	0.23	0.17	0.19	0.28	0.08	0.07	-	0.05	0.15	0.11	0.05	0.06	استراتيجية 28		
0.07	-	-	0.02	0.88	0.09	0.23	0.10	-	-	0.20	0.03	0.05	0.03	-	0.08	-	0.03	0.10	0.06	استراتيجية 22	اللجوء الى الدين	
0.26	0.03	-	0.14	0.95	0.21	0.30	0.24	0.19	0.11	0.48	0.03	0.10	0.07	-	0.10	0.08	0.16	0.15	-	استراتيجية 27		
-	-	-	0.90	0.07	0.09	0.15	0.04	-	-	0.14	-	-	-	-	0.06	0.00	-	-	0.04	0.02	استراتيجية 13	التأنيب
0.07	-	-	0.96	0.12	0.12	0.8	0.04	0.07	0.02	0.11	-	-	0.27	-	0.07	0.07	0.00	0.07	-	استراتيجية 26	الذاتي	

-	-	0.95	-	-	-	-	-	-	-	0.02	-	0.23	-	0.03	0.00	-	-	-	-	استراتيجية	فك
0.17	0.06		0.06	0.03	0.06	0.13	0.20	0.04	0.04		0.22	0.23	0.15	0.03	0.00	0.02	0.10	0.27	0.17	6	الارتباط
-	-	0.91	-	-	-	-	-	-	-	0.16	-	0.27	-	0.05	0.10	-	-	-	0.02	استراتيجية	السلوكي
0.14	0.14		0.08	0.13	0.15	0.04	0.08	0.14	0.13	0.16	0.27	0.15	0.05	0.10	0.07	0.09	0.09	0.02	16		
0.50	1.00	-	-	-	0.10	0.21	0.16	0.80	0.85	0.11	0.52	-	0.34	-	0.48	0.65	0.63	0.29	-	ادراك	فهم
		0.10	0.10	0.02							0.16	0.34	0.38	0.48	0.65	0.63	0.29	0.03	7	المرض	
0.95	0.04	-	0.07	0.26	0.24	0.32	0.36	0.55	0.51	0.17	0.30	-	0.25	-	0.45	0.56	0.60	0.36	0.27	استراتيجية	كف
		0.20									0.03	0.25	0.39	0.45	0.56	0.60	0.36	0.27	4	الأنشطة	
0.95	-	0.00	0.12	0.32	0.26	0.34	0.58	0.60	0.17	0.29	0.05	0.36	-	0.41	0.64	0.67	0.67	0.39	0.17	استراتيجية	المنافسة
	0.49											0.34	0.41	0.64	0.67	0.67	0.39	0.17	11		

تعليق:

يوضح الجدول اعلاه ان التحميلات - والتحميلات المتقاطعة لكل مؤشر، فمثلا يحتوي مؤشر استخدام الدعم العاطفي على اعلى قيمة للتحميل مع مبنى استخدام الدعم العاطفي المتعلق به .

(0.88 و 0.94) بينما جميع عمليات تحميلاته المتقاطعة مع المباني الأخرى صغيرة الى حد كبير مثلا تحميل استخدام الدعم الملموس على مبنى يبلغ (0.22 و -0.09)، نفس الامر يمكن استنتاجه بالنسبة للمؤشرات الأخرى للمبنى، ونتيجة لذلك فان التحميلات المتقاطعة لهذا العرض تثبت جودة المصادقية التمايزية.

بناء على ما سبق، تظهر النتائج صحة الأسئلة المستخدمة في قياس المتغيرات من خلال تحليل النموذج القياسي **Measurement Model** بأجزائه الثلاث موثوقية الاتساق الداخلي **Internal consistency reliability**، المصادقية التقاربية **Convergent Validity** والمصادقية التمايزية **Discriminant Validity** وبالتالي فانه من الممكن البدء بتحليل النموذج الهيكلي (النموذج الداخلي) **Structural Model**.

## الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة

- 1- عرض نتائج الفرضية الاولى.
- 2- عرض نتائج الفرضية الثانية.
- 3- عرض نتائج الفرضية الثالثة.
- 4- عرض نتائج الفرضية الرابعة.
- 5- عرض نتائج الفرضية الخامسة.
- 6- عرض نتائج الفرضية السادسة.
- 7- عرض نتائج الفرضية السابعة.
- 8- عرض نتائج الفرضية الثامنة.
- 9- عرض نتائج الفرضية التاسعة.

### 1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

القائلة " نتوقع إدراك إيجابي اتجاه عملية زراعة الكلية لدى افراد العينة".

للتحقق من هذه الفرضية تم الاعتماد على المتوسط الفرضي لمقارنة نوع الاتجاهات مع المتوسط الحسابي، فإذا كان المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط الفرضي لكل محور فهذا يعني أن الاتجاه يكون إيجابي او العكس صحيح .وكان المتوسط الفرضي كما يلي:

✓ المتوسط الفرضي لإدراك المرض س = 44

✓ المتوسط الفرضي للتمثيلات المعرفية س = 27

✓ المتوسط الفرضي للمثلات العاطفية س = 11

✓ المتوسط الفرضي للفهم المرض س = 5

وبعد حساب الفروق بين المتوسطات كانت النتيجة كالتالي:

جدول رقم-17-: يوضح نتائج اختبار (ت) بين الاتجاهات السلبية والاتجاهات الإيجابية

المتغير	عدد افراد العينة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة	المتوسط الفارقي
إدراك المرض	70	44	56.28	2.07	5.92	69	0.00	12.28
المعرفية	70	27	41.7	0.65	22.46	69	0.00	14.7
العاطفية	70	11	6.48	0.26	24.04	69	0.00	17.48
فهم المرض	70	5	7.59	0.24	10.42	69	0.00	2.58

❖ إدراك المرض:

تبلغ قيمة المتوسط الحسابي لمتغير إدراك المرض ككل (56.28) بانحراف معياري (2.07) وهي أكبر من قيمة المتوسط الفرضي لنفس المتغير (44) وكانت قيمة الفرق بين المتوسطين ت (5.92) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.00) أي توجد فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي وقد ظهرت هذه الفروق لصالح المتوسط الحسابي ومنه يمكن القول ان معظم افراد العينة لديهم اتجاهات إيجابية نحو التمثلات المعرفية.

✓ التمثلات المعرفية:

تبلغ قيمة المتوسط الحسابي لمحور التمثلات المعرفية (41.7) بانحراف معياري (0.65) وهي أكبر من قيمة المتوسط الفرضي لنفس (27) وكانت قيمة الفرق بين المتوسطين ت (22.46) وهي

قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.00) أي توجد فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي وقد ظهرت هذه الفروق لصالح المتوسط الحسابي ومنه يمكن القول ان معظم افراد العينة لديهم اتجاهات إيجابية نحو التمثلات المعرفية.

✓ التمثلات العاطفية:

تبلغ قيمة المتوسط الحسابي لمحور التمثلات العاطفية (6.48) بانحراف معياري (0.26) وهي اقل من قيمة المتوسط الفرضي لنفس (11) وكانت قيمة الفرق بين المتوسطين ت (24.04) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.00) أي توجد فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي وقد ظهرت هذه الفروق لصالح المتوسط الفرضي ومنه يمكن القول ان معظم افراد العينة لديهم اتجاهات سلبية نحو التمثلات العاطفية.

✓ فهم المرض:

تبلغ قيمة المتوسط الحسابي لمحور التمثلات المعرفية (7.59) بانحراف معياري (0.24) وهي أكبر من قيمة المتوسط الفرضي لنفس (5) وكانت قيمة الفرق بين المتوسطين ت (10.42) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.00) أي توجد فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي وقد ظهرت هذه الفروق لصالح المتوسط الحسابي ومنه يمكن القول ان معظم افراد العينة لديهم اتجاهات إيجابية نحو التمثلات المعرفية.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

القائلة " نتوقع ان يكون لدى افراد العينة مستوى عالي من الالتزام بالعلاج. "

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات المرضى على مقياس الالتزام بالعلاج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم-18-: يوضح مستوى الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغير
0.51	50.68	الالتزام بالعلاج

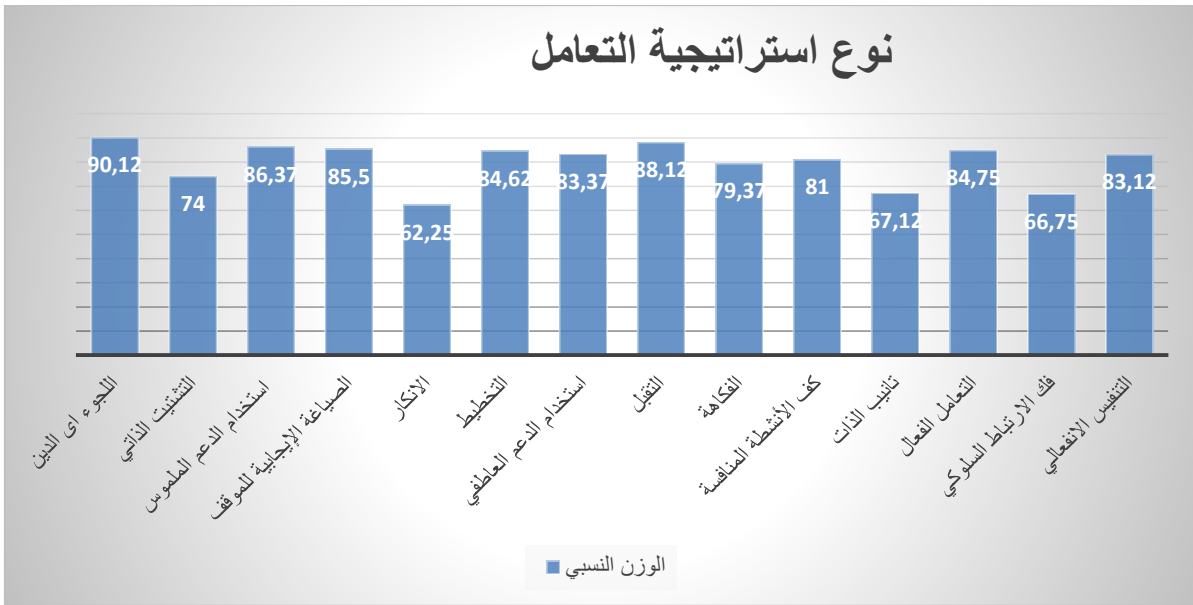
يتضح من خلال الجدول ان المتوسط الحسابي للالتزام بالعلاج قد بلغ (50.68) بانحراف معياري (0.51) وبالرجوع الى مستوى استبيان الالتزام الذي تتراوح درجاته بين (1-54) وكلما ارتفعت كلما ارتفعت الدرجة كان الالتزام أكثر. مما يدل على ارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج لدى هؤلاء المرضى.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

القائلة "نتوقع ان تكون استراتيجية اللجوء الى الدين هي أكثر استراتيجية تعامل لدى افراد العينة " لتأكد من صحة هذه الفرضية قام الباحث بحساب المتوسط الحسابي لكل المتغيرات ومقارنتها بالمتوسط الفرضي، ويوضح الجدول التالي النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم-19:- يوضح ترتيب استراتيجيات التعامل الاكثر استخداما لدى افراد العينة

الترتيب	الوزن النسبي	اعلى درجة	أدنى درجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الفقرات	الإبعاد
1	90.12	8	4	0.13	7.21	2	اللجوء الى الدين
11	74	8	4	0.16	5.92	2	التثبنت الذاتي
3	86.37	8	4	0.12	6.91	2	استخدام الدعم الملموس
4	85.5	8	4	0.15	6.84	2	الصياغة الإيجابية للموقف
14	62.25	8	4	0.18	4.98	2	الانكار
6	84.62	8	4	0.13	6.77	2	التخطيط
7	83.37	8	4	0.14	6.67	2	استخدام الدعم العاطفي
2	88.12	8	4	0.13	7.05	2	التقبل
10	79.37	8	4	0.13	6.35	2	الفكاهة
9	81	8	4	0.15	6.48	2	كف الأنشطة المنافسة
12	67.12	8	4	0.13	5.37	2	تأنيب الذات
5	84.75	8	4	0.16	6.78	2	التعامل الفعال
13	66.75	8	4	0.14	5.34	2	فك الارتباط السلوكي
8	83.12	8	4	0.16	6.65	2	التفيس الانفعالي



الشكل رقم-06:- يوضح المنحنى البياني لترتيب استراتيجيات التعامل الأكثر استخداما لدى افراد العينة  
 ❖ يتم حساب الوزن النسبي بقسمة المتوسط الحسابي لكل محور على اعلی درجة في المحور ثم ضرب الناتج في 100. (السحار، 2002)

- ✓ بعد اللجوء الى الدين: يبلغ متوسط هذا البعد (7.21) بانحراف معياري (0.13) حيث كانت اعلی درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (90.12).
- ✓ التشتيت الذاتي: يبلغ متوسط هذا البعد (5.92) بانحراف معياري (0.16) حيث كانت اعلی درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (74).
- ✓ استخدام الدعم الملموس: يبلغ متوسط هذا البعد (6.91) بانحراف معياري (0.12) حيث كانت اعلی درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (86.37).
- ✓ الصياغة الإيجابية للموقف: يبلغ متوسط هذا البعد (6.84) بانحراف معياري (0.15) حيث كانت اعلی درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (85.5).
- ✓ الإنكار: يبلغ متوسط هذا البعد (4.98) بانحراف معياري (0.18) حيث كانت اعلی درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (62.25).
- ✓ التخطيط: يبلغ متوسط هذا البعد (6.77) بانحراف معياري (0.13) حيث كانت اعلی درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (84.62).
- ✓ استخدام الدعم العاطفي: يبلغ متوسط هذا البعد (6.67) بانحراف معياري (0.14) حيث كانت اعلی درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (83.37).



- ✓ **التقبل:** يبلغ متوسط هذا البعد (7.05) بانحراف معياري (0.13) حيث كانت اعلى درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (88.12).
- ✓ **الفكاهة:** يبلغ متوسط هذا البعد (6.35) بانحراف معياري (0.13) حيث كانت اعلى درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (79.13).
- ✓ **كف الأنشطة المنافسة:** يبلغ متوسط هذا البعد (6.48) بانحراف معياري (0.15) حيث كانت اعلى درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (81).
- ✓ **تأنيب الذات:** يبلغ متوسط هذا البعد (5.37) بانحراف معياري (0.13) حيث كانت اعلى درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (67.12).
- ✓ **التعامل الفعال:** يبلغ متوسط هذا البعد (6.78) بانحراف معياري (0.16) حيث كانت اعلى درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (84.75).
- ✓ **فك الارتباط السلوكي:** يبلغ متوسط هذا البعد (5.34) بانحراف معياري (0.14) حيث كانت اعلى درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (66.75).
- ✓ **التنفيس الانفعالي:** يبلغ متوسط هذا البعد (6.65) بانحراف معياري (0.16) حيث كانت اعلى درجة لهذا البعد (08) وضم هذا البعد عبارتين، وتم حساب الوزن النسبي للبعد فكان (83.12).
- يتضح من الجدول السابق أن بعد اللجوء الى الدين هو البعد الأكثر استعمالاً لدى مرضى الزرع الكلوي مقارنة بترتيب الأبعاد الأخرى، حيث كان الوزن النسبي لهذا البعد (90.12)، يليه بعد التقبل في المرتبة الثانية حيث بلغ الوزن النسبي للبعد (88.12)، ثم بعد ذلك بعد استخدام الدعم الملموس بوزن نسبي (86.37)، ثم بعد الصياغة الإيجابية للموقف بوزن نسبي (85.5)، ثم بعد التعامل الفعال بوزن نسبي (84.75) ثم بعد التخطيط بوزن نسبي (83.37)، ثم التنفيس الانفعالي بوزن نسبي (83.12)، ثم بعد كف الأنشطة المنافسة بوزن نسبي (81)، ثم بعد الفكاهة بوزن نسبي (79.37)، ثم بعد التشتيت الذاتي بوزن نسبي (74)، ثم بعد تأنيب الذات بوزن نسبي (67.12)، ثم فك الارتباط السلوكي بوزن نسبي (66.75) وفي الأخير بعد الإنكار بوزن نسبي (62.25).
- وعليه يمكن القول أن الفرضية لم تتحقق، فقد وجد الباحث على عكس ما كان متوقفاً ان بعد اللجوء الى الدين هو البعد الأكثر استعمالاً لدى افراد العينة.



جدول رقم-20:- يوضح القيم الموصى بها علميا لقبول النموذج الهيكلي:

المراجع	الوصف	المعايير
(Chin, 1998)	- ضعيفة الأثر $R^2=0.19$ - متوسطة الأثر $R^2=0.33$ - مرتفعة الأثر $R^2=0.67$	معامل التحديد $R^2$
Hair jr et al (2013)	- لا يوجد أثر في حال كانت $F^2 > 0.02$ - أثر صغير في حال كانت $0.02 \leq F^2 < 0.15$ - أثر متوسط في حال كانت $0.15 \leq F^2 < 0.35$ - أثر كبير في حالة $0.35 \leq F^2 \leq 1$	حجم التأثير $F^2$
(Chin, 1998)	$0 \leq Q^2$	التعصيب والملائمة التنبؤية $Q^2$ باستخدام التعصيب blindfolding
Hair jr et al (2017)	مستوى الدلالة 0.05	فحص معامل المسار باستخدام البسترة bootsrapping مع عينة 5000

❖ معامل التحديد (R<sup>2</sup>) coefficient of determination

يعتبر من المقاييس الأكثر استخداما لتقييم النموذج الهيكلي وهو مقياس القوة التنبؤية للنموذج يتم حسابه بمربع الارتباط بين القيم الفعلية للمبنى الداخلي المحدد وبين قيمه المتنبئ بها. ويمثل مجموع التأثيرات للمتغيرات الكامنة الخارجية على المتغير الكامن الداخلي.

جدول رقم-21:- يوضح نتائج معامل التحديد (R<sup>2</sup>)

القرار	معامل التحديد R <sup>2</sup>	المتغير الكامن
متوسط	0.59	الالتزام بالعلاج
متوسط	0.35	استراتيجيات التعامل

تعليق:

من خلال الجدول أعلاه يتضح بان جميع معاملات (R<sup>2</sup>) معنوية ومقبولة احصائيا بحيث ان إدراك المرض يفسر مقداره حوالي (0.59) من المتغير الكامن التابع والمتمثل في الالتزام بالعلاج، في حين ان

هذا الأخير فسر استراتيجيات التعامل بمقدار (0.35)، كما ان قيم معامل التحديد المعدل قريبة ولا تختلف كثيرا عن قيم معامل التحديد وهذا ما يدل على جودة النموذج ومعنويته.

2- حجم التأثير (F<sup>2</sup>) effect size

يسمح حجم التأثير (F<sup>2</sup>) بتقييم مساهمة مبنى خارجي في تعيين قيمة R<sup>2</sup> لمتغير داخلي كامن

جدول رقم-22-: يوضح نتائج حجم التأثير (F<sup>2</sup>)

القرار	حجم الأثر F <sup>2</sup>	المتغير الكامن
أثر كبير	0.89	الالتزام بالعلاج
أثر متوسط	0.32	استراتيجيات التعامل

تعليق

من خلال الجدول أعلاه يتبين ان جميع معاملات (F<sup>2</sup>) معنوية ومقبولة من الناحية الإحصائية، فالمرتبطة بالالتزام بالعلاج مرتفعة بنسبة (0.89) اما المتعلقة باستراتيجيات التعامل فهي متوسطة حسب (Hair jr et al (2013). وهذا ما يدل على وجود تأثير قوي لإدراك المرض على الالتزام بالعلاج وتأثير متوسط لإدراك المرض على استراتيجيات التعامل.

3- التعصيب و الملائمة التنبؤية Q<sup>2</sup> Cross-validated redundancy

بالإضافة الى تقييم حجم قيم (R<sup>2</sup>) كمعيار للملائمة التنبؤية، ينبغي للباحثين أيضا دراسة قيمة (Q<sup>2</sup>) حيث ان هذا المقياس يعتبر مؤشرا على القوة التنبؤية خارج العينة (predictive out-of-sample power) او الملائمة التنبؤية (predictive relevance) ، فعندما يعرض نموذج مسار PLS العلاقة التنبؤية فهو يتنبأ بطريقة دقيقة بالبيانات التي لم يتم استخدامها في تقدير النموذج

جدول رقم-23-: يوضح نتائج التعصيب والملائمة التنبؤية Q<sup>2</sup>

القرار	قيمة Q <sup>2</sup>	المتغير الكامن
معنوية	0.43	الالتزام بالعلاج
معنوية	0.14	استراتيجيات التعامل

تعليق:

من خلال الجدول أعلاه يتبين بان جميع معاملات ( $Q^2$ ) معنوية ومقبولة من الناحية الإحصائية لأنها أكبر من (0) حسب (Chin, 1998) ، مما يدل على ان المتغيرات الكامنة الموجودة في نموذج الدراسة القدرة على التنبؤ.

كما تجدر الإشارة الى ان هار (2019) في كتابه -الأساس في نمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى- نبه الى ان مفهوم مطابقة النموذج في سياق نمذجة PLS-SEM بالمفهوم المتعارف عليه في نمذجة CB-SEM لا يمكن تبنيه بشكل كامل في نمذجة PLS SEM لان طريقته عند تقدير معاملات النموذج تستند الى اهداف احصائية مختلفة وهي تضخيم التباين المفسر بدلا من تقليل الفروق بين مصفوفات التباين . وبدلا من ذلك، يتم تقييم النموذج الهيكلي أساسا على المعايير الاستكشافية التي تحددها القدرات التنبؤية للنموذج، هذه المعايير بحكم تعريفها لا تسمح باختيار جودة النموذج بالمفهوم المتعارف عليه في نمذجة النموذج بالمفهوم المتعارف عليه في نمذجة CB SEM ، ولكن يتم تقييم النموذج من حيث مدى توقعه للمتغيرات و المباني الذاتية . ومع ذلك فقد اقترحت بعض الدراسات عدة مؤشرات لقياس مطابقة النموذج تتناسب مع النماذج القائمة على PLS SEM

مثل SRMR و RMMS thetra واختبار المطابقة المحكمة، وعلى الرغم من ان المؤشرات اثبتت انها تمكنا من معرفة سوء تحديد مواصفات النموذج على اطر مختلفة، الا انها تزال في مراحلها الأولى من التطوير. (هار واخرون، 2019، ص290)

4- اختبار الفرضيات: Path coefficients

بعد التأكد من قيم كل من معامل التحديد ( $R^2$ )، حجم الأثر ( $F^2$ ) وقيمة  $Q^2$  ننتقل الى اختبار نتائج فرضيات الدراسة ويظهر ذلك من خلال النموذج الهيكلي.

4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

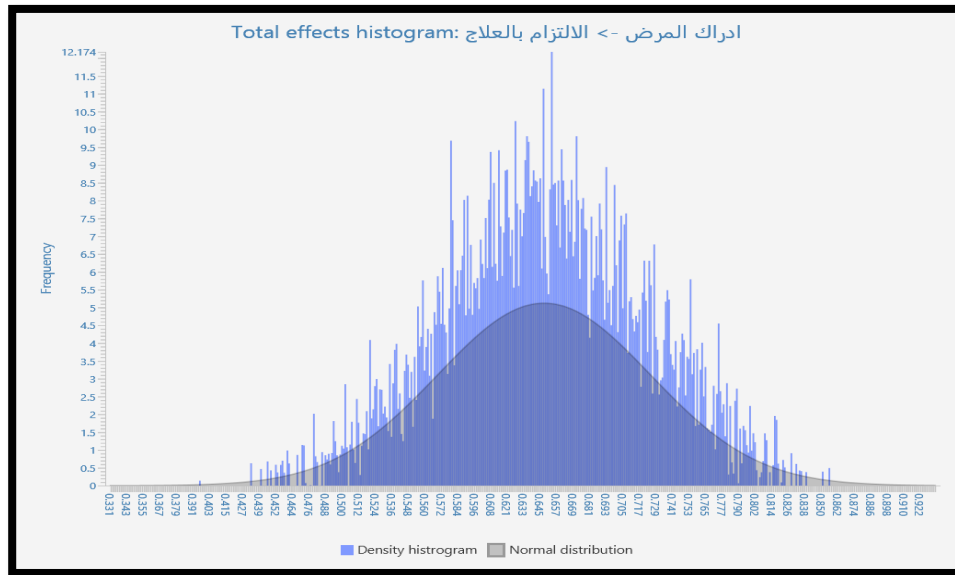
القائلة "يوجد أثر لإدراك المرض على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة".

جدول رقم-24:- يوضح نتائج المسارات الخاصة بـ (إدراك المرض ← الالتزام بالعلاج)

نوع التأثير	المسارات	BETA	SD	t-value	P- values	القرار
تأثير مباشر	إدراك المرض ← الالتزام بالعلاج	0.65	0.07	8.46	0.00	دالة
تأثير غير مباشر	إدراك المرض ← الالتزام بالمواعيد	0.61	0.07	8.23	0.00	دالة
	إدراك المرض ← الالتزام بالدواء	0.62	0.07	8.56	0.00	دالة
	إدراك المرض ← تناول الكحول	0.49	0.07	6.66	0.00	دالة

تعليق

تظهر نتائج تحليل النموذج الهيكلي بان هناك تأثير إيجابي ومعنوي لمتغير إدراك المرض على متغير الالتزام بالعلاج حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.65$ )، وقيمة ( $t=8.46$ )، والقيمة الاحتمالية ( $p = 0.00$ ) وهي اقل من مستوى الدلالة ( $0.05$ ) مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين دالة احصائيا ومنه نستنتج قبول الفرضية. كما تجدر الإشارة الى ان قيمة الأثر ( $f^2$ ) لبعده إدراك المرض معامل مستقل على العامل التابع للالتزام بالعلاج تساوي ( $0.89$ ) وهو حجم أثر كبير حسب ما هو موصى به. (hair et al (2013).



الشكل رقم-08:- يوضح التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة بـ (إدراك المرض-الالتزام بالعلاج)

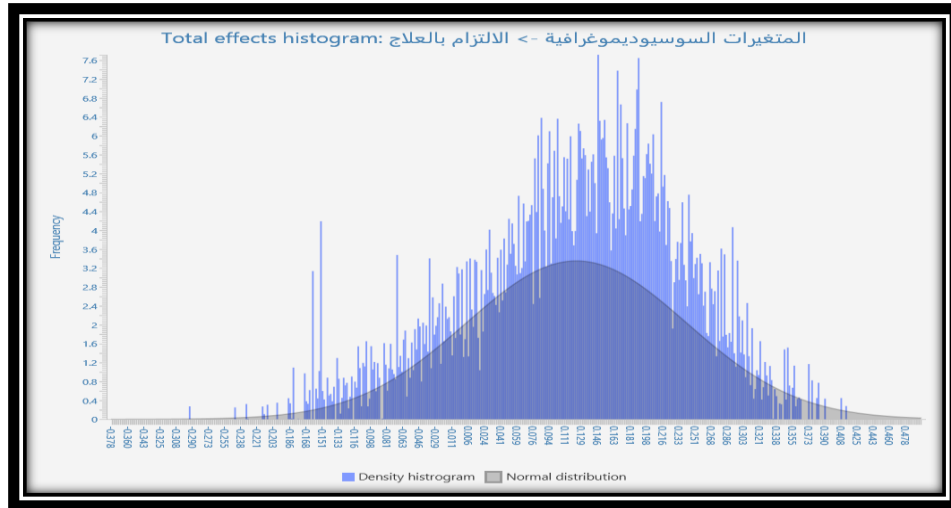
5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

القائلة " هناك أثر للمتغيرات السوسيوديموغرافية على الالتزام بالعلاج وفقا للمتغيرات التالية:  
(العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع).  
جدول رقم-25:- يوضح نتائج المسارات الخاصة بـ (العوامل السوسيوديموغرافية ← الالتزام بالعلاج)

نوع التأثير	المسارات	BETA	SD	t-value	P-values	القرار
تأثير مباشر	العوامل السوسيوديموغرافية ← الالتزام بالعلاج	0.13	0.11	1.16	0.24	غير دالة

تعليق

تظهر نتائج تحليل النموذج الهيكلي بانه لا يوجد تأثير للعوامل السوسيوديموغرافية والالتزام بالعلاج حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.13$ ) وقيمة ( $t = 1.16$ ) والقيمة الاحتمالية ( $p = 0.24$ ) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05$ ) مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين غير دالة احصائيا ومنه نستنتج رفض الفرضية



الشكل رقم-09:- يوضح التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة بـ (العوامل السوسيوديموغرافية-الالتزام بالعلاج)

6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

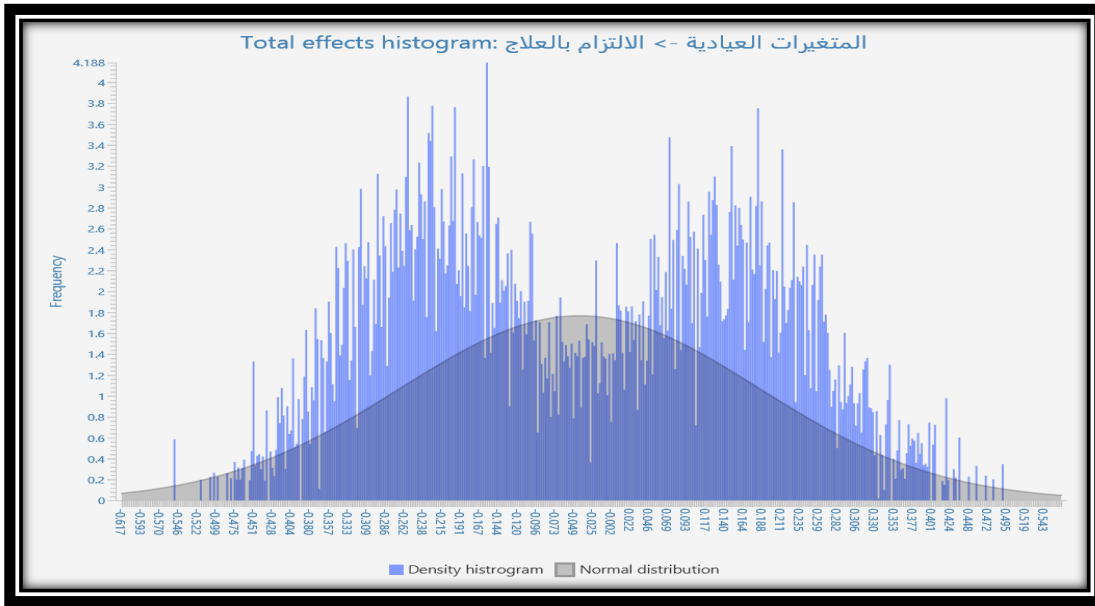
القائلة " هناك أثر للمتغيرات العيادية على الالتزام بالعلاج وفقا للمتغيرات التالية:(مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوري. الكرياتينين. نسبة السكر. الكوليسترول، الوزن. الضغط الدموي)".

جدول رقم-26:- يوضح نتائج المسارات الخاصة بـ (المتغيرات العيادية ← الالتزام بالعلاج)

نوع التأثير	المسارات	BETA	SD	t-value	P-values	القرار
تأثير مباشر	المتغيرات العيادية ← الالتزام بالعلاج	0.15	0.22	0.68	0.49	غير دالة

تعليق

تظهر نتائج تحليل النموذج الهيكلي بانه لا يوجد تأثير للمتغيرات العيادية والالتزام بالعلاج حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.15$ )، وقيمة ( $t = 0.68$ )، والقيمة الاحتمالية ( $p = 0.49$ ) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05$ ) مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين غير دالة احصائيا ومنه نستنتج رفض الفرضية.



الشكل رقم-10:- يوضح التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة بـ (المتغيرات العيادية-الالتزام بالعلاج)



7- عرض نتائج الفرضية السابعة:

القائلة "يوجد أثر لإدراك المرض على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة"

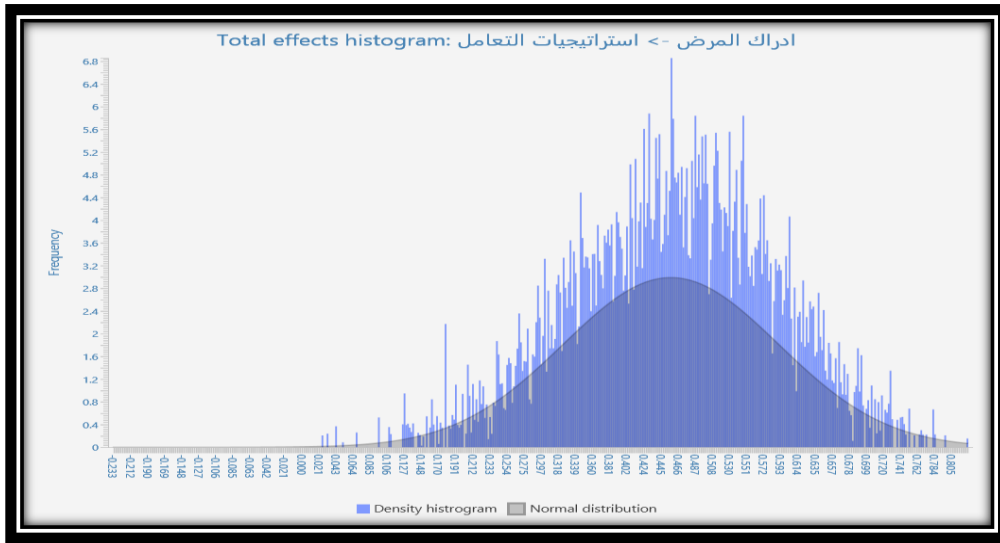
جدول رقم-27:- يوضح نتائج المسارات الخاصة بـ (إدراك المرض ← استراتيجيات التعامل)

نوع التأثير	المسارات	BETA	SD	t-value	P-values	القرار
تأثير مباشر	إدراك المرض ← استراتيجيات التعامل	0.50	0.13	3.80	0.00	دالة
تأثير غير مباشر	إدراك المرض ← استخدام الدعم العاطفي	0.09	0.07	1.25	0.21	غير دالة
	إدراك المرض ← استخدام الدعم الملموس	0.27	0.09	2.78	0.00	دالة
	إدراك المرض ← الانكار	-0.26	0.08	3.03	0.00	دالة
	إدراك المرض ← التخطيط	0.30	0.10	2.89	0.00	دالة
	إدراك المرض ← التشنيت الذاتي	0.09	0.07	1.29	0.19	غير دالة
	إدراك المرض ← التعامل الفعال	0.22	0.09	2.27	0.02	دالة
	إدراك المرض ← التقبل	0.35	0.09	3.92	0.00	دالة
	إدراك المرض ← التنفيس الانفعالي	0.33	0.09	3.74	0.00	دالة
	إدراك المرض ← الصياغة الإيجابية للموقف	0.37	0.09	3.81	0.00	دالة
	إدراك المرض ← الفكاهة	0.26	0.08	2.58	0.01	دالة
	إدراك المرض ← اللجوء الى الدين	0.21	0.08	2.58	0.01	دالة
	إدراك المرض ← تأنيب الذات	0.02	0.08	1.28	0.77	غير دالة

غير دالة	0.26	1.11	0.11	0.13-	إدراك المرض ← فك الارتباط السلوكي
دالة	0.00	2.86	0.11	0.33	إدراك المرض ← كف الأنشطة المنافسة

تعليق

تظهر نتائج تحليل النموذج الهيكلي بان هناك تأثير إيجابي ومعنوي لمتغير إدراك المرض على متغير استراتيجيات التعامل حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.50$ )، وقيمة ( $t = 3.80$ )، والقيمة الاحتمالية ( $p = 0.00$ ) وهي اقل من مستوى الدلالة ( $0.05$ )، مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين دالة احصائيا ومنه نستنتج قبول الفرضية. كما تجدر الإشارة الى ان قيمة الأثر ( $f^2$ ) لبعء إدراك المرض معامل مستقل على العامل التابع الالتزام بالعلاج تساوي ( $0.32$ ) وهو حجم أثر متوسط حسب ما هو موصى به (hair et al (2013).



الشكل رقم-11:- يوضح التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة بـ

(إدراك المرض-استراتيجيات التعامل)

8- عرض نتائج الفرضية الثامنة:

القائلة "هناك أثر للمتغيرات السوسيوديموغرافية على استراتيجيات التعامل وفقا للمتغيرات التالية: ( العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع)".

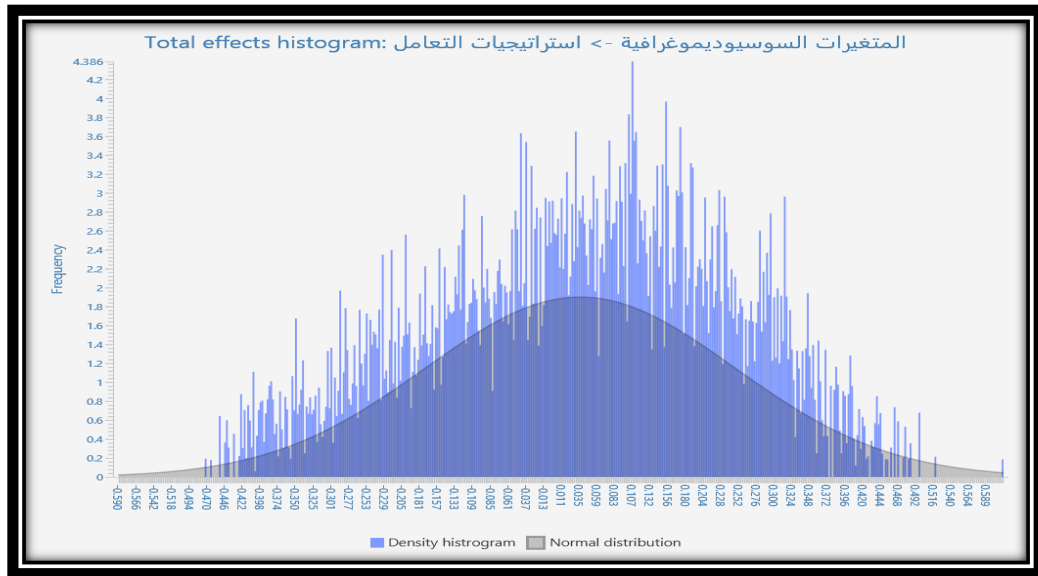
جدول رقم-28:- يوضح نتائج المسارات الخاصة بـ (المتغيرات السوسيوديموغرافية ←

استراتيجيات التعامل)

القرار	P- values	t-value	SD	BETA	المسارات	نوع التأثير
غير دالة	0.90	0.12	0.21	0.02-	المتغيرات السوسيوديموغرافية ← استراتيجيات التعامل	تأثير مباشر

تعليق

تظهر نتائج تحليل النموذج الهيكلي بانه لا يوجد تأثير للمتغيرات السوسيوديموغرافية على استراتيجيات التعامل حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = -0.02$ ) وقيمة ( $t = 0.12$ ) والقيمة الاحتمالية ( $p = 0.9$ ) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05$ )، مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين غير دالة احصائيا ومنه نستنتج رفض الفرضية.



الشكل رقم-12:- يوضح التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة بـ

(العوامل السوسيوديموغرافية - استراتيجيات التعامل)

9- عرض نتائج الفرضية التاسعة:

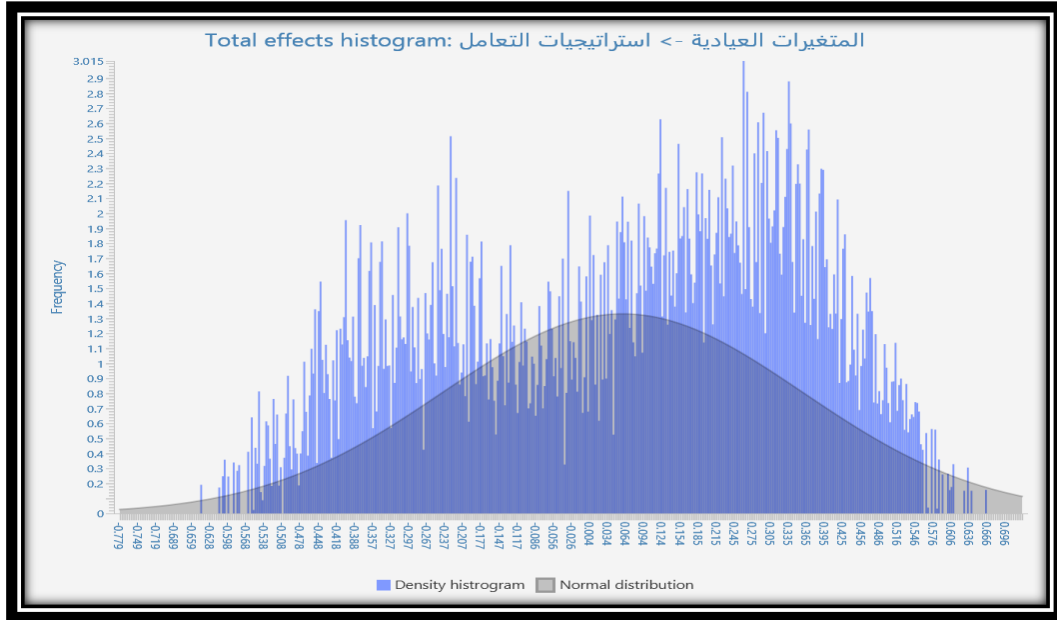
القائلة "هناك أثر للمتغيرات العيادية على استراتيجيات التعامل وفقا للمتغيرات التالية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي)".

جدول رقم-29:- يوضح نتائج المسارات الخاصة بـ (المتغيرات العيادية ← استراتيجيات التعامل)

نوع لتأثير	المسارات	BETA	SD	t-value	P- values	القرار
تأثير مباشر	المتغيرات العيادية ← استراتيجيات التعامل	0.21	0.30	0.70	0.48	غير دالة

تعليق

تظهر نتائج تحليل النموذج الهيكلي بانه لا يوجد تأثير للمتغيرات العيادية على استراتيجيات التعامل حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.21$ )، وقيمة ( $t = 0.70$ )، والقيمة الاحتمالية ( $p = 0.48$ ) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05$ )، مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين غير دالة احصائيا ومنه نستنتج رفض الفرضية.



الشكل رقم-13:- يوضح التمثيل البياني لنتائج المسارات الخاصة بـ (المتغيرات العيادية - استراتيجيات التعامل)

## الفصل السابع: مناقشة وتفسير النتائج

- 1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.
- 2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.
- 3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.
- 4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.
- 5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.
- 6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.
- 7- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة.
- 8- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة.
- 9- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة.

من خلال النتائج التي تم عرضها سيجاول الطالب تفسير هذه النتائج ومناقشتها وفق الفرضيات التي تم وضعها في ضوء التراث النظري، الدراسات السابقة وكذا الجانب الميداني من خلال اهتمامها بالبحث بمتغير إدراك المرض مع المتغيرات السوسيوديموغرافية والعيادية وتأثيرهم على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي.

### 1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

القائلة " نتوقع إدراك إيجابي اتجاه عملية زراعة الكلية لدى افراد العينة".

اعتمد الطالب لتفسير هذه الفرضية على الإحصاء الوصفي والمتمثل في المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، والمتوسط الفرضي لمقياس إدراك المرض الموجز (Brief IPQ) والابعاد التي يتضمنها، وقد جاءت هذه النتيجة متوافقة وتوقعات الطالب بالاستناد الى الجانب النظري و الميداني لموضوع الدراسة، حيث وجدنا من خلال النتائج والموضحة في الجدول رقم -17- ان طبيعة ادراك المرض اتجاه عملية زراعة الكلية لدى افراد العينة بصورة عامة كانت إيجابية ، ويمكن تفسير ذلك الى ان عملية زراعة الكلية بالنسبة للمرضى الذين كانوا يعانون من مرض القصور الكلوي في المرحلة الأخيرة تُعد فرصة ثمينة لتحسين صحتهم البدنية واستعادة حريتهم الشخصية والرفع من ادراك جودة حياتهم ، فالمريض الذي يعاني من مرض خطير كالقصور الكلوي ويعتمد على المُعالجة بحصص تصفية الدم وعلاجات أخرى واهم الاخطار التي يشكلها هذا المرض، فبعد عملية الزرع مباشرة يجد المريض نفسه متحررا تقريبا من جميع تلك القيود الجسدية النفسية والاجتماعية التي كانت تعيق حياته ، فبعد عملية الزرع يعيش المريض تقريبا حياة طبيعية، فمن خلال دراسة لـ (Buldukoglu et al (2005) حول ادراك عملية زراعة الكلية لدى المرضى الزرع الكلوي خلصت الى ان هناك ثلاث تصورات رئيسية المرضى الزرع الكلوي وهي: (هي المنقذ ، مشاعر الامتتان ، ومشاعر المسؤولية الشديدة اتجاه الكلية المزروعة). حيث كان تصور المرضى للكلية **كمنقذ** واضحا من خلال التصريحات التي تحدث فيها المرضى على انها "الولادة من جديد" وعن الكلية بأنها "شيء مميز في حياتهم". كان شعورهم **بالامتتان** واضحا في وصفهم للكلية بأنها "هدية الحياة"، في تعليقاتهم على "توعية حياتهم" المحسنة والشعور بأنهم يعيشون "حياة طبيعية". كانت مشاعر المسؤولية الشديدة عن الكلى حاضرة أيضا: "دائما في ذهني"، "شيء ثمين"، "عدم اليقين"، و "تعتبر عقد". كانت النتيجة الفريدة لهذه الدراسة هي رغبة المتلقين في إبرام عقد مع الكلية المزروعة من أجل المحافظة عليها ومنع خطر الرفض.

(Buldukoglu et al, 2005, p471)

يُفسر أيضا الإدراك الإيجابي نحو زراعة الكلية من خلال ما لمسناه على أرض الواقع على ان المرضى دائما يقارنون وضعهم الصحي الحالي والمعالجة بالمشببات المناعية بعد عملية زراعة الكلية بوضعهم السابق اثناء فترة المعالجة بحصص تصفية الدم مما يشكل لهم تصورات ايجابية ويعتبرون طريقة المعالجة بالمشببات المناعية طريقة سهلة وفعالة، فعملية تصفية الدم التي كانوا يخضعون لها سابقا كانت تشكل لهم عبئا كبيرا على مستوى ادائهم الجسمي، النفسي والاجتماعي وحتى الاقتصادي ففي دراسة **Frade et al سنة 2011** حول تصورات التبرع بالكلى من متبرع حي: حول ما يفكر فيه البرتغاليون ويشعرون به حيث اشارت نتائج هذه الدراسة الى ان كل من المانحون والمتلقون لعملية الزرع الكلوي لديهم تصورات إيجابية حول زراعة الكلية (**Frade et al,2011,p39**). وفي نفس السياق نجد دراسة **Tasmoc et al سنة 2013** التي أظهرت نتائجها ان تصورات المرضى اتجاه عملية زراعة الكلية انها كانت أكثر تقاؤلا. (**Tasmoc et al .2013p 831**)

ان فحص نتائج طبيعة إدراك المرض من خلال ابعاد مقياس إدراك المرض الموجز (Brief IPQ) الذي اعتمدها في هذه الدراسة كشفت النتائج ان كل من بُعد التمثلات المعرفية وُبعد فهم المرض كانا الاتجاه إيجابي بالنسبة لمرضى الزرع الكلوي، في حين بُعد التمثلات العاطفية كان اتجاهه سلبي. يعزى الإدراك الإيجابي للتمثيلات المعرفية للمرض الى ان مرضى زراعة الكلى لديهم تصورات واضحة حول تحسن وضعهم الصحي بعد عملية زراعة الكلية، ولديهم صورة واضحة حول المسار الزمني لوضعهم الصحي الجديد، وطريقة تحكمهم فيه، كما ان هوية مرضهم أصبحت أكثر وضوح من خلال هذه التمثلات الايجابية لوضعيتهم الصحية الجديدة من حيث فوائدها، ومتطلباتها وايضا اهم العراقيل التي يمكن ان تواجههم، كما يعرفون طريقة تحكمهم فيها ونتائجها الصحية. وتتشكل هذه التمثلات المعرفية الإيجابية لدى المرضى من خلال الشروحات التي يقدمها لهم الفريق الطبي الخاص بأمراض الكلى وأيضاً بالاحتكاك بالمرضى الذين مروا على نفس التجربة بالإضافة الى الاستفادة من خدمات الأنترنت المتعلقة بعملية زراعة الكلية والتي قد تساعدهم في تحسين نوعية حياتهم.

في حين دلت النتائج الى ان بُعد التمثلات العاطفية كان سلبي بمعنى لدى المرضى بعض التأثيرات العاطفية السلبية مثل الغضب، الخوف، والاكتئاب بعد الخضوع لعملية زراعة الكلية، فبالرغم من ان هذه الخبرة الجديدة (عملية الزرع الكلوي) لديها العديد من الفوائد الا انها تتميز ببعض الاستجابات الانفعالية السلبية كالقلق. الخوف. والاكتئاب وهذا شيء منطقي لان احتمال رفض الجسم للكلية المزروعة يبقى امر وارد في أي وقت، بالإضافة الى بعض أنواع الضغوط النفسية التي يتعرض لها المريض بعد زراعة الكلية

كضرورة الالتزام الدوائي، الحماية الغذائية، النشاط البدني... الخ، كلها متطلبات تستدعي أحيانا بعض الاستجابات الانفعالية السلبية، وهذا نفس ما اشارت اليه النتائج التي توصل إليها **Andrew et Abbey** إلى أن بعض الاستجابات العاطفية كالقلق والاكتئاب لديها ارتباط قوي بالإدراك السلبي لجودة الحياة. (**Mercier & Filion, 1987, p135**)، وفي السياق ذاته نجد دراسة (**Orr et al (2007)** التي خلصت الى ان من اهم المواضيع الرئيسية تؤثر على الالتزام بالعلاج وهي الخوف من فشل عملية الزرع الكلوي. (**Orr et al ,2007,p509**)

اما فيما يخص بُعد فهم المرض فقد بينت النتائج انه إيجابي بمعنى لدى المرضى مستوى فهم مرتفع لعملية زراعة الكلية، وماهي متطلبات هذه الوضعية الصحية واهم الإجراءات الوقائية المتعلقة بها. وهذا نفس ما خلصت اليه نتائج دراسة (**Ilori et al (2015)** الى انه من الضروري أن يعرف الأفراد المصابون بمرض الكلى المزمن نوعية الفوائد الحياتية لزراعة الكلى وذلك لزيادة استعدادهم للخضوع لعملية زرع الكلى. والذي من شأنه ان يساهم أيضا في توفر مصادر متعددة للمعلومات والمعارف حول زراعة الكلى في الاستعداد لعملية الزرع الكلوي لدى متلقي الكلى. (**Ilori et al, 2015 ,p01**)

وفي نفس الاتجاه نجد دراسة وصفية للباحث (**Biradar (2019)** والتي أجريت في عام 2012 حول تقييم المعرفة، الموقف والتصور بشأن زراعة الكلى وعملية التبرع في الهند. على 60 فردًا. وقد تم استخدام 25 استبيانًا معرفيًا منظمًا لتقييم المعرفة والموقف والإدراك. وكانت النتائج الرئيسية للدراسة ان غالبية المستجيبين 22 (36.67%) لديهم معرفة سابقة بزراعة الكلى ومن مصادر تلفزيونية وإذاعية، 48 (80%) من المستجيبين لديهم معرفة كافية إلى حد ما حول زراعة الكلى وعملية التبرع. (**Biradar, 2019,p01**) ،

وقد اشارت أيضا دراسة (**Bozkurt (2020)**. أن نوعية حياة مرضى الزرع الكلوي قد تحسنت بشكل ملحوظ بعد زراعة الكلى. خاصة من خلال تأثير النشاط الجنسي للرجال بشكل أكثر إيجابية عن طريق الزرع، وتم ذلك من خلال السعي إلى تحسين معرفة المرضى وتصوراتهم قبل زرع الكلى. (**Bozkurt, 2020, p01**)

وبناء على ما سبق نلاحظ ان طبيعة إدراك المرض بصورة عامة كانت إيجابية خاصة فيما يخص البُعدين التمثلات المعرفية والفهم، في حين التمثلات العاطفية والمتمثلة في الخوف. القلق... كانت سلبية، فالمريض يدرك حجم المعاناة التي تعرض لها في المرحلة السابقة وهي قبل عملية زراعة الكلية، وهو يدرك ايضا انها عملية بغض النظر عن تعقيدها الا انها تبقى هي الخيار الافضل لصحته الجسمية والنفسية



ويلاحظ ايضا التغييرات الكبيرة التي طرأت عليه بعد الزرع هذا سيشكل له ارتياح كبير وحافز ليعيش حياة هادئة ومستقرة بعيدة عن الضغوطات النفسية التي كان يتعرض لها من قبل وبالتالي يكون أكثر هدوء وسعادة.

## 2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

القائلة " نتوقع ان يكون لدى افراد العينة مستوى عالي من الالتزام بالعلاج".

اعتمد الطالب لتفسير هذه الفرضية على الإحصاء الوصفي والمتمثل في المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري لمقياس الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ) والابعاد التي يتضمنها، وقد اظهرت النتائج التي تم التوصل اليها من خلال هذه الفرضية بان المتوسط الحسابي بلغ (50.68) بانحراف معياري (0.51) مما يدل على ارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي، وقد كانت هذه النتيجة متوقعة من قبل الطالب الباحث، فمن خلال الاحتكاك المباشر بمرضى الزرع الكلوي وبحكم عمل الطالب باعتباره نفساني عيادي ممارس في القطاع الصحي وبالضبط بمصلحة تصفية الدم والقصور الكلوي. فقد لاحظ ان واقع عملية زراعة الكلية في الجزائر تُعتبر مكسب كبير بالنسبة للمرضى لأنها تخلصهم من المشاكل التي كانوا يتعرضون لها اثناء مرحلة الفشل الكلوي وخاصة المتعلقة بالعلاج عن طريق حصص تصفية الدم والتي تدوم اربع ساعات في اليوم وبمعدل ثلاث مرات في الأسبوع ، لذلك فالمرضى يدركون الأهمية البالغة لعملية زراعة الكلية خاصة بعد تجربتهم القاسية مع مرض الفشل الكلوي وتعقيداته النفسية والجسمية ، وبالتالي ففضية الالتزام بالعلاج امر في غاية الأهمية بالنسبة لهم خاصة فيما يتعلق بالأدوية المثبطة للمناعة التي تختلف عن باقي الادوية ، فمسألة تخلي المريض عن هذه الادوية سيؤدي ذلك حتما الى تعقيدات بالغة الخطورة انطلاقا من رفض الكلية المزروعة وممكن ان يصل الامر حتى الى الموت. ولهذا فتناولها يعتبر قاعدة أساسية وحتمية، فيمكن الهدف الأساسي من تناول هذه الأدوية هو الإنقاص من دفاعات الجسم المناعية وذلك لجعله يتقبل العضو الجديد المزروع ولا يرفضه، وتناول المريض لهذه الادوية يكون بطريقة مستمرة مدى الحياة، وهذا التغيير الذي يطرأ على الجهاز المناعي له أعراض ثانوية مثل تزايد مخاطر التعفن، السمنة وغيرها ...، ولهذا يختار الأطباء الأدوية الملائمة للمريض والتي يجب تناولها حسب توصيات الطبيب من خلال تحريره للوصفة الطبية المناسبة.

هناك العديد من الدراسات التي تناولت الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي وجاءت نتائجها

داعمة ومتوافقة مع نتائج هذه الدراسة الحالية، نذكر منها دراسة لاليتش واخرين Lalić et al سنة 2014

والتي هدفت الى تقييم درجة الالتزام بالأدوية المثبطة للمناعة لدى مرضى زراعة الكلى وقد أظهرت مستوى عالي من الالتزام بالعلاج والذي بلغ نسبته 71.7%. (Lalić et al.2014.p 351)

وفي نفس الاتجاه نجد دراسة Scheel et al سنة 2018 حول المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بعدم الالتزام بالأدوية المثبطة للمناعة بعد زراعة الكلية التي اسفرت نتائجها على ان (33.6%) من المرضى اعترف بأنهم غير ملتزمون بالعلاج جزئياً. (Scheel et al.2018.01)،

وأيضاً نتائج دراسة (Taj et al (2021) حول انتشار عدم الالتزام بالأدوية المثبطة للمناعة لدى متلقي زراعة الكلى: العوائق والتنبؤات وقد اظهرت هذه الدراسة ان هناك انتشار منخفض إلى معتدل لعدم الالتزام (Taj et al.2021 p 1)

وبالمقابل نجد دراسة (Ganjali et al (2019) حول العوامل المرتبطة بالالتزام بالعلاج المثبط للمناعة والحواجز التي تعترضها لدى متلقي زراعة الكلى الآسيويين، حيث تحتوي الدراسة على 244 متلقياً للكلى بمتوسط عمر (12.5 ± 39.6) سنة، وبناءً على درجة مقياس BAASIS، كان 111 (45.5%) مريضاً ملتزمين بالنظام المثبط للمناعة أي أكثر من نصف متلقي الكلى كانوا غير ملتزمين بالنظام المثبط للمناعة. الامر الذي يستلزم الحاجة إلى تصميم التدخلات من أجل تقليل أو إزالة هذه الحواجز وبالتالي زيادة الالتزام بالأدوية بين متلقي الكلى. (Ganjali et al 2019 p 53)

من خلال الممارسة الميدانية للطالب الباحث والاطلاع على التراث النظري المتعلق بموضوع الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي وجد مجموعة من العوامل التي قد تكون ساعدت المرضى على تحقيق مستوى جيد من الالتزام بالعلاج بعد عملية الزرع الكلوي ومن اهمها حصول المرضى على الادوية المخفضة للمناعة بصورة مجانية من طرف المؤسسات الصحية ، بالإضافة الى سهولة المعالجة بالمثبطات المناعية بالمقارنة بحصص التصفية اثناء مرحلة القصور الكلوي ، فالمرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية يعتبرون المعالجة بالمثبطات المناعية هي معالجة يسييرة وتستخدم بطريقة عملية كما اشرنا اليه سابقا ، و في نفس الوقت فصعوبة المعالجة عن طريق حصص تصفية الدم لديها الكثير من التعقيدات خاصة من الناحية النفسية حيث يشعر المرضى ان حريتهم مقيدة مما يشكل لأغلب المرضى القلق والاكتئاب ، واما المعالجة بالمثبطات المناعية هي طريقة سهلة ومريحة لا تكلفهم لا الوقت ولا الجهد ولا شروط استخدام معينة مما تسهل عليهم ممارسة حياتهم اليومية بصورة طبيعية مثل تحسين مستواهم العلمي بطريقة اكثر اريحية ، او الاستفادة من فرص العمل ،ممارسة هواياتهم وأيضاً تمكنهم من تحقيق حلمهم بالزواج وزيادة الخصوبة وغيرها ... ،وهذه الامتيازات التي كانت بالنسبة لهم تمثل عوائق من قبل قد تساهم في رفع مستوى الضغط

والقلق لديهم و لكن بمجرد اجراء عملية زراعة الكلية تتغير معتقداتهم وادراكاتهم ويصبحون اكثر رضا بحياتهم مما يجعلهم اكثر هدوء وسعادة من قبل .

تُعتبر التوصيات الطبية الي يقدمها فريق الرعاية الصحية على مستوى مصلحة امراض الكلى وتأكيدهم على أهمية الالتزام بالعلاج للمرضى بعد عملية زراعة الكلية للحفاظ على صحتهم تعتبر حافز كبير لمحاولة رفع مستوى التزامهم بالعلاج بالإضافة الى استعادة المرضى الجدد الخاضعين لعملية زراعة الكلية من المرضى الذين لديهم خبرة بالوضع الصحي الجديد بعد عملية الزرع وايضا استعمال التكنولوجيا في البحث عن المعلومات الطبية ورفع مستوى وعيهم الصحي حتما سيؤثر بالإيجاب على مستوى التزامهم العلاجي وتحسين نمط حياتهم. كما يلعب أيضا الدعم الاجتماعي من طرف الاسرة والأصدقاء للمريض الخاضع لعملية زراعة الكلية واحساس المريض بالمسؤولية اتجاه الشخص المتبرع لأنه وكما نعلم ان زراعة الكلى في الجزائر تختلف عن بعض الدول فهي تقتصر على المتبرع الحي والذي يكون تربطه علاقة قرابة مع المريض مما يُحمّل المريض مسؤولية الالتزام بالعلاج كرد جميل للشخص المتبرع هذا من جهة ،وصعوبة حصوله على فرصة القيام بعملية زراعة كلية ثانية من جهة اخرى .خاصة ان زراعة الكلية لا تتاح لأي مريض لان هناك مجموعة من العوامل المحددة لقابلية الشخص لعملية زراعة الكلى والتمثلة في :

- الصحة العامة حيث يُشترط ان يكون المريض غير مصاب بمرض يتعارض مع زراعة الكلية.
- السلامة من الأمراض القلبية، وذلك لضرورة التأكد من قدرة القلب على تحملا العملية، وفي حالة الإصابة بأحد الأمراض القلبية يجب ان يتم استشارة طبيب القلب والقيام بالإجراءات اللازمة مثل القسطرة او تغيير الشرايين التاجية قبل العملية.
- التأكد من القدرة على نقل الكلية تقنيا من الشخص المتبرع الى المريض المتلقي، والتأكد من سلامة الاوعية الدموية وإمكانية وصلها مع المثانة، وسلامة الجهاز البولي من العيوب الخلقية.
- سلامة الجسم من الأورام والسرطانات، وفي حالة الإصابة من قبل يجب ألا يكون هناك نشاط للمرض لمدة تتراوح بين ثلاث الى خمس سنوات بعد العلاج، والتأكد بان الورم قد تم استئصاله.
- الحالة النفسية للمريض، حيث يجب ان يكون المتلقي مستقر نفسيا.
- التزام المريض بتبعات العملية كتناول الادوية طوال حياته والمتابعة الطبية المستمرة.
- السمنة المفرطة، وهي تتعارض مع عملية عمل الكلية المزروعة بالأوعية الدموية والمثانة.
- سلامة الجهاز المناعي للمريض (السويداء، 2010، ص 49 )

كما تعتبر الفوائد التي يتوقعها المريض الخاضع لعملية زراعة الكلية أيضا كدافع قوي للالتزام بالعلاج وتتلخص أكبر الفوائد فيما يلي:

- التمتع بجودة حياة أفضل .حيث يعيش المريض حياة أقرب الى الحياة الطبيعية مع مزيد من النشاط والطاقة والقوة البدنية والخصوبة والقدرة على الإنتاج.
  - التحرر والتخلص من ضرورة التصفية الدموية وتضييع الوقت فضلا عن التخلص من الآلام والمضاعفات من اجل التمتع بحياة أحسن وأطول .حيث يحيا المرضى الخاضعون لزراع الكلية حياة اطول من غيرهم المستمرين في إجراءات غسيل الكلى.
  - انخفاض القيود الخاصة بالنظام الغذائي والسوائل، وانخفاض التعرض للمضاعفات بعد زراعة الكلى، حيث تكون مخاطر المضاعفات أكثر في حالات العلاج عن طريق غسيل الكلى.
  - انخفاض التكلفة، حيث يشار هنا الى انه مع زيادة التكلفة المبدئية لعمليات زراعة الكلى، فان تكاليف العلاج تنقص مع العام الثاني او الثالث بالنسبة للمريض المتلقي غالبا ما تصبح اقل من التكاليف المطلوبة للغسيل الكلوي الذي يتطلب تكاليف باهظة.
  - التحسن في الحياة الجنسية لدى الرجال وبالمقابل زيادة فرص أكبر للحمل لدى النساء .
- (حسين وبانديا، 2014، ص83).

### 3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

القائلة " نتوقع ان تكون استراتيجية اللجوء الى الدين هي أكثر استراتيجية تعامل لدى افراد العينة " .  
اعتمد الطالب لتفسير هذه الفرضية على الإحصاء الوصفي والمتمثل في المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري والوزن النسبي لمقياس استراتيجيات التعامل مع الضغوط (BREIF COPE) والابعاد التي يتضمنها.

دللت نتائج الدراسة ان هناك تباين في استراتيجيات التعامل التي يستخدمها افراد عينة الدراسة اتجاه المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها بعد عملية زراعة الكلية ، حيث توزعت درجات ابعاد مقياس استراتيجية التعامل التي اعتمدها في الدراسة بشكل متنوع مما يعني ان اغلب نتائج المتوسطات الحسابية الخاصة بهذه الفرضية جاءت متقاربة ومتنوعة بالرغم من الترتيب الذي جاءت عليه هذه المتوسطات الحسابية، وقد افضت النتائج الى ان الاستراتيجية الأكثر استخداما لدى افراد العينة في هذه الدراسة هي استراتيجية اللجوء الى الدين التي احتلت المرتبة الاولى بمتوسط حسابي بلغ (7.21) ثم تليها كل من استراتيجية التقبل

(7.05) ،استخدام الدعم الملموس(6.91)،الصياغة الإيجابية للموقف (6.84)،التعامل الفعال (6.78)، التخطيط (6.77)، استخدام الدعم العاطفي (6.67)،التنفيس الانفعالي (6.65)،كف الأنشطة المنافسة (6.48)،الفكاهة (6.35)،التثنت ذاتي (5.92)،تأنيب الذات (5.37)،فك الارتباط السلوكي (5.34)،وفي المرتبة الأخيرة الانكار(4.98).

ويرى الطالب الباحث ان استخدام هذه الاستراتيجية بطريقة كبيرة كانت متوقعة وطبيعية. وتفسر هذه النتيجة الى انه رغم الدور الكبير الذي تلعبه زراعة الكلية في تحسن الوضع الصحي للمريض كما أشرنا انفاً الا ان المريض الخاضع لعملية زراعة الكلية يبقى يتعرض لمجموعة من الضغوطات النفسية والاجتماعية التي تدفعه الى اللجوء الى استخدام استراتيجيات تعامل معينة للتخفيف من حدة هذه الضغوط والتعامل معها بطريقة سليمة خاصة مع الوضع الصحي الجديد الذي يعيشه والذي يتطلب التكيف والتأقلم، ومن اهم الضغوط النفسية والصعوبات التي تم الإبلاغ عنها حسب دراسة ل (YANG et al (2020 التي طبقت على 50 مريضا (30 رجل و20 امرأة) نجد سبع صعوبات عبر عنها المرضى وتتمحور حول : (1) عدم الراحة الجسدية والآثار الجانبية للعلاج. (2) القلق بشأن فشل عملية الزرع الكلوي. (3) عدم اليقين بشأن المستقبل. (4) ضغوط اقتصادية لا تحتمل. (5) مخاوف من أن تصبح عبئا على الأسرة. (6) الشعور بأن الحياة تقتصر إلى الهدف. (7) الشعور بالعزلة. وقد تضمنت الدراسة ثلاثة استراتيجيات تعامل وهي: (1) طلب المساعدة من المتخصصين في الرعاية الصحية. (2) التفكير بإيجابية. (3) تغيير نمط حياة المرء.

(YANG et al, 2020, p01)

ان استخدام المرضى لاستراتيجية اللجوء الى الدين للتعامل مع المواقف الضاغطة التي تواجههم من خلال البحث عن الراحة والعزاء في الدين واللجوء الى الصلاة والدعاء للتخفيف من الضغوطات النفسية والشعور بالتحسن ، فكما نعلم ان للدين أهمية كبيرة في حياة الكثير من الافراد في المجتمع الاسلامي، على الرغم من ان العديد من الافراد يميزون بين كل من التدين والروحانية الا ان بعضهم يرون انه لا يوجد اختلاف بينهما، ترى الدراسات الحديثة ان كل من التدين والروحانية لهما تأثير على الصحة بطرق مختلفة (Aldwin et al.2014)، بالأخص ان المعتقدات الدينية وحضور المناسبات الدينية تساعد على إدارة المشاكل المتعلقة بالصحة مثل خفض نسب التدخين، وخفض استهلاك الكحول، اما الروحانية على الجانب الاخر فإنها تؤثر على طريقة تنظيم الافراد لمشاعرهم وهذا كذلك له دور إيجابي على النتائج الصحية مثل ضغط الدم، وأداء الجهاز المناعي.

ان الالتزام الديني قد يؤدي بالأفراد الى الاعتماد على استراتيجيات التعامل والتكيف، حيث يستخدم العديد من الافراد التوجه الى الدين كاستراتيجية للتعامل مع الاحداث الضاغطة مثل المشاكل الطبية، الحوادث، وحتى المشكلات المتعلقة بالمحبين (Pargiment.1997) فقد وجدت إحدى الدراسات التي أجريت على الوالدين اللذين فقدوا طفلاً انهما شعرا بأهمية الدين فقد انخرطوا في المزيد من التجهيز المعرفي عن الخبرة مما أدى الى صحة نفسية لاحقة. (سندرسون.2019.ص 183)

من بين الدراسات التي تتفق مع نتائج هذه الفرضية نجد دراسة (Zare et al (2018) والتي أظهرت نتائجها أن التعامل مع الإجهاد الخاص بالزرع الكلى له طبيعة مختلفة عن أشكال الإجهاد الأخرى، ويمكن تعريفه على أنه فهم ذكي وقبول التغييرات، وجهود الرعاية مثل أداء السلوكيات الصحية الفعالة، وتحمل الصعوبات من خلال الاعتماد بوعي على الروحانية، والتشجيع الداعم للحفاظ على حياة جديدة وتعزيزها. ويوضح معنى للمشاركين على ان التأقلم والتعايش مع زرع الكلى يستلزم العيش في حالة معقدة تؤثر على جميع جوانب الحياة، لذلك يجب على المرضى قبول هذا الوضع من أجل التعامل مع تحديات الحياة الجديدة. (Zare et al, 2018, p 01).

وأيضاً دراسة Mina et al 2020 والتي اشارت الى وجود ثلاثة استراتيجيات من أصل سبعة استراتيجيات تصف طريقة تعامل المرضى مع الوضع الصحي بعد زراعة الكلية. وتتمثل هذه الاستراتيجيات في استراتيجية "البحث عن الدعم" واستراتيجية " اللجوء الى الجانب الروحي " واستراتيجية " التقبل ". حيث يرى المرضى أنه من خلال اللجوء الى الجانب الروحاني يمكنهم إدارة مرضهم بعد فترة من الوقت، ويعترفون بحتمية قبول رفض الزرع؛ وبالتالي، وضع أهداف جديدة لأنفسهم ومحاولة تحقيق التكيف على الرغم من قيودهم. (Mina et al 2020 p 44)

كما نجد أيضاً دراسة (GURKAN, PAKYUZ & DEMIR (2015) حول استراتيجيات التعامل مع الإجهاد لدى مرضى غسيل الكلى وزرع الكلى، كانت درجات القلق والاكتئاب أقل بشكل ملحوظ بين مجموعة الزرع مقابل مرضى غسيل الكلى. كان استخدام استراتيجيات التأقلم غير الوظيفية أعلى بين المرضى الذين عولجوا بغسيل الكلى، مقارنة بمرضى زرع الكلى. كان استخدام استراتيجيات التأقلم المركزة على المشكلة والمركزة على العاطفة أعلى بين مرضى زراعة الكلى مقارنة بمرضى غسيل الكلى، عندما تم تقييم جميع المشاركين معاً، كان التحول إلى الدين هو استراتيجية التعامل الأكثر شيوعاً تليها التأقلم النشط وإعادة التفسير الإيجابي. لدى مرضى غسيل الكلى.

(GURKAN, PAKYUZ & DEMIR, 2015, p 1392) ،

كما ندرج في هذا السياق أيضا دراسة **Kohlsdorf 2015** حول استراتيجيات التعامل التي يتبناها مرضى الكلى المزمن استعدادًا للزرع، حيث كشفت نتائجها ان استراتيجية التعامل الأولى المعتمدة من طرف المرضى هي التدبير، ثم البحث على الدعم الاجتماعي. (**Kohlsdorf, 2015, p27**)

بالمقابل نجد دراسة **Costa-Requena (2014)** حول التفاوض واستراتيجيات التعامل لدى مرضى زراعة الكلى' كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الارتباطات بين التفاوض المزاجي واستراتيجيات التعامل لدى المرضى الذين أجريت لهم عمليات زرع كلى حديثة، وتقييم الاختلافات في استخدام استراتيجيات التعامل وفقًا لمستوى التفاوض المزاجي، تم اختيار المرضى الذين تم نقلهم إلى المستشفى في قسم أمراض الكلى مباشرة بعد إجراء عملية زرع الكلى، شارك **66** مريضاً خضع لعملية زراعة الكلية وكانت أكثر استراتيجيات التعامل التي ميزت المرضى الذين أجريت لهم عملية زراعة كلى مؤخرًا هي الانسحاب الاجتماعي وتجنب المشكلات. (**Costa-Requena 2014.p 605**)

من الدراسات التي جاءت نتائجها قريبة من نتائج دراستنا الحالية في نوع استراتيجيات التعامل المستعملة نجد دراسة **Liu (2006)** حيث أفاد المشاركون في هذه الدراسة أنهم استخدموا المزيد من التعامل النشط، والدعم العاطفي، وإعادة الصياغة الإيجابية، والقبول، والتكيف الديني، مع استخدام أقل نسبيًا للإنكار، وفك الارتباط السلوكي، والتعامل مع اللوم الذاتي. وكانت هذه النتيجة متوافقة مع بيانات مجموعة من الدراسات السابقة حول طريقة التعامل مع مرضى زراعة الكلى (**Sjödén, Carlsson, Lindqvist, & Sutton & Murphy؛ 2004؛ 1989؛ Tix & Frazier، 1998**). وقد أفاد **Lindqvist** و **Carlsson** و **Sjödén (2004)** أن مرضى زرع الكلى استخدموا بشكل ملحوظ استراتيجيات تعامل أكثر تفاؤلاً وداعمةً واعتمادًا على الذات، وأقل تعاملًا عاطفيًا في دراستهم. واقترح **Sutton and Murphy (1989)** أيضًا أن يستخدم المرضى أسلوب تعامل أكثر توجهاً نحو المشكلة (على سبيل المثال، حاول النظر إلى المشكلة بموضوعية، والحفاظ على بعض السيطرة على الموقف) بدلاً من التعامل العاطفي (على سبيل المثال، تناول المخدرات، وشرب الكحول، وإلقاء اللوم على شخص ما آخر). تم تحديد التأقلم الديني أيضًا على أنه استراتيجية تأقلم شائعة في التعامل مع الإجهاد المرتبط بالزرع. (**Sutton & Murphy، 1989؛ Tix & Frazier، 1998**).

كانت تسميات استراتيجيات التعامل في هذه الدراسات مختلفة بسبب استخدام مقاييس استراتيجيات تعامل مختلفة. ومع ذلك، فإن أنماط استراتيجيات التعامل المستخدمة في كثير من الأحيان والمستخدم



كانت متشابهة لأن مرضى زرع الكلى استخدموا استراتيجيات تعامل أكثر إيجابية ونشطة واستخدموا استراتيجيات تعامل أقل سلبية. (Liu ,2006,p 114)

ومجمل القول ان مرضى الزرع الكلوي كانوا يستخدمون استراتيجية اللجوء الى الدين للتعامل مع المواقف الضاغطة بطريقة أكثر شيوعا بالرغم من استخدامهم لباقي الاستراتيجيات، وانطلاقا من هذا يمكننا القول ان فئة كبيرة من المرضى يتجهون الى الدين للتعامل مع الضغوطات النفسية التي تعترضهم في حياتهم ،لأنه بالرغم ما يحمله المرض من تهديد، إلا أن رسوخ هاته المعتقدات الإيجابية لدى المرضى و إعطاء معنى ايجابي للمرض يؤدي إلى التخفيف من حدة هذه الضغوط المرتبطة بالمرض، و يجعل المرضى راضين عما آل إليهم وضعهم الصحي، و يُقيّمون صحتهم بأنها جيدة، حتى و لو كانت في الواقع عكس ذلك، فقد أقر الكثير من المرضى أن أهم استراتيجيات تعامل يستخدمونها للتغلب على المرض و تدعيم مستوى كفاءتهم و إدراكهم الإيجابي للمرض هي التضرع لله للتخفيف من معاناتهم عن طريق الصلاة، الدعاء، الصدقة، مما يجعلهم لا يستسلمون للمرض، و يكونون أكثر كفاءة في إدارته.

#### 4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

القائلة "يوجد أثر لإدراك المرض على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة".

اسفرت نتائج تحليل النموذج الهيكلي بالاعتماد على برنامج **Smart PLS 4** بان هناك تأثير إيجابي ومعنوي لمتغير ادراك المرض على متغير الالتزام بالعلاج حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.65$ )، وقيمة ( $t = 8.46$ ) ، والقيمة الاحتمالية ( $p\text{-Values} = 0.00$ ) وهي اقل من مستوى الدلالة ( $0.05$ )، مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين دالة احصائيا ومنه نستنتج قبول الفرضية. بمعنى هناك أثر ايجابي لإدراك المرض بمختلف ابعاده (التمثلات المعرفية، التمثلات العاطفية والفهم) على الالتزام بالعلاج بما يتضمنه من ابعاد (الالتزام بالمواعيد الطبية، الالتزام بالأدوية والالتزام بعدم تناول الكحول) بمعنى كلما كانت طبيعة إدراك المرض إيجابية لدى افراد العينة كلما أثر ذلك بالإيجاب على ارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج. اي كلما كانت التمثيلات المعرفية إيجابية والتمثلة في وضوح هوية الحالة الصحية الخاصة بعملية الزرع الكلوي لدى المريض من حيث طبيعتها، جدولها الزمني (حادّة او مزمنة ) ، الاعراض التي تظهر ،الأسباب المحتملة ،النتائج وارتفاع التحكم الشخصي بالعلاج الخاص بها، وكانت التمثلات العاطفية إيجابية من حيث انخفاض درجة الخوف ، الغضب والاكتئاب وارتفاع مستوى فهمه لخبرة الزرع الكلوي كلما اثر ذلك بالإيجاب على المريض من خلال ارتفاع مستوى التزامه بالعلاج من حيث



الالتزام بالمواعيد والفحوصات الطبية ، والالتزام بتناول الأدوية من خلال احترام لأوقات تناولها واخذ الجرعات المناسبة وفي اوقاتها المحددة ، والالتزام بالنصائح والتوصيات الطبية كعدم التدخين و تناول الكحول وغيرها. تتجلى العلاقة بين التمثيلات المعرفية للمرضى والتزامهم بالمتابعة الطبية من خلال طبيعة العلاقة بين فريق الرعاية الصحية والمريض فكما كانت هذه العلاقة جيدة وتم اشراك المريض في الخطة العلاجية المتبعة وكما كانت هوية المرض واضحة لدى المريض من حيث طبيعة مرضه وما يتطلب من التزامات ومساره الزمني ، فالمريض الخاضع لعملية زراعة الكلية لا يُعتبر شُفي تماما ولكن يجب ان يدرك انه مازال يعاني من مرض مزمن ، ويستوجب تناول الادوية طيلة حياته ، وان لهذه الادوية اثار واعراض جانبية مختلفة ، ويعلم انه معرض في هذه الفترة للإصابة بعدة امراض خاصة اننا نعلم ان الادوية المخفضة للمناعة لديها الكثير من السلبيات واكثرها شيوعا هي التعرض للعدوى المتكررة نتيجة انخفاض المناعة، وأيضا معرفة مستوى تحكمه الشخصي بالمرض كل هذا يساعد على زيادة التزامه بالمتابعة الطبية ومن ثم ارتفاع مستوى التزامه العلاجي. وهذا يتوافق مع نتائج دراسة (Goldade et al (2011 حول مرضى زرع الكلى تصورات، المعتقدات، والحوجز المتعلقة منظم الزيارات الكلى في العيادات الخارجية والتي بينت ان إدراك المرضى الذين استفادوا من عملية الزرع الكلوي من أهمية الحفاظ على الزيارات المنتظمة لطبيب الكلى انعكست عليهم بالإيجاب بالرغم من وجود عوائق امام هذه الزيارات.

(Goldade, et al., 2011, p. 11)،

كلما تلقى المريض معلومات مفصلة عن وضعه الصحي والطريقة الفعّالة لمعالجته كلما زاد ذلك من وثاقته الصحية فتصبح له صورة واضحة عن حالته الصحية الجديدة بعد عملية زراعة الكلية ويكون لديه مستوى فهم عالي بمتطلبات هذه الفترة الحساسة من التزامات صحية ونمط حياته الجديد ، مما سيزيد حتما من إعطائه أهمية أكبر للمتابعة الطبية والتقيد بمواعيد الفحوصات الطبية، فالتفاعل الايجابي بين فريق الرعاية الصحية والمريض يزيد من مستوى فهم المريض للعلاج ويصبح المريض أكثر رضا بالعلاج مما يؤثر إيجابا على مستوى التزامه به وهذا من خلال احترام المواعيد الطبية مع الطبيب الاخصائي بأمراض الكلى ، والقيام بالفحوصات الطبية الدورية في وقتها، والالتزام بالتوصيات الطبية التي تصدر عن فريق الرعاية الصحية وهذا من شأنه رفع مستوى الالتزام بالعلاج لدى المرضى ، وهذا ما اشارت اليه نتائج دراسة Savage et Armstrong سنة 1990 التي كانت تهدف الى الكشف عن اثار أسلوب فحص الأطباء العامين على رضا المريض والتزامه بالعلاج وقد أظهرت نتائج دراسته انه يؤثر الأسلوب التوجيهي

على رضا المريض ، ولكن تأثيره يكون أكثر وضوحًا في الاستشارات مع المرضى الذين يعانون من مشاكل جسدية والمرضى الذين يتلقون وصفة طبية. (Savage & Armstrong, 1990, p. 968)

وفي نفس السياق نجد دراسة Spitz et chateax حول إدراك المرض والالتزام العلاجي لدى الأطفال المصابين بالربو الشعبي، حيث كانت نتائج الدراسة بأن الفهم الجيد للأطفال حول مرضهم أدى إلى التزام علاجي من خلال التحكم والضبط العلاجي. (Chateaux & Spitz, 2006, p 01)

هناك تأثير للتمثيلات المعرفية على الآثار الجانبية للعلاج حيث نتوقع انه كلما كان المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية لديهم اطلاع كافي عن وضعيتهم الصحية الجديدة بعد عملية زراعة الكلية، من حيث النتيجة التي يحققها ولديهم معرفة بان مرضهم سيبقى مرضا مزمن وان المريض سيعتمد على الادوية المثبطة للمناعة طوال حياته على خلاف بعض المرضى الذين يعتقدون انهم بمجرد خضوعهم لعملية لزراعة الكلية سيصبحون اشخاص اصحاء ليس لديهم أي التزامات طبية ، بالإضافة الى التحكم الشخصي للمريض بوضعه الصحي بطريقة إيجابية هذا الذي من شأنه من رفع مستوى التزامه بالعلاج والذي سيؤثر بالإيجاب على التخفيف من الآثار الجانبية للأدوية خاصة منها المثبطات المناعية مما يساعد مريض الزرع الكلوي على تحسين أدائه البدني والقدرة على القيام بمهامه اليومية بطريقة افضل والتمكن من ممارسة مختلف انشطته الترفيهية. وهذه العلاقة ايدها نتائج دراسة Gentile سنة 2013 التي هدفت إلى تحديد العوامل المرتبطة بجودة الحياة المتعلقة بالصحة من خلال تحليل شامل للمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والسريية بين حجم عينة تمثيلية من مرضى الزرع الكلوي في فرنسا والتي اشارت الى انه من المتغيرات المتنبئ بتأثيرها بشكل سلبي على جودة الحياة المتعلقة بالصحة هي زيادة الآثار الجانبية للعلاج . (Gentile & Beauger, 2013, p. 1)

يوجد تأثير للتمثيلات المعرفية على المتابعة الطبية للمرض حيث يمكن التنبؤ بتأثير التمثيلات المعرفية للمريض على المتابعة الطبية من خلال توقعنا بان المرضى الذين لديهم تمثيلات معرفية إيجابية يدركون جيدا هوية الزرع الكلوي وما له من مزايا ، ولديهم القدرة والكفاءة على التحكم الشخصي في الوضع الجديد ، و هذه التصورات الايجابية لها تأثير على تحسين المتابعة الطبية على غرار احترام المواعيد الطبية مع الطبيب الاخصائي بأمراض الكلى، والقيام بالفحوصات الطبية المطلوبة ، والالتزام بالنصائح و التوصيات الطبية التي يقدمها الطاقم الطبي المعالج وهذا من شأنه رفع مستوى الالتزام بالعلاج لدى المرضى.

بالرغم ما تقدمه زراعة الكلى العديد من الفوائد الا ان لديها بعض العيوب التي يجب على المريض معرفتها سواء قبل وبعد عملية زراعة الكلية وذلك للتمكن من الوقاية منها او محاولة تجنبها ان أمكن ونلخصها في النقاط التالية:

- مخاطر العمليات الجراحية الكبرى :يخضع مريض زرع الكلى لعملية جراحية كبرى تحت التخدير الكلى، الامر الذي قد يترتب عليه التعرض لبعض المخاطر المحتملة خلال وبعد اجراء العملية.
- خطورة رفض الجسم للكلية الجديدة: فالواقع يشير الى عدم وجود ضمان % 100 بان الجسم سيقبل الكلى المزروعة، ولكن مع توافر أنواع أحدث وأفضل من عقاقير التثبيط المناعي تتراجع فرص رفض الجسم للكلية المزروعة من ذي قبل.
- الانتظام في العلاج بالأدوية :يلتزم المريض بتناول الأدوية بصفة منتظمة وبكل دقة يوميا، ما دامت الكلية الكلى تقوم بوظيفتها، حيث يحمل التوقف عن العلاج او فقد الجرعة او عدم تناول الجرعات الادوية المثبطة للمناعة المزيد من المخاطر لفشل الكلى المزروعة بسبب رفض الجسم لها.
- ارتفاع مخاطر الإصابة بالالتهابات والعدوى بالإضافة إلى الآثار الجانبية للأدوية والإصابة بالأورام الخبيثة.
- الضغط :فمن الأمور التي تمثل ضغطا على المريض انتظار توفر المتبرع قبل إجراء عملية زرع الكلى وعدم التأكد من نجاح العملية) حيث قد تفشل الكلى التي تم زرعها في الجسم الجديد (بجانب الخوف من فقد الكلى المزروعة حديثا لوظيفتها بعد العملية.
- ارتفاع التكاليف الأولية للعملية. (حسين، وبانديا، 2014 ، ص84 )

إن إدراك المرضى لأهمية الحفاظ على وضعهم الصحي، والالتزامات الطبية التي تفرضها هذه المرحلة الحساسة، واحتمالية فقدان العضو المزروع، والشعور بالمسؤولية اتجاه الشخص المتبرع ذلك سيجعلهم يجندون كل إمكانياتهم الشخصية لتعزيز التزامهم العلاجي بمختلف الطرق والأساليب لتحقيق أهدافهم وطموحاتهم التي كانوا يتمنونها خلال فترة تصفية الدم والتعامل بإيجابية مع خبرة الزرع الكلوي.

إذا الفريق المعالج أشرك المريض في الخطة العلاجية ووضح له دوره فيها، وعند اقتراحه لبرنامج او برتوكول علاجي معين ويبين له فعاليته والحواجز التي يمكن ان تعترضه وقدم له النصائح والتوصيات الطبية اللازمة التي تقيده، والسيرورة التي تتدخل في العلاج، وإذا المريض وصل الى مرحلة فهم ما يجب عليه فعله فهذا من المؤكد انه سيؤثر إيجابا على التزامه العلاجي وتحقيق سلامته النفسية والجسدية.

بناء على ما سبق، وفي ضوء النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الفرضية، نستنتج أن استكشاف العوامل التي تؤثر على الالتزام بالعلاج، والمتغيرات التي تتحكم فيه على غرار طبيعة إدراك المرض عند المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية سيسمح لا محالة بتخطيط التدخلات النفسية والطبية التي تهدف إلى تعزيز الالتزام بالعلاج، وبالتالي تحسين الصحة العامة للمرضى.

### 5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

القائلة "هناك أثر للمتغيرات السوسيوديموغرافية على الالتزام بالعلاج وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، وصلة المتبرع)".

اسفرت نتائج تحليل النموذج الهيكلي بالاعتماد على برنامج **Smart PLS 4** بأنه لا يوجد تأثير للمتغيرات السوسيوديموغرافية على الالتزام بالعلاج حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta=0.13$ )، وقيمة ( $t = 1.16$ )، والقيمة الاحتمالية ( $p\text{-Values} = 0.24$ ) وهي اكبر من مستوى الدلالة ( $0.05$ )، مما يدل على انه لا يوجد تأثير للمتغيرات السوسيوديموغرافية التي تم الاعتماد عليها في هذه الدراسة على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة، بمعنى انه لا يمكن التنبؤ بمستوى الالتزام بالعلاج من خلال المتغيرات السوسيوديموغرافية، فنتائج هذه الفرضية جاءت على نقيض توقعات الطالب وما تم التطرق اليه في البناء النظري الذي افترض ان من العوامل المؤثر على الالتزام بالعلاج هي المتغيرات الديموغرافية، فحسب نتائج هذه الفرضية يتضح ان معظم المرضى على اختلاف فئاتهم العمرية، وجنسهم، وحالتهم الاقتصادية، ووضعيتهم الاجتماعية، ونوع صلة المتبرع، فقد كان لأفراد العينة مستوى عالي من الالتزام بالعلاج بغض النظر على نوع هذه المتغيرات، و قد تجلى ذلك أساسا في حرصهم على الالتزام بالمواعيد والفحوصات الطبية، و تناولهم الأدوية بانتظام وتجنبهم لتناول الكحول، ومحاولتهم لاتباع النصائح والتوصيات الطبية.... إلخ، وحسب هذه النتيجة فان إدراك خطر عدم الالتزام العلاجي لدى مرضى الزرع الكلوي لا يكون حكرا على فئة عمرية معينة دون أخرى أو على نوع الجنس او غيرها من المتغيرات السوسيوديموغرافية التي تناولناها في الدراسة. فاحترام المواعيد الطبية وتناول الأدوية بانتظام وتجنب تناول الكحول من السلوكيات الجد مهمة التي لا ترتبط بهذه المتغيرات فقط، بل هناك عوامل أخرى قد تكون هي التي تؤثر على مستوى الالتزام بالعلاج على غرار عامل النسيان ونمط الشخصية وغيرها...، وحسب (**Haynes 1979**) فقد فشلت العديد من الدراسات في ايجاد العلاقة بين الالتزام بالعلاج والخصائص النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين وذلك فيما يتعلق بالجنس، السن، المستوى الاقتصادي، والاجتماعي، الحالة الاجتماعية، الوظيفة، المستوى التعليمي، والسكن الحضري او الريفي

(زناد، 2013، ص 145). ومن الدراسات المؤكدة لهذه النتيجة ندرج دراسة (Van Es 2017) التي اشارت الى انه تم العثور على معدلات عدم التزام بنسبة 30.8% و 20%، بناءً على تقارير الاستبيان ومسح المقابلة على التوالي، مع عدم وجود علاقة بين الالتزام والعوامل الديموغرافية أو السريرية أو النفسية. تشير نتائج المقابلات التي أجريناها إلى أن الأسباب غير المقصودة تلعب دورًا مهمًا في عدم الالتزام. (Van Es, 2017,p02)

معظم المرضى واعون بأهمية الالتزام بالعلاج وضرورة تقيدهم بالسلوكيات الصحية، والواضح من نتائج هذا الفرض ان الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للمريض لا تؤثر على مستوى الالتزام بالعلاج فالمريض سواء العازب او المتزوج، المطلق او الارمل ومهما كانت وضعيته الاقتصادية جيدة او ضعيفة وبغض النظر عن صلة المتبرع بالمريض المتلقي سواء الوالدين، الاخوة، او أحد الزوجين او غيرهم كلها عوامل لا تؤثر على الالتزام بالعلاج.

بالنسبة للنتيجة الخاصة بعدم وجود تأثير لصلة المتبرع على الالتزام بالعلاج نجد في هذا الصدد دراسة (Lalić et al(2014) والتي ايدت نتيجة هذه الدراسة والتي فحواها انه لم تكن هناك أيضًا فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الملتزمين وغير الملتزمين في الوقت المناسب منذ عملية الزرع، نوع المتبرع. (Lalić et al,2014,p353)

تناولت بعض مقالات المراجعة القيمة التنبؤية للعوامل الاجتماعية الديموغرافية على الالتزام، حيث ارتبط عامل السن بالالتزام بـ بالمشبطات المناعية لدى المرضى المتلقين للكلية. ووجدت معظم الدراسات أن المرضى الأصغر سنًا (كل من المراهقين والشباب) يظهرون سلوكًا غير ملتزم أكثر من المرضى الأكبر سنًا. يبدو أن الالتزام يزداد تدريجياً مع تقدم العمر.

(DenHaerynck et al، 2005، Rebafka، 2016)

واما من ناحية نوع جنس المريض فنجد نتائج مؤيدة لنتائج هذه الدراسة حيث نجد دراسة حول الالتزام بالأدوية المثبطة للمناعة لدى مرضى زراعة الكلية وقد خلصت نتائجها الى ان كل من العمر والجنس لا تختلف بشكل كبير بين مجموعات الالتزام وعدم الالتزام. (Lalić et al, 2014, p353)، وبالمقابل نجد دراسة جاءت مناقضة لنتائج هذه الدراسة والتي تشير الى ان نوع الجنس يؤثر على مستوى الالتزام بالعلاج حيث يشير (killy et al (1993) حول دراسة الالتزام بالعلاج بعد زراعة الكلية من خلال دراسة المتغيرات الديموغرافية والنفسية الاجتماعية التي تتعلق بسلوك الالتزام بعد عملية زرع الكلية، حيث احتوت الدراسة

على 105 من مرضى متلقي الكلى، مع متابعة لا تقل عن 18 شهراً وقد تم تحديد أربع مجموعات، قد اشارت الدراسة الى ان الذكور أكثر عرضة لعدم امتثالهم في تناول الأدوية، في حين أن الإناث كانوا أكثر عرضة لعدم الالتزام بالنظام الغذائي. (killy et al ,1993 ,p51)

وعموماً نجد معظم الدراسات المتعلقة بمتغير الجنس كانت مؤيدة لنتائج هذا الفرض حيث انها لم تجد اقتران بين الجنس ومستوى الالتزام الدوائي على المستوى العالمي ( Vasquez et al. 2003; Butler et al. 2004b; Chisholm et al. 2005; Russell et al. 2010).

اما من حيث المستوى التعليمي فمن خلال تفحص التراث الادبي وجدنا نتائج معارضة لنتائج هذا الفرض على غرار الدراسة التي أظهرت نتائجها انه لا يمكن الإقرار بصورة حاسمة حول وجود علاقة بين مستوى التعليم وعدم الالتزام بعد عملية زراعة الكلية ولكن هناك دراسات تشير الى ان مستويات التعليم العالية ترتبط مع ارتفاع مستوى الالتزام والعكس صحيح ( Rudman et al. 1999; Chisholm et al. 2012; Griva et al. 2007; al. 2007)، وتم تحديد المستوى التعليمي المرتفع كمؤشر إيجابي للالتزام بالعلاج وفي السياق ذاته نجد من الدراسات التي كشفت نتائجها على ان للمستوى التعليمي تأثير على مستوى الالتزام بالعلاج نتائج دراسة (El Rasheed et al (2020) التي اكدت العلاقة الإيجابية بين جودة الحياة النفسية والمستوى التعليمي للمرضى الزرع الكلوي، حيث ان المرضى الذين تلقوا تعليماً عالياً لديهم جودة حياة نفسية واستقلالية أفضل من المرضى الذين لم يتلقوا تعليماً. (El Rasheed et al, 2020).

وايضا اشارت دراسة (Gentile et al (2013) حول العوامل المرتبطة بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى متلقي زراعة الكلى: من خلال نتائج مسح وطني في فرنسا والتي كانت تهدف إلى تحديد العوامل المرتبطة بجودة الحياة المتعلقة بالصحة، من خلال تحليل شامل للمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والسرييري سنة 2008 بحجم عينة تمثيلية لمتلقي زراعة الكلى 1061 وكانت المتغيرات السوسيوديموغرافية التي أدت الى انخفاض درجات استبيان جودة الحياة المتعلقة بالصحة في فرنسا تمثلت في (الإناث، والبطالة، والتعليم المنخفض، والعيش بمفرده)، ركزت هذه الدراسة على المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والسرييرية والنفسية، حيث يساعد تحديد عوامل الخطر للسلوك غير الملتزم في التنبؤ بالمجموعات الفرعية من المرضى الذين يحتاجون إلى دعم إضافي مع استخدام الأدوية في البيئة السرييرية.

يعتقد الطالب ان غياب اثر الحالة الاقتصادية على الالتزام بالعلاج حسب نتائج هذه الفرضية قد يعزى الى عدة أسباب أهمها ان العلاج الخاص بمرضى الزرع الكلوي بالجزائر يقدم بطريقة مجانية سواء

من حيث الاستفادة من الفحوصات الطبية او الادوية المثبطة المناعية وحتى بعض التحاليل الطبية التي تكشف كفاءة عمل الكلية المزروعة متوفرة لجميع افراد العينة مهما كانت صفتهم ومستواهم الاقتصادي، من خلال البحث في الجانب النظري وجدنا دراسة تشير الى ان هناك اثنين من العوامل الرئيسية التي تساهم في الوضع الاجتماعي والاقتصادي، على نطاق واسع، ولكن لا يمكن استخلاصها كاستنتاجات نهائية. حيث وجدت بعض الأبحاث ان الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأفضل مرتبط بارتفاع مستوى الالتزام. (Schweizer et al. 1990; Lin et al. 2011)، والبطالة أكثر العوامل شيوعا لدى الأشخاص غير الملتزمين (Kiley et al. 1993).

### 6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

القائلة " هناك أثر للمتغيرات العيادية على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة وفقا للمتغيرات التالية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا. الكرياتينين. نسبة السكر. الكوليسترول، الوزن. الضغط الدموي)".

دلت نتائج تحليل النموذج الهيكلي بالاعتماد على برنامج **Smart PLS 4** بانه لا يوجد تأثير للمتغيرات العيادية على الالتزام بالعلاج حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.15$ ) ، وقيمة ( $t = 0.68$ ) ، والقيمة الاحتمالية ( $p\text{-Values} = 0.49$ ) ، وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05$ ) مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين غير دالة احصائيا ومنه نستنتج عدم تحقق الفرضية.

بمعنى انه لا يوجد اثر للمتغيرات العيادية على غرار الطرق البيولوجية والمتمثلة في التحاليل المخبرية (نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول) وبعض المؤشرات العيادية الاخرى مثل (مدة التصفية، مدة الزرع، الضغط لدموي) على الالتزام بالعلاج، او بالأحرى لا يمكن للمتغيرات العيادية التنبؤ بمستوى الالتزام بالعلاج، فمعظم المرضى سواء كانت المدة التي استغرقوها بالمعالجة بالتصفية طويلة او قصيرة والوقت الذي قضوه بعد عملية زراعة الكلية أيضا طويل او قصير ،ومهما كانت نتائج تحاليلهم المخبرية إيجابية ام سلبية كلها متغيرات ليس لها تأثير حسب نتائج هذه الفرضية ، وربما يرجع ذلك لكون المرضى بمختلف وضعيتهم الصحية ملتزمون بممارسة السلوكيات الصحية الموصي بها من قبل طاقم الرعاية الصحية ،وقد تجلى ذلك أساسا من خلال حرصهم على الحضور للمواعيد الطبية و التزامهم بتناول للأدوية بانتظام والتزامهم بعدم تناول الكحول ، فهم يحاولون قدر المستطاع الاتصال بأطبائهم والاستفسار عن حالتهم الصحية ،وطلب الاستشارات الطبية،.... إلخ.



من خلال فحص التراث الادبي وجدنا ان معظم الدراسات المتعلقة بتأثير المتغيرات العيادية على الالتزام بالعلاج تشير نتائجها الى عكس نتائج هذه الفرضية، فبالنسبة لمتغير مدة التصفية فنجد من خلال نتائج الدراسة الحالية انه تم تحديد على ان مدة تصفية الدم قبل الزرع ليس لها أثر على الالتزام بالعلاج، فقد وجدنا ان هذه النتيجة متعارضة مع نتائج دراسة **Kizilisik وآخرون (2003)** التي أشارت إلى أن مرضى زرع الكلى الذين تلقوا علاج غسيل الكلى لمدة ستة أشهر أو أكثر قبل القيام بعملية الزرع أظهروا انخفاضاً في معدل ضربات القلب الجسدي. وكان المشاركون الذين تلقوا أكثر من ستة أشهر من غسيل الكلى قبل الزرع مرتبطين بشكل إيجابي مع نوبات الاستشفاء المتعلقة بالزراعة. كان المشاركون الذين خضعوا لغسيل الكلى على المدى الطويل يعانون من مضاعفات أكثر وصحة أسوأ وكانوا أكثر عرضة للدخول إلى المستشفى (**Kizilisik et al ,2003,p535**). ونفس الشيء بالنسبة لمتغير مدة الزرع فنجد ان معظم الدراسات تشير الى عكس نتائج هذه الفرضية من بينها دراسة سنة **2017 Esposito et al** حيث وجدت نتائج هذه الدراسة ان هناك علاقة مباشرة وقوية بين زراعة الكلية ومدة الزرع من خلال القيود المفروضة على الانشطة البدنية على المرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلية في الأشهر الأولى من الزرع (**Esposito et al,2017,p 124**)، وفي نفس السياق تشير نتائج دراسة **Lorenz (2018)** والتي اشارت الى ان (**35%**) من المرضى تحسنوا سريريا بعد اربعة اشهر من مدة. (**Lorenz, 2018,p01**). في نفس الاتجاه المتعلق بالمتغيرات السريرية، اقترحت العديد من الدراسات أنه مع زيادة الوقت من الزرع يزداد عدم الالتزام بشكل مستمر أيضاً، ويمكن تفسير ذلك من خلال حقيقة أن المرضى اعتادوا على حالتهم المستقرة ويقللون من أهمية المعالجة بالمشروبات المناعية بالنسبة لصحتهم (**Weng et al, 2017**)، وكان وقت ما بعد الزرع مرتبطاً أيضاً بتاريخ الاستشفاء المرتبط بالزرع حيث المرضى الذين يمكثون فترة أطول بعد الزرع زادت فرص الرفض والعدوى والآثار الجانبية للأدوية مع زيادة فرص الاستشفاء.

اما فيما يخص المتغيرات العيادية الأخرى والمتمثلة في (نسبة اليوريا. الكرياتينين. نسبة السكر. الكوليسترول، الوزن. الضغط الدموي) التي تم فحص تأثيرها على الالتزام بالعلاج والتي كشفت نتائجها انها لا تؤثر على الالتزام بالعلاج، فمن خلال البحث عن الدراسات السابقة المتعلقة بها وجدنا مجموعة من الدراسات التي تشير الى عكس نتائج هذه الدراسة من بينها دراسة (**Aliha et Hamedan 2014**) مثلا والتي تؤكد نتائجها عكس ما اظهرته نتائج هذه الدراسة بان المتغيرات العيادية لا تؤثر على الالتزام بالعلاج ، حيث أظهرت هذه الدراسة التي تتمحور حول العلاقة بين الالتزام بالأدوية المثبطة للمناعة وجودة الحياة وبعض العوامل لدى مرضى الخاضعين لعملية زراعة الكلى في إيران انه كان معدل تواتر توزيع



أنواع الأمراض المزمنة هو ارتفاع ضغط الدم **47.96%**، ثم السكري **14.47%** وكان أقلها صلةً بأمراض أخرى مثل الربو تساوي **1.8%**. حيث كان معظم المرضى غير ملتزمون.

(Aliha et Hamedan ,2014.p205)

وايضا دراسة (Gentile et al (2013) حول العوامل المرتبطة بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى متلقي زراعة الكلى: من خلال تحليل شامل للمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والسريري سنة 2008 والتي تم الإشارة إليها اعلاه ،فقد كانت المتغيرات العيادية التي أدت الى انخفاض درجات استبيان جودة الحياة المتعلقة بالصحة في فرنسا.هي وارتفاع مؤشر كتلة الجسم ، ومرض السكري ، والأمراض الخطيرة الحديثة ، والاستشفاء ، وعدم الامتثال ، وطول مدة غسيل الكلى ، والآثار الجانبية للعلاج).

(Gentile et al, 2013 ,p 01)

كما نجد أيضا دراسة (Azzal et al (2022) حول تأثير عمر المتبرع الحي والمظهر الهرموني لمتلقي زراعة الكلى الجزائريين حيث تم تقييم عمر المتبرع في المتبرعين الأحياء وكذلك استكشاف ملفهم الهرموني. هذه دراسة متابعة من مركز واحد على مدى 3 سنوات، بما في ذلك 90 متلقي كلى تم زرعهم من قبل متبرعين أحياء. أجرينا قياسات الدم لمجموعة من التحاليل الطبية من بينها نسبة السكر في الدم، اليوريا، الكرياتينين، الكوليسترول، الدهون الثلاثية، على مدار 24 ساعة. تم حساب معدل الترشيح الكبيبي، ومؤشر كتلة الجسم، والكوليسترول منخفض الكثافة. لتحليل تأثير عمر المتبرع على المتلقين، تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين وفقاً لأعمار المتبرعين (أقل من 40 عاماً، وأكثر من 40 عاماً). كان المظهر الهرموني طبيعياً لغالبية المرضى تقريباً. (Azzal et al, 2022,p 1374)

على الرغم من أن أكثر من نصف افراد عينة الدراسة الحالية لهم مستوى تعليمي متوسط و معرفة محدودة، إلا أن معظمهم كان لهم مستوى عالي من الالتزام بالعلاج ، بمعنى على الرغم من ان المستوى التعليمي له دور كبير في التأثير على مستوى الالتزام بالعلاج والالتزام بالسلوكيات الصحية، الا ان هناك عوامل أخرى قد يكون لها تأثير على الالتزام بالعلاج لدى المرضى نذكر منها : انتشار ثقافة الانترنت ، الحملات الإعلامية التحسيسية المستمرة عبر كل من التلفزيون و الإذاعة، والملتقيات والورشات العلمية، لوحات الإعلانات و المطبوعات التي تؤكد على أهمية الالتزام بالتوصيات الطبية وتناول الدواء وأيضا تجنب التدخين و الكحول على صحة الكلية المزروعة بالإضافة الى دور خاصة وسائل التواصل الاجتماعي بمختلف انواعها التي هي متاحة الان لكل الفئات الاجتماعية والتي غالبا ما يكون هدفها هو رفع الوعي الصحي وتقدم بأسلوب سهل وواضح وبلغة بسيطة يفهمها جميع افراد المجتمع .

### 7- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

القائلة "يوجد أثر لإدراك المرض على استراتيجيات التعامل لدى افراد العينة".

دللت نتائج تحليل النموذج الهيكلي بالاعتماد على برنامج **Smart PLS 4** بأن هناك تأثير إيجابي ومعنوي لمتغير إدراك المرض على متغير استراتيجيات التعامل حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.50$ )، وقيمة ( $t = 3.80$ )، والقيمة الاحتمالية ( $p\text{-Values} = 0.00$ ) وهي اقل من مستوى الدلالة ( $0.05$ )، مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين دالة احصائيا ومنه نستنتج قبول الفرضية.

بمعنى يعتبر إدراك المرض مؤشر مهم للتنبؤ بالطريقة التي يتعامل بها المرضى مع خبرة زراعة الكلية، وهذا ما كان متوقع كون استراتيجيات التعامل تتأثر بمدركات ومعتقدات المرضى حيث كلما أدرك المريض انه متحكم في وضعه الصحي كلما كانت الاستراتيجية التي يستخدمها تكون إيجابية ومفيدة، وهذا يوافق دراسة **Kenawy et al (2019)** التي شارحت الى أن مستوى الفهم المنخفض يعتبر امرا سلبيا، حيث ان تصور الرعاية الطبية على أنها عبء اقتصادي كبير على المريض يتنبأ بضعف التعامل والتأقلم مع الوضع بطريقة سيئة (**Kenawy et al ,2019 p 1483**)، كما تشير أيضا دراسة **Costa-Requena (2014)** حول التفاؤل واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي فان هناك علاقة تأثير بين استراتيجيات التعامل و تصور المريض للرفاهية العاطفية بعد زراعة الكلى.

(**Costa-Requena, 2014, p 605**)

ان إعطاء المريض لحالته الصحية تصور سلبي نتيجة للصعوبات والعراقيل التي تواجهه، تولد له ضغوطات نفسية شديدة تدفعه الى اللجوء الى استراتيجيات تعامل معينة للتخفيف من هذه المعاناة محاولا من ذلك التكيف مع الوضع الصحي وتحقيق التوازن الانفعالي .حيث يُظهر مريض الزرع الكلوي مجموعة من الاستجابات الانفعالية كالشعور بالقلق، الاكتئاب ، والخوف من خلال إعطائه معنى خاص لوضعه الصحي الجديد عندما يعتبر ان هناك مشكلة صحية تهدده، فبمجرد ظهور أعراض جسمية معينة تنبئ بخلل في عمل كليته او ظهور مشكلة في التحاليل الطبية، او اطلاعه على خبرات المرضى الذين خضعوا لعملية زراعة الكلية قبله، بالإضافة الى نقص المعلومات حول زراعة الكلية كل هذه العوامل تجعل جل تركيز المريض ينصب حول التصورات والاعتقادات إزاء هذه المشكلة الصحية التي تعترضه وتجعله يحاول البحث عن حلول تعتمد على استراتيجيات تعامل معينة لتغيير هذه الصورة الانفعالية لديه.

وحسب النتائج التي تحصلنا عليها من خلال المعالجة الإحصائية المعتمدة على برنامج smart pls 4 فقد وجدنا ان هناك تأثيرات ايجابية غير مباشرة لإدراك المرض على بعض ابعاد استراتيجيات التعامل حسب ما هو مبين في جدول رقم-27- بمعنى ان إدراك المرض له تأثير إيجابي على مجموعة من استراتيجيات التعامل بمختلف انواعها من بينها نجد: استخدام الدعم الملموس، التخطيط، التعامل الفعال، التقبل، التنفيس الانفعالي، الصياغة الإيجابية للموقف، الفكاهة، اللجوء الى الدين، كف الأنشطة المنافسة. في حين كشفت النتائج عن وجود تأثير سلبي لإدراك المرض على استراتيجية الانكار، وبالمقابل دلت النتائج عن عدم وجود تأثير لإدراك المرض على كل من استراتيجية استخدام الدعم العاطفي، التشتيت الذاتي، تأنيب الذات، وفك الارتباط السلوكي.

من النتائج التي تحصلنا عليها من خلال التحليل الاحصائي ان ادراك المرض يؤثر إيجابا على بعض ابعاد استراتيجيات التعامل على غرار : استخدام الدعم الملموس، التخطيط، التعامل الفعال، التقبل، التنفيس الانفعالي، الصياغة الإيجابية للموقف، الفكاهة، اللجوء الى الدين، وكف الأنشطة المنافسة، بمعنى انه كلما كانت التمثيلات المعرفية ايجابية من حيث الرؤية الواضحة للجدول العيادي لزراعة الكلية لدى المريض من حيث مفهوم المرض، جدول الزمني، اعراضه أسبابه ونتائجه وارتفاع تحكمه الشخصي بالعلاج وكانت التمثلات العاطفية ايجابية من حيث انخفاض درجة الخوف الغضب والاكتئاب وارتفع مستوى فهمه لوضعه الصحي الجديد أدى ذلك الى اختيار المريض لاستراتيجية استخدام الدعم الملموس اي ان مريض منذ فترة خضوعه لعملية التصفية اثناء مرحلة القصور الكلوي الى غاية خضوعه لعملية زراعة الكلية يبقى يحتاج الى طلب النصيحة،المعلومة و المساعدة لان خبرة زراعة الكلية هي في الحقيقة ايضا فترة حساسة و لديها العديد من المتطلبات خاصة منها المادية ، كما نجد اختيار المرضى لاستراتيجية التخطيط حيث ان للمرضى خبرة كبيرة في التفكير حول طريقة التعامل مع الاحداث والوضعيات الضاغطة التي تواجههم وطريق الحفاظ على وضعهم الصحي، بالإضافة الى تبني المرضى لاستراتيجية التعامل الفعال من خلال محاولة المريض اتخاذ إجراءات مفيدة تساعده على إدارة هذه الوضعيات الضاغطة التي يعيشها. كما يستخدمون أيضا استراتيجيات التقبل لوضعهم الصحي الجديد بعد زراعة الكلية حيث نجد مريض الزرع الكلوي يدرك حقيقة وضعه الصحي واهم العوائق التي تواجهه اثناء فترة الزرع وتقبله كواقع خاصة بمقارنته بمرحلة القصور الكلوي. بالإضافة الى اعتماده على استخدام التنفيس الانفعالي من خلال تعبير مريض الزرع الكلوي عن مشاعره السلبية ومحاولة التخلص منها، وأيضا الصياغة الإيجابية للموقف، من خلال تقييم الحدث الضاغط بطريقة أكثر ايجابية.كما يستخدمون أيضا استراتيجيات الفكاهة وذلك بجعل الحدث الضاغط

موضوع هزل ونكتة، ونجد ايضا مرضى الزرع الكلوي يستعملون استراتيجية اللجوء الى الدين، من خلال ميل الفرد إلى الجانب الديني في أوقات الشدة و الضغط وذلك من خلال الصلاة والدعاء ،كما نجد عندهم أيضا استعمال استراتيجية كف الأنشطة المنافسة وذلك بتتحية الاعمال او الأنشطة جانبًا او تأجيلها ،و التفرغ وتركيز جهوده من اجل التعامل مع الوضعيات الضاغطة بهدف التخلص منها او تخفيفها.

من بين النتائج التي تحصلنا عليها أيضا من خلال هذه الفرضية ان لإدراك المرض تأثير سلبي على استراتيجية الانكار بمعنى كلما كانت للمريض تصورات سلبية عن المرض كلما استخدم المريض استراتيجية الانكار لوضعه الصحي وتقبله له، والعكس صحيح. وهي نتيجة منطقية فالمرضى الذي لديه تصورات معرفية و عاطفية سلبية ومستوى فهم منخفض سنجد ينكر وضعه الصحي حيث يعتبر الانكار ميكانيزم دفاعي يحاول المريض من خلاله تجنب حقيقة مرضه ونجده يتصرف وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليه وانه سوف يختفي خلال فترة قصيرة وان اثاره البعيدة المدى ليس لها أي قيمة وفي الحالات الأكثر خطورة قد ينكر المريض ان لديه مرضا رغم كل المعطيات والعلامات الواضحة حول التشخيص ، فالإنكار اذن هو حالة المنع اللاشعوري لإدراك واقع المرض وابعاده ، وهي استجابة شائعة لدى المرضى المزمنين (تايلور، 2008، ص 517) ، والعكس الصحيح المرضى الذين لديهم تصورات واضحة نجد انهم اكثر قبولاً لحالتهم الصحية ويستخدمون استراتيجيات تعامل متوافقة مع الموقف الضاغط.

ان استخدام المرضى لهذا الخليط من استراتيجيات التعامل المزج بينهم، يعزى ذلك في المقام الاول الى اختلاف طبيعة المشكلات والضغوط النفسية، فقد تصلح استعمال استراتيجية تعامل معينة في موقف معين دون اخر، وتشير اغلب البحوث حديثا الى ان استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكلة واستراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال يمكن ان تكونا فعالّتين ، حيث تُستخدمان لتعامل مع أنواع معينة من الضغوط، في حين ان استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكلة لها فعالية كبيرة في حالة الضغوط التي يمكن تغييرها من خلال المواجهة النشطة ، ففي هذه الحالات التي ليس فيها فرصة لتحسين الموقف ، فان استخدام استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكلة قد تؤدي الى مشاعر الإحباط ( Roth & Cohen .1986 )، وعلى الصعيد الاخر فان استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال قد تكون فاشلة لو رفض الشخص محاولة التعامل مع مشكلة يمكن السيطرة عليها او ادارتها ، الا ان هذا المدخل قد يكون اكثر فعالية عندما لا يكون هناك سوى القليل مما يمكن عمله لتغيير الموقف السالب ( Terry & Hynes )، على سبيل المثال فقد يحتاج الشخص الى استخدام التعامل المركز حول المشكلة عند محاولة حل صراع بشكل بناء مع شريكته لكن لا بد من استخدام استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال لو

فشلت جهوده لحل المشكلة وانتهت هذه العلاقة في النهاية ، لذا فان من يواجهون الاحداث الضاغطة باستخدام النوع الصحيح من الاستراتيجيات لا يمرون بخبرة ذات بمستوى مرتفع من اعراض القلق والاكتئاب. (سندرسون.2019.ص 169)

في المقابل اسفرت النتائج على عدم وجود تأثير لإدراك المرض على كل من استراتيجية استخدام الدعم العاطفي بمعنى انه من خلال تصورات المريض لا يمكن ان نتنبأ ان المريض سيلجأ للحصول على التعاطف، التفهم، والدعم المعنوي ، وايضا لا يمكن لإدراك المرض التنبؤ باستخدام المريض لاستراتيجية التشتيت الذاتي التي تتمثل في محاولة قيام المريض بأشياء وذلك لمحاولة صرف انتباهه عن الحدث الضاغط.ونفس الشيء مع استراتيجية تأنيب الذات بمعنى ليس لإدراك المرض القدرة التنبؤية على لجوء المريض لنقد ذاته كنوع من الاستجابة للحدث الضاغط .واخيرا لا يمكن لإدراك المرض بالتنبؤ باستخدام استراتيجية فك الارتباط السلوكي التي ترمي الى ان مريض الزرع الكلوي يحاول التخفيف من جهوده الموجهة نحو التعامل مع الحدث الضاغط او التخلي عن مواصلة تحقيق أهدافه التي تتعارض مع هذه الضغوط .وفك الارتباط السلوكي يشبه حالة العجز .

ومن خلال نموذج التنظيم الذاتي لليفنتال والذي يمثل تصورات وادراكات المريض لمرضه، فان الفرد عامل نشط وعازم على حل مشاكله المتعلقة بالصحة والمرض، وان تصوراته إزاء المشكلة هي دليل لإعداد مخطط عملي فعلي للتكيف مع الحالة المرضية (Leventhal ,1980)، تتكون هذه التصورات الشخصية من خلال خبرات الحياة وتفاعلات الفرد مع الاخرين والمعلومات المستمدة من التنشئة الاجتماعية، كما لا ننسى المسلمة الثانية لنموذج التنظيم الذاتي التي تشير الى ان تصورات او تمثيلات المرض هي التي ستقود او تساعد المرضى على عملية التأقلم واختيار استراتيجيات التعامل الملائمة لذلك، والتقييم الزمني لها من حيث الفعالية كنوع من التغذية الراجعة المستمرة. (زعطوط، وروبيج، بدون سنة، ص86)

تؤكد نتائج الدراسة الحالية على أهمية استكشاف وفهم تصورات زراعة الكلية وتأثيرها على استراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي بشكل أكبر في الممارسة السريرية، والخطوات المستخدمة لتعزيز استخدام استراتيجيات التعامل الإيجابية من أجل زيادة جودة الحياة لدى المرضى بعد الزرع.

## 8- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

القائلة " هناك أثر للمتغيرات السوسيوديموغرافية على استراتيجيات التعامل وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع)".

كشفت نتائج تحليل النموذج الهيكلي بالاعتماد على برنامج **Smart PLS 4** بان تظهر نتائج تحليل النموذج الهيكلي بانه لا يوجد تأثير للمتغيرات السوسيوديموغرافية على استراتيجيات التعامل حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.21$ )، وقيمة ( $t = 0.70$ ) والقيمة الاحتمالية ( $p=0.48$ ) (**Values**) وهي اكبر من مستوى الدلالة ( $0.05$ ) مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين غير دالة احصائيا ومنه نستنتج رفض الفرضية.

اي لا يوجد تأثير للمتغيرات السوسيوديموغرافية (السن، الجنس، المستوى التعليمي، الوضعية الاجتماعية، الوضعية الاقتصادية، صلة المتبرع) على استراتيجيات التعامل بمعنى انه لا يمكن التنبؤ بنوع استراتيجيات التعامل من خلال المتغيرات السوسيوديموغرافية، فنتائج هذه الفرضية جاءت على نقيض توقعات الطالب وما تم التطرق اليه في البناء النظري الذي افترض ان هناك تأثير للمتغيرات السوسيوديموغرافية على استراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي.

بالرغم من ان العديد من الدراسات التي تم العثور عليها تُقر بان للمتغيرات السوسيوديموغرافية دور في التأثير على استراتيجيات التعامل الا ان نتائج هذه الدراسة كشفت العكس اي انه لا يوجد تأثير للمتغيرات السوسيوديموغرافية التي تم تناولها في هذه الدراسة على استراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي وهي نتيجة غير متوقعة بالنسبة للطالب ويمكن ان يعود ذلك الى ان استخدام استراتيجية تعامل معينة ليست مرتبطة بمتغير سوسيوديموغرافي معين وانما قد يكون له علاقة بعوامل أخرى كاحتمالية تعقيدات الزرع او الخوف من فقدان العضو المزروع او حتى الخوف من الموت... .

فبالنسبة لمتغير جنس المريض فقد اشارت نتائج هذا الفرض الى انه سواء كان المريض ذكر او انثى فهذا لا يؤثر على نوع استراتيجية التعامل التي يستخدمها في التعامل مع الوضعيات الضاغطة التي يتعرض لها، وهذا ما يؤكد أن هذا العامل لا يؤثر على طريقة التعامل أي أن هناك متغيرات أخرى قد يكون لها دور في اختيار استراتيجية التعامل المناسبة، وقد تكمن هذه العوامل في الخصائص المرتبطة بالوضعية الصحية والأفكار والمعتقدات السائدة حولها والتي تكون متقاربة سواء للمريض او لمحيطه الاجتماعي، بالإضافة إلى تشابه المواقف الضاغطة التي هم بصدد التعامل معها، او ربما تكون القدرات الشخصية، والمميزات الإدراكية والمعرفية للفرد اكثر تأثيرا على طريقة التعامل من عامل جنس المريض كمؤشر لكيفية استخدامه لاستراتيجيات التعامل. فالمرض لا يفرق بين أنثى وذكر وخاصة إذا ما تعرضوا لنفس الشروط الضاغطة. ولكن دراسة تشير (**Velez & Bosch 2015**) عكس ذلك بمعنى لجنس المريض تأثير على طريقة تعامله الموسومة ب: إدراك المرض واستراتيجيات التعامل والالتزام بالعلاج بين مرضى

الكلية المزمين وكانت تشير نتائجها الى ان الاناث اللاتي لديهن معرفة أكبر بالمرض ولهن إحساس ضعيف بالتحكم الشخصي أثرت على الالتزام بالعلاج و التحكم في كل عامل. حيث ارتبطت "الهوية" و "التحكم الشخصي" و "الالتزام" باستراتيجية التعامل النشطة، بينما ارتبط "نوع الجنس" بشكل مستقل باستراتيجيات التعامل التجنبية، أولئك الذين اعتقدوا أن مرضهم كان له مسار مزمين كانوا أكثر عرضة لاستعمال استراتيجيات التجنب وكان هذا الاتجاه أقوى بين النساء. ( Velez & Bosch,2015,p 849 )

ونفس الشيء بالنسبة لكل من متغير السن، المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي فتشير نتائج هذه الفرضية الى ان هذه المتغيرات لا تؤثر على نوع استراتيجيات التي يتعامل بها افراد العينة ويمكن عزو هذه النتيجة المتحصل عليها في هذه الفرضية إلى التشابه الكبير في طبيعة الظروف الصحية والعلاجية لكل الفئات العمرية وعلى اختلاف مستوياتهم الثقافية والعلمية حول وضعيتهم الصحية ومستواهم الاقتصادي كلها عوامل لا يمكنها ان تتنبأ بنوع استراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي بل قد تعود الى عامل الفروق الفردية او اختلاف أنواع الضغوط او غيرها... .

تشير دراسة (GURKAN, PAKYUZ, AND DEMIR (2015) حول استراتيجيات التعامل مع الإجهاد لدى مرضى غسيل الكلية وزرع الكلية حيث اشارت نتائجها الى وجود ارتباط سلبي كبير بين السن واستراتيجيات التأقلم المركزة على العواطف والعاطفة وغير الوظيفية. في المقابل، كان الارتباط بين مستوى التعليم واستراتيجيات التعامل المركزة على المشكلة والعاطفة إيجابياً بشكل ملحوظ. لدى مرضى زرع الأعضاء، كان الجنس ومستوى التعليم مرتبطين بشكل سلبي مع استراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة. (GURKAN, PAKYUZ, AND DEMIR 2015 p 1392) .

بالإضافة الى دراسة (Gurkan et al (2015) حول استراتيجيات التعامل مع الاجهاد لدى مرضى غسيل الكلية وزراعة الكلية وأشارت نتائج الدراسة الى انه كان لدى مرضى غسيل الكلية ارتباط سلبي كبير بين السن واستراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال والاستراتيجيات غير الوظيفية، في المقابل، كان الارتباط بين مستوى التعليم واستراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل والانفعال إيجابياً بشكل ملحوظ، وكان كل من عامل الجنس والمستوى التعليم مرتبطين بشكل سلبي مع استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال لدى مرضى زراعة الكلية، وتؤكد الدراسات في مجال الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل والتي اهتمت بدلالات المراحل العمرية لدى المرضى على ان النتائج لا تزال غير حاسمة الى وقتنا الحالي.

(Gurkan et al, 2015, p 1392)



اما فيما يخص الحالة الاجتماعية الخاصة بالمرضى فقد بينت نتائج الفرضية انها لا تؤثر على استراتيجيات التعامل بمعنى ان حالة الفرد الاجتماعية بغض النظر عما إذا ما كان المريض عاجزا أو متزوجا، مطلق أو أرمل. وهذه النتيجة تتعارض مع توقعات الطالب .ويمكن أن يعزى ذلك إلى ان التركيز على استراتيجيات التعامل الفعالة أكثر من التركيز على الحالة الاجتماعية للمريض .أي أن استعمال استراتيجيات التعامل يكون انطلاقا من اعتقادات الفرد المتعلقة بنجاح وفعالية الاستراتيجيات بغض النظر عن وضعيته الاجتماعية ، ولكن من خلال البحث في التراث النظري اكثر عن تأثير المتغيرات الديموغرافية على استراتيجيات التعامل وجدنا دراسة تشير الى عكس نتائج هذه الفرضية ،أي انه من بين العوامل الاجتماعية التي ترتبط بنمط الحياة لدى مرضى الزرع الكلوي نجد الوضعية الاجتماعية حيث تشير دراسة **White & Gallagher(2010)** الى ان المرضى المشاركون في الدراسة قد أدركوا أن لديهم نوعية حياة جيدة، واستخدموا استراتيجيات حل المشكل أكثر من استراتيجيات التجنب، وقد ارتبطت استراتيجيات التعامل التجنبية بنوعية الحياة الأقل بشكل ملحوظ إحصائياً بعد الزرع، كون المريض أصغر سناً، وحصوله على مستوى تعليمي عالٍ، ومتحصل على عمل، ومتزوج كل هذا ارتبط بنوعية حياة احسن بعد الزرع

(White & Gallagher,2010,p2550)

كان من غير المتوقع أن صلة المتبرع بالمرضى المتلقي سواء من كان الوالدين، الأبناء، الاخوة، أحد الزوجين ام أي متبرع اخر... لم يكن لها تأثير على استراتيجيات التعامل. كان من المتوقع أن يشعر المتلقي ان علاقته من المتبرع ستتحسن وسوف تكون لديهم شبكة روابط اجتماعية أوثق وأنهم سيحصلون على مستوى أعلى من الدعم الاجتماعي من قبل المتبرعين. **Griva et al (2002)** ، فقد عبروا مرضى الزرع الكلوي اتجاه المتبرعين الأحياء عن شعور أقوى بالذنب اتجاه المتبرع ، مما قد يخفض التأثير الإيجابي لعلاقات الشبكة الاجتماعية الوثيقة.

قد يكون التفسير الآخر المحتمل لعدم وجود تأثيرات مهمة هو أن افراد العينة في هذه الدراسة أبلغوا عن تنوع لاستخدام استراتيجيات التعامل حسب طبيعة الموقف الضاغط بغض النظر عن صلة المتبرع.

(Liu ,2006,p 133)

فعملية زراعة الكلية حسب نتائج هذه الفرضية فهي ترمي الى ان المريض يركز على حالته الصحية ويهتم بوضعه الصحي، واهم تطورات، وكيفية المحافظة عليه مهما كان نوع جنسه، سنه، حالته الاجتماعية، وضعيته الاقتصادية او مستواه التعليمي. حيث أشار **Rolland 1911** الى انه تفسر التأثيرات النفسية والاجتماعية الى أربع مستويات تتمثل في التصورات الاجتماعية، تقييم الفرد لموارده الشخصية للتعامل



لديه، حاجته للآخر (المساندة الاجتماعية المدركة) والعواقب النفسية والاجتماعية التي تأتي من التنشئة الاجتماعية والتعلم.

### 9- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

القائلة "هناك أثر للمتغيرات العيادية على استراتيجيات التعامل وفقا للمتغيرات التالية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي)".

بينت نتائج تحليل النموذج الهيكلي بالاعتماد على برنامج **Smart PLS 4** بان تظهر نتائج تحليل النموذج الهيكلي بانه يوجد تأثير للمتغيرات العيادية على استراتيجيات التعامل حيث بلغت الدلالة الإحصائية لمعامل المسار ( $\beta = 0.21$ ) وقيمة ( $t = 0.70$ ) والقيمة الاحتمالية ( $p\text{-Values} = 0.48$ ) وهي أكبر من مستوى الدلالة ( $0.05$ ) مما يدل على ان علاقة التأثير بين المتغيرين غير دالة احصائيا ومنه نستنتج رفض الفرضية.

بمعنى لا يوجد تأثير للمتغيرات العيادية والمتمثلة في الطرق البيولوجية كالتحاليل المخبرية (نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول) وبعض المؤشرات العيادية الاخرى مثل (مدة التصفية، مدة الزرع، الضغط لدموي)، او بالأحرى يمكن القول بان المتغيرات العيادية لا يمكن لها بان تتنبأ بنوع باستراتيجيات التعامل التي يستخدمها افراد العينة، فمعظم المرضى بغض النظر على المدة التي استغرقوها بالمعالجة بالتصفية سواء طويلة او قصيرة والمدة التي قضاها بعد عملية زراعة الكلية ومهما كانت نتائج تحاليلهم المخبرية كلها متغيرات ليس لها تأثير حسب نتائج هذه الدراسة.

فبالنسبة لمتغير المدة الزمنية التي استغرقها المرضى بعد عملية زراعة الكلية فقد اشارت الكثير من الدراسات ان هذه المتغيرات لها تأثيرات مهمة على نوع استراتيجيات التعامل التي يستخدمها المرضى من خلال التعامل، فقد اشارت دراسة **Kizilisik et al (2003)** الموسومة بآثار مرض السكري وتلقي الكلى من متبرع ميت على الأداء الوظيفي وجودة الحياة المتعلقة بالصحة بعد زراعة الكلى وقد خلصت الدراسة الى ان التحسن العام في الأداء الوظيفي بعد عام واحد من زرع الكلى لدى متلقي الكلى من متبرعين موتى، وأيضا التأثير الإيجابي للوقت بعد الزرع، بالإضافة الى الآثار السلبية لتلقي الزرع من متبرع ميت، ومرض السكري على جودة الحياة المتعلقة بالصحة بعد الزرع.

(Kizilisiket al ,2003,p 535 )

اختلفت هذه النتائج عن تلك التي أبلغ عنها **Kong and Molassiotis (1999)** ، اللذان لم يجدوا فروقاً ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للتعامل وجميع الدرجات الفرعية للتعامل بين المرضى في غضون عام واحد بعد الزرع والمرضى بعد أكثر من عام واحد بعد الزرع.

كما يواجه المرضى في الفترة المبكرة بعد الزرع العديد من التحديات الجديدة مثل تعلم مهارات الرعاية الذاتية الجديدة، ومواعيد المتابعة المكثفة، والحاجة إلى الدعم المعلوماتي والفعال. وبالتالي، فهم يستخدمون المزيد من التعامل مع المشاركة (على سبيل المثال، استخدام الدعم الفعال، والتخطيط).

كان المشاركون في الفترة اللاحقة بعد الزرع أقل حاجة للدعم الاجتماعي مقارنة بمرضى ما بعد الزرع الفوري. قد يعتقد أقاربهم وأصدقائهم أنهم تكيفوا مع هذا الوضع ولم يستمروا في تقديم الدعم. وبالتالي، فقد أبلغوا عن درجات أقل من الدعم الاجتماعي المتصور. لم يتم توثيق التقييم المعرفي الأولي لمرضى زراعة الكلى. (Liu ,2006,p 136)

من خلال دراسة أجراها **Ponton et al**. أظهرت أن هناك تحسناً كبيراً في جودة الحياة بين مرضى ما قبل الزرع والمرضى بعد الزرع مباشرة (الأشهر الستة الأولى) ، لكن جودة الحياة ساءت تدريجياً خلال الفترة من 7 إلى 36 شهراً ، ثم استقرت مرة أخرى إلى مستويات مماثلة لتلك المسجلة مباشرة بعد الزرع. ذكرت **Pinson et al** أن مرضى زرع الكلى حققوا مكاسب صغيرة في الأداء البدني ولم يتغيروا في جودة الحياة بعد الزرع، ثم ظلوا مستقرين خلال عامين بعد الزرع. كانت النتائج من الدراسة الحالية متوافقة مع دراسة **Pinson et al**. التي اقترحت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لجودة الحياة المتعلقة بالصحة بين الفترة المبكرة (أقل من سنة واحدة) والفترة اللاحقة (من 1 إلى 3 سنوات). (Pinson et al,2000,p597)

فحصت دراسات سابقة آثار الوقت بعد الزرع على استراتيجية التعامل لدى مرضى زراعة الكلى. لا يزال المشاركون في فترة ما بعد الزرع المتأخرة يعيشون مع مرض مزمن، ويواجهون مخاطر عالية من الرفض المزمن، ويحتاجون إلى إشراف مستمر. كل هذه العوامل قد تؤثر على استراتيجيات التعامل لديهم. لم يتم توثيق آثار مدة غسيل الكلى على التقييم المعرفي للصحة، والتعامل مع مرضى زرع الكلى في الأدبيات. تمكن المشاركون في هذه الدراسة مع زراعة الكلية من التخلص من الغسيل الكلى المزمن بعد الزرع. لقد شعروا بأنهم أفضل من ذي قبل وقد لا تؤثر تجارب غسيل الكلى قبل الزرع على التقييم الذاتي الحالي للمتغيرات النفسية والاجتماعية. ومع ذلك، فإن المرضى الذين لديهم تاريخ أطول لغسيل الكلى لديهم مضاعفات أكثر مقارنة مع أولئك الذين لديهم غسيل كلى أقل، مما قد يؤثر على جودة حياتهم. **Kizilisik**

(2003) **et al** وجد أن المرضى الذين يتلقون علاج غسيل الكلى لمدة ستة أشهر أو أكثر أظهروا درجات أقل للداء البدني بعد الزرع على **SF-36** من المرضى الذين تم زرعهم بشكل استباقي. ( Liu, 2006, p 135 )

من خلال عملية بحثنا في الدراسات حول العلاقة بين المؤشرات العيادية واستراتيجيات التعامل لتفسير نتائج هذه الفرضية، وجدنا دراسات قليلة يمكننا من خلالها مقارنة هذه النتيجة بالتراث النظري. وذلك من خلال تناول الخلل الذي يحدث على مستوى المؤشرات العيادية التي تم التطرق إليها في هذه الدراسة والمتمثلة في التحاليل المخبرية: نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول وايضا قياس الضغط الدموي على انها من الآثار الجانبية لعملية زراعة الكلية لان هذه العملية وحالات الاستشفاء المتكررة التي تلي زراعة الكلية فقد وجد انه قد يكون أحد التفسيرات المحتملة هو أن غالبية المشاركين لم يخضعوا لدخول المستشفى.

ان الحالة الصحية للمرضى بعد عملية زراعة الكلية لا تقتصر على تناول المثبطات المناعية بل تتجاوز ذلك من خلال الحرص على المواعيد والفحوصات الطبية، ومراقبة المؤشرات البيولوجية، احترام النظام الغذائي الذي يتوافق مع المثبطات المناعية من خلال التقليل من السكريات وتناول الأغذية المألحة وتجنب التدخين والكحول كل هذه الممارسات السلوكية الخاطئة التي من شأنها ان تخلق مضاعفات كثيرة مثل ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع نسبة السكر في الدم وغيرها من المؤشرات العيادية بالإضافة الى الزيادة في الوزن الذي يعد هو الاخر من عوامل الخطر التي تهدد مرضى الزرع الكلوي و تخالف التوصيات الطبية الخاصة بهذا الوضع الصحي.

كان اكتشاف تأثير الاستشفاء على جودة الحياة متسقاً مع دراسة **Fujisawa et al (2000)** الذي أبلغ عن عدم وجود فرق كبير في جودة الحياة المتعلقة بالصحة عند مقارنة مرضى زراعة الكلى الذين قضوا فترة في المستشفى مع أولئك الذين ليس لديهم تاريخ في الاستشفاء. ومع ذلك، فإن نتائج دراسة **Hathaway et al (1998)** أشارت إلى ان عدد أيام المستشفى في الأشهر الستة الأولى المتوقعة، أظهرت النتائج ان الآثار الجانبية للأدوية المتمثلة في المتغيرات العيادية لها اثار على التعامل.

أظهرت نتائج **MANCOVA** أن الآثار الجانبية للأدوية المثبطة للمناعة كان لها آثار رئيسية مهمة على المتغيرات النفسية والاجتماعية. كشفت الاختبارات الأحادية أن المشاركين الحاصلين على درجات عالية (< 17) في قائمة مراجعة الأعراض قيموا حالتهم الصحية بشكل أكثر سلبية؛ استخدام المزيد من التعامل مع فك الارتباط، تعتبر الآثار الجانبية للأدوية المثبطة للمناعة من الضغوطات الرئيسية لمرضى

زراعة الكلى في العديد من الدراسات (Fallon, Gould, & Wainwright, 1997; Frazier, Davis-Ali, & Dahl, 1995; Frey, 1990; Kong) قد يشعر المشاركون الذين يعانون من أعراض مزعجة من الآثار الجانبية للأدوية بمزيد من التوتر ومن ثم ربما تقييم صحتهم بشكل سلبي، ارتبطت الضغوط العالية وتقييم التهديد بشكل إيجابي بالتعامل مع فك الارتباط (Folkman, 1984; Sutton & Murphy, 1989)، وبالتالي، فإن المشاركين الحاصلين على درجات عالية في قائمة مراجعة الأعراض استخدموا المزيد من استراتيجيات التعامل مع فك الارتباط. مع المزيد الأعراض المزعجة، قد يعتقد المشاركون أنهم لا يستطيعون إدارة وضعهم، وقد تؤدي هذه المعتقدات إلى تدني الكفاءة الذاتية المتصورة.

أظهرت بعض الدراسات السابقة أن الآثار الضارة للأدوية المثبطة للمناعة شائعة جدًا والصداع كان له أقوى تأثير سلبي على الرضا عن الحياة (Hricik et al., 2001؛ Matas et al., 2002). أشار Geest and Moons (2000) أيضًا إلى أن المستويات الأعلى من ضائقة الأعراض مرتبطة بانخفاض جودة الحياة الكلية المتصورة.

نتائج هذه الدراسات السابقة دعمت نتائج دراسة Geest and Moons (2000) التي أشارت إلى أن المشاركين الذين يعانون من أعراض مزعجة من الآثار الجانبية أبلغوا عن انخفاض جودة الحياة المتعلقة بالصحة. (Geest and Moons, 2000, p459)

وفي الأخير ندرج النتائج المهمة التي توصلت إليها دراسة Liu (2006) التي بينت انه لم تكن هناك آثار رئيسية مهمة لمدة غسيل الكلى قبل الزرع (6 أشهر مقابل < 6 أشهر) على مجموعة من المتغيرات من بينها استراتيجيات التعامل بعد زرع الكلى، على الرغم من أن التحليل متعدد المتغيرات أشار إلى عدم وجود آثار رئيسية مهمة، لاحظ الاختبار أحادي المتغير أن المشاركين الذين لديهم أكثر من ستة أشهر من غسيل الكلى قبل الزرع أبلغوا عن انخفاض الأداء البدني مقارنةً بأولئك الذين لديهم غسيل الكلى أو أقل من ستة أشهر.

كما افضت نتائج هذه الدراسة من خلال تقييم آثار العوامل السريرية على المتغيرات النفسية والاجتماعية، انه لم تكن هناك آثار واضحة لنوع المتبرع أو مدة غسيل الكلى قبل الزرع أو تاريخ دخول المستشفى المتعلقة بعملية زراعة الكلى على المتغيرات النفسية والاجتماعية، كانت هناك آثار كبيرة للأعراض والمدة التي تلي الزرع على هذه المتغيرات النفسية والاجتماعية. (Liu, 2006, p 135).

مناقشة عامة:

من خلال عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتحليلها، برزت أهميتها سواء من خلال متغيراتها، عينتها، الأساليب الإحصائية المستخدمة، وأهدافها، فبالنسبة لمتغيراتها شملت الدراسة: إدراك المرض كمتغير مستقل، والالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل كمتغيرات تابعة، كما تم الاعتماد في الدراسة الحالية على بعض المتغيرات الديموغرافية والعيادية كمتغيرات مستقلة مقترنة بمتغير إدراك المرض بهدف الكشف عن امكانية وجود تأثيرات على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل وذلك في إطار النموذج البيو نفسي اجتماعي الذي يدرس المرض المزمن من خلال ثلاثة مكونات (بيولوجية، نفسية اجتماعية). كما اهتمت الدراسة بموضوع الزرع الكلوي الذي يعتبر من أحدث التطورات العلمية في مجال الطب.

كما تم الاعتماد في الدراسة الحالية على المتغيرات الديموغرافية والعيادية كمتغيرات مستقلة بالإضافة الى متغير إدراك المرض بهدف الكشف عن وجود تأثير على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لتكون الدراسة في إطار النموذج البيو نفسي اجتماعي الذي يدرس المرض المزمن من خلال ثلاثة مكونات (بيولوجية نفسية اجتماعية).

بالنسبة لعينة الدراسة فقد احتوت الدراسة على 70 مشاركا من المرضى الذين خضعوا لعملية زراعة الكلية بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية باتنة، تراوحت أعمارهم بين 15 و 61 بمتوسط  $(1.4 \pm 38.6)$ . بالنسبة للأساليب المستعملة في الدراسة فقد تم الاعتماد على برنامج نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS v 25 لحساب: لمتوسط الحسابي والانحراف المعياري، برنامج الذي يعتبر من أحدث البرامج الإحصائية والمتمثلة في النمذجة الإحصائية باستخدام المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية Smart PLS v4 لحساب التأثيرات

اما بالنسبة لأهداف الدراسة فقد حققت الدراسة اهدافها من خلال النتائج التي توصلت اليها من حيث الكشف عن طبيعة إدراك المرض لدى افراد العينة، مستوى التزامهم، أكثر استراتيجية يستخدمونها، بالإضافة الى التأثيرات الموجودة بين المتغير المستقل (إدراك المرض) والمتغيرات التابعة (الالتزام بالعلاج، استراتيجيات التعامل) الخاصة بالدراسة، ومعرفة تحقق الفروض كليا او جزئيا او عدم تحققها.

• بالنسبة لاتجاه إدراك المرضى لعملية زراعة الكلية لدى افراد العينة:

فقد أظهرت نتائج ان اتجاه ادراك المرض لدى افراد العينة بصفة عامة كان إيجابي وذلك كون تجربة الفشل الكلوي في مراحلها الأخيرة بما تحمله من معاناه نفسية وتعقيدات طبية كانت قاصية بالنسبة للمرضى

والخضوع لعملية زراعة الكلية يعد فرصة ثمينة لتحسين صحتهم البدنية واستعادة حريتهم الشخصية والرفع من ادراك جودة حياتهم ، فالمريض الذي يعاني من مرض خطير كالقصور الكلوي ويعتمد على المعالجة بحصص تصفية الدم وعلاجات أخرى وخاصة الاخطار التي يشكلها هذا المرض فبعد عملية الزرع مباشرة يجد المريض نفسه متحررا تقريبا من جميع تلك القيود الجسدية النفسية والاجتماعية التي كانت تعيق حياته اما من خلال فحص اتجاه ادراك عملية الزرع الكلوي وفق ابعاد المقياس فقد اسفرت النتائج ان كل من التمثلات المعرفية والفهم كانت إيجابية الا ان التمثلات العاطفية فكانت سلبية ويعود سبب هذه النتيجة الى ان المرضى لديهم صورة واضحة حول طبيعة المرض ،أسبابه ، نتائجه، ومساره وأيضا درجة الفهم كانت إيجابية وهذا نتيجة لدور الفعال لطاقت الرعاية الصحية في التنقيف الصحي وكذا اهتمام المرضى بالعملية ومحاولة فهم الوضع الصحي الخاص بعملية الزرع الكلوي اما فيما يخص التمثلات العاطفية فهي سلبية وهذا شيء طبيعي لان المريض يبقى يخاف ويقلق من احتمالية انتكاسة المرض.

#### • بالنسبة لمستوى الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي:

بينت نتائج الفرضية ان مستوى الالتزام بالعلاج لدى مرضى الزرع الكلوي كان مرتفع وهذا يرجع الى ان العلاج بالمثبطات المناعية سهل، وعملي ومفيد وخاصة بمقارنته بصعوبة العلاج عن طريق حصص التصفية والتي تعتبر أصعب العلاجات خاصة انها تحد من حرية المريض ولها تعقيدات طبية كثيرة علاوة على ذلك الى وعي المرضى بخطورة التخلي على العلاج وخاصة المثبطات المناعية سيؤدي حتما الى فشل عملية الزرع والعودة الى عملية المعالجة بحصص التصفية وهذا يعتبر أكبر دافع بالنسبة للمرضى على الالتزام بالعلاج.

ان واقع عملية زراعة الكلية في الجزائر يقر بأن عملية الزرع تُعتبر مكسب كبير بالنسبة للمرضى لأنها تخلصهم من اغلب المشاكل التي كانوا يتعرضون لها اثناء مرحلة الفشل الكلوي وخاصة المتعلقة بالعلاج عن طريق حصص تصفية الدم والتي تدوم اربع ساعات بمعدل ثلاث مرات في الأسبوع وهذا ليس بالأمر الهين ، لذلك فالمرضى يدركون الأهمية البالغة لعملية زراعة الكلية خاصة بعد خبرتهم الصعبة مع مرض الفشل الكلوي وتعقيداته النفسية والجسمية ، وبالتالي ففضية الالتزام بالعلاج امر في غاية الأهمية بالنسبة لهم خاصة فيما يتعلق بالأدوية المثبطة للمناعة التي تختلف عن باقي الادوية ، فمسألة تخلي المريض عنها سيؤدي ذلك حتما الى تعقيدات بالغة الخطورة انطلاقا من رفض الكلية المزروعة وممكن ان يصل الامر حتى الى الموت. ولهذا فتناولها يعتبر قاعدة أساسية وحتمية، فهذه الأدوية هدفها الاساسي الإنقاص من دفاعات الجسم المناعية وذلك لجعله يتقبل العضو الجديد المزروع ولا يرفضه، وتتاول المريض

لهذه الادوية يكون مدى الحياة، وهذا التغيير الذي يطرأ على الجهاز المناعي له أعراض ثانوية مثل تزايد مخاطر التعفن وغيرها ...، ولهذا يختار الأطباء الأدوية الملائمة للمريض والتي يجب تناولها حسب توصيات الطبيب من خلال الوصفة الطبية والطريقة الصحيحة.

• بالنسبة لأكثر استراتيجية استعمالاً لدى مرضى الزرع الكلوي:

أشارت نتائج هذه الفرضية الى ان أكثر استراتيجية مستعملة لدى مرضى الزرع الكلوي كانت اللجوء الى الدين، ويرى الطالب الباحث ان استخدام هذه الاستراتيجية بطريقة كبيرة كانت متوقعة وطبيعية. وتفسر هذه النتيجة الى انه رغم الدور الكبير الذي تلعبه زراعة الكلية في تحسن الوضع الصحي للمريض الا ان المريض الخاضع لعملية زراعة الكلية يبقى يتعرض لمجموعة من الضغوطات النفسية والاجتماعية التي تدفعه الى اللجوء الى استخدام استراتيجيات تعامل معينة للتخفيف من حدة هذه الضغوط والتعامل معها بطريقة سليمة خاصة مع الوضع الصحي الجديد الذي يعيشه والذي يتطلب التكيف والتأقلم.

ان استخدام المرضى لاستراتيجية اللجوء الى الدين بطريقة أكثر شيوعاً بالرغم من استخدامهم لباقي الاستراتيجيات بنسب متقاربة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي تواجههم من خلال البحث عن الراحة والعزاء في الدين واللجوء الى الصلاة والدعاء للتخفيف من الضغوطات النفسية والشعور بالتحسن، فكما نعلم ان للدين أهمية كبيرة في حياة الكثير من الافراد في المجتمع الإسلامي.

وانطلاقاً من هذا يمكننا القول ان فئة كبيرة من المرضى يتجهون الى الدين للتعامل مع الضغوطات النفسية التي تعترضهم في حياتهم، لأنه بالرغم ما يحمله المرض من تهديد، الا أن رسوخ هاته المعتقدات الإيجابية لدى المرضى و إعطاء معنى ايجابي للمرض يؤدي إلى التخفيف من حدة هذه الضغوط المرتبطة بالمرض، و يجعل المرضى راضين عما آل إليهم وضعهم الصحي، و يقيمون صحتهم بأنها جيدة، حتى و لو كانت في الواقع عكس ذلك، فقد أقر الكثير من المرضى أن أهم استراتيجية يتعامل ستخدمونها للتغلب على المرض و تدعيم مستوى كفاءتهم و إدراكهم الإيجابي للمرض هي التضرع لله للتخفيف من معاناتهم عن طريق الصلاة، الدعاء، الصدقة، مما يجعلهم لا يستسلمون للمرض، و يكونون أكثر كفاءة في إدارته.

• بالنسبة لأثر إدراك المرض على الالتزام بالعلاج لدى افراد العينة:

أظهرت النتائج ان هناك أثر ايجابي لإدراك المرض بمختلف ابعاده (التمثلات المعرفية، التمثلات العاطفية والفهم) على الالتزام بالعلاج بما يتضمن من ابعاد (الالتزام بالمواعيد الطبية، الالتزام بالأدوية



والالتزام بعدم تناول الكحول)، بمعنى آخر كلما كانت التمثيلات المعرفية إيجابية والمتمثلة في وضوح هوية الحالة الصحية الخاصة بعملية الزرع الكلوي لدى المريض من حيث طبيعتها ،جدولها الزمني (حادثة او مزمنة ) ، الاعراض التي تظهر ،الأسباب المحتملة ،النتائج وارتفاع التحكم الشخصي بالعلاج الخاص بها، وكانت التمثيلات العاطفية إيجابية من حيث انخفاض درجة الخوف ، الغضب والاكتئاب وارتفع مستوى فهمه لخبرة الزرع الكلوي كلما اثر ذلك بالإيجاب على المريض من خلال ارتفاع مستوى التزامه بالعلاج من حيث الالتزام بالمواعيد والفحوصات الطبية ، والالتزام بتناول الأدوية من خلال احترام لأوقات تناولها واخذ الجرعات المناسبة وفي اوقاتها المحددة ، والالتزام بالنصائح والتوصيات الطبية كعدم التدخين و تناول الكحول وغيرها.

• بالنسبة لأثر المتغيرات السوسيوديموغرافية على الالتزام بالعلاج وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية صلة المتبرع) لدى افراد العينة:

أوضحت نتائج الفرضية انه لا يوجد اثر للمتغيرات السوسيوديموغرافية على الالتزام بالعلاج وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الوضعية الاجتماعية، صلة المتبرع) لدى افراد العينة، بمعنى انه لا يمكن التنبؤ بمستوى الالتزام بالعلاج من خلال المتغيرات السوسيوديموغرافية ، فنتائج هذه الفرضية جاءت على نقيض توقعات الطالب وما تم التطرق اليه في البناء النظري الذي افترض ان من العوامل المؤثر على الالتزام بالعلاج هي المتغيرات الديموغرافية ، فحسب نتائج هذه الفرضية يتبين ان معظم المرضى على اختلاف فئاتهم العمرية وجنسهم وحالتهم الاقتصادية ووضعتهم الاجتماعية ونوع صلة المتبرع كلهم كان لهم مستوى عالي من الالتزام بالعلاج بغض النظر على نوع هذه المتغيرات، و قد تجلى ذلك أساسا في حرصهم على الالتزام بالمواعيد والفحوصات الطبية ، و تناولهم الأدوية بانتظام وتجنبهم لتناول الكحول، ومحاولتهم لاتباع النصائح والتوصيات الطبية ....إلخ، وحسب هذه النتيجة فان إدراك خطر عدم الالتزام العلاجي لدى مرضى الزرع الكلوي لا يكون حكرا على فئة عمرية معينة دون أخرى أو على نوع الجنس او غيرها من المتغيرات السوسيوديموغرافية التي تناولناها في الدراسة . فاحترام المواعيد الطبية وتناول الأدوية بانتظام وتجنب تناول الكحول من السلوكيات الجد مهمة التي لا ترتبط بهذه المتغيرات فقط بل هناك عوامل أخرى هي التي تؤثر على مستوى الالتزام بالعلاج نذكر منها عامل النسيان ونمط الشخصية، الاكتئاب وغيرها... .

• بالنسبة لأثر للمتغيرات العيادية على الالتزام بالعلاج وفقا للمتغيرات التالية:(مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا. الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي) لدى افراد العينة



اسفرت نتائج هذه الفرضية الى انه لا يوجد أثر للمتغيرات العيادية على الالتزام بالعلاج وفقا للمتغيرات التالية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي) لدى افراد العينة، بمعنى انه لا يوجد اثر للمتغيرات العيادية والمتمثلة في الطرق البيولوجية والمتمثلة في التحاليل المخبرية (نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول) وبعض المؤشرات العيادية الاخرى مثل (مدة التصفية، مدة الزرع، الضغط لدموي) على الالتزام بالعلاج، او بالأحرى لا يمكن للمتغيرات العيادية التنبؤ بمستوى الالتزام بالعلاج، فمعظم المرضى سواء كانت المدة التي استغرقوها بالمعالجة بالتصفية طويلة او قصيرة والوقت الذي قضوه بعد عملية زراعة الكلية أيضا طويل او قصير، ومهما كانت نتائج تحاليلهم المخبرية إيجابية ام سلبية كلها متغيرات ليس لها تأثير حسب نتائج هذه الفرضية ، وربما يرجع ذلك لكون المرضى بمختلف وضعيتهم الصحية ملتزمون بممارسة السلوكيات الصحية الموصى بها من قبل طاقم الرعاية الصحية ،وقد تجلى ذلك أساسا من خلال حرصهم على الحضور للمواعيد الطبية و التزامهم بتناول للأدوية بانتظام والتزامهم بعدم تناول الكحول ،فهم يحاولون قدر المستطاع الاتصال بأطبائهم والاستفسار عن حالتهم،.... إلخ.

#### • بالنسبة لأثر إدراك المرض على استراتيجيات التعامل لدى افراد العينة:

حسب نتائج التي تحصلنا عليها من خلال هذه الفرضية، فقد تبين ان هناك تأثير مباشر لإدراك المرض على استراتيجيات التعامل بمعنى ان إدراك المرض له تأثير إيجابي على استراتيجيات التعامل بصفة عامة، كما اظهرت النتائج ان هناك تأثيرات ايجابية غير مباشرة لإدراك المرض على مجموعة من استراتيجيات التعامل من بينها نجد: استخدام الدعم الملموس، التخطيط، التعامل الفعال، التقبل، التنفيس الانفعالي، الصياغة الإيجابية للموقف، الفكاهة، اللجوء الى الدين، كف الأنشطة المنافسة. في حين كشفت النتائج عن وجود تأثير سلبي لإدراك المرض على استراتيجيات الانكار، وبالمقابل دلت النتائج عن عدم وجود تأثير لإدراك المرض على كل من استراتيجيات استخدام الدعم العاطفي، التشبث الذاتي، تأنيب الذات، وفك الارتباط السلوكي. وأيضا من بين النتائج عدم وجود تأثيرات لإدراك المرض على كل من استراتيجيات استخدام الدعم العاطفي، استراتيجيات التشبث الذاتي، تأنيب الذات، فك الارتباط السلوكي.

تؤكد مختلف هذه النتائج المهمة لهذه الفرضية على أهمية استكشاف وفهم تصورات زراعة الكلية وتأثيرها على استراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي بشكل أكبر في الممارسة السريرية، والخطوات المستخدمة لتعزيز استخدام استراتيجيات التعامل الإيجابية من أجل زيادة جودة الحياة لدى المرضى بعد الزرع.

• بالنسبة لأثر المتغيرات السوسيوديموغرافية على استراتيجيات التعامل وفقا للمتغيرات التالية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع) لدى افراد العينة. أظهرت نتائج هذه الفرضية انه لا يوجد هناك اثر للمتغيرات السوسيوديموغرافية على استراتيجيات التعامل وفقا للمتغيرات التالية العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة المدنية، الحالة الاقتصادية، صلة المتبرع) لدى افراد العينة، بمعنى لا يوجد هناك تأثير لهذه المتغيرات السوسيوديموغرافية على استراتيجيات التعامل، اي انه لا يمكن التنبؤ بنوع استراتيجيات التعامل من خلال المتغيرات السوسيوديموغرافية، فنتائج هذه الفرضية جاءت على نقيض توقعات الطالب وما تم التطرق اليه في البناء النظري، وبالرغم من ان العديد من الدراسات التي تم العثور عليها تُقر بان للمتغيرات السوسيوديموغرافية دور في التأثير على استراتيجيات التعامل الا ان نتائج هذه الدراسة كشفت العكس اي انه لا يوجد تأثير للمتغيرات السوسيوديموغرافية التي تم تناولها في هذه الدراسة على استراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي، ويمكن عزو ذلك الى ان استخدام استراتيجية تعامل معينة مرتبطة بمتغير سوسيوديموغرافي معين وانما قد يكون له علاقة بعوامل أخرى كاحتمالية تعقيدات الزرع او الخوف من فقدان العضو المزروع او حتى الخوف من الموت... .

• بالنسبة لأثر المتغيرات العيادية على استراتيجيات التعامل وفقا للمتغيرات التالية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي) كشفت نتائج هذه الفرضية عن عدم وجود تأثير للمتغيرات العيادية على استراتيجيات التعامل وفقا للمتغيرات التالية: (مدة التصفية، مدة الزرع، نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول، الوزن، الضغط الدموي) لدى افراد العينة، بمعنى لا يوجد تأثير لهذه المتغيرات العيادية والمتمثلة في الطرق البيولوجية كالتحاليل المخبرية (نسبة اليوريا، الكرياتينين، نسبة السكر، الكوليسترول) وبعض المؤشرات العيادية الاخرى مثل (مدة التصفية، مدة الزرع، الضغط الدموي)، او بالأحرى يمكن القول بان المتغيرات العيادية لا يمكن لها بان تتنبأ بنوع استراتيجيات التعامل التي قد يستخدمها افراد العينة، فمعظم المرضى بغض النظر عن المدة التي استغرقوها بالمعالجة بالتصفية سواء طويلة او قصيرة والمدة التي قضوها بعد عملية زراعة الكلية ومهما كانت نتائج تحاليلهم المخبرية كلها متغيرات ليس لها تأثير على نوع استراتيجيات التعامل التي يستخدمها المرضى للتعامل مع الضغوط النفسية بعد عملية الزرع حسب نتائج هذه الدراسة بل قد تكون عوامل أخرى اكثر تأثيرا.

وخلص القول وبناء على النتائج التي تم التوصل اليها في هذه الدراسة ومن خلال الدراسات السابقة اتي تم التطرق اليها نصل الى خلاصة مفادها ان نموذج التنظيم الذاتي الذي جاء به **Leventhal** يشكل قاعدة نظرية أساسية تتضمن المتغيرات الثلاث التي تناولتها الدراسة الحالية، وبالتالي يمكن اعتبار هذا النموذج دليل ثابت في تقييم كل من مستوى الالتزام بالعلاج وفعالية استراتيجيات التعامل من خلال ادراك المرض. ، كما يمكن ان يكون ايضا مرجعية مهمة تساعد على تقديم التدخلات النفسية بطريقة اكثر فاعلية سواء مع مرضى الزرع الكلوي او المرضى المزمنين بصفة عامة.

خاتمة

يواجه مرضى القصور الكلوي في مرحلته الأخيرة العديد من التحديات، فيجدون أنفسهم امام العديد من الخيارات العلاجية ولعل أفضلها هي الزرع الكلوي، وتستمر بعض هذه التحديات والصعوبات حتى بعد عملية زراعة الكلية، وهذا ما يوجب على كل من المرضى وطاقم الرعاية الصحية السعي لفهم طبيعة هذه التحديات والعقبات التي يمكن ان يواجهها هؤلاء المرضى ومحاولة الطرق الناجعة للتعامل معها. فالإدراك السلبي وعدم الالتزام بالعلاج خاصة بالمشطات المناعية وايضا تبني استراتيجيات غير فعالة للتعامل مع الضغوط النفسية كلها عوامل قد يكون لها تأثير سلبي على الزرع الكلوي وتدهور الوضع الصحي للمريض.

ركزت الدراسة الحالية على الكشف عن أثر إدراك المرض كمتغير مستقل مع مجموعة من المتغيرات السوسيوديموغرافية والعيادية وتأثيرها على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات لدى مرضى الزرع الكلوي وهذا في إطار ما يسمى بالنموذج البيو نفسي اجتماعي الذي يكمن اهتمامه على تناول العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية المرتبطة بالمرض المزمن. وكان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو هدف تنبؤي على اعتبار ان التنبؤ يعتبر من اهم اهداف علم نفس الصحة. وقد تم الاعتماد في هذا الصدد على احدى اهم التقنيات الإحصائية للجيل الثاني وهي نمذجة المعادلات الهيكلية-نمذجة المربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM) لفهم طبيعة هذه التأثيرات بين متغيرات هذه الدراسة.

من خلال ما اسفرت عنه نتائج هذه الدراسة توصل الطالب الباحث الى ان مرضى الزرع الكلوي لديهم إدراك إيجابي اتجاه عملية الزرع الكلوي، كما ان لديهم مستوى مرتفع للالتزام بالعلاج، بالإضافة الى ان الدراسة كشفت على ان استراتيجية اللجوء الى الدين هي أكثر استراتيجية يستخدمها مرضى الزرع الكلوي.

كما توصلت الدراسة أيضا من خلال النتائج الإحصائية عن وجود تأثير لإدراك المرض على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل في حين غياب تأثير كل من المتغيرات السوسيوديموغرافية والعيادية على كل من الالتزام بالعلاج واستراتيجيات التعامل لدى مرضى الزرع الكلوي.

على الرغم من أهمية النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة الحالية، والتي توافقت نتائجها مع العديد من الدراسات، الا انها تحتاج الى توسع أكثر، ودراستها مع متغيرات نفسية أخرى، ومع حجم عينة أكبر، وأيضا بطرق إحصائية مختلفة وذلك لتطوير مجال الدراسات في علم نفس الصحة والتمكن من تخطيط برامج علاجية فعالة خاصة بمرضى الزرع الكلوي.

ان النتائج التي اسفرت عليها هذه الدراسة تؤكد على أهمية فهم طاقم الرعاية الصحية لتصورات المرضى ومعتقداتهم حول عملية زراعة الكلية، ومحاولة معرفة اهم العوامل المساعدة على تحقيق مستوى عالي للالتزام بالعلاج واكثر الاستراتيجيات فعالية في التعامل مع الضغوط النفسية التي تواجههم بعد عملية الزرع ، مع الاخذ في الاعتبار السياق البيولوجي النفسي الاجتماعي لديهم حول زراعة الكلى، بهدف تحقيق التفاعل الجيد معهم ومساعدتهم على تلبية احتياجاتهم بشكل أفضل وبالتالي يتمكن المريض من تحقيق مستوى أداء بدني ونفسي أفضل، خاصة إذا كان يؤخذ هذا الاجراء كاستراتيجية وقائية قبل عملية زراعة الكلية من خلال برنامج التنشيف الصحي الذي يتم عن طريق فريق طبي متعدد التخصصات.

يوصي الطالب الباحث من خلال هذه الدراسة الى الاهتمام بمرضى الزرع الكلوي قبل عملية الزرع وبعدها، وذلك من خلال محاولة اعداد برامج علاجية تهدف الى رفع الوعي الصحي لفائدة هؤلاء المرضى الذي من شأنه ان يحسن ادراكهم ومعتقداتهم اتجاه عملية الزرع الكلوي، وكذلك محاولة الرفع من مستوى التزامهم بالعلاج، وتدريبهم على تبني استراتيجيات فعّالة للتخفيف من الضغوط النفسية التي يتعرضون لها. كما تولي هذه الدراسة اهمية لضرورة العمل الجماعي لطاقم الرعاية الصحية من اجل تحسين العملية العلاجية لمرضى الزرع الكلوي مع محاولة ادماجهم في الخطة العلاجية ومشاركتهم فيها منذ البداية من جهة. والتأكيد على فائدة تنظيم دورات تكوينية لفائدة لفريق الرعاية الصحية في مجال امراض الكلى حول العوامل البيولوجية النفسية والاجتماعية ودورها في التأثير على مرضى الزرع الكلوي من جهة أخرى، بالإضافة الى العمل على تشجيع عملية زراعة الكلية من خلال القيام بالحملات التحسيسية لزيادة الوعي لدى الافراد حول أهمية زراعة الكلية.

ان اجراء هذه الدراسة على موضوع زراعة الكلية في الجزائر يعد في غاية الأهمية خاصة وان هذا الإنجاز الطبي الحديث ظهر في الآونة الأخيرة ، ولهذا ينبغي الاهتمام بهذه الفئة من خلال محاولة اعداد برامج علاجية تهدف الى رفع الوعي الصحي لفائدة هؤلاء المرضى واسرهم خاصة مع الانتشار المتزايد لمثل هذه العمليات حاليا في بلدنا الجزائر خاصة اذا تحقق مسعى الحكومة الجزائرية والذي يرمي الى اجراء عملية زراعة الكلية من خلال الاستفادة من الاعضاء المأخوذة من الجثث كما هو معمول به في الدول الغربية والذي هو قيد الدراسة ، وهذا من شأنه تطوير السياسة الصحية من جهة ويفتح نافذة امل جديدة للمرضى الذين لم يسعفهم الحظ في الحصول من كلية لمتبرع حي من جهة اخرى.

# قائمة المراجع

### المراجع العربية

- ابركان الصالح. (2013). إدراك المرض وأساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي (السيلكوز). مجلة الدراسات التربوية والنفسية جامعة السلطان قابوس، 370 - 3.
- ابركان الصالح. (2011). إدراك المرض وأساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم نفس الصحة. جامعة باتنة.
- ابركان الصالح. (2016). جودة الحياة المتعلقة بالصحة المدركة للمريض المصاب بالتهاب الكبد الفيروسي ج : دراسة ميدانية بولاية خنشلة. مجلة العلوم الطبية باتنة. 1-5.
- أبو بكر مفتاح المنصوري (2014). إعداد صورة عربية للصيغة المختصرة من مقياس توجهات التعامل مع المشكلات المعاشة. مجلة السائل. المجلد 8. العدد (11). 83-109.
- اسمهان عزوز، وجبالي نور الدين. (2014). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات التعامل لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. مجلة العلوم الاجتماعية. العدد (09). 209-224.
- الشويخ هناء احمد. (2012). علم النفس الصحي، (ط 1)، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.
- العزاوي رحيم يونس كر. (2008). مقدمة في منهج البحث العلمي. عمان: دار دجلة.
- السويداء عبد الكريم. (2010). المرشد الشامل لمرضى القصور الكلوي (ط 1)، نهج الحياة للنشر والتوزيع، الرياض.
- ايت حمودة كريمة. (2007). علاقة تقدير الذات بإدراك الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى فئة من المدمنين على المخدرات. العدد (02). مجلة الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر.
- 105-130.
- بن عمور جميلة. (2017). الذكاء الانفعالي وعلاقته بأساليب مواجهة مواقف الحياة الضاغطة لدى الطلبة الجامعيين. اطروحة دكتوراه في علم النفس. جامعة وهران 2.
- بن زروال فتيحة. (2008). انماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد (المستوى، الاعراض، المصادر، واستراتيجيات المواجهة) دراسة ميدانية على عينة من العاملين بالحماية المدنية. البريد. مصلحتي الاستعجال والتوليد بولاية ام البواقي. اطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة قسنطينة.
- بن سكيريفة مريم. (2008). استراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي للمعلم-دراسة ميدانية لنيل شهادة الماجستير في علم النفس التربوي. جامعة ورقلة.



- بن سكيريفة مريم، وبن زاهي منصور. (2015). اساليب مقاومة الضغط النفس ي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، 231-254.
- جدو عبد الحفيظ. (2014). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. جامعة سطيف 02.
- جوزيف ف هار، توماس م هالت، كريستيان غينكل، ماركو زارستد. (2019). الأساس في نمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى. ترجمة زكريا بلخامسة. ط1. مركز الكتاب الأكاديمي عمان.
- حليلة شابي، نواورية أمال. (2018). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوطات للطالبات المقيّمات. رسالة ماجستير. جامعة قالمة 08 ماي، الجزائر.
- دولت حسين، سانجاي بانديا. (2014). المرجع الكامل لمرضى الكلى : حافظ على كليتك. جامعة القاهرة.
- رزقي رشيد. (2012). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم نفس الصحة. جامعة باتنة.
- رضوان جميل سامر. (2002). الصحة النفسية، ط6 ، دار الميسرة للنشر والتوزيع، الأردن
- رمضان زعطوط، عوالي رويح. ( بدون سنة ) إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان. مخبر علم النفس العصبي والاضطرابات السوسيو عاطفية. جامعة ورقلة. الجزائر. 80-102.
- زناد دليلة. (2013). علم النفس الصحي (تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة العجز الكلوي المزمن وعلاجه). ط1. دار الخلدونية. الجزائر.
- ساعد شفيق. مصدر الضبط الصحي واستراتيجية مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية -دراسة على أربع مجموعات من لمرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة. اطروحة دكتوراه في علم النفس المرضي الاجتماعي. جامعة بسكرة.
- سليمان بومدين. (2009). الصحة والمجتمع - الثقافة والمرض، مجلة البحوث والدراسات الانسانية، العدد 4. كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، قسم علم الاجتماع، جامعة 20 اوت 1955. بسكيكدة. الجزائر.

- سندرسون كاترين (2019). علم نفس الصحة-فهم العلاقة بين العقل والجسد. ترجمة مراد علي عيسى. وتيسير الياس شواش. ط1. دار الفكر الأردن.
- سهيلة عبد الرضا عسكر. (2013). المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد (39)، الجامعة المستنصرية. 95-121.
- شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي. ط1. الأردن: جامعة عمان الأهلية.
- شيماء عباس شمل. (2022). العمليات الإدراكية وعلاقتها بالاستعداد المدرسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. العدد 91، مجلة ديالي للبحوث الإنسانية. جامعة بغداد. 580-615.
- عثمان فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي: القاهرة.
- عثمان يخلف. (2001). علم النفس الصحة (الأسس النفسية والسلوكية للصحة)، ط1، الدوحة، قطر، دار الثقافة.
- عدودة صليحة. (2015). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. اطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة باتنة.
- عزوز اسمهان. (2009). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم نفس الصحة. جامعة باتنة.
- عمار ميلود وبوبكر مليكة. (2020). التفاوض واستراتيجيات مواجهة الأحداث الضاغطة لدى أساتذة التعليم الابتدائي. مجلة "سلوك". المجلد 07. العدد 02. ص 74\_90.
- عماشة سناء. (2013). إسهامات المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالصلاية النفسية لدى المعيلات والمتزوجات وغير المتزوجات من طالبات الجامعة، مجلة كلية التربية، جامعة مصر. 685-740.
- غربي امال (2009) علاقة استراتيجيات التعامل والاكتئاب بمدى المرضى لدى المصابين بالربو. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي. جامعة الجزائر.
- فوكس وازاك بريليلتينكسي، وستيفاني اوستين. (2016). ترجمة فكرى محمد العتر، مقدمة في علم النفس النقدي. ط1. المركز القومي للترجمة، القاهرة.
- لكل رفيقة. (2011). تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم نفس الصحة. جامعة باتنة.

- مزاور نسيمة. (2011). استراتيجية المقاومة ومرض السرطان، دراسة مقارنة بين المصابين وغير المصابين. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- مفتاح محمد عبد العزيز. (2010). مقدمة في علم النفس الصحة. دار وائل للنشر والتوزيع. عمان. الأردن،
- منظمة الصحة العالمية، 2003.
- موفق ديهية. (2014). أثر المعتقدات الصحية على الملائمة العلاجية عند مرضى السكري. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. جامعة البليدة.
- وكالة الانباء الجزائرية (2021).

### المراجع الاجنبية

- ABDEF Shahd M. Taj, ABDEF Hajer Baghaffar, ABDEF Duha Khaled Alnajjar, ABDEF Nahed Khalid Almashabi, ACDEFG, Sherine Ismail. (2021). Prevalence of Non-Adherence to Immunosuppressive Medications in Kidney Transplant Recipients: Barriers and Predictors. Ann Transplant; 26: e928356. 1-9. //DOI: 10.12659/AOT.928356.
- ABIGAIL HUCKER. (2020). STUDIES EXPLORING NON-ADHERENCE IN ADULT RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements of the University of Hertfordshire for the degree of Doctor of Philosophy Department of Psychology and Sport Sciences.
- Adeline pupat. (2007). la perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgique. département de psychologie de la santé. université de toulouse. France.
- adriye Buldukoglu, Ozen Kulakac, Nilgun Kececiloglu, Saliha Alkan, Mualla Yilmaz, and. Levent Yucetin. (2005). Recipients' Perceptions of Their Transplanted Kidneys. Transplantation • Volume 80, Number 4. 471\_476.
- Agneta A Pagels. (2012). LIVING WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE – PERCEPTIONS OF ILLNESS AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE. Department of Medicine Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Alexandra Tasmoc, Simona Hogas, Adrian Covic. (2013). longitudinal study on illness perceptions in hemodialysis patients: changes over time. Arch Med Sci 2013; 9, 5: 831–836.  
○ // DOI: 10.5114/aoms.2013.38678.
- ANISE MAN SZE WU (2008). Discussion of posthumous organ donation in Chinese families. Psychology, Health & Medicine. 13 (1). 48 – 54.

- Anne Orr, David Orr, Susan Willis, Michael Holmes & Peter Britton. (2007). Patient perceptions of factors influencing adherence to medication following kidney transplant. *Psychology, Health & Medicine*, 12(4):  
○ 509 – 517. //DOI: 10.1080/13548500701294556
- Bauer, C., & Tessier, s. (2011). Observance thérapeutique chez les personnes âgées : Synthèse documentaire. CRESIF.
- Bethany J. Foster and Ahna L.H. Pai (2014). Adherence in Adolescent and Young Adult Kidney Transplant Recipients. *The Open Urology & Nephrology Journal*, 2014, 7, (Suppl 2: M5) .133-143.
- Biradar BM. (2019). A Study to Assess the Knowledge, Attitude and Perception of Kidney Transplantation and Donation among Family Members of Renal Patients in Selected Hospitals at Bijapur with a View to Develop an Information Booklet. *Journal of Biomedical Sciences*. Vol.3 No.2. ISSN: 2254-609X. 1-3.
- Broadbenta & Pertirea .(2005). *The Brief Illness Perception Questionnaire*, Department of Psychological Medicine, Faculty of Medical and Health Sciences. Department of Psychological Medicine.
- Butler, J. A., Peveler, R. C., Roderick, P., Horne, R., & Mason, J. C. (2004). Measuring compliance with drug regimens after renal transplantation: comparison of self-report and clinician rating with electronic monitoring. *Transplantation*, 77(5), 786-789.
- Mary Ann Burg, Oliver Oyama. (2016). *The Behavioral Health Specialist in Primary Care: skills for integrated practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- CAROLINE JANELLE (2010) .LA REPRÉSENTATION DE LA MALADIE CHEZ LES GREFFÉS CARDIAQUES ET L'OBSERVANCE AU TRAITEMENT : PERSPECTIVES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES. THÈSE PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE. UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chateaux & Spitz. (2006). Perception de la maladie et adhérence thérapeutique chez des enfants asthmatiques. 1-16.

- Ciara White & Pamela Gallagher. (2010). Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. *Journal of Advanced Nursing* \_ Blackwell Publishing Ltd. 2550- 2559.
- C. De Pasqualea,b,\* , M.L. Pistorioa,b, D. Coronab, N. Sinagrab, A. Giaquintab, D. Zerbob, P. Verouxb, and M. Verouxb.(2014). Role of “Self-Efficacy” in the Process of Long-Term Care in Kidney Transplant Recipients. *Transplantation Proceedings*, 46, 2235-2237.
- Cohen Sheldon. (1988). "Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health of Psychology* .7(3).269-297.
- Cooper, A.F. (1998). Whose illness is it anyway? Why patient perceptions matter. *International Journal of Clinical Practice*, 52 (8), 551-556.
- Diogo Telles-Correia, António Barbosa, Inês Mega, Estela, Monteiro,(2012). Psychosocial predictors of adherence after liver transplant in a single transplant center in Portugal. *Progress in Transplantation*, Vol 22, No. 1:91-95.  
// doi: dx.doi.org/10.7182/pit2012569.
- El Rasheed et al (2020). Quality of life in a sample of Egyptian renal transplant recipients. *Middle East Current Psychiatry* .1-10.
- Emma K. Massey, MirjamTielen, Mirjam Laging, Denise K. Beck, Roshni Khemai, Teun van Gelder,b,Willem Weimar. (2013). the role of goal cognitions, illness perceptions and treatment beliefs in self-reported adherence after kidney transplantation: a cohort study. *Journal of Psychosomatic Research* 75(3), 229–234.
- Esperanza V\_elez-V\_elez & Ricardo J. Bosch (2015). Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease.ORIGINAL RESEARCH: EMPIRICAL RESEARCH – QUANTITATIVE. 863-849.
- Esposito P, FuriniF, Rampino T, et al. (2017).Assessment of physical performance and quality of life in kidney-transplanted patients: a cross-sectional study. *Clin Kidney*.10 (1): 124–130. //doi: 10.1093/ckj/sfw102.
- Farahnaz Farnia, Mehdi Shafiezadeh, Mostafa Javadi. (2019). Self-management Determinants in Kidney Transplant Recipients according to the Health Belief Model. *Journal*.18 (4):62-78.  
○ //DOI:10.18502/tbj.v18i4.1858.
- Frade, A. Lopes, L. Teixeira, J. Rodrigues, M. Almeida, L. Dias, and A.C. Henriques (2011). Perceptions in Living Kidney Donation: What Protagonists Think and Feel.by Elsevier Inc. *Transplantation Proceedings*, 43, 39–42.

- Francisco Ortega, Carmen Díaz-Corte, Covadonga Valdés..(2015). Adherence to immunosuppressor medication in renal-transplanted patients. *World J Clin Urol.* 24; 4(1): 27-37. ISSN 2219-2816.
- Fu-Chi Yang,b, Hsiao-Mei Chenc, Su-Chen Pongd, Cheng-Hsu Chene,f,g, Shoei-Shen Wangh,i, and Ching-Min Chenj.(2020). Difficulties and Coping Strategies of Kidney-transplant Recipients During Their Dark Postoperative Recovery Stage After Returning Home. *Transplantation Proceedings*, XX, <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.05.011>
- Geest, S.D., & Moons, P. (2000) .The patients appraisal of side-effects: The blind spot in quality-of-life assessments in transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant*, 15, 457-459.
- Gelb S.R., Shapiro R. & Thornton W. (2010). Predicting medication adherence and employment status following kidney transplant: the relative utility of traditional and everyday cognitive approaches. *Neuropsychology* 24(4), 514–526.
- Gentile et al (2013). Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health Qual Life Outcomes*.1-12.
- Gemma Costa-Requena, M. Carmen Cantarell-Aixendri, Gemma Parramon-Puig, Daniel Serón-Micas .*Nefrologia.* 34(5):605-10 //doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11881.
- Gurkana, S.Ç.r Pakyuzb,and T. Demirc.(2015). Stress Coping Strategies in Hemodialysis and Kidney Transplant Patients. *J.transproceed.* by Elsevier Inc. 47, 1392e1397.//http://dx.doi.org/10.1016/.
- Hamedan, MS.M, Aliha J M. (2014) Relationship Between Immunosuppressive Medications Adherence and Quality of Life and Some Patient Factors in Renal Transplant Patients in Iran *Glob J Health Sci* . 16; 6(4):205-12. //doi: 10.5539/gjhs.v6n4p205.
- Haynes RB,Ackloo E,Sahota N,McDonald HP (2008) interventions for enhancing medication adherence .*cochrane database of systematic reviews* (2).
- Henrik Lindquist, Maria Weurlander, Annika Wernerson and Robert Thornberg. (2019).Boundaries as a coping strategy: emotional labour and relationship maintenance in distressing teacher education situations.
- Hopman, P., Rijken, M. (2015) Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*: 24(1), 11-18.



- Hongxia Liu (2006) .COPING AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN RENAL TRANSPLANT PATIENTS. DOCTOR OF PHILOSOPHY in Nursing Science. Nashville, Tennessee.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., Cribb, A., & Kellar, I. (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: NCCSDO.
- Iqbal, Rana M Hossain, Kabir Hossain, Faroque, Sarwar Iqbal, Shahidul Islam. (2018) Knowledge, Attitude and Perception about Kidney Disease and Renal Transplantation among Care Givers of CKD Patients. Wolters Kluwer Health.
- Jelena Lalić a Radmila Veličković-Radovanović a–c Branka Mitić c Goran Paunović c Tatjana Cvetković c (2014) Immunosuppressive Medication Adherence in Kidney Transplant Patients. *Med Princ Pract*;23:351–356.// DOI: 10.1159/000362792.
- Jennifer Felicia Scheel, Katharina Schieber, Sandra Reber, Lisa Stoessel, Elisabeth Waldmann, Sabine Jank, Kai-Uwe Eckardt, Franziska Grundmann, Frank Vitinius, Martina de Zwaan, Anna Bertram and Yesim Erim.(2018). Psychosocial Variables associated with immunosuppressive Medication non-adherence after renal Transplantation. Volume 9 . Article 23.1\_8.// doi: 10.3389/fpsyt.2018.00023
- JETTE SKIVEREN, ERIK LYKKE MORTENSEN & MERETE HAEDERSDAL (2010), Sun protective behaviour in renal transplant recipients. A qualitative study based on individual interviews and the Health Belief Model, *Journal of Dermatological Treatment*. 21:331–336
- Kadriye Buldukoglu, Ozen Kulakac, Nilgun Kececioglu, Saliha Alkan, Mualla Yılmaz, and Levent Yucetin. (2005). Recipients' Perceptions of Their Transplanted Kidneys .*Transplantation*. Volume 80, Number 4.
  - 471–476.
- Kate Goldade, Sonal Sidhwani, Sagar Patel, Lisa Brendt, Jennifer Vigliaturo, Bertram Kasiske, Jasjit S. Ahluwalia, and Ajay K. Israni. (2011). Kidney Transplant Patients' Perceptions, Beliefs, and Barriers Related to Regular Nephrology Outpatient Visits. *Am J Kidney Dis*. 57(1):11-20 .
- Kenawy et al (2019) Medication compliance and lifestyle adherence in renal transplant recipients in Kuwait. Dove Medical Press Limited.13.1477–1486.
- Khosravi, Mahmood .(2016). Illness Perception, Depression, Anxiety and Quality of Life in Older Adults Post Coronary Heart Disease Event.

Dissertation Submitted in Partial Satisfaction Of the requirement for the degree of Doctor of philosophy in the Nursing .university of California .sanfrancisco.

- Kobassa S.C., (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness, journal of personality and social psychology, 37, (1) .11-1
- Kiley DJ, LAMCS & PLLAK R. (1993). A STUDY OF TREATMENT COMPLIANCE FOLLOWING KIDNEY TRANSPLANTION 55(1), 51-56.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing.
- LEVENTHAL H., DIEFENBACH M., LEVENTHAL E.A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Cognitive Therapy and Research; 16: 143-163.
- LEVENTHAL H., MEYER D., NERENZ D.R. (1980). The common sense representation of illness danger. In: RACHMAN S., ed. Contribution to medical psychology (Vol 2). New York, Pergamon pp 17-30.
- Lorenz, Cheville, Amer, kotajarvi, Stegall, Petterson, Lebrasseur (2018). Relationship between pre-transplant physical function and outcomes after kidney transplant. Clin Transplant. 1-19.
- Marie A. Chisholm, Gail M. Williamson, Charles E. Lance and Laura L. Mulloy. (2007). Predicting adherence to immunosuppressant therapy: a prospective analysis of the theory of planned behavior. Nephrol Dial Transplant. 22: 2339–2348.//doi:10.1093/ndt/gfm149.
- Mariloir BRUCHON-SCHWEITZER (2001). LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS. Recherche en soins infirmiers N° 67.68-83.
- Mariloir Bruchon Shwetzter. (2002). psychologie de la santé modeles cencepts et méthodes. paris dounod isbn210049039.
- Marina Kohlsdorf. (2015) Coping Strategies Adopted by Patients with Chronic Kidney Disease in Preparation for Transplant. Psychology, Community & Health 2015, Vol. 4(1), 27 38. //doi:10.5964/pch.v4i1.103
- Mario F. P. Peres & Giancarlo Lucchetti. Curr Pain Headache Rep (2010). Coping Strategies in Chronic Pain. 14:331–338.  
○ //DOI 10.1007/s11916-010-0137-3.
- MARTIN S. HAGGER and SHEINA ORBELL. (2003) .A META - ANALYTIC REVIEW OF THE COMMON SENSE MODEL OF ILLNESS REPRESENTATIONS. Department of Psychology, University of Essex,



Wivenhoe Park, Colchester, Essex CO4 3SQ. *Psychology and Health*. Vol. 18, No. 2, 141-184.

• Marzieh Latifi, Jandir Pauli, Sanaz Dehghani, Marzeyeh Soleymani Nejad (2021). Application of Theory of Planned Behavior on Organ Donation Behavior: A Systematic Review. *Saudi J Kidney Dis Transpl* .32 (5):

○ 1201-1213.

• Mira Keddis, Dawn Finnie, Wonsun (Sunny) Kim. (2018). Native American patients' perception and attitude about kidney transplant: a qualitative assessment of patients presenting for kidney transplant evaluation. *Bmjopen*. 1-7.

• Mercier & Filion (1987). La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques *Santé mentale au Québec*, 12(1), 135-143.

• Megan L Salter, Komal Kumar, Andrew H Law, Natasha Gupta, Kathryn Marks, Kamna Balhara, Mara A McAdams-DeMarco, Laura A Taylor and Dorry L Segev.(2015). Perceptions about hemodialysis and transplantation among African American adults with end-stage renal disease: inferences from focus groups. *BMC Nephrology*.1-10.

// DOI 10.1186/s12882-015-0045-1

• Nadia Djebli-Azzal, Yasmina Benazzoug, Medina Arab, Tahar Rayane, Lamia Abib, Mohamed El Hadi Cherifi.(2022). Impact of the Living Donor Age and the Hormonal Profile of Algerian Renal Transplant Recipients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 32(5):1374-1381.

• Najmeh Valizadeh Zare, Eesa Mohammadi, Kouros Zarea, Nasrin Elahi, Zahra Manzari. (2018). the meaning of coping for kidney transplant recipients: a phenomenological study. *Journal of Research in Nursing*. 0(0) 1–12.//DOI: 10.1177/1744987118785949.

• Nahamin, Mina, Hassankhan, Hadi, Ebrahimi, Hossein, rasi hashem, Sadraddin .(2020). Coping strategies in patients with kidney transplant rejection: A phenomenological study. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. Vol. 15 - N° 1,44-49.//doi.org/10.5281/zenodo.4074215.

• Nick Barber (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking .report for the national co-ordinating centre for NHS service delivery and organization (NCCSDO).

• Oya Bozkurt. (2020). Assessment of Knowledge, Perception about Transplantation and Life Changes in Renal Transplant Patients. *Bagcilar Med Bull* .5(1):1-6.//DOI: 10.4274/BMB.galenos.2019.11.022.

- Pari Hedayati, Nahid Shahgholian, Ahmad Ghadami. (2017). Nonadherence Behaviors and Some Related Factors in Kidney Transplant Recipients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 97-101.
- Paulhan Isabelle. Le concept de coping. In: *L'année psychologique*. 1992 vol. 92, n°4. pp. 545-557.
- Pedro Ricardo Coelho Gonçalves; Anaísa Ferreira Reveles; Helena Isabel Fernandes Martins. (2016) Adherence to Immunosuppressive Therapy in Kidney Transplant Recipients: Integrative Literature Review. *Série IV - n.º 8* - pp.121-130. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14063>.
- Pen-Chen Kung & Mei Chang Yeh & Ming-Kuen Lai & Hsueh Yeh Liu. (2017) Renal Transplant Recipients: The Factors Related to Immunosuppressive Medication Adherence Based on the Health Belief Model. *The Journal of Nursing Research* h VOL. 25, NO. 5, 397-392 .
- Petrie KJ, Weinman J. (2006) Why illness perceptions matter. *Clin Med.*; 6
- Pinson, C.W., Feurer, I.D., Payne, J. L., Wise, P.E., Shockley, S., & Speroff, T. (2000). Health-related quality of life after different types of solid organ transplantation. *Annals of Surgery*, 232(4), 597-607. (6):
  - 536-9.
- Pinson, C.W., Feurer, I.D., Payne, J. L., Wise, P.E., Shockley, S., & Speroff, T. (2000). Health-related quality of life after different types of solid organ transplantation .*Annals of Surgery*, 232(4), 597-607.
- Potluri, K., & Hou, S. (2010). Obesity in Kidney Transplant Recipients and Candidates, *American Journal of Kidney Diseases*. *American Journal of Kidney Diseases*. 143-156.
- Ragny Lindqvist. Marianne Carlsson. Per-Olow Sjoden. (2004). Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of Advanced Nursing* 45(1), 47-52.
- Qiaolan Yang, Min Xia, Shaohua Hu, Yazheng Chen, and Guiyi Liao . (2021). Meta-Analysis for Social Support Degree of Kidney Transplant Recipients: Evidence from China. *Hindawi Journal of Healthcare Engineering* Volume. Article ID 9998947. 1-9. // <https://doi.org/10.1155/2021/9998947>
- Raheleh Ganjali , Mahin Ghorban Sabbagh , Fatemeh Nazemiyan , Fereshteh Mamdouhi , Shapour Badiie Aval , Zhila Taherzadeh , Fatemeh Heshmati Nabavi , Reza Golmakani , Fariba Tohidinezhad , Saeid Eslami . (2019). Factors Associated With Adherence To Immunosuppressive Therapy And Barriers In Asian Kidney Transplant Recipients. 53-62. <http://doi.org/10.2147/ITT.S212760>.

- Ragny Lindqvist, Marianne Carlsson & Per-Olow Sjoden. (2004). Coping strategies of people with kidney transplants. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 45(1), 47–52.
- REBAFKA ANNE KATHARINA (2016). MEDICATION ADHERENCE KIDNEY TRANSPLANTION: A GROUNDED THEORY STUDY OF TRANSPLANT RECIPIENT’S PERSPECTIVES. Thesis for the Degree of Doctor of Advanced Healthcare Practice. School of Healthcare Sciences Cardiff University.
- REBAFKA ANNE KATHARINA (2016). MEDICATION ADHERENCE AFTER RENAL TRANSPLANTATION—A REVIEW OF THE LITERATURE. a review of the literature. Journal of Renal Care.1–18.
- Sami Saeed Binyamin. (2019). Using the Technology Acceptance Model to Measure, the Effects of Usability Attributes and Demographic Characteristics on Student Use of Learning Management Systems in Saudi Higher Education. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements of Edinburgh Napier University, for the award of Doctor of Philosophy. King Abdulaziz University, Saudi Arabia.
- Savage & Amstrong (1990). Effect of a general practitioner's consulting style on patients satisfaction: a controlled study. BMG, 968-970.
- Schweitzer, M. B. et Dantzer, Robert (2003) : introduction à la psychologie de la santé, presse universitaires de France, 4 éme ed, Pari.
- SimonR .Knowles, David J .Castle, ShellieM .Biscan, Michael Salzburg, EmmettB .O’Flaherty, RN and Robyn Langham, (2019) Medication compliance and lifestyle adherence in renal transplant recipients in Kuwait. Dove Medical Press Limited.13.1477–1486.
- Shui Hung Wong and Amy Y. M. Chow (2016), an Exploratory Study on University Students’ Perceptions of Posthumous Organ Donation Base on the Theory of Reasoned Action, OMEGA—Journal of Death and Dying .0(0).1–16. //DOI: 10.1177/0030222816633241.
- Shu-Tsen Tseng (2008).The Relationships between Illness Perception .Social Support. Coping On MOOD AFTER FIRST-TILE MYOCARDIAL INFRACTION.
- Siqueira, Costa & Figueiredo. (2017). Coping and quality of life in patients on kidney transplant waiting lists. Acta Paul Enferm. 30(6).582-589.
- Stéphanie Belaiche. (2018). Adhésion thérapeutique et variation des taux sanguinsdes anti-calcineurines chez le patient greffé rénal, En vue de l’obtention du doctorat Université Lille Nord de France.

- Snježana Stanarević Katavić, Sanjica Faletar Tanacković and Boris Badurina. (2015). Illness perception and information behaviour of patients with rare chronic diseases. Department of Information Science, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Osijek, Osijek, Croatia .VOL. 21 NO. 1.
- Stéphanie Delestras. (2012).La satisfaction vis-à-vis des traitements : PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE de GRENOBLE.
- Sutton, T.D., & Murphy, S.P. (1989) Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. *Nursing Research*, 38(1), 46-49.
- Tarik Kizilisik, M.D., Irene D. Feurer, Ph, David H. VanBuren, M.D. Paul Wise, M.D. , Denise Van Buren, L.C.S.W.d , Jeanne Hopkins, R.N.a , Jackie Ray, R.N.b , William Nylander, M.D.a,b, David Shaffer, M.D.a,b, J. Harold Helderman, M.D.a , Anthony J. Langone, M.D.a,b, Theodore Speroff, PhD.b,e, C. Wright Pinson, M.D., M.B.A.a. (2003) .Effects of diabetes and cadaveric organs on functional performance and health-related quality of life after kidney transplantation. *The American Journal of Surgery*. 535–539.
- Travis Dexter. (2014) .The Relation of Illness Perception to Psychological Distress and Physical Symptom Burden in Relapsed/Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia. The Ohio State University.
- Van Es. (2017).The role of self-efficacy, medication beliefs and transplant-related worries in medication adherence after renal transplantation. Master's thesis Health Psychology Supervisors .Institute of Psychology, Leiden University.
- Wolters Kluwer. (2020). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation.
- Youngmee Kim & Lorraine S. Evangelista. (2010). Relationship between Illness Perceptions, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in Patients On Maintenance Hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 37(3).1-18.

# الملاحق

ملحق رقم-01 :- شهادة إدارية خاصة بإجراء التريص

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
المركز الاستشفائي الجامعي "ابن قليس التهامي" - باتنة

مديرية النشاطات الطبية والشبه الطبية  
مكتب متابعة المتريصين / الرقم.../2023/...

رخصة لإجراء دراسة ميدانية

يرخص مدير النشاطات الطبية والشبه الطبية  
للطالب حميداني موسى دكتوراه ل.م.د علم النفس تخصص علم النفس الصحة بالقيام بدراسة  
ميدانية لدى مصنعكم قصد مساعدته على إنجاز الجانب الميداني لأطروحته في الدكتوراه  
من 2022/06/14 إلى 2022/06/28

الطبيب رئيس المصلحة

Pr. YSSOUF Souda  
Maitou  
Nephrologie

المركز الاستشفائي الجامعي  
باتنة  
مصلحة أمراض الكلى  
الرقم: 265

مدير النشاطات الطبية والشبه طبية

المركز الاستشفائي الجامعي - باتنة  
مدير النشاطات الطبية  
ش.م.د. محمد فيصل

ملحق رقم -02-: المتغيرات السوسيو دموغرافية والعيادية المعتمدة في الدراسة

المتغيرات العيادية		المتغيرات السوسيو ديموغرافية	
اقل من 6 أشهر	مدة الزرع	ذكر	الجنس
		انثى	
أكثر من 6 أشهر و اقل من أشهر سنة		(15-30)	السن
أكثر من سنة و اقل من 5 سنوات		(45-31)	
أكثر من 5 سنوات		(60-46)	
لا توجد تصفية		أكثر من 60	
اقل من عام	مدة حصص التصفية	ضعيفة	الحالة الاقتصادية
أكثر من عام و اقل من 5 سنوات		متوسطة	
أكثر من 5 سنوات و اقل من 10 سنوات		جيدة	
أكثر من 10 سنوات			
اقل من 0.05	اليوريا	أعزب	الحالة المدنية
اكبر من 0.05	Urea	متزوج	
اقل من 12	الكرياتينين	مطلق	المستوى التعليمي
اكبر من 12	Creatinine	أرمل	
اقل من 1.1	نسبة السكر	امي	صلة المتبرع
اكبر من 1.1		ابتدائي	
معتدل	مستوى ضغط الدم	متوسط	
مرتفع	نسبة الكوليسترول	ثانوي	
معتدل	الوزن	جامعي	الوالدان
مرتفع		الوزن	
وزن زائد	تناول الكحول	الاخوة	الزوجة/الزوجة
وزن معتدل		نعم	
لا			

ملحق رقم-04-: استبيان إدراك المرض الموجز (Brief IPQ)

تعليمات الإجراء: ضع دائرة حول الرقم الذي ينطبق عليك من بين هذه الأسئلة

- كيف يؤثر المرض على حياتك؟

لا يؤثر كثيرا 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 يؤثر كثيرا

- كم من الوقت يدوم مرضك؟

قليلا جدا 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 دائما

- كيف تقيم قدرتك على التحكم في مرضك؟

لا يوجد تحكم إطلاقا 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 تحكم بانتظام

- كيف ترى فعالية العلاج لشفائك؟

لا شيء 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 مفيد للغاية

- كيف هي الأعراض المتكررة لمرضك؟

لا توجد أعراض أبدا 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 كثير من الأعراض خطيرة

- كيف تتعايش مع مرضك؟

لا يوجد تعايش 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 كثير من التعايش

- كيف ترى مفهومك لمرضك؟

لا أفهم إطلاقا 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 أفهمه جيدا

- كيف يؤثر المرض على عواطفك؟ (مثل: يغضبك، يخيفك، يجعلك مكتئب)

لا متأثر إطلاقا 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 متأثر كثيرا

- اختر ثلاثة أسباب رئيسية تراها سببا لمرضك، وهذه الأسباب هي:

1..... 2..... 3.....



ملحق رقم -05-: استبيان الالتزام متعدد الأبعاد (MAQ)

تعليمية الإجراء: اليك العبارات التالية، يمكنك الإجابة بأحد الخيارات والتي تنطبق عليك.

البدائل						العبارة
أبدا 1	تقريبا ابدا 2	مرات قليلة 3	أحيانا 4	تقريبا دائما 5	دائما 6	
1- البعد الأول: حول حضور المواعيد والفحوصات الطبية						
						أ-كُنْتُ أَحْضَرُ خِلالَ الأَشْهُرِ الأَثَلَاةِ المَاضِيَةِ جَمِيعَ المَواعِيدِ الطَبِيَّةِ، الفَحُوصَاتِ الطَبِيَّةِ وَالعِلاجاتِ المِبرمَجةِ.
						ب-كُنْتُ أُنسى خِلالَ الأَشْهُرِ الأَثَلَاةِ المَاضِيَةِ حُضُورَ كِلا المَواعِيدِ الطَبِيَّةِ، الفَحُوصَاتِ الطَبِيَّةِ وَالعِلاجاتِ المِبرمَجةِ.
						ج-كُنْتُ اتخَلَفُ خِلالَ الأَشْهُرِ الأَثَلَاةِ المَاضِيَةِ عَن حُضُورِ بَعْضِ المَواعِيدِ الطَبِيَّةِ، الفَحُوصَاتِ الطَبِيَّةِ وَالعِلاجاتِ المِبرمَجةِ.
2- البعد الثاني: حول الالتزام بتناول الدواء						
						أ-كُنْتُ اتناولُ خِلالَ الأَشْهُرِ الأَثَلَاةِ المَاضِيَةِ كِلا الأَدويةِ الَّتِي وَصَفها لِي طَبِيبِي، وَوَقْفاً لِطَرِيقَةِ الَّتِي أَخْبَرَنِي بِها لِتناولِها.
						ب-كُنْتُ أُنسى خِلالَ الأَشْهُرِ الأَثَلَاةِ المَاضِيَةِ تناولَ كِلا الأَدويةِ الَّتِي وَصَفها لِي طَبِيبِي، وَوَقْفاً لِطَرِيقَةِ الَّتِي أَخْبَرَنِي بِها لِتناولِها.
						ج - كُنْتُ أُنسى خِلالَ الأَشْهُرِ الأَثَلَاةِ المَاضِيَةِ، اتناولُ بَعْضَ الأَدويةِ الَّتِي وَصَفها لِي طَبِيبِي وَلاي سَببٍ مَن الأَسبابِ، وَوَقْفاً لِطَرِيقَةِ الَّتِي طَلَبها مِنِّي لِتناولِها.
3- البعد الثالث: حول تناول المشروبات الكحولية						
						أ-كُنْتُ اتبعُ خِلالَ الأَشْهُرِ الأَثَلَاةِ المَاضِيَةِ تَعليماتِ طَبِيبِي بِشأنِ تناولِ المِشروباتِ الكحولِ.

						<p>ب-كُنت اتجاهل احيانا خلال الأشهر الثلاثة الماضية، ولأني سبب من الأسباب تعليمات طبيبي بشأن تناول المشروبات الكحولية والحضور للمواعيد والفحوصات الطبية.</p>
						<p>ج-كُنت أنسى خلال الأشهر الثلاثة الماضية اتباع تعليمات طبيبي بشأن تناول المشروبات الكحولية.</p>

ملحق رقم -06-: الصورة العربية لاستبيان استراتيجيات التعامل مع الضغوط

(الصيغة المختصر) (BREIF COPE)

تعليمات الإجراء:

هناك العديد من استراتيجيات التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة. والأسئلة التالية تدف الى معرفة الطريقة التي يتعامل بها الناس عادة مع هذه الأحداث. والمطلوب هو معرفة الطريقة التي تشعر أو تتعامل بها عادة حينما يواجهك موقف صعب، أو مشكلة، أو حدث ضاغط. لذا نأمل منك الإجابة عن هذه الأسئلة وفقاً للطريقة التي تتصرف بها عادة في التعامل مع ما يصادفك من ضغوط ومشكلات، وليس وفقاً لما ينبغي أن يكون، أو وفقاً لما يفعله الناس الآخرون. علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فلكل شخص طريقته الخاصة في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة. تأكد بأن هذه المعلومات سرية ولن تستخدم في غير الغرض العلمي.

أرجو الإجابة باختيار بديل واحد من بين البدائل المتاحة أمام كل عبارة وذلك بوضع علامة (x) تحت البديل المناسب لإجابتك.

البدائل				العبارة
أفعل ذلك كثيراً	أفعل ذلك أحياناً	أفعل ذلك نادراً	لا أفعل ذلك مطلقاً	
				1-أحاول الانشغال عن الأمر بالعمل أو أي نشاط آخر.
				2-أركز جهودي من أجل اتخاذ إجراء ما تجاه الموقف الذي أتعرض له.
				3-أقول ل نفسي بأن ما حدث غير حقيقي.
				4-أؤجل بعض الأعمال لكي أركز جهودي على معالجة المشكلة.
				5-أسعى للحصول على دعم نفسي من الآخرين.
				6-أتخلى عن محاولة التعامل مع الأمر.
				7-أحاول القيام بإجراء لتحسين الموقف.
				8-أرفض تصديق ما حدث.
				9-أقول ل نفسي أشياء تجعلني أتخلص من المشاعر المزعجة

				10-أحاول الحصول على مساعدة من الناس الآخرين.
				11-أركز جهودي على التعامل مع المشكلة حتى لو أدى ذلك إلى إهمال بعض الأمور الأخرى
				12-أحاول رؤية الأمور من منظور مختلف لكي تبدو أكثر إيجابية.
				13-أنتقد نفسي.
				14-أضع خطة لما ينبغي عمله.
				15-أسعى للحصول على فهم وطمأنة شخص آخر.
				16-أتخلى عن التعامل مع الموقف.
				17-أبحث عن جانب إيجابي فيما حدث.
				18-أضحك من الموقف.
				19-أقلل التفكير في الأمر بالانشغال بأشياء أخرى مثل: مشاهدة التلفزيون، القراءة، النوم، أو التسوق.
				20-أحاول تقبل الأمر.
				21-أعبر عن مشاعري السلبية.
				22-أحاول أن أجد الراحة والعزاء في الدين.
				23-أحاول الحصول على نصيحة الآخرين فيما عليّ عمله.
				24-أحاول التعايش مع الأمر.
				25-أفكر ملياً فيما ينبغي اتخاذه من خطوات.
				26-ألوم نفسي على ما حدث.
				27-ألجأ إلى الصلاة والدعاء.
				28-أحاول أن أجعل الأمر يبدو مضحكاً.

ملحق رقم -04-: قائمة الأساتذة المراجعين للترجمة الخاصة بمقياس الالتزام بالعلاج المتعدد الأبعاد (MAQ) مع ترخيص مؤلفه

أستاذ علم النفس بجامعة خنشلة	ابركان الصالح
طبيب اخصائي امراض كلى	تاغريست وحيد
طبيبة اخصائية امراض الكلى	خروب امينة شهرزاد
أستاذة لغة انجليزية	بجة نجاة
أستاذة لغة عربية	عشاوي صباح

