



جامعة غليزان
RELIZANE UNIVERSITY

جامعة غليزان

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه ل. م. د

في علم النفس الصحة

المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي
لدى مرضى القصور الكلوي
(دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف وكيروان عيسى بالمدينة)

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيدة(ة): فقير تقي الدين

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
زقاوة أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة غليزان	رئيسا
ربعي محمد	أستاذ محاضر قسم أ-أ	جامعة غليزان	مشرفا ومقرر
المسوس يعقوب	أستاذ محاضر قسم أ-أ	جامعة غليزان	مناقشا
جناد عبد الوهاب	أستاذ التعليم العالي	جامعة مستغانم	مناقشا
مرزوقي محمد	أستاذ محاضر قسم أ-أ	جامعة تيارت	مناقشا

السنة: 2024/2023

شكر و عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

* رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ

أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ *

[سورة النمل: 19]

بعد أن منّ الله سبحانه وتعالى علي بإتمام هذه الدراسة فانه لا يسعني إلا أن أتقدم بجزيل

الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذي الفاضل الدكتور: ربي محمد، فله مني خالص الشكر والتقدير.

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر إلى أصدقائي الذين لم يبخلوا عني بنصائحهم وأخص

بالذكر الدكتور: بحاش عبد الحق.

وفي هذا المقام كل الحب و التقدير إلى الوالدين الكريمين، أمد الله في عمرهما منحهم الصحة

والعافية، ولا أنسى أخواتي الذين كانوا سند لي خلال الدراسة.

تقي الدين فقير

الإهداء

إلى الذي بفضلته تم هذا العمل وله الحمد والشكر الثناء

سبحان الله وبحمده

إلى النبي الأُمي الذي علم العالمينالنبي محمد صلى الله عليه و سلم

إلى بسمه الحياة منبع الحنان أُمي.....

إلى الذي علمني العطاء بدون انتظار أُمي.....

إلى زوجتي هاجر رفيقتي وسندي في الحياة.....

إلى ابني محمد نزيه قره عيني وولي عهدي.....

إلى أختي وزوجها وأبنائهما (عبد الرحيم ولطف الدين) جمع الله بينهم بالخير والهناء.....

إلى أختي الصغرى وفقها الله في حياتها.....

إلى روح جدي الطاهرة رحمه الله وطيب ثراه (بابا خالد).....

إلى كل العائلة الكريمة دون استثناء وأولادهم بناتهم.....

إلى كل أصدقائي الذين لا يكفيني شكرهم فلهم كل الحب مني والاحترام.....

اهديهم ثمرة جهدي

تقي الدين فقير

الملخص:

هدف البحث الحالي للكشف عن العلاقة المتبادلة بين المرونة النفسية ومصدر الضبط الصحي والالتزام العلاجي عند مرضى القصور الكلوي ومستوياتهم والتعرف عن النمط السائد لديهم، وكذا الكشف عن الفروق بينهم تبعاً لمتغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومدة المرض، ولتحقيق هذه الأهداف تم تبني المنهج الوصفي الارتباطي، ولجمع البيانات حول الموضوع تم الاعتماد على ثلاث مقاييس وهي: مقياس المرونة النفسية لكونور ودافيدسون (2003) وترجمة: رياض العاسمي، ومقياس مركز الضبط الصحي لوالستون وزملاؤه (1978)، وترجمة: جبالى نور الدين، وكذا مقياس الالتزام العلاجي للباحثة سارة بخوش (2020)، وذلك على عينة من مرضى القصور الكلوي قوامها: (100) مفردة، وبعد اعتماد الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة الفرضيات، تم التوصل إلى النتائج التالية:

- ارتفاع مستوى المرونة النفسية والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.
- يتسم مرضى القصور الكلوي المزمن بمركز الضبط الخارجي (ذو النفوذ).
- توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وهاته العلاقة تحققت بالنسبة لبعدها مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي (ذو النفوذ).
- توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وهاته العلاقة تحققت فقط بالنسبة لبعدها مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي (ذو النفوذ).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل الجنس (ذكور/ إناث) وأن هاته الفروق كانت في مقياس الالتزام العلاجي لصالح الذكور.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل الحالة الاجتماعية (أعزب/ متزوج) ماعدا في مقياس مركز الضبط الصحي وبالضبط في بعد الضبط الخارجي (الحظ) لصالح المتزوجين.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية والتحكم الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل مدة المرض أي لا توجد فروق في المتغيرات الثلاث ما عدا في مقياس مركز الضبط الصحي وبالضبط في بعد الضبط الصحي الخارجي (ذو النفوذ) لصالح الذين تراوحت مدة مرضهم بين 5 إلى 10 سنوات.

كلمات مفتاحية: المرونة النفسية، مركز التحكم الصحي، الالتزام العلاجي، مرضى القصور الكلوي.

Résumé :

L'objectif de la présente recherche est de découvrir la relation mutuelle entre la flexibilité psychologique, la source de contrôle sanitaire et l'engagement thérapeutique chez les patients insuffisants rénaux, ainsi que leurs niveaux, et d'identifier le modèle dominant chez eux, ainsi que de découvrir les différences entre eux selon les variables de sexe, de statut social et de durée de la maladie. Pour atteindre ces objectifs, une approche descriptive corrélative a été adoptée, et pour recueillir des données sur le sujet, trois échelles ont été utilisées : l'échelle de flexibilité psychologique de Connor et Davidson (2003) traduite par Riadh Al-Asmi, l'échelle de locus de contrôle de Watson et ses collègues (1978) traduite par Jaballi Nour Eldine, ainsi que l'échelle d'engagement thérapeutique de la chercheuse Sarah Bakhous (2020), sur un échantillon de patients insuffisants rénaux composé de 100 individus. Après avoir utilisé les méthodes statistiques appropriées pour la nature des hypothèses, les résultats suivants ont été obtenus :

- Une augmentation du niveau de flexibilité psychologique et d'engagement thérapeutique chez les patients insuffisants rénaux.
- Les patients insuffisants rénaux chroniques se caractérisent par un locus de contrôle externe (personnes influentes).
- Il existe une corrélation entre la flexibilité psychologique et les dimensions du locus de contrôle chez les patients insuffisants rénaux chroniques, cette corrélation étant observée pour la dimension du locus de contrôle interne et externe (personnes influentes).
- Il existe une corrélation entre la flexibilité psychologique et l'engagement thérapeutique chez les patients insuffisants rénaux chroniques.
- Il existe une corrélation entre les dimensions du locus de contrôle et l'engagement thérapeutique chez les patients insuffisants rénaux chroniques, cette corrélation n'étant observée que pour la dimension du locus de contrôle interne et externe (personnes influentes).
- Il existe des différences statistiquement significatives dans la flexibilité psychologique, les dimensions du locus de contrôle et l'engagement thérapeutique chez les patients insuffisants rénaux chroniques en fonction du sexe (hommes/femmes), et ces différences étaient en faveur des hommes dans l'échelle d'engagement thérapeutique.
- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans la flexibilité psychologique, les dimensions du locus de contrôle et l'engagement thérapeutique chez les patients insuffisants rénaux chroniques en fonction de l'état matrimonial (célibataire/marié), à l'exception de l'échelle du locus de contrôle et précisément dans la dimension du contrôle externe (chance) en faveur des mariés.
- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans la flexibilité psychologique, le contrôle sanitaire et l'engagement thérapeutique chez les patients insuffisants rénaux chroniques en fonction de la durée de la maladie, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différences dans les trois variables à l'exception de l'échelle du locus de contrôle et précisément dans la dimension du contrôle sanitaire externe (personnes influentes) en faveur de ceux dont la maladie dure entre 5 et 10 ans. Mots-clés : Flexibilité psychologique, Locus de contrôle, Engagement thérapeutique, Insuffisants rénaux

Mots clés : Flexibilité psychologique, Centre de contrôle de la santé, Engagement thérapeutique, Patients d'insuffisance rénale.

Abstract :

The current research aims to uncover the mutual relationship between psychological flexibility, health locus of control, and therapeutic commitment among chronic kidney disease patients, as well as their levels, and to identify the prevalent pattern among them, as well as to uncover the differences between them according to gender, social status, and duration of the disease. To achieve these objectives, a correlational descriptive approach was adopted, and to collect data on the subject, three scales were relied upon: Connor and Davidson's (2003) Psychological Flexibility Scale translated by Riyadh Al-Asmi, Watson et al.'s (1978) Health Locus of Control Scale translated by Jaballi Nour Eldine, as well as the Therapeutic Commitment Scale by researcher Sarah Bakhous (2020), on a sample of chronic kidney disease patients consisting of 100 individuals. After adopting appropriate statistical methods for the nature of the hypotheses, the following results were obtained:

- A rise in the level of psychological flexibility and therapeutic commitment among chronic kidney disease patients.
- Chronic kidney disease patients are characterized by an external locus of control (influential others).
- There is a correlation between psychological flexibility and dimensions of locus of control among chronic kidney disease patients, with this correlation being observed for the internal and external locus of control dimensions (influential others).
- There is a correlation between psychological flexibility and therapeutic commitment among chronic kidney disease patients.
- There is a correlation between dimensions of health locus of control and therapeutic commitment among chronic kidney disease patients, with this correlation being observed only for the internal and external locus of control dimensions (influential others).
- There are statistically significant differences in psychological flexibility, dimensions of health locus of control, and therapeutic commitment among chronic kidney disease patients based on gender (male/female), with these differences favoring males in the therapeutic commitment scale.
- There are no statistically significant differences in psychological flexibility, dimensions of health locus of control, and therapeutic commitment among chronic kidney disease patients based on marital status (single/married), except in the health locus of control scale and specifically in the external control dimension (luck) in favor of the married.
- There are no statistically significant differences in psychological flexibility, health locus of control, and therapeutic commitment among chronic kidney disease patients based on the duration of the disease, meaning there are no differences in the three variables except in the health locus of control scale and specifically in the external health control dimension (influential others) in favor of those whose disease has lasted between 5 and 10 years.

Keywords: Psychological flexibility, Health locus of control, Therapeutic commitment, Chronic kidney disease.

الفهرس و المحتويات

شكر و عرفان

إهداء

ملخص البحث

المقدمة..... أ

الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم البحث

- 1 الإشكالية..... 06
- 2 أهداف البحث 12
- 3 أهمية البحث..... 13
- 4 تحديد مفاهيم البحث إجرائيا..... 14
- 5 الدراسات السابقة 16
- 6 التعقيب على الدراسات السابقة..... 25

الفصل الثاني: المرونة النفسية

تمهيد

- 1 أصل ظهور مصطلح المرونة النفسية 32
- 2 تعريف المرونة النفسية..... 32
- 1-2 لغتا..... 32

33	2-2 اصطلاحا.....
34	3 النظريات المفسرة للمرونة النفسية.....
34	1-3 نظرية التحليل النفسي.....
36	2-3 نظرية التعلم الاجتماعي.....
38	3-3 نظرية السمات.....
39	4-3 النموذج الثلاثي (ويرينر وسميث، 1982).....
39	4 العوامل المتصلة بالمرونة النفسية.....
40	1-4 الفعالية.....
41	2-4 السببية الشخصية.....
42	5 محددات المرونة النفسية.....
42	1-5 الاستبصار.....
42	2-5 الاستقلال.....
42	3-5 الإبداع.....
43	4-5 الدعابة.....
43	5-5 تكوين العلاقات.....
43	6-5 المبادأة.....
43	7-5 القيم الموجهة (الأخلاق).....
44	6 مقومات المرونة النفسية.....
45	7 ثمرات المرونة النفسية.....

- 45.....1-7 الصحة النفسية.....
- 45.....2-7 النظرة الإيجابية.....
- 46.....3-7 الاستمرار في العطاء.....
- 46.....4-7 الاتصال الفعال.....
- 46.....8 صفات الأفراد المرنين.....
- 46.....1-8 شجاعة التحكم.....
- 46.....2-8 الالتزام.....
- 46.....3-8 التحدي.....
- 49.....9 المرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.....

خلاصة الفصل

الفصل الثالث: مركز الضبط الصحي

تمهيد

- 54.....1 ماهية مركز الضبط.....
- 57.....2 أبعاد مركز الضبط.....
- 58.....1-2 فئة مركز الضبط الخارجي.....
- 58.....2-2 فئة مركز الضبط الداخلي.....
- 59.....3-سمات وخصائص الأفراد ذوي الضبط الداخلي-الخارجي.....
- 59.....1-3 سمات وخصائص الأفراد ذوي الضبط الداخلي.....
- 61.....2-3 سمات وخصائص الأفراد ذوي الضبط الخارجي.....

- 4 نظرية التعلم الاجتماعي.....62
- 5- المفاهيم الأساسية في نظرية التعلم الاجتماعي.....65
- 5-1 إمكانية السلوك.....65
- 5-2 التوقع.....66
- 5-3 قيمة التعزيز.....66
- 5-4 الموقف النفسي.....67
- 6 العوامل المؤثرة في مركز الضبط.....67
- 6-1 الأسرة.....68
- 6-2 السن.....69
- 6-3 الجنس.....70
- 6-4 مفهوم الذات.....72
- 6-5 العوامل الاجتماعية والاقتصادية.....73
- 6-6 الاختلافات الثقافية بين المجتمعات.....74
- 7 تعريف مركز الضبط الصحي.....75
- 8 أبعاد مركز الضبط الصحي.....76
- 9 خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي.....78
- 10 علاقة مركز الضبط الصحي بالأمراض المزمنة.....79

خلاصة الفصل

الفصل الرابع: الالتزام العلاجي

تمهيد

- 1 تعريف الالتزام العلاجي.....85
- 1-1 لغتا85
- 2-1 اصطلاحا.....86
- 2 العوامل المحددة للالتزام العلاجي.....87
- 1-2 العوامل المتعلقة بالمريض.....88
- 2-2 العوامل المتعلقة بالمرض والدواء.....90
- 3-2 العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية(العلاج).....91
- 1-3-2 المعارف المرتبطة بالعلاج.....91
- 2-3-2 تعقيد النظام العلاجي.....91
- 3-3-2 الاستشفاء.....92
- 4-3-2 تحسن الأعراض.....92
- 5-3-2 الآثار الجانبية للعلاج.....93
- 4-2 العوامل الأسرية والاجتماعية والاقتصادية.....93
- 5-2 العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض.....94
- 6-2 العوامل السوسيوديموغرافية.....96
- 3 أسباب عدم الالتزام العلاجي.....98
- 4 أنواع عدم الالتزام العلاجي.....99

101.....	5 النماذج النظرية المفسرة للالتزام العلاجي
101.....	5-1 نموذج القناعة الصحية
104.....	5-2 نموذج تغيير السلوك عبر مراحل
104.....	5-2-1 مرحلة ما قبل الوعي الصحي
105.....	5-2-2 مرحلة الوعي الصحي
105.....	5-2-3 مرحلة الاستعداد للتنفيذ
106.....	5-2-4 مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل
106.....	5-2-5 مرحلة الاحتفاظ والإبقاء
107.....	5-3 نظرية الدافع إلى الحماية
108.....	5-4 نموذج الانضباط الصحي
109.....	6- الالتزام الصحي والأمراض المزمنة

خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاته

تمهيد

115.....	1- الدراسة الاستطلاعية
----------	------------------------

116.....	2- الدراسة الأساسية
116.....	1-2 منهج البحث
117.....	2-2 حدود البحث
117.....	2-3 مجتمع وعينة البحث
117.....	1-2-3 مجتمع البحث
117.....	2-2-3 العينة
120.....	4 أدوات البحث
120.....	1-4 مقياس المرونة النفسية
121.....	1-1-4 ثبات وصدق مقياس المرونة النفسية
126.....	2-4 مقياس مركز الضبط الصحي
127.....	1-2-4 ثبات وصدق مقياس الضبط الصحي
130.....	3-4 استبيان الالتزام العلاجي
131.....	1-3-4 ثبات وصدق مقياس الالتزام العلاجي
136.....	5- أساليب المعالجة الإحصائية

خلاصة الفصل

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

141.....	1 التحقق من شرط إعتدالية التوزيع
142.....	2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

- 142.....1-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى
- 145.....2-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية
- 148.....3-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثالثة
- 151.....4-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الرابعة
- 153.....5-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الخامسة
- 155.....6-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السادسة
- 158.....7-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السابعة
- 161.....8-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثامنة
- 165.....9-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية التاسعة
- 174.....الخاتمة البحث ومقترحاته

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
101	يبين أنواع عدم الالتزام الصحي حسب الدراسة الإكلينيكية	01
109	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	02
120	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية	03
120	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مدة المرض	04
122	ثبات مقياس المرونة النفسية عن طريق ألفا كرونباخ	05
123	مصفوفة ارتباطات عبارات محور الجرأة أو الشجاعة مع درجته الكلية	06
124	مصفوفة ارتباطات عبارات محور التفاؤل مع درجته الكلية	07
125	مصفوفة ارتباطات عبارات محور سعة الحيلة أو الدهاء مع درجته الكلية	08
125	مصفوفة ارتباطات عبارات محور الغرض أو الهدف مع درجته الكلية	09
126	مصفوفة ارتباطات محاور مقياس المرونة النفسية مع درجته الكلية	10
128	ثبات مقياس الضبط الصحي عن طريق ألفا كرونباخ	11
129	مصفوفة ارتباطات عبارات البعد الداخلي مع درجته الكلية	12
129	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد ذوي النفوذ مع درجته الكلية	13
130	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد الحظ مع درجته الكلية	14
131	مصفوفة ارتباطات محاور مقياس الضبط الصحي مع درجته الكلية	15
132	طريقة تصحيح استبيان الالتزام بالعلاج	16
132	ثبات مقياس الالتزام العلاجي عن طريق ألفا كرونباخ	17

133	مصفوفة ارتباط عبارات محور الالتزام بحصص تصفية الدم مع درجته الكلية	18
134	مصفوفة ارتباطات عبارات محور الالتزام بالعلاج بالأدوية مع درجته الكلية	19
135	مصفوفة ارتباطات عبارات محور الالتزام بنصائح الطبيب مع درجته الكلية	20
135	مصفوفة ارتباطات عبارات محور الالتزام الغذائي مع درجته الكلية	21
136	مصفوفة ارتباطات محاور مقياس الالتزام العلاجي مع درجته الكلية	22
141	التحقق من شرط إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغير محل الدراسة	23
142	اختبار كا ² للكشف عن مستوى المرونة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة	24
145	اختبار فريدمان لترتيب أبعاد مركز الضبط	25
146	اختبار ويلكوسون للمقارنات الزوجية بهدف التحقق من ترتيب الأبعاد	26
147	يوضح اختبار كا ² للكشف عن مستوى الالتزام العلاجي لدى أفراد عينة الدراسة	27
151	العلاقة بين المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي	28
154	يوضح العلاقة بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي	29
156	يوضح العلاقة بين أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي	30
159	اختبار مان ويتي لدلالة الفروق في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي تبعا لمتغير الجنس	31
163	اختبار مان ويتي لدلالة الفروق في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية	32
167	اختبار كروسكال واليز لدلالة الفروق في كل من المرونة النفسية والتحكم الصحي والالتزام العلاجي تبعا لمتغير مدة المرض	33

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	توزيع الأفراد في مصدر الضبط	58
02	نموذج المعتقدات الصحية	104
03	يوضح نموذج تغيير السلوك عبر مراحل	105
04	يوضح نموذج الدافع إلى الحماية	108
05	الالتزام الصحي لـ (Heiby et carlson, 1986)	110
06	دائرة نسبية توضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	119
07	دائرة نسبية توضح توزيع عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية	120
08	دائرة نسبية توضح توزيع عينة الدراسة حسب مدة المرض	121
09	أعمدة توضح ترتيب أبعاد مقياس مركز الضبط لدى عينة الدراسة	146

مفلمه

خلق الله الإنسان، وأنعم عليه بالكثير من النعم التي ليس لها حدود مهما حاول الإنسان حصرها وعدها، ومن بين هذه النعم نجد الطمأنينة والسعادة والصحة، هذه الأخيرة تعد تاج فوق رؤوس الأصحاء سواء كانت صحة الجسد أو العقل أو النفس فكل منهم يكمل الآخر، ولكن في ظل الظروف التي يعيشها الأفراد من مشكلات وضغوط أثر ذلك على حياتهم الصحية، حيث أصبحوا عرضة لكثير من المشاكل الصحية، على غرار الضغط الدموي والسرطان والسكري والعجز الكلوي.

وتعد الأمراض المزمنة مشكلة تعاني منها كل المجتمعات، وخاصة إذا كان أفرادها يعانون من ظروف اقتصادية واجتماعية ونفسية وغيرها، مما يسبب لهم صعوبات في التكيف مع مرضهم، وبالأخص إذا كان هذا المرض يتطلب تغيير نظام غذائي وسلوكي وعلائقي، نتيجة تلف أو إصابة عضو داخلي ما يؤثر على الجسد كله وانفعالاته النفسية، وذلك لما يوجد من علاقة بين الصحة الجسمية والصحة النفسية والعكس.

ومن بين هذه الأمراض المزمنة نجد العجز الكلوي هو عدم قدرة الكلى على أداء وظيفتها بأكمل وجه، كالمحافظة على توازن الماء والأملاح المعدنية بالجسم، ويرجع القصور الكلوي إلى العديد من العوامل كالوراثة أو اعتلال الكلى بسبب أمراض مزمنة أخرى كالسكري وارتفاع ضغط الدم، ويتم تشخيصه عن طريق قياسات إخراج البول وتحليله، واختبارات مخبرية كتحليل الدم أو فحوصات تصويرية مقطعية، وإزالة عينة من أنسجة الكلى.

حيث أصبح هذا الأخير من الأمراض المزمنة الخطيرة التي تعاني منه شريحة كبيرة من المجتمع، ويؤثر على حالتهم النفسية والجسمية، باعتبارهم فاقدين للسيطرة على صحتهم إلا بتدخل الآلة، مما يخلق لهم صعوبة في التحكم والسيطرة على أفكارهم ومشاعرهم، مما يؤدي إلى صعوبة في الالتزام بعلاجهم، وبالتالي يؤثر هذا المرض على شخصية الفرد ومعتقداته وقدرته على التكيف معه والالتزام بعلاجه

ليواصل مشوار حياته بكل فعالية، ومن هنا تظهر بعض المتغيرات الوسيطة بين المريض وسلوك الالتزام، ومن بين هذه المتغيرات نجد المرونة النفسية التي تساعد المريض على التكيف مع مختلف الأمراض، والقيام بوظائفه بالرغم من التحديات والظروف الصعبة المحيطة به، وهذا يتطلب من الفرد القدرة على التكيف الفعال الذي يتضمن كل من الأفكار والأفعال، ويعد الأشخاص المرنين هم أكثر قدرة على تخطي الأزمات بكل توافق وفعالية، مما يساعدهم على التكيف مع مختلف الصعاب، ويظهر هذا التكيف بالنسبة لمرضى القصور الكلوي في قدرتهم على مواكبة العلاج و الالتزام به، والإذعان لكل ما يطلب منهم من طرف القائمين على الرعاية الصحية.

على غرار مصدر الضبط الصحيوالذي يعبر عن اعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها سواء عن طريق مصادر داخلية أو خارجية،فمعتقدات الفرد حول الإصابة بمرضه هي من تحدد طريقة تفاعله مع مرضه، كما تساعده على تبني سلوكيات التي من شأنها أن ترفع من رغبته في الالتزام بعلاجه، فمن خلال معتقدات الفرد تتحدد نتائج أفعاله، بحيث يختلف الأفراد في طريقة عزوهم للأسباب، خاصة إذا كان هؤلاء الأفراد هم مرضى القصور الكلوي، فمنهم من يرى أن صحتهم ومرضهم تخضع لعوامل خارجية كالخطأ أو القائمين على السياسات الصحية، ومنهم من يعزونها إلى مسؤولياتهم الشخصية أو الذاتية، وبالتالي تتأثر رغبة المريض بالعلاج بنوع مصدر الضبط (داخلي-خارجي) الذي يتبناه المريض.

ومن هنا تظهر أهمية هذه المتغيرات ودورها الكبير في التكيف مع التحولات والتغيرات التي يشكّلها هذا المرض على المريض للتأقلم معه والالتزام بعلاجه، خاصة في ظل الصعوبات التي يواجهونها في صحتهم والتي من شأنها أن تدمر صحتهم، وتجدر الإشارة إلى ضرورة إجراء أبحاث يكون الهدف الأساسي منها، حماية صحة الفرد النفسية والجسمية، وفي علم النفس الصحة تتمحور الدراسة حول شقين، الشق الأول ويركز على تقييم قياس المتغيرات النفسية وثيقة الصلة بالحالة البدنية والنفسية،

كخطوة مبدئية للوقائية من الإصابة بالأمراض، والشق الثاني يختص بدعم اتجاه التدخل من خلال تصاميم برامج صحية من شأنها أن ترتقي بصحة الفرد وتحصنه من الإصابة.

ولعل ما دفع الباحث إلى هذا العمل هو معرفة مستويات كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي، والكشف عن العلاقة الموجودة بين هذه المتغيرات وكذا الفروق بين هذه المتغيرات تبعا لبعض المتغيرات كالجنس والحالة الاجتماعية ومدة المرض، ولإلمام بمختلف أبعاده والإجابة على تساؤلاته تم تناوله في شقين أساسيين: (شق نظري وآخر تطبيقي):

1- الجانب النظري ويتضمن أربعة فصول، حيث تطرقنا فيا لفصل الأول إلى مدخل عام للدراسة ونجد فيه إشكالية البحث، وفرضياته، وكذلك أهمية البحث وأهدافه، ثم تحديد المفاهيم البحث، واستعراض بعض الدراسات السابقة، والفصل الثاني يدور حول المرونة النفسية والذي تناولنا فيه تاريخ البحوث في المرونة النفسية وتعريفها، نظريات المفسرة للمرونة النفسية وعواملها ومحدداتها ومقوماتها وثمراتها وفي الأخير تطرقنا إلى سمات الأفراد المرنين والمرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، أما الفصل الثالث فيتضمن ماهية مركز الضبط وأبعاد مركز الضبط سمات وخصائص الأفراد ذو الضبط (الداخلي-الخارجي)، ونظرية التعلم الاجتماعي ومفاهيمها الأساسية، العوامل المؤثرة في مركز التحكم، ثم تناولنا تعريف مركز الضبط الصحي، وأبعاد مركز الضبط الصحي، خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي، ومن ثم علاقة مركز الضبط الصحي بالأمراض المزمنة، والفصل الرابع فقد تطرقنا إلى تعريف الالتزام العلاجي، والأهمية الإكلينيكية والاقتصادية والأكاديمية للالتزام العلاجي، والعوامل المحددة للالتزام العلاجي، ثم أسباب عدم الالتزام العلاجي، وأنواع عدم الالتزام العلاجي، ليأتي نتائج عدم الالتزام العلاجي، والنماذج النظرية المفسرة للالتزام العلاجي، وكذا الالتزام الصحي والأمراض المزمنة.

2- الجانب التطبيقي ويتضمن فصلين، حيث تم التطرق في الفصل الخامس إلى الدراسة الاستطلاعية، ومنهج الدراسة، ثم حدود الدراسة، ومجتمع وعينة الدراسة، وكذلك وصف أدوات الدراسة، لتأتي الأساليب الإحصائية المستعملة، وفي الفصل السادس عرض ومناقشة نتائج الفرضيات وتفسيرها على ضوء الأطر النظرية والدراسات السابقة النظرية منها والإمبريقية، ثم الاستنتاج العام وبعض المقترحات للدراسة.

الكتاب النظري

الفصل الأول:

تقديم البحث

1- الإشكالية:

تعد الصحة من أهم الميادين التي تشغل بال القائمين على شؤون الشعوب والأمم، وبالرغم من كل هذا التقدم العلمي والتطور التكنولوجي الذي وصلنا إليه عالميا إلا انه ظل هذا المجال يشكل هاجس لكل الباحثين المهتمين بهذا الميدان، ويسعى كل حسب مجال تخصصه إلى معرفة ما هي الأساليب الأنجع للوصول إلى مجتمع يخلو من الأمراض أو مجتمع يتمتع بنسبة عالية من الصحة، ولكن رغم كل هذه الجهود إلا أن الأمراض تفتك بشريحة كبيرة من المجتمع العالمي وهي في زيادة مستمرة.

ومن بين هذه الأمراض نجد القصور الكلوي حيث تشير الإحصائيات: "أن نسبة الإصابة به في العالم حسب دراسة أسترالية أن أكثر من 49 مليون مصاب، منهم 2,3 مليون يموتون سنويا بسبب عدم قدرتهم على تلقي العلاج المناسب". (سارة بخوش، 2020، ص 240)

وتعد الجزائر من الدول الساعية لمجابهة هذا المرض المزمن فحسب إحصائيات المعهد الوطني للكلى وزراعة الأعضاء أن هناك 2,3 مليون مصاب وهذا العدد في تزايد حيث توجد 4000 إصابة جديد سنويا، بينما وصل عدد المرضى الذين يقومون بعملية تصفية الدم إلى حوالي 25 ألف مريض (radioalgerie، 2019).

ومرض القصور الكلوي هو التدهور الجزئي أو الكلي للكلى حيث تصبح عاجزة عن تصفية الدم مما يؤدي بالشخص المصاب به إلى تصفية الدم عن طريق مراكز تصفية الدم ثلاثة مرات فالأسبوع، مما يجعل حياته مرتبطة بهذا الجهاز، وإضافة إلى تدهور الوظيفة الكلوية فإنه يسبب تلف في النسيج الكلوي أي تخريب النفرونات "nephrons" (هي وحدات مجهرية تعمل على ترشيح الدم وتنتج البول) فينتج عنه عدة أمراض تمس أجهزة الجسم بشكل سلبي على الصعيد الجسدي والنفسي فعدا عن كونه مرضا مزمنًا فهو حدث مدمر لحياة الفرد فالتصريح بضرورة تصفية الدم يشكل صدمة قوية للمريض مما يسبب خوفا وقلقا دائم، وهذا ما أكده (salamon, 1980) أن ردود فعل مرضى غسيل الكلى في معظم

الأحيان تتسم بالخوف والقلق والاكتئاب واضطرابات النوم وعدم الإذعان للعلاج المقترح (أسمهان عزوز، 2015، ص 27). وردود الفعل النفسية تختلف من مريض لأخر، لأن بعض المرضى قد يعتمدون عدم إتباع النظام الغذائي أو الإهمال في علاج المرض أو عدم تناول الأدوية، كأنما يتحدى نفسه وهناك أيضا التمرد على العلاج، وهو جانب من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطين بالمرضى من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على مآكل ومشرب المريض، فما من أحد يتقبل التحكم الكامل وطوال الوقت ولمدة طويلة في تفاصيل معيشته وتذكيره باستمرار بمرضه، ومنه قد ينشأ خوف الشديد من المرض وآثاره كرد فعل عند بعض المرضى، وإذا زاد الخوف عن حده فإنه يسبب للمريض الاكتئاب ويحول حياته إلى حياة منعزلة (زعطوط رمضان، 2005، ص: 55).

يرتبط الفشل الكلوي بآثار نفسية طويلة المدى خاصة على المرضى الذين يخضعون للهموديايزس "Haemodialysis" لأنه عملية مستمرة ودائمة إلى غاية الوصول للحلول الملائمة، ولأن هؤلاء المرضى يحاولون قبول صورتهم الجديدة وتكييف نمط حياتهم مع علاج غسيل الكلى، نجد أن المرونة النفسية تعد لب دراستنا الحالية باعتبارها احد العوامل التي تساعد المريض على الالتزام بعلاجه، كما تساعده على التكيف مع مختلف الشدائد التي تحيط به، وتعرفها الجمعية الأمريكية لعلم النفس على أنها: "عملية التوافق الجيدة والمواجهة الايجابية للشدائد، الصدمات، النكبات أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية، ضغوط العمل والمشكلات المادية". (APA, 2002, p 56)

ومن هنا تبرز أهمية المرونة النفسية التي يجب على مرضى القصور الكلوي أن يتحلون بها والتي من شأنها أن تساعدهم على الاهتمام بصحتهم وترقيتها كما أنها قد تحصنهم من الضغوط التي يواجهونها أثناء تعايشهم الدائم مع أجهزة الغسيل الكلوي، وهذا ما هدفت إليه دراسة (Li-Ching Ma & al, 2013) والتي هدفت للكشف عن الاختلافات في السلوك المعزز للصحة والمرونة بين ثلاث مجموعات

من مرضى الكلى المزمن (مرضى الكلى المزمنة عالية الخطورة، مرضى الكلى المزمن المبكر، ومرضى الكلى في مراحله الأخيرة)، حيث طبقت على عينة قدرها (150) مريضاً خارجياً من مرض الكلى المزمن، وخلصت النتائج إلى أن مرضى الكلى في المراحل الأخيرة لديها مرونة أقل من مرضى الكلى المزمنة عالية الخطورة و مرضى الكلى المزمن المبكر، ومن العوامل التي تؤثر على مرونة مرضى الكلى في مراحله الأخيرة هي الجنس، والوضع المهني، ومرض السكري والسلوكيات المعززة للصحة. ومن بين العوامل التي تؤثر على مرونة مرضى الكلى المزمنة عالية الخطورة هي مستوى التعليم والسلوكيات المعززة للصحة، بينما العوامل التي تؤثر على المرونة مرضى الكلى المزمن المبكر هي الوضع المهني أو سلوكيات معززة الصحة، وتم التوصل أيضاً إلى وجود علاقة إيجابية بين السلوك المعزز للصحة والمرونة النفسية، ونجد أيضاً في ذات السياق دراسة (الشماط. م، 2013) حيث سعت إلى التعرف على مرونة الأنا كمؤشر وقائي من سيطرة الميول الاكتئابية وأفكار الانتحار، وطبقت على عينة تكونت من 915 طالبا وطالبة في المرحلة الثانوية في محافظة دمشق وخلصت هذه الدراسة إلى أن المرونة النفسية لديها علاقة بتحسين الأفراد من الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية، وهذا ما يؤدي إلى ضرورة دراسة المرونة النفسية كمتغير أساسي لإدارة هذا الألم المزمن، خاصة أن مرضى القصور الكلوي يتصفون بهاته السلوكيات السلبية والتي من شأنها أن تسبب مشاكل ومضاعفة المعاناة، مما يؤدي إلى فشل الالتزام بالعلاج وخفض قدرتهم على التحكم في نتائج سلوكياتهم الصحية، وترى كوباسا "kobasa" أن المرونة عموماً تنمو عبر مرور الزمن، ومفهوم المرونة يشمل عناصر مختلفة وتتمثل خصائص المرينين في مركز ضبطهم داخلي المتمثل في إحساسهم القوي بالالتزام وتقدير الذات، والقدرة على إحداث التغيير المطلوب (رانيا محمد، 2017 ، ص ص 2-3).

ويعد مركز الضبط الصحي أحد العناصر التي تكمل المرونة النفسية وتلعب دور كبير في تقبل المرض والالتزام بعلاجه، وتعود جذوره إلى أعمال جوليان روتر (Julian Rotter, 1966) في إطار

نظريته للتعلم الاجتماعي عن مصدر الضبط "داخلي - خارجي" للسلوك ويشير هذا المفهوم إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم في الأحداث والمواقف التي يختبرها والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله وتوجهها. (عبد الحلیم خلفي، 2013، ص 270).

وفي هذا السياق يرى بيليسوك ومونتجومري (Pilisuk & Montgomery, 1993) بأن مصدر الضبط قد يكون المتغير النفسي الاجتماعي المركزي في مقاومة المرض المرتبط بالضغط ووجد الباحثان أن الضبط الخارجي كان مرتبطاً بعدد أكبر من الأعراض الجسدية الخاصة بالضغط من الضبط الداخلي وأن الشعور بالسيطرة قد يؤثر على طبيعة استراتيجيات المواجهة المستخدمة. (ساعد شفيق، 2019، ص 21).

ومنه فإن مركز الضبط الصحي يتأثر بالمعتقدات والأفكار الشخصية والتي من شأنها أن تحدد مصدر ضبطه للأحداث التي تواجهه وخاصة المرض، مما تساعده في تعزيز مرونته لتقبل مرضه وبالتالي الالتزام بعلاجه، وفي دراسة لبارغافا وياندلي (Bhargava T & Pandey R 2016) حول أثر مصدر الضبط الصحي على المرضى، والتي هدفت لتحديد مصدر الضبط الصحي للمرضى الذين تم تشخيصهم باضطراب الجسدية حسب (ICD-10)، حيث تمثلت العينة في (400) مريض بعيادة خاصة في نيودلهي وخلصت النتائج إلى أن مصدر الضبط الصحي يتنبأ بحدة الجسدية، وأن هناك ارتباطاً هاماً بين الضبط الداخلي القوي وانخفاض شدة الجسدية.

ويعد مرض القصور الكلوي لمزمن من الأمراض التي ترهق المصاب به لأنه يشكل وضعية ضاغطة، ويعيشها المريض على أنها خبرة حياتية مؤلمة مما يجعل الالتزام بعلاجه صعب وهذا ما يؤدي إلى تفاقم المرض وينتج عنه مضاعفات وعدم فعالية العلاج، وتعرف منظمة الصحة العالمية الالتزام العلاجي بأنه: " درجة التوافق بين سلوك الفرد في (أخذ الدواء وإتباع حمية غذائية، وتبني نمط حياة

ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية) والتعليمات والإرشادات الصحية . (WHO , 2003 ;P 3)

ويعتبر الالتزام العلاجي من أصعب المشاكل التي تواجه المريض والقائمين على رعايته الصحية، لهذا اعتبرت المنظمة العالمية للصحة (OMS) أن: "سوء الامتثال لدى الراشد في العلاج بعيد المدى هو في تزايد مستمر في العالم، إذ نسبة العملاء الملتزمين بالعلاج لا يتعدى 50%، وتنخفض هذه النسبة في العالم النامي"، وقدرت دراسة كريستنسن (Christensen, 2004) "أن هناك نسبة تتراوح بين 60% إلى 80% من الامتثال للمعالجة قصيرة المدى كتناول المضادات الحيوية في أسبوع، ونسبة 40% إلى 80% من الامتثال للمعالجة ذات المدى الطويل كالعلاج بالأنسولين لمرض السكري، ونسبة 20% إلى 50% للامتثال الوقائي كعدم التدخين، وهو الأمر الذي يجعل منه تحديات الصحة العمومية". (رشيد حميد زغير، 2019، ص 730).

وفي هذا السياق حاول كلمن "كونت" و"أنثيل" (Cotton et Antill 1984) طرح الالتزام العلاجي الأمتثل في ميدان الأمراض المزمنة واستنادا إلى النسبة العالمية التي كشفت عن المرضى الذين لديهم امتثال علاجي سيئ، حيث بلغت هذه النسبة 80% (جازية بزاري، 2011، ص:6). أكدت "دمبر" (Dumber, 1990) على نفس الفكرة عندما أشارت إلى سوء الالتزام الصحيين المشاكل الجديدة والتي يجب على الممارسات الطبية الحديثة أن تواجهه، لان مثل هذه السلوكيات الصحية لها اثرين احدهما مالي والآخر صحي ينعكس بشكل مباشر على صحة الفرد (الشفارترسر، 1994، ص:150).

كما أكدت النظرة التكاملية أو ما يعرف بالنموذج البيونفسي اجتماعي على وجوب فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في الصحة والمرض وبتبني هذا النموذج نجد تفسيراً لاختلاف مستويات الالتزام الصحي لدى المصابين بالقصور الكلوي، هذا الاختلاف يعود إلى عدة عوامل منها ما هو متعلق بالمرض، ومنها ما هو متعلق بالبرنامج العلاجي، ومنها ما هو متعلق بالمرض في حد ذاته (العوامل الشخصية) (رزقي الرشيد، 2011، ص:3).

من خلال ما سلف ذكره حول كل من متغير المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي عند مرضى القصور الكلوي، ارتأينا دراسة العلاقة بين هذه المتغيرات عند هذه الشريحة، من خلال طرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى المرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي؟
- ما النمط السائد في مركز الضبط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي؟
- ما مستوى الالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي؟

- هل توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي؟

- هل توجد فروق في كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي تبعا لعامل الجنس؟

- هل توجد فروق في كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي تبعا للحالة الاجتماعية؟

- هل توجد فروق في كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي تبعا لمدة المرض؟

تبعا لهذه التساؤلات صيغت الفرضيات التالية:

- يتمتع مرضى القصور الكلوي بدرجة عالية من المرونة النفسية.
- يتسم مرضى القصور الكلوي بمركز ضبط خارجي لذوي النفوذ.

- يتمتع مرضى القصور الكلوي بمستوى مرتفع من الالتزام العلاجي.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي تبعاً لعامل الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي تبعاً للحالة الاجتماعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي تبعاً لمدة المرض.

2- أهداف البحث:

- الكشف عن مستوى المرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.
- التعرف عن النمط السائد في مركز الضبط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي.
- الكشف عن مستوى الالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.
- التعرف على طبيعة العلاقة بين المرونة النفسية وأبعاد الضبط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي.

- معرفة فيما إذا كانت هناك علاقة بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.

- معرفة فيما إذا كانت هناك علاقة أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي.

- الكشف عن الفروق في كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي في كل من عامل الجنس والحالة الاجتماعية.

- الكشف عن فروق في كل من المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي تبعا لمدة المرض.

3- أهمية البحث:

يستمد هذا البحث أهميتها من أهمية هذه الفئة في المجتمع، حيث يعتبر مرض القصور الكلوي من أكثر الأمراض المستعصية وخاصة في ظل الظروف الوبائية التي شهدتها العالم، ومنه فإن متغيرات البحث المتناولة لها دور كبير في التأثير على الجانب النفسي والصحي لهذه الشريحة والمواظبة على الالتزام العلاجي.

وتعد المرونة النفسية من المتغيرات الإيجابية التي تساعد هذه الشريحة في التأقلم مع ضغوط المرض ومواكبتها خاصة في ظل وباء (COVID-19) الذي أثر سلبا على الجانب النفسي لهم، ومنه فإن معرفة مستوى المرونة النفسية لدى هذه الفئة مهم وتساعدنا نتائج هذه الدراسة في تبني سياسات جديدة تكفل لهم برامج من شأنها أن ترفع المرونة النفسية أو اكتسابها.

ولعل من بين أهم المتغيرات التي لها صلة بالمرونة النفسية هو مصدر الضبط الصحي كونه من المتغيرات التي تساعدنا على فهم طريقة عزو هذا المرض بالنسبة لهذه الفئة، وهذا ما تسعى له هذه الدراسة من خلال إبراز معتقداتهم حول هذا المرض، مما يسهل على الطاقم الصحي انتهاج أنجع

الأساليب وأكثرها مواءمة مع استجابات مرضى القصور الكلوي، وذلك لتعزيز التكيف الفعال والنشط لديهم اتجاه مرضهم وبالتالي الإذعان للعلاجات الطبية المقترحة.

إن من بين أبرز التحديات التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية لمرضى القصور الكلوي تكمن في مساهمتهم أثناء متابعتهم للتوصيات الموصوفة من قبل طاقم الرعاية وهذا ما يعرف بالالتزام العلاجي أو الصحي، لذلك تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على أهمية هذا المتغير في ضمان الإدارة الجيدة للمريض كي يتفادى مخاطر ومضاعفات مرضه والتخفيف من أعراضه، وهذا الأخير لن يتم الا بالتعاون الفعال والنشط بين الطبيب والمريض من اجل نجاح العملية العلاجية.

4- تحديد مفاهيم البحث إجرائيا:

4-1- تعريف المرونة النفسية:

هي تلك العملية التي يسعى من خلالها المريض لمجابهة الصدمات والعقبات للوصول إلى أعلى مراتب التوافق، والتي يستدل عليها من خلال مجموع الدرجات التي يتحصل عليها مرضى القصور الكلوي على مقياس المرونة النفسية المعد من طرف كونور ودافيدسون (Connor and Davidson, 2003).

4-2- تعريف مركز التحكم الصحي:

هو ذلك الاعتقاد من المريض في آلية تحكمه في صحته انطلاقا من عوامل داخلية أو خارجية، وتتمثل بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها أفراد العينة من مرضى القصور الكلوي على مقياس مركز التحكم الصحي المصمم من طرف بربرا وكينييث والتسون (Barbara and Kenneth, 1978).

(Walson).

4-3- الالتزام العلاجي:

هو درجة الثبات على العلاج والالتزام به والمتفق عليه بين المريض والمختص، لتحقيق الفعالية العلاجية، والتي تتمظهر بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها مرضى القصور الكلوي على مقياس الالتزام العلاجي للباحثة بخوش سارة سنة (2020).

5- الدراسات السابقة:

أ- الدراسات التي تناولت المرونة النفسية:

دراسة Li-Ching Ma & al(2013) بعنوان العلاقة بين السلوكيات المعززة للصحة والمرونة

لدى مرضى الكلى المزمن.

هدفت هذه الدراسة للكشف عن الاختلافات في السلوك المعزز للصحة والمرونة بين ثلاث مجموعات من مرضى الكلى المزمن (مرضى الكلى المزمنة عالية الخطورة، مرضى الكلى المزمن المبكر، ومرضى الكلى في مراحله الأخيرة)، تم دراسته في العيادة الخارجية لأمراض الكلى في شمال تايوان. وتكونت عينة الدراسة من (150) مريضاً خارجياً من مرض الكلى المزمن، وتم استخدام مقياس نمط الحياة، ومقياس المرونة، وخلصت النتائج إلى أن مرضى الكلى في المراحل الأخيرة لديها مرونة أقل من مرضى الكلى المزمنة عالية الخطورة ومرضى الكلى المزمن المبكر، ومن العوامل التي تؤثر على مرونة مرضى الكلى في مراحله الأخيرة هي الجنس، والوضع المهني، ومرض السكري والسلوكيات المعززة للصحة. ومن بين العوامل التي تؤثر على مرونة مرضى الكلى المزمنة عالية الخطورة هي مستوى التعليم والسلوكيات المعززة للصحة، بينما العوامل التي تؤثر على المرونة على مرضى الكلى المزمن المبكر هي الوضع المهني أو سلوكيات معززة الصحة، تم التوصل إلى وجود علاقة إيجابية بين السلوك المعزز للصحة والمرونة النفسية. كما بينت النتائج أن مستوى المرونة النفسية لدى المرضى المعرضين لخطر كبير للإصابة بمرض الكلى المزمن يتأثر بنوع الجنس.

دراسة (Moreira, J& al (2015) بعنوان القلق والاكتئاب والمرونة ونوعية الحياة لدى

الأطفال والمراهقين المصابين بأمراض الكلى المزمنة قبل غسيل الكلى.

حيث هدفت إلى تحليل المرونة والقلق وأعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من قصور كلوي قبل غسيل الكلى ومقارنته مع قيم الضوابط الصحية، وشملت العينة (28) من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من قصور كلوي و(28) من الأطفال والمراهقين الأصحاء متجانستين من حيث السن والجنس، تم إجراء التقييم النفسي للمشاركين باستخدام مقياس (واغليند ويونغ) للمرونة، ومقياس جودة حياة الأطفال، ووجد الاكتئاب لدى الأطفال، والتقرير الذاتي لمقياس الاضطرابات المرتبطة بقلق الطفولة. وبعد إحالة مرضى الكلى المزمن إلى أخصائي الصحة العقلية بشكل متكرر أكثر من الأصحاء. وأظهر المرضى درجات مرتفعة في قلق الانفصال وأعراض الاكتئاب، ولديهم أيضاً درجات منخفضة في جودة الحياة بشكل عام، فضلاً عن درجات منخفضة في المجالات الفرعية النفسية والتعليمية والنفسية الاجتماعية لأبعاد جودة الحياة. كما أن هناك ارتباط سلبي بين القلق وأعراض الاكتئاب وجميع مجالات جودة الحياة. وكانت المرونة متساوية في كلا المجموعتين مما يعني عدم وجود اختلاف في مستوى المرونة النفسية، ولكنها منخفضة لدى المرضى الذين يعانون من أعراض اكتئابيه كبيرة. كما لم يتم العثور على ارتباط كبير بين النتائج السريرية أو المختبرية والمتغيرات النفسية لدى مرضى الكلى المزمن.

دراسة احمد صابر ملا (2020) بعنوان دور المرونة النفسية في توسط العلاقة بين الضغوط

النفسية المدركة والصحة النفسية للمقيمين في الحجر الصحي بسبب فاجعة Covid-19 في أبريل.

حيث هدف الباحث في بحثه الحالي الى التعرف على دور المرونة النفسية في توسط العلاقة بين كل من الضغوط النفسية المدركة والصحة النفسية. بالإضافة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من المرونة النفسية، الضغوط النفسية المدركة والصحة النفسية ومستوياتها. اتم استخدام الاستبيان لقياس المتغيرات الثلاث وذلك من خلال الاعتماد على مقاييس جاهزة. كما تم استخراج الصدق والثبات

للمقاييس ثلاثة. وكانت أبرز النتائج ان عينة البحث لديهم مستوى منخفض لكل من الصحة النفسية والمرونة النفسية في حين اظهروا مستويات عالية من الضغوط النفسية. كما أظهرت النتائج إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين كل من الصحة النفسية والضغوط النفسية بالإضافة إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين كل من المرونة النفسية والضغوط النفسية. كما أشارت النتائج بان المرونة النفسية متنبئ جيد للصحة النفسية.

دراسة يوسف عبد الصبور وآخرون (2020) بعنوان المرونة النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي

لدى عينة معاقين بصريا

هدف البحث إلى التعرف على مستوى المرونة النفسية لدى عينة الدراسة من المعاقين بصريا، والتعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين المرونة النفسية والأمن النفسي لدى عينة من المعاقين بصريا، والكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في مستوى المرونة النفسية والأمن النفسي لدى المعاقين بصريا، وتكونت عينة البحث من (54) تلميذ وتلميذة، وتوصل البحث الى:

تمتع أفراد عينة الدراسة من المعاقين بصريا بمستوى مرتفع من المرونة النفسية.

وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين المرونة النفسية والأمن النفسي لدى عينة الدراسة
عدم وجد فروق دالة إحصائياً على مقياس المرونة النفسية ومقياس الأمن النفسي تعزى لمتغير الجنس.

دراسة سامية بورنان (2022) بعنوان مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى

السكري النوع الأول - دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة-

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، كما هدفت إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في المرونة النفسية والسلوك

الصحي، وقد تكونت عينة الدراسة من (41) مريض ومريضة بالسكري النوع الأول، وخلصت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري بمستشفى الزهراوي مرتفع.
- مستوى السلوك الصحي لدى مرضى السكري بمستشفى الزهراوي مرتفع.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري بمستشفى الزهراوي على مقياس المرونة النفسية والتي تعزى لمتغير الجنس (ذكر-أنثى)
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري بمستشفى الزهراوي على مقياس السلوك الصحي والتي تعزى لمتغير الجنس (ذكر-أنثى).

ب- دراسات التي تناولت مركز الضبط الصحي:

دراسة يونجر (yonger, 1995): حيث هدف إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتكيف مع الضغوط، أجريت الدراسة على عينة قوامها 111 فردا من المصابين باضطراب وعائي قلب (الشريان التاجي) وقد طبقت على العينة مقياس التكيف مع الضغوط ومقياس الضبط الصحي وأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين التكيف للضغوط ومصدر الضبط الداخلي مما يؤيد نص الفرضية القائلة بوجود ارتباط بين الضبط الداخلي والتغلب على الضغوط. (جبالي نور الدين، 2007، ص 21)

دراسة مرزاقه وليدة سنة (2010) تحت عنوان مصدر الضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان

هدفت الدراسة للكشف عن طبيعة العلاقة بين مركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، وقد سعت إلى تحقيق جملة من الأهداف، المتمثلة في:

- تحديد مركز الضبط إستراتيجيات المواجهة السائدين لدى مرضى السرطان

-إبراز الفروق في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان التي تعزى لمتغير الجنس، السن، الحالة الاجتماعية.

- إبراز الفروق في متوسطات إستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان التي تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية.

-إبراز العلاقة بين أبعاد مركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان .

وتكونت عينة الدراسة من 52 مريضا، 27 ذكرا، 25 أنثى، يعانون أنواعا مختلفة من مرض السرطان حيث راح سنهم بين 21 سنة - 56 سنة .

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم، وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل.

- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مرضى السرطان في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية.

- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مرضى السرطان في متوسطات إستراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية.

- وجد علاقة ارتباطية جزئية بين إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال وكل من البعد الداخلي، وبعد الحظ لمركز ضبط الألم. وعدم تحقق العلاقة بين بعد ذوي النفوذ وأي من إستراتيجيات المواجهة.

دراسة اسمهان عزوز سنة (2015) تحت عنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقتها بإستراتيجيات

المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي، وتم اختيار العينة بطريقة قصدية قوامها (250) مريض من الجنسين (ذكور والإناث) وخلصت النتائج إلى ما يلي:

ارتفاع مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ لدى عينة الدراسة.

وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى أفراد عينة الدراسة.

عدم وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي والسن.

غياب فروق فردية ذات دلالة إحصائية في أبعاد متغير مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

غياب فروق فردية ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي مستوى التعليمي.

دراسة شفيق ساعد (2019) بعنوان مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى

مرضى المصابين بأمراض السيكسوماتية.

حيث حاولت الدراسة الكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المترددين على المؤسسات الإستشفائية بمدينة بسكرة من المصابين بأمراض سيكسوماتية، ثم بحث على العلاقة الارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومختلف استراتيجيات المواجهة والكشف عن وجود فروق في كلا المتغيرين تعزى إلى نوع ومدة المرض و الجنس والسن، وقد تكونت عينة الدراسة من مائتي (200) مقسمين بواقع (50) مريضا على أربعة مجموعات مرضية هي القلب والأوعية الدموية، السكري القرحة المعدية والهضمية والربو، من حيث الجنس تضمنت عينة البحث (111) مريضة و (89) مريضا ومن حيث السن ضمت العينة ثلاثة فئات (20 مريضا أقل من 25 سنة ، 79 مريضا من 25 إلى 50 سنة. و 71 مريضا أكثر من 50 سنة) أما عن مدة المرض فكانت أقل من 3 سنوات عند

75 مريضا وبين 3 و6 سنوات عند 77 مريضا وأكثر من 6 سنوات عند 48 مريضا. وكشفت النتائج عن استخدام المرضى بدرجات متفاوتة لمجموعة متنوعة من استراتيجيات مواجهة الضغوط في تمثلت بدرجة أولى الانسحاب السلوكي ثم التقبل وفي مستوى ثان استراتيجيات التكيف الروحاني وضبط النفس والبحث عن الدعم الاجتماعي. من جهة ثانية بينت النتائج سيطرة مصدر الضبط الداخلي لدى عينة البحث في حين لم يتم الكشف عن وجود ارتباط دال إحصائيا بين أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة وسجلت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات المرضية الأربعة في استراتيجيات الشroud العقلي كبح النشاطات الدخيلة، إعادة التقييم الإيجابي، التعامل الفعال النشط، الإنكار، الانسحاب السلوكي. وكذا في الأبعاد الثلاث لمصدر الضبط الصحي. بالنسبة للفروق بين مجموعتي الذكور والإناث فلم تكن دالة إحصائيا في كل استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي. فيما يتعلق بالفروق حسب مدة المرض فكانت دالة إحصائيا في بعدين من أبعاد المواجهة هما الشroud والتعامل الفعال النشط وكذلك بعد الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين وأخيرا جاءت الفروق دالة إحصائيا بين الفئات السنوية في بعد واحد من أبعاد المواجهة هو بعد التقبل وفي بعدي الضبط الداخلي والخارجي للحظ

دراسة سبأ سلوم وسلاف حمود (2021): بعنوان العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام

بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري.

حيث هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري، وشملت الدراسة (150) مريض سكري من النمط الثاني، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين مركز الضبط الصحي الخارجي المتعلق بالحظ والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري، كذلك وجدت علاقة ذات دلالة إحصائية بين مركز الضبط

الصحي الداخلي والعمر ومستوى التعليم والعمل الحالي، حيث كان الضبط الداخلي أعلى لدى المرضى أكبر سناً والحاصلين على تعليم جامعي والذين لديهم عمل حالياً.

ج- الدراسات التي تناولت الالتزام العلاجي:

دراسة فاطمة حلاج وآخرون (2015): تحت عنوان تقييم التزام مرضى الداء الكلوي النهائي

بالنظام العلاجي الموصوف

حيث هدفت الدراسة إلى تقييم مدى التزام مرضى الداء الكلوي النهائي بالنظام العلاجي الموصوف، وأجريت الدراسة في أقسام التحليل الدموي الموجودة في المشافي الحكومية التابعة لمحافظة اللاذقية، وشملت عينة الدراسة (230) مريضاً. وتمت مقابلة المرضى بشكل مستقل لجمع البيانات المطلوبة باستخدام استمارة البيانات الديموغرافية الحيوية، وفي المرة الثانية بعد أسبوع تم تقييم التزامهم بالنظام العلاجي الموصوف باستخدام الاستمارة الخاصة، وخلصت النتائج إلى وجود: 2,17% من المرضى كانوا ملتزمين بالنظام العلاجي الموصوف، وقد تأثر الالتزام ببعض العوامل كالمشفى الذي يخضع فيه المريض لجلسات التحليل والدخل الشهري وتاريخ بدء العلاج.

دراسة حميد زغير الرشيد وآخرون (2019) بعنوان الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي

لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على علاقة الصلابة النفسية بالامتثال العلاجي لدى مرضى داء السكري، وذلك من خلال البحث عن العلاقة بين الامتثال العلاجي وأبعاد الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم والتحدي)، وللتحقق من أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي لتلاؤمه مع طبيعة الدراسة، وقد شملت عينة الدراسة على 30 مريض بداء السكري غير الممتثلين للعلاج، خلصت نتائج الدراسة إلى أنه

توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الامتثال العلاجي والصلابة النفسية وبين الامتثال العلاجي وبعدي الصلابة النفسية (التحكم والتحدي) لدى مرضى داء السكري غير الممتثلين للعلاج.

دراسة سارة بخوش (2020) بعنوان الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى مرضى

القصور الكلوي.

حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية، وكذا العلاقة بينهما لدى مرضى القصور الكلوي، وأيضاً الكشف عن الفروق في مستوى المتغيرين تعزى للعمر، الجنس والمستوى التعليمي. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (52) مريضاً يتابعون علاجهم بكل من مستشفى الجامعي بباندة قسم تصفية الدم، وعيادة تصفية الدم مغرب، باستخدام مقياسين من تصميم الطالبة، الأول خاص بقياس الالتزام العلاجي والثاني يقيس الرضا عن الخدمات الصحية، بعد التأكد من قدرتهما على القياس وإتباع المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والفارقي وباستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، تم التوصل للنتائج التالية:

-ارتفاع مستوى الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى أفراد عينة البحث.

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الالتزام بالعلاج والرضا عن الخدمات الصحية لدى أفراد العينة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من الالتزام بالعلاج والرضا عن خدمات الصحية تعزى لمتغير الجنس، العمر والمستوى التعليمي.

دراسة عبد الصمد صورية (2020): بعنوان الالتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد

الصماء.

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة معرفة مستوى الالتزام الصحي لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد الصماء، ومعرفة فيما إذا كانت هناك فروق بينهم تبعاً لكل من متغير (الجنس، السن، نوع المرض) وبعد اعتماد الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة فرضيات الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية:

- ينخفض مستوى الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الالتزام الصحي

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام الصحي لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير السن.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام الصحي تعزى لنوع المرض.

دراسة (Kopruluet & al (2014) بعنوان تقييم مدى التزام العلاجي لمرضى السكري في المنطقة الشمالية لدولة الإمارات العربية المتحدة.

حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الالتزام لدى أفراد عينة البحث، وتكونت عينة الدراسة من (200) مريض يعانون من الداء السكري من النوع الثاني تم اختيارهم بطريقة عشوائية من العيادات الخارجية في المنطقة الشمالية بالإمارات العربية المتحدة. تم إعداد نموذج استبيان خاص لتقييم مستوى الالتزام ثم ملؤه من خلال مقابلة مباشرة مع المرضى. ومن ثم حساب درجة مستوى الالتزام العلاجي بناءً على المجموع الكلي للعناصر المتعلقة بالالتزام الجيد، وبالتالي فإن درجات المشاركين البالغة 90% أو أكثر كانوا أكثر التزاماً، بينما الذين حققوا أقل من 90% كانوا غير ملتزمين، وخلصت النتائج إلى انخفاض في مستوى الالتزام لدى عينة الدراسة.

6- التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الباحث للدراسات السابقة يتضح أن الدراسة الحالية تتفق وتتخلف في بعض

الجوانب التي تناولتها الدراسات السابقة من خلال ما يلي:

أ/ الدراسات التي تناولت المرونة النفسية:

بعد استعراض الدراسات التي تناولت متغير المرونة النفسية، نجد هناك تنوع في أهداف الدراسات

السابقة إذ نجد منها من سعى للكشف عن الاختلافات في السلوك المعزز للصحة والمرونة النفسية في

دراسة (Li-ChingMa & al, 2013)، بينما هدفت دراسة (Moreira J.M& al,2015) إلى

التحليل المرونة والقلق وأعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من قصور كلوي، في

حين سعت دراسة (احمد صابر ملا، 2020) إلى التعرف على دور المرونة النفسية في توسط العلاقة

بين كل من الضغوط النفسية المدركة والصحة النفسية. بالإضافة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين كل

من المرونة النفسية، الضغوط النفسية المدركة والصحة النفسية ومستوياته، وفي حين سعت دراسة

(يوسف عبد الصبور وآخرون، 2020) إلى التعرف على مستوى المرونة النفسية لدى عينة الدراسة،

والتعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين المرونة النفسية والأمن النفسي لدى المعاقين بصريا، والكشف

عن الفروق بين الذكور والإناث في مستوى المرونة النفسية والأمن النفسي لدى عينة البحث، كما سعت

دراسة دراسة سامية بورنان (2022) إلى التعرف على مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى

مرضى السكري النوع الأول، والتعرف على الفروق بين الجنسين في المرونة النفسية والسلوك الصحي

لدى عينة الدراسة.

وبناء على ما تقدم، نجد أن من بين الأهداف التي تسعى إليه دراستنا الحالية هو الكشف عن

مستوى المرونة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة وهو نفس الهدف الذي تم التركيز عليه في كل الدراسات،

كما نجد ان كل من دراسة (Li-Chin Ma& al, 2013) ودراسة (Moreira, J.M&)

(al,2015)اتفقتا مع الدراسة الحالية في نوع الفئة المستهدفة بالدراسة (مرضى القصور الكلوي)، في حين

أن (احمد صابر ملا، 2020) استهدف في دراسته المقيمين في الحجر الصحي، ودراسة (يوسف عبد الصبور وآخرون، 2020) استهدفت المعاقين بصريا.

ومن بين أبرز الجوانب التي تختلف فيه دراستنا الحالية مع بقية الدراسات من حيث ربط متغير المرونة النفسية مع بعض المتغيرات، حيث نجد أن (Li-Chin Ma & al, 2013) ربط متغير المرونة النفسية مع السلوكيات المعززة للصحة، أما (Moreira J.M & al, 2015) فقد ربطه ببعض المتغيرات (القلق والاكتئاب وجودة الحياة)، وبالنسبة لـ (احمد صابر ملا، 2020) فقد تناول متغير المرونة النفسية في ضوء علاقته بين الضغوط النفسية المدركة والصحة النفسية، في حين أن دراسة (يوسف عبد الصبور و آخرون، 2020) تناول فيها العلاقة بين المرونة النفسية و الأمن النفسي.

ب/ دراسات التي تناولت مركز الضبط الصحي:

من خلال استعراض الدراسات التي تناولت متغير مركز الضبط الصحي، نجد هناك تنوع في أهداف الدراسات السابقة إذ نجد منها من سعى إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات والكفاءة الذاتية كما هو الحال في دراسة (اسمهان عزوز سنة 2015) ودراسة (مرازقة وليدة، 2010)، بالإضافة إلى الكشف عن الفروق في مركز الضبط الصحي تبعا لمتغير السن والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية، بينما هدفت دراسة (yonger, 1995) إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتكيف مع الضغوط، في حين سعت دراسة (سبأ سلوم وسلاف حمود، 2021) إلى التعرف عن العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية، في حين سعت دراسة (شفيق ساعد، 2019) إلى التعرف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة من المصابين بأمراض سيكوسوماتية، بالإضافة إلى بحث العلاقة الارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومختلف

استراتيجيات المواجهة والكشف عن وجود فروق في كلا المتغيرين تعزى إلى نوع ومدة المرض والجنس والسن.

وبناء على ما سبق، نجد أن من بين الأهداف التي تشترك فيها دراستنا الحالية مع دراسة كل من (اسمهان عزوز سنة 2015) ودراسة (شفيق ساعد، 2019) ودراسة (مراقبة وليدة، 2010) في الكشف عن النمط السائد في مركز الضبط الصحي لدى أفراد عينة الدراسة، في حين أن دراسة (yonger,1995) ودراسة (سبأ سلوم وسلاف حمود، 2021) ركزت على أهداف أخرى، كما نجد أن دراسة (اسمهان عزوز سنة 2015) قد اتفقت مع دراسة الحالية في الفئة المستهدفة (مرضى القصور الكلوي)، في حين دراسة (yonger,1995) استهدف مرضى الشريان التاجي، ودراسة (شفيق ساعد، 2019) أجريت على مرضى المصابين بأمراض السيكسوماتية، بينما استهدفت دراسة (سبأ سلوم وسلاف حمود، 2021) مرضى السكري من النمط الثاني.

ومن بين أهم الجوانب التي اختلفت فيها البحث الحالي مع بقية الدراسات من حيث ربط متغير مركز الضبط الصحي مع بعض المتغيرات، نجد أن في دراسة (اسمهان عزوز سنة 2015) تناولت متغير مركز الضبط الصحي مع استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية، في حين أن دراسة (yonger,1995) فقد اهتم بدراسته مع متغير التكيف مع الضغوط، وتم تناول متغير مركز الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة في دراسة (شفيق ساعد، 2019) ودراسة (مرازقة وليدة، 2010)، أما في دراسة (سبأ سلوم وسلاف حمود، 2021) تناولت العلاقة بين متغير الدراسة الحالية والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية.

ج/ الدراسات التي تناولت الالتزام العلاجي:

من خلال مراجعة واستقراء الدراسات السابقة التي تناولت الالتزام العلاجي، نجد أن هناك توافق في أهدافها، من حيث سعيها إلى الكشف عن مستوى الالتزام العلاجي، وهي ذات الغاية من البحث الحالي.

كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسات كل من: (فاطمة حلاج وآخرون، 2015) و(سارة بخوش، 2020) وذلك في الفئة المستهدفة المتمثلة في (مرضى القصور الكلوي)، في حين أنها اختلفت مع دراسة (عبد الصمد صورية، 2020) في تناولها لعينة المصابين بأمراض الغدد الصماء، أما دراسة (Kopruluet&al,2014) ودراسة (حميد زغير رشيد، وآخرون، 2019) استهدفت المصابين مرضى السكري.

ويختلف البحث الحالي مع الدراسات سالفة الذكر، في كونه ربط متغير الالتزام العلاجي بمتغيري: (المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي)، في حين ربطت دراسة (سارة بخوش، 2020) الالتزام العلاجي بالرضا عن الخدمات الصحية، ونجد أيضا دراسة (حميد زغير رشيد، وآخرون، 2019) والتي ربطت متغير الامتثال العلاجي بالصلابة النفسية، واكتفت دراسة كل من (فاطمة حلاج وآخرون، 2015) و(عبد الصمد صورية، 2020) و(Kopruluet &al,2014) بتقييم الالتزام العلاجي لدى عينة كل دراسة.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في البحث الحالي:

- المساهمة في صياغة وتوجيه فرضيات البحث.
- الاستناد إليها في بناء الإشكالية للموضوع الحالي.
- اعتمادها في تفسير النتائج المتوصل إليها لاحقا.
- الإلمام بأدوات القياس لجمع البيانات حول متغيرات البحث.

الفصل الثاني:

المرونة النفسية

تمهيد:

تلعب المرونة النفسية دورا هاما في تكيف الفرد مع بيئته ومرضه، بحيث يعتبر الإنسان السوي نفسيا هو الذي يمكنه السيطرة على كل ما يحيط به بمرونة عالية، ولكي يتمتع الفرد بمستوى جيد من الصحة النفسية لا بد أن يكون له مستوى من المرونة النفسية التي تمكنه من التوافق مع الأحداث الضاغطة خاصة المرضية منها التي يمر بها ومواجهتها بشكل يقلل من عوامل الخطورة التي تؤثر سلبا على صحته.

وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى المرونة النفسية مبرزين تاريخ المرونة النفسية وماهيتها، والنظريات المفسرة لها، ونتعرف على عوامل المرونة النفسية، ومحدداتها، ومقوماتها، والثمرات التي تنجم عنها، وذكر صفات الأفراد المرنين، وفي الأخير التعرف على المرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي.

1 - أصل ظهور مصطلح المرونة النفسية:

كانت بداية الدراسات العلمية للمرونة في الستينات والسبعينات من القرن الماضي بالرغم من ذلك فإنها حققت خطوات واسعة تم عملها في العقود الأربعة الأولى للبحث ومن الواضح أن الطفولة المبكرة هي النافذة الهامة من الزمن لفهم وتعزيز المرونة.

حيث نشر جاريمزي (GARMEZY, 1973) نتائج بحث أخرى في المرونة النفسية واستخدام ما يعرف بعلم الوبائيات والذي يدرس مع الذي يتعرض للمرض ومن الذي لا يتعرض، ولماذا، وذلك للكشف عن عوامل الخطورة وعوامل الوقاية والتي تساعد كثيرا الآن في تعريف المرونة النفسية .

وصاغ جاريمزي وشتراتمان (GARMENZY , N & STREITMAN (1974) أدوات للنظر في نظم تنمية المرونة النفسية .

وقد كشفت دراسة ماستن (MASTEN (1989) أن الأطفال الآباء المصابين بالاسكيزوفينيا لا يحصلون على ظروف أسرية سوية مقارنة بأطفال الآباء العاديين و لهذه الظروف تأثيرات شديدة الدلالة على النمو النفسي للأطفال و مع ذلك لوحظ أن بعض أطفال الآباء المرضى نفسيا ينجحون في التوافق و ينجحون دراسيا بصورة ايجابية، وبالتالي يجب أن تقود مثل هذه النتائج الباحثين الى دراسة و فهم هذه الاستجابات الايجابية بالرغم من الظروف العصبية التي يتعرض لها مثل هذه النوعية من الأطفال. (عبد الجواد ابو حلاوة، 2013، ص 25)

2- تعريف المرونة النفسية:

1-2 لغتا:

أخذ مصطلح المرونة من («مرن» الميم والراء والنون ، أصل صحيح يدل على لين شيء وسهولته). وجاء في لسان العرب (مرن يمرن مرانة والمرنة : وهو اللين في الصلابة ، ومرنت يد فلان على العمل أي صلبت واستمرت، والمرانة : اللين). (أنس سليم الأحمدى، 2007، ص 2)

2-2 اصطلاحاً :

ورد في إصدارات الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA,2002) نشرة بعنوان الطريق إلى المرونة النفسية، حيث عرفت المرونة النفسية بأنها عملية التوافق الجيد والمواجهة الايجابية للشدائد، الصدمات، النكبات، أو الضغوط النفسية التي يواجهها الأفراد مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل والمشكلات المالية.

ويعرفها أزيلينا وشاهريير (Azlina & Shahrir, 2010) على أنها "قدرة الفرد على التعافي من الأمراض، الاكتئاب والمصائب، وقيام الفرد بوظائفه بالرغم من التحديات والظروف الصعبة المحيطة به، وهذا يتطلب من الفرد القدرة على التكيف الفعال الذي يتضمن كل من الأفكار والأفعال". كما تعني المرونة النفسية "القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو النكبات أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل ايجابي ومواصلة الحياة بفعالية واقتدار". (Masten , 2009 p 20)

ويعرفها (الأحمدي، 2007، ص 11): "بأنها استجابة انفعالية وعقلية التي تمكن الإنسان من التكيف الايجابي مع مواقف الحياة المختلفة سواء كان هذا التكيف بالتوسط أو القابلية للتغير أو الأخذ بأيسر الحلول".

المرونة النفسية هي: "عملية دينامية تمكن الأفراد من إظهار تكيف سلوكي عندما يواجهون مواقف عصبية أو صادمة أو مأساوية أو تهديد أو حتى مواقف ضاغطة". (Luther Cecchetti &Becker, 2000, p 26)

كما تعرفها الباحثة (ولاء إسحاق حسان، 2009، ص 28) بأنها استعداد الفرد وقدرته على التفاعل الايجابي مع ظروف الحياة المتغيرة الضاغطة ومواجهة التحديات التي تنعكس على استجابته للمواقف الحياتية وعلاقاته الاجتماعية .

ويعرفها Rutter (1987-1990) على أنها "القطب الموجب لاستجابات الناس عند التوتر ومواجهة الضغوط".

وكذلك جوزيف (1994) عرف المرونة النفسية على أنها "القدرة على إدارة التغيير في الشدائد".

وقدم (بينارد ومارشال، 1992) تعريفا للمرونة النفسية على أنها "عملية من الداخل إلى الخارج تبدأ من اعتقاد الفرد ويحولها إلى الخارج في الأسرة والمدارس والمجتمعات". (Maureen Anderson, 2006, p 27)

من خلال التعاريف السابقة فإن المرونة النفسية هي "عملية دينامية تساعد الفرد على تخطي مواقف الحياة المختلفة وتفكير ايجابي لحلها وتكيف معها، كما تساعد الفرد لكي يرتقي بصحته ويحافظ عليها في ظل كل المخاطر التي يتعرض لها".

3 - النظريات المفسرة للمرونة النفسية:

3-1 نظرية التحليل النفسي:

يؤكد فرويد على السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد التي تربط الطفل مع الوالدين ولا سيما الأم، إذ أن المرونة والتواصل مع الآخرين ما حوالي إشباع لحاجات الطفل الأساسية التي يحصل عليها من أمه من خلال الرضاعة لفترة طويلة.

وتفسير فرويد هذا يأتي من اعتقاده أن أساس ارتباط الطفل بأمه هو إرضاء حاجاته الفمية، وهذا يكون أساس الدافع الثانوي لارتباطه مع الآخرين في الأسرة فالطفل الذي أشبع طفولته بشكل جيد فإن شخصيته ستكون عرضة للتفاوض ومرنة، بينما إذا لقي إحباطا في إشباع اللذة الفمية فإنه سوف يُكون نوع من نوع من العدائية والسادية والذي يتسم سلوكه بالميل إلى إثارة الجدل والخلاف والتشاؤم،

والكره والعداء، والتناقض الوجداني إزاء الآخرين. (سمية كريم شامخ ، 2011 ، ص 21)

ويرى (جابر عبد الحميد جابر، 1990) أن المرونة النفسية هي عبارة عن طاقة كامنة في الإنسان ويُسهل إبدالها وإزاحتها بين الذاتي والموضوعي فمثلا الوليد الجائع يضع في فمه أشياء مثل أصابعه، لعبة بلاستيك وكأنه يستثمر في طاقته حيث يخفف من إشباع حاجاته ككائن عضوي وتتحول هذه العمليات من الهو الذاتية إلى الأنا المنطقية والموضوعية.

ويرى كذلك أن الشخصية تتكون من ثلاث أجهزة رئيسية هي الهو والأنا والأنا الأعلى وحين تعمل متعاونة تسهل لصاحبها سبل التفاعل مع بيئته على نحو مُرضي حيث يتم إشباع حاجاته الأساسية ورغباته، وأما إذا تنافرت وتشاحنت هذه الأجهزة ساء توافق الفرد وقل رضاه عن نفسه وبيئته ونقصت كفايته.

وإذا كانت غالبية هذه الطاقة تحت سيطرة الأنا الأعلى كان سلوك هذا الفرد أخلاقيا، وأما إذا كانت هذه الغالبية في حوزة الأنا كان سلوكه واقعيا ومرنا، وأما إذا كان الهو والذي يعتبر هو مصدر الطاقة محتفظا بمعظمها، فإن سلوكه يتسم بالاندفاع، وعن طريقة توزع هذه الطاقة النفسية بين هذه الجوانب الثلاثة للشخصية يعبر عن نفسه .

أما (BLOCK, J.H. et J. BLOCK, 1980, P39) يرى أن أحد ميزات الشخصية الهامة هي مرونة الأنا هذا، المفهوم يشير إلى مدى الذي يُمكن الفرد من أن يعدل مستوى سيطرة الأنا لإشباع متطلبات مواقف الحياة المتغيرة، إن مرونة الأنا لها أساس في نظرية التحليل النفسي لفرويد التي تنطوي على مفهوم الأنا ويقر بلوك بأن الأنا عنصر مركزي في نمو شخصية الفرد.

مرونة الأنا هي مستوى تعديل الفرد من سيطرة الأنا بتغيير المواقف وهكذا يمكن أن يكون الفرد المرن ذا عزيمة عالية ومنظما في الأوقات وتلقائيا جدا في مواقف أخرى ويتم تعزيز مرونة الأنا من قبل العائلات المتواصلة وذات التوجه الفلسفي والأخلاقي. (لمياء قيس، 2012، ص 54)

ونرى من خلال ما سبق أن نظرية التحليل النفسي ترى بأن المرونة النفسية هي عملية ديناميكية بين الأجهزة الثلاثة (الهو ، الأنا ، الأنا الأعلى) ويسيطر عليها الأنا باعتباره هو الجهاز الواقعي الذي يضمن بناء الشخصية ومرونتها ويتصدى للمواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد وخاصة إذا كان الأمر يتعلق بصحته ولكن نظرية فرويد لم تبرز أهمية البيئة الاجتماعية في تعزيز المرونة النفسية وطريقة اكتسابها من المحيط الذي يعيش فيه الفرد.

3-2 نظرية التعلم الاجتماعي :

يؤكد باندورا أن عملية التعلم أمر أساسي للمرونة، التعلم يحدث من خلال الخبرة المباشرة، ويمكن للأفراد تعلم سلوكيات جديدة من خلال عملية مراقبة الآخرين وملاحظة العواقب المترتبة على سلوكهم. (Bandura, 1986, p46)

ووفقا لنظرية باندورا فإن الاستجابات الجديدة مطلوبة في الوقت الذي يقوم فيه بالملاحظة بترميز المثيرات الدخلة وتخزينها وتحويلها، وهذا الاكتساب من خلال إدراك المعرفي الذي يحدث قبل أداء الاستجابة المتعلمة ولكي يصبح التعلم ظاهرا فلا بد من أن تكون القدرات الحركية متاحة وظروف البواعث مهيأة، وبالإضافة إلى المكافآت الخارجية والبدلية، فإن هذه النظرية تؤكد على التعزيز الذاتي كمحدد لانتقاء السلوك، وأحد الجوانب ذات الدلالة على جوانب نظرية باندورا يتعلق بمجال واسع من مجالات آثار النمذجة وهي التي تسمح بمجال واسع من النقل إلى مواقف جديدة. (توما جورج خوري، 1996، ص 154)

ويرى (روتر، 1966) صاحب نظرية مركز التحكم أن تجارب الفرد المتعلقة بالنجاح والفشل في أداء سلوكاته وملاحظاته لسلوك الآخرين ونتائجها تساهم بشكل أساسي في تحديد مركز الضبط أو التحكم لديه .

وفي السياق ذاته وجد أن مركز التحكم الداخلي يؤثر ايجابيا وبشكل مباشر على الحالة الانفعالية، وذلك لأن الأفراد ذوي هذا النوع من مركز التحكم حينما يكونون تحت وضعية ضغط معينة يدركون أنه بإمكانهم السيطرة والتحكم في هذه الوضعية، مما يقلل شعورهم بالتوتر والتهديد ويرفع ذلك من مستوى تقدير الذات لديهم ومن مستوى شعورهم بالرضا والارتياح الانفعالي، على عكس ذوي التحكم الخارجي الذين يبدون مستويات منخفضة من تقدير الذات إلى جانب الإضطرابات الانفعالية كالقلق والشعور باليأس والتوتر وهو ما يؤثر سلبا على صحتهم. (الزروق فاطمة الزهراء، 2014، ص 120).

وأكد بندورا في السنوات الأخيرة على مفهوم الكفاءة الذاتية، حيث يشير إلى اعتقادات الناس حول إمكانياتهم لإنتاج المستويات المحددة للأداء، التي تمارس لتأثير في الأحداث المؤثرة على حياتهم و تحدد اعتقادات الكفاءة الذاتية، كيف يشعر الناس؟ وكيف يفكرون؟ وكيف يندفعون؟ وكيف يتصرفون؟

الكفاءة الذاتية تفهم من مصطلح المرونة النفسية كعملية تعني الأفراد الذين نمو من خلال المثابرة وتجمع تراكم النجاحات الصغيرة في وجه الفشل والعقبات وخيبات الأمل، وهي مزيج من الخصائص الايجابية والميول والشخصية واستراتيجيات المواجهة واعتقادات حول الكفاءة الشخصية التي تسهم في المرونة الفردية. (Wolin & j.f Wolin ,1999, p 1) .

ومنه يتضح لنا بأن نظرية التعلم الاجتماعي أشارت ضمنا للمرونة النفسية من خلال ما جاء به روادها ومن بينهم باندورا الذي أكد على أن المرونة النفسية تكتسب عن طريق الملاحظة والنمذجة والكفاءة الذاتية وهي عناصر تساعد الفرد على تكوين شخصية متكيفة مع بيئته، وكذلك روتر الذي أضاف بعدا يتماشى مع وجهة هذه النظرية وهو البعد المعرفي من خلال تقسيم الأفراد إلى فئتين،

أصحاب مركز التحكم الداخلي وأفراد ذوي الضبط الخارجي، وأشار ضمناً بان الأفراد المرنين هم الذين يتأرجحون بين مركز الداخلي والخارجي وذلك حسب الموقف الذي يتعرضون له.

3-3 نظرية السمات:

يعتبر "هانز ايزيك" من أبرز من أسهموا في نظرية السمات حيث قدموا وصفا منظما للشخصية، فالعادات أساسا تقوم عليها سمات الشخصية وهذه بدورها تتجمع في أبعاد قليلة، وبناءا على التحليل العاملي أدى إلى التوصل إلى الأبعاد الآتية:

- الشخصية الانبساطية: وهي شخصية اجتماعية ومرنة وهي عكس الانطواء.

- الشخصية العصابية: وهي شخصية لديها استعداد للمرض العضلي.

- الشخصية الذهانية: والتي لديها استعداد للمرض الذهاني.

ويضاف إلى ذلك أبعاد أخرى مثل المحافظة والتطرف والتعقيد والبساطة والصلابة والليونة والديمقراطية والتسلطية. (نبيل سفيان ، 2004 ، ص 67).

ويرى **جوردون ألبرت (1897، 1967)** أن السمات كعناصر بنائية أساسية للشخصية، فيصف السمة بأنها استعداد مسبقا للاستجابة على نحو خاص وتؤدي السمة إلى اتساق الاستجابة، لأنها تصف العديد من التنبهات المتعادلة وظيفيا، وتستحضر عددا من أشكال السلوك التكيفي والتعبيري، على سبيل المثال يتسم الأشخاص الاجتماعيون بأنهم ودودون ومنطلقون دون تحفظ لأنهم ينظرون إلى الكثير من المواقف كفرص للتفاعل مع الآخرين، وتفاعلهم هذا جزء من أسلوبهم في التفاعل مع المحيطين من حولهم بمعنى آخر تعبر السمات هنا على استعداد خاص للاستجابة فمن زاوية المدخلات هناك مواقف متعددة نتشابه في طريقة مواجهتها ومن زاوية المخرجات فللشخص أسلوبه الخاص في التعبير والتكيف. (لورانس أبروفين، 2010، ص ص 106-107).

والملاحظ من خلال ما سبق في نظرية السمات أن أيزيك قسم الشخصية إلى مجموعة من الأنماط وجاء بالمرونة النفسية في النمط الانبساطي بحيث يرى أن الأفراد المرنين هم الذين يملكون النمط الانبساطي وهم اجتماعيون ودودون ومتكيفون مع المواقف التي تواجههم، وهذا ما أشار إليه ألبرت أن الأفراد الاجتماعيين ينظرون إلى المواقف التي تواجههم على أنها فرص للتفاعل مع الآخرين والتفاعل هو جزء من أسلوبهم الخاص في التعامل مع العالم المحيطين من حولهم وهو كذلك عنصر هام في المرونة النفسية.

3-4 النموذج الثلاثي (ويرينر وسميث، 1982): يعد النموذج الثلاثي (The Resilience

Triarchic Modelof)، أول نموذج طرح لوصف وتفسير المرونة النفسية يتضمن تأثيرات العوامل البيئية في تكوينها لدى البشر وتعزى المرونة النفسية وفقا لهذا النموذج إلى تفاعل بين التأثيرات ثلاثة عوامل هي:

- عوامل تتعلق بالأفراد أنفسهم.
- عوامل راجعة لخصائص البيئة الأسرية.
- عوامل راجعة إلى خصائص البيئة الاجتماعية. (Werner, E & Smith, 1982, p 83)

من خلال هذا النموذج نرى أن المرونة النفسية هي علاقة ديناميكية بين ثلاث متغيرات هي الفرد وأسرته وبيئته الاجتماعية، حيث إذا تحققت هذه علاقة اتسم الفرد بمرونة نفسية تأهله إلى مواجهة الضغوط التي تعترضه في حياته خاصة إذا كانت متعلقة بصحته، وهذا ما يجب أن يتصف به مرضى القصور الكلوي حتى يلتزمون بعلاجهم ومواجهة ضغط هذا المرض.

4 - العوامل المتصلة بالمرونة النفسية:

بينت الجمعية الأمريكية لعلم النفس في منشوراتها وجود العديد من العوامل ذات علاقة بالمرونة النفسية والتي تعمل على تعديل أثار السلبية الناتجة عن مواقف الحياة الضاغطة، وقد بينت العديد

من الدراسات أن العامل الأساسي في تكوين المرونة النفسية وهو وجود الرعاية والدعم والثقة والتشجيع سواء داخل الأسرة أو خارجها، بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل قدرة الفرد على وضع خطط واقعية لنفسه، الثقة بالنفس، النظرة الإيجابية للذات، تطوير مهارات الاتصال والتواصل والقدرة على كبح المشاعر الحادة، ومن العوامل التي تساعد على استمرار المرونة لدى الأفراد هي:

- القدرة على التكيف مع الضغوط النفسية بفعالية وبطريقة صحية.
- امتلاك الفرد مهارات حل المشاكل.
- اعتقاد الفرد بوجود شيء يمكن القيام به للسيطرة على المشاعر الحادة والتكيف مع الظروف الطارئة.

- توفر الدعم الاجتماعي.

-المعتقدات الدينية.

- الاتصال والترابط مع الآخرين مثل العائلة أو الأصدقاء.

- البحث عن المعاني الايجابية للمواقف الصادمة.

وتأتي المرونة النفسية من ثلاث مصادر: الدعم الخارجي الذي يحافظ على استمرارية المرونة، والقوة الداخلية الذاتية التي تتكون مع مرور الوقت، وامتلاك مهارات حل المشكل التي تساعد الفرد على مواجهة المحن والشدائد. (يحي عمر شعبان، 2012، ص13)

إضافة إلى هذه العوامل، هناك عدد من الباحثين توصلوا إلى عوامل المرونة النفسية أخرى والتي هي ذات قيمة مثل الفاعلية، والسببية الشخصية.

4-1 الفعالية:

يرى " بن سيرا " Bin-Sira: "الفعالية كآلية تمنع التوتر الذي يتبع التعامل غير الملائم للحالات الطارئة من أن يتحول إلى ضغط دائم، فهي حصيلة خبرات الماضي الناجحة في التعامل

ومن ثم يشمل التفوق وتقييم الذات، من ناحية أخرى الفعالية الضعيفة تنتج عن تاريخ خبرات التعامل الغير ناجحة نفسها وتلك البدائل تساهم إما برؤية المجتمع على أنه ذو معنى ومنظم أو توجه للانحلال والتي هي بالمقابل تتعلق بالالتزامات الأخرى للمجتمع أو الاغتراب، ويعرفها "بن سيرا" على أنها الثقة الدائمة للشخص في قدراته الخاصة بالإضافة إلى الثقة والالتزام في بيئته الاجتماعية التي يدرك بأنها متصفة من قبل حالة ذات معنى ويمكن التنبؤ بها.

4-2 السببية الشخصية:

يرى "دي شارمز" "De charmas" أن الميل الدافعي الأساسي للإنسان هو أن يكون فعالاً في إنتاج التغيرات في بيئته، الإنسان يكافح لكي يكون عاملاً للتغيير في بيئته، ويشير إلى أن عملية انجاز الهدف هو الأسمى، الوصول إلى الهدف من خلال الحظ أو الفرصة أو من خلال مؤسسة للمساعدة ليس نفسه الذي أقوم به بنفسى.

إن جوهر السببية الشخصية يذكرها دي تشارمز كآلاتي: الإنسان مصدر للطاقة، وهو ليس آلة لتوجيه السلوك الناتج من الطاقة الآتية كلياً من داخله، الإنسان هو أصل السلوك. (لمياء قيس، 2012، ص 35-36).

ونجد أن للمرونة النفسية عوامل متصلة بها وهي تلعب دوراً هاماً في تعزيز المرونة النفسية لدى الفرد ونجد منها مركز الضبط الصحي، بالإضافة إلى ذلك نجد بعض العوامل التي تساعد على تنمية المرونة النفسية كالنظرة الايجابية للذات والثقة في النفس والتحكم في الانفعالات القوية وترويضها أثناء حدوث ضغوطات نفسية، خاصة أن مرضى القصور الكلوي يعيشون في ضغط دائم، وذلك لكمية الجهد المبذول أثناء تلقي العلاج.

5- محددات المرونة النفسية:

لقد عرف " ويلن وويلن " (Wolin. S &Wolin 1993) المرونة النفسية كنتيجة للتحليل الكيفي لمكونات الشخصية بأنها " السمات الشخصية المميزة للأشخاص ذوي المرونة العالية " ومن هذه السمات:

5-1 الاستبصار:

هي القدرة على قراءة وترجمة المواقف والأشخاص، وتشمل القدرة على التواصل البينشخصي علاوة على معرفة كيفية سلوك الفرد ليكون متناسبا مع مواقف المختلفة، مما يجعله يفهم نفسه والآخرين.

5-2 الاستقلال:

يشمل بعد الاستقلال عمل التوازن بين الشخص والأفراد الآخرين المحيطين به، كما يشمل كيفية تكيفه مع نفسه بحيث يعرف ما له وما عليه، وأن الشخص المستقل هو الذي يقول بوضوح كلمة (لا) عندما يكون مناسباً أكثر مما يكون عليه من كونه متساهلاً في حالة مواجهة الحدث، إن الاتجاه الإيجابي والمتفائل للشخص المستقل يكون حاضراً دائماً ويكون مرتبطاً بالفروق الفردية فيما بين الأشخاص والقدرة على مواجهة تلك الأحداث.

5-3 الإبداع:

ويشمل الإبداع إجراء خيارات وبدائل للتكيف مع تحديات الحياة، بل وأكثر من ذلك الاندماج في كل السلوكيات السلبية (تحدي المصاعب والمخاطر)، وإن الأفراد من ذوي المرونة العالية يمكنهم أن يتخلوا تتالي الأحداث لديهم، حيث يمكنهم صناعة واتخاذ القرار في مواجهتها.

4-5- الدعابة:

تعتبر روح الدعابة الجانب المضيء من حياة لدى الشخص المرن، حيث تمثل القدرة على إدخال السرور على النفس، وإيجاد المرح اللازمة للبيئة المحيطة به.

5-5- تكوين علاقات:

وتتضمن قدرة الشخص المرن على تكوين علاقات ايجابية وصحيحة وقوية من خلال قدرته على التواصل النفسي الاجتماعي والعقلي مع من يحيطون به وكذلك قدرته على التواصل مع ذاته.

5-6- المبادأة:

تتضمن قدرة الشخص على البدء في التحدي ومواجهة الأحداث وذلك بعد دراسة سريعة وصحيحة وتمثل قدرة الفرد على الحدس والإحساس بإدراك النتائج الإيجابية الصحيحة والسريعة.

5-7- القيم الموجهة (الأخلاق):

وتشمل البناء الخلقي والروحاني الصحيح للشخص المرن، والتي تتضمن قدرته على تكوين مفاهيم روحانية وتطبيقها من خلال تعامله مع أفراد مجتمعه ومع خالقه ليكون شخصا متمتعا بإدراكات الروحانية والخلقية في حياته العامة والخاصة. (Wolin, s & Wolin 1993 p 9)

بالعودة إلى ما سبق يمكننا القول بأن محددات المرونة النفسية مهمة جدا في تشكيل شخصية الفرد، فكلما كان الفرد متحميا بهذه الصفات كان أكثر ايجابية في التعامل مع ما يحيط به وبالتالي يعزز مكانته في المجتمع، وكلما سعى الفرد للاكتساب المرونة النفسية فهو بذلك يحصن نفسه من الضغوط التي تواجهه، وهذا ما يجب أن يسعى إليه مرضى القصور الكلوي باعتبارهم فئة معرضة للكثير من الضغوط نتيجة صعوبة المرض.

6 - مقومات المرونة النفسية:

- تنمية الكفاية : وهى تنمية قدرات الفرد العقلية والجسمية والاجتماعية، بحيث تصل إلى درجة المهارة والكفاية وتساعد الفرد على التوافق مع متطلبات الحياة المختلفة.

- القدرة على التعامل مع العواطف : وهو نمو قدرة الفرد على ضبط انفعالاته وعواطفه بحيث يتعامل معها بمرونة، ويعي عواطفه لضبطها في المواقف التي تتطلب ذلك، ويفسح له المجال بالتعبير حيثما يتطلب الأمر

- تنمية الاستقلالية الذاتية بمعنى أن يعتمد الفرد على نفسه في إصدار قرارات تتعلق بمستقبله وحياته، وفي نفس الوقت يستمع إلى نصائح الآخرين وخاصة الوالدين وكل من يخصه، ويحاول أن يستخلص منها ما يتمشى مع ذاته.

- تبلور الذات وهو نمو قدرة الفرد على فهم نفسه وذاته وإمكانياته والعمل على تنميتها، ويضع ذاته ضمن إطار معين بحيث يتلاءم مع الواقع، والشعور الواضح لشخصيته وتأثيرها على كل من يحيط به.

- نضج العلاقات الشخصية المتبادلة : وهى نمو قدرة الفرد على إقامة العلاقات الشخصية والاجتماعية بحيث تصبح متحررة من الاندفاعات، وزيادة القدرة على التفاعل والاستجابة بطريقة لها علاقة باستجابة الآخرين وتكون مرنة. (يحي عمر شعبان، 2012، ص 24، ص 25).

من خلال ما سلف ذكره نجد أن مقومات المرونة النفسية هي عبارة عن نضج الفرد في كل جوانب شخصيته بحيث كل العناصر تنصب في نمو قدرات الفرد العقلية والجسمية والاجتماعية، وقدرته على التحكم في عواطفه وانفعالاته وقدرته على فهم ذاته وتقديرها وقدرته على تكوين علاقات ايجابية وهادفة.

7 - ثمرات المرونة النفسية:

1-7 الصحة النفسية:

ترتبط المرونة النفسية بالصحة النفسية وهذا لأنها سمة مهمة لتحقيق الصحة النفسية السليمة وتعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها " حالة من العافية التي يحقق الفرد قدراته الخاصة ويمكن أن يتغلب من خلالها على الإجهادات العادية في الحياة، ويمكن أن يعمل بإنتاجية مثمرة ويستطيع المساهمة في مجتمعه، أن هذا الإحساس الإيجابي الصحي النفسي هو القاعدة والأساس للعافية والوظيفة الفعالة من اجل الفرد والمجتمع، ويتوافق هذا المفهوم الجوهرى مع مجال متفاوت من التفسيرات في مختلف الثقافات ". (APA ,2005 , p 13)

ويعرفها (عبد العزيز قوصي، 1952، ص 7) " أن الصحة النفسية هي شرط أو مجموع شروط اللازمة توافرها حتى يتم التكيف بين المرء ونفسه وكذلك مع بيئته وبين العالم الخارجي، تكيفا يؤدي إلى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه هذا الفرد ".

1-7 النظرة الإيجابية:

النظرة الايجابية في الحياة هي التي تحدد المكانة والقيمة الاجتماعية للفرد لأنها السبب في العمل والحركة، وعامل في الفاعلية والعزم، فالنظرة إلى الأشياء عند المسام ينبغي أن تتسم بالايجابية والعزم لأنه هو صانع الأحداث والمؤثر في الوقائع، وأن عليه تقديم العمل الصائب ليحصل على أحسن النتائج، أما اذا تخلفت النتائج فسيكون مطمئنا راضيا بقضاء الله وقدره فعندما يقع الأمر فإن الانسان المرن هوالذي يستطيع أن يتعامل معه بنظرة ايجابية.

7-3 الاستمرار في العطاء:

الإنسان المرن يكتسب استمرارية لا تعرف الانقطاع، وعمله لا يرف الكآبة والملل، فهو يواصل العمل بهمة وحماس وروح وإتقان في عطاء متجدد، وما ذلك إلا أنه مرن في استخدام وسائله، فهو دائم التنقل بين وسيلة وأخرى.

7-4 الاتصال الفعال:

يرتبط نجاح الفرد أو فشله بمدى نجاح أو فشل علاقاته الإنسانية وبالتالي بمستوى اتصاله الإنساني بالآخرين، وعن هذا الاتصال يتم التفاعل بين الشخص والآخرين، وتؤكد بعض البحوث العلمية أن نجاح الفرد في عمله وحياته الشخصية مرتبط بقدرته على الاتصال حيث أثبتت أن 85 % من النجاح يعزى إلى مهارات وفنون الاتصال و15 % من النجاح يعزى إلى معرفتنا للعمل وتمكننا من تخصصنا. (أنس الأحمدى، 2007، ص 33، ص 34)

من خلال ما تم التطرق إليه في السابق فإن الأحمدى أعطى مجموعة من ثمرات التي تنجم عن المرونة النفسية والمتمثلة في الصحة النفسية والنظرة الإيجابية والاستمرارية في العطاء والاتصال الفعال ولكنه أغفل عنصر مهم وهو الوقاية بحيث المرونة النفسية تساعد الفرد على تحصين الفرد وتقيه من الضغوطات النفسية التي يتعرض لها وتساعد كذلك على اكتساب سلوكيات صحية تقيه من الأمراض وتساعد على التكيف مع مرضه.

8- سمات الأفراد المرين:

من هو الشخص القادر على التعافي سريعاً بعد التعرض لموقف أو حدث أليم؟ قام علماء النفس الشخصية بالتقصي حول الإجابة عن هذا السؤال، إذ يبدو أن الأفراد المرين يتعرضون لمصاعب ويتمتعون بالمرونة، ويختبرون العديد من المشاعر الإيجابية، ولذا تحمي هذه السمات

الشخصية جنباً إلى جنب مع جرعة المشاعر الصحية مثل الفرح والحب والسمو والسعادة من الآثار الضارة للضغط والتسهيل لعملية التعافي بعد التعرض للصدمة .

وتتمثل سمات الأفراد المرنين في المستويات التالية :

1-8 شجاعة التحكم:

يؤمن الأفراد المرنين أنهم يستطيعون السيطرة على النتائج وعوامل التعزيز الخاصة بهم ولهذا يحول مواطن الضعف إلى التحكم الداخلي دون الإحساس والسلبية والاستسلام أمام المصاعب والإصرار على محاولة تغيير مسار الأحداث من حولهم للأفضل.

2-8 الالتزام:

يشرك الأفراد المرنين في الأنشطة الاجتماعية من حولهم، كما أنهم يلتزمون بالآخرين ومن أجل أسباب أخرى أكبر، إذ أنهم يستخدمون إحساسهم بالالتزام للاشتراك مع الآخرين بدلاً من الانعزال عنهم، ولتحويل تجاربهم الشاقة لأمر شيق وهام.

3-8 التحدي:

يرى المرن الأحداث السلبية بمثابة فرصة وليست نهاية العالم من خلال عكس خبراتهم وتفاعلاتهم مع الآخرين والاستمتاع بها وتعلم خبرات جديدة من خلالها، إذ أن الشخص الذي يفتر لإحساس التحدي لن يكون قادر على تنمية وتطوير خبراته، وعلى عكس النقيض منهم يسعى الأفراد المرنين لتحقيق الإنجاز في حياتهم. (نايت الحربي، 2015، ص 720)

وقدم فلاتش (flatch,1988) مجموعة من السمات التي تميز الشخصية المرنة أوالأفراد

المرنين وهي كالاتي :

- شعور باحترام الذات أو تقدير الذات.

- أفكار وأفعال مستقلة.

- القدرة على حل المشكلات.
- التفاعل مع الآخرين وإقامة شبكة من العلاقات.
- الاستعداد لاكتشاف أفكار جديدة.
- روح الفكاهة.
- يحترم مشاعر الآخرين.
- الالتزام في الحياة ولديه الأمل. (Maureen A .Andersson, 2006 ,p 26).
- ويشير علماء النفس من خلال دراسات التي أجريت مع الأفراد الذين عانوا من الحرب أو المرض وعلى رأسهم "سانسون كلاوديا" "Sanson Claudia" أن الشخصية المرنة تتأثر من خلال ثلاث موارد رئيسية وهي:
- الموارد الشخصية.
- الموارد الأسرية.
- الموارد الاجتماعية.
- وكذلك وفقاً ل **Sanson** أن سمات الشخصية المرنة هي :
- تقدير الذات.
- الثقة والتفاؤل والشعور بالأمل.
- القدرة على محاربة الإجهاد.
- المؤانسة.
- القدرة على تجربة مجموعة من المشاعر المختلفة.
- الموقف الايجابي للمشاكل والاعتقاد بأنه قادر على حل المشكلات. (Marget, 2002, p 6)

ومنه فإن للمرونة النفسية سمات يجب أن يتحلى بها مرضى القصور الكلوي لكي تساعدهم على تخطي العقبات والضغوطات التي تعترض حياتهم، وخاصة أن هذه الشريحة معرضة لضغط صحي دائم، لذلك تعد هذه السمات آلية من الآليات التي تساعدهم على التكيف مع مرضهم.

9 - المرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن:

يشير لي شانغ و آخرون (Li-Chin Ma & al, 2003, P2) إلى أنه عندما يصاب الفرد بمرض الكلى المزمن وخاصة إذا تطور إلى المرحلة النهائية (الداء الكلوي بمراحله الأخيرة)، فيجب أن يتلقى علاج غسيل الكلى من أجل البقاء على قيد الحياة، وهم غالباً ما يكونون عرضة لمشاعر سلبية كالشعور بالعجز والاكتئاب والخوف، وفي دراسة (yeh, & al)، أشار إلى أن 12.3% من المرضى الذين يعانون من مرض الكلى المزمن كانوا في حالة اكتئاب مثل أسرهم باعتبارهم أول من يقدم الرعاية لهم، كما أوضحت دراسة (ليون و آخرون) إلى أنه ينبغي إيلاء المزيد من الاهتمام لاحتياجات لأسر المرضى للمساعدة في الوقاية من المرض، ومنذ عام (2003) أوضح مكتب التأمين الصحي الوطني (BNHI) في تايوان، استجابة للعدد المتزايد من المرضى الذين يعانون من الداء الكلوي بمراحله الأخيرة، بتنفيذ العديد من الإجراءات قبل الإصابة بالداء الكلوي بمراحله الأخيرة، وذلك عن طريق وضع خطط وقائية وبرامج تنقيف صحي لتعزيز صحة المرضى المعرضين لمخاطر عالية و مرضى زراعة الكلى، وبالتالي قد يؤدي الاكتشاف المبكر والعلاج الفعال إلى تقليل حدوث الداء الكلوي بشكل فعال وتعزيز قدرات الإدارة الصحية لمثل هذه الفئات المعرضة للخطر، وبالتالي زيادة القدرة على المرونة النفسية للتكيف مع جل الضغوط الصحية المحتمل الوقوع فيها.

ويمكن لمرونة الأفراد أن تخفف الضغط الناجم عن التأثيرات السلبية للأمراض المزمنة. يمكن للذكاء ومهارات التعامل مع الآخرين والكفاءة الذاتية والاستجابة الإيجابية للمشكلة وشبكات الدعم الاجتماعي تحسين استجابة المريض للمرض، كما يحتاج مرضى الكلى المزمن وعائلاتهم إلى فهم أهمية المرونة،

ويحتاج العاملون في مجال الصحة إلى التنقيف في هذا المجال أيضاً، من أجل تقديم رسائل صحيحة في الوقت المناسب تساعد في تقليل التوتر والإحباط المرتبطين بالأمراض المزمنة. ومن بين أهم العوامل المهمة التي تؤثر على المرونة لدى مرضى القصور الكلوي هو الفشل في إعطاء الاهتمام الكافي للسلوكيات المعززة للصحة مثل التغذية الجيدة، وتحقيق الذات، والحد من التوتر، والرياضة المناسبة، ووقت الفراغ المناسب. بحيث الجهل بمثل هذه السلوكيات المعززة للصحة يمكن أن يؤدي إلى زيادة معدلات المرض والوفيات وحتى الانتحار. (S. S. Hedayati & al,2006,P1664).

وفي هذا السياق نلاحظ أن المرونة النفسية لدى الأفراد المصابين بالقصور الكلوي المزمن تلعب دوراً هاماً في تكيف المرضى مع مرضهم، بالإضافة إلى أهميتها في مجال التنقيف الصحي الذي يعد أهم حلقة في الخطط الوقائية للتقليل من خطر الإصابة بمرض الداء الكلوي.

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى مفهوم المرونة النفسية وإلى أهمية هذه السمة في تركيبة شخصية الفرد وكيف تساعده على تخطي الصعوبات والمواقف الضاغطة وتكيف معها، فالشخص السوي نفسياً هو الذي يمتلك اتزاناً انفعالياً وهو الذي يمكنه السيطرة على صدماته بمرونة عالية، والمرونة النفسية تساعد الفرد المصاب بمرض القصور الكلوي المزمن على اكتساب ممارسات وسلوكيات تساعده على التكيف والالتزام بعلاجه وتحصنه من عوامل الخطورة وتساعد على الاستمرار في العطاء وتقويه من المهددات النفسية والصحية.

الفصل الثالث:

مركز الضبط الصحي

تمهيد

يختلف الأفراد في الكثير من الصفات، ومن بين هذه الاختلافات نجد طريقة إدراكهم للمواقف التي تعترضهم في حياتهم اليومية، خاصة إذا كان هذا الموقف دائم كالابتلاء بمرض معين ومزمن، حيث يتطلب من الفرد مستوى عالي من المسؤولية الفردية لأن أغلب الرعاية تقدم من المريض نفسه، وهذا ما أثار انتباه علماء النفس أن المرضى يختلفون في طريقة السيطرة على مرضهم والالتزام بعلاجهم وذلك لاختلاف شخصياتهم، ومن هنا جاء التركيز على بعد هام من أبعاد الشخصية والمتمثل في مركز الضبط الصحي.

وفي هذا الفصل سوف يتم التطرق إلى أهم الجوانب المتعلقة بمتغير مركز التحكم الصحي، بدءاً بماهية مركز الضبط الذي جاء به روتر **Rotter** ببعديه الداخلي والخارجي وخصائص الأفراد ضمن كل بعد، بعد ذلك تقديم لنظرية التعلم الاجتماعي وأهم المفاهيم النظرية تضمنتها بالإضافة إلى عرض لأهم العوامل المؤثرة في مركز الضبط، بعد ذلك تعرف مركز الضبط الصحي، أبعاد مركز التحكم الصحي ومميزات الأفراد ضمن كل فئة، وفي الأخير مركز التحكم الصحي ومرضى القصور الكلوي.

1- ماهية مركز الضبط:

من خلال الاطلاع على مختلف الدراسات التي تطرقت إلى متغير مركز الضبط يمكن ملاحظة أن هناك العديد من الترجمات لهذا المصطلح **locus of control**، حيث نجد أن هناك اختلافا غير واضح في الترجمات إلى العربية حيث نجد حوالي خمس ترجمات لنفس المصطلح وهي مركز التحكم، مصدر الضبط، مركز الضبط وجهة الضبط.

نشأ مفهوم مركز التحكم من خلال أعمال جوليان روتر (Julian Rotter, 1954) في التعلم الاجتماعي والتي ارتكزت على أعمال المدرستين الشهيرتين في ميدان علم النفس هما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية، حيث احتلت مكانة جد هامة في دراسات الشخصية وينظر العلماء والباحثين في نظرية التعلم الاجتماعي إلى مركز الضبط إلى أنه متغير أساسي من متغيرات الشخصية، حيث يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث والمواقف التي يختبرها والشروط أو العوامل التي تضبط أحداث البيئة من حولها وتوجهها. (سميحة كرم توفيق، 1995، ص59)

ويعرف روتر (Rotter, 1966) مصدر الضبط في نظريته التعلم الاجتماعي على أنه التعزيزات التي تمثل العلامات الأساسية لمواقف الفرد على المدى الطويل.

(OzenKutanis Mesci et Ovdur, 2011, p, 114)

ويعرفه أيضا "على أنه احد الطرق التي يصنف بها الأفراد أحداث التعزيز (مثلا، حسب ارتباطها بسلوك الفرد الخاص)، إذ يرى روتر أن الأفراد يختلفون في تفسير معنى الأحداث، و بالتالي إدراكهم لمصدر التعزيز، حيث أن حدثا ما قد يعتبر لدى بعض الأفراد كتعزيز أو مكافأة، بينما قد يفهم بشكل مختلف لدى بعض الآخر. (بحيري نبيل، يزيد شويعل، 2014، ص148)

وعندما يدرك الفرد أن التعزيز يتبع بعض أفعاله الخاصة ولكنه لا يعتمد كلية على تصرفاته وسلوكه الشخصي، فإنه يدركه نتيجة للحظ أو القدر أو الآخرين الأقوياء أو أنه غير قابل للتنبؤ بسبب

التعقيد الكبير للقوى المحيطة به، وعندما يفسر الحدث بهذه الطريقة من قبل الفرد فإننا نسمي هذا الاعتقاد في الضبط الخارجي، أما إذا أدرك الفرد أن الأحداث تتوقف على سلوكه الخاص وسماته الشخصية الدائمة، فإننا نسمي هذا اعتقادا في الضبط الداخلي. (عيادي نادية، 2009، ص 67)

كما يشير مفهوم مركز التحكم عامة والذي جاء به روتر (Rotter, 1966) إلى كيفية إدراك الأفراد لمدى قدرتهم على التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكياتهم، إذ ينقسمون الأفراد حسب تعريفه إلى قسمين :

- أفراد ذو التحكم الداخلي (Internal contol): وهم الأفراد الذين يعتقدون أنهم مسئولون عما يحدث لهم.

- أفراد ذو التحكم الخارجي (Ixternal control): وهم الأفراد الذين يعتقدون أنهم تحت قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها.

حيث أن الأفراد يختلفون في سمة الإدراك والمتعلقة بمعتقداتهم حول مصدر النتائج المرتبطة باستجاباتهم. (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص 16).

ويعرفه لازاروس (Lazarus, 1966) "على أن الفرد ذو مركز تحكم داخلي يعتقد في كفاءته وقدرته على ضبط النتائج في عالمه الخاص ولديه توقعات إيجابية فيما تتعلق بالثقة والإعتماد على الآخرين، في حين أن الفرد ذو مركز تحكم خارجي لديه توقعات سلبية فيما يتعلق بكفاءته على التحكم في نتائج الأحداث أنه يعمل في عالم عدائي". (أمحمدي علي، 2013، ص 54)

وحسب ليفكورت (Lefcourt, 1976) "يعتبر أن مركز التحكم بعدا من أبعاد الشخصية حيث يؤثر في العديد من أنواع السلوك، وأن اعتقاد الفرد بأنه يستطيع التحكم في أموره الخاصة والعامة، يسمح ذلك له بالاستمرار على قيد الحياة دون قهر ويتمتع بحياته ومن ثم يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها". (بن زاهي منصور وآخرون، 2012، ص 25)

ويرى رونر وآخرون (rohner, 1980) أن مركز التحكم هو "اعتقاد الفرد بان لديه قدرة على السيطرة في الأحداث والأفعال الخاصة بحياته الشخصية يسمى بموقع الضبط الداخلي في حين يرتبط اعتقاد الفرد في أن ليس له القدرة على السيطرة في الأحداث والأفعال الخاصة بحياته بموقع الضبط الخارجي". (ذكريات عبد الواحد محمد البرزنجي، 2010، ص 31).

كما يعرفه والتر (walter, 1981) بأنه "الدرجة التي يعتقد عندها الفرد أنه يمارس عملية الضبط الذاتي ويشعر بمسؤوليته عما يحدث له باعتباره نتيجة لتصرفاته وتحكمه بها، وهذا هو الضبط الداخلي مقابل الضبط الخارجي حيث يرجع الفرد النتائج (سلبياتها وإيجابياتها) إلى خارج نطاقه الشخصي. (صالح بن سفير بن محمد الخثعمي 2008، ص 28).

ويعرف مركز الضبط أيضا بأنه مدى اعتقاد الفرد بقدرته على أداء سلوك معين بنجاح، وهو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرة على الانخراط في سلوك ما. (هناء احمد محمد شويخ، 2012، ص 67).

وعندما يدرك الفرد أن التعزيز يتبع بعض أفعاله الخاصة ولكنه لا يعتمد كلية على تصرفاته وسلوكه الشخصي، فإنه يدركه نتيجة للحظ أو القدر أو الآخرين الأقوياء أو أنه غير قابل للتنبؤ بسبب التعقيد الكبير للقوى المحيطة به، وعندما يفسر الحدث بهذه الطريقة من قبل الفرد فإننا نسمي هذا الاعتقاد في الضبط الخارجي، أما إذا أدرك الفرد أن الأحداث تتوقف على سلوكه الخاص و سماته الشخصية الدائمة، فإننا نسمي هذا اعتقادا في الضبط الداخلي. (عيادي نادية، 2009، ص 67).

من خلال التعاريف السابقة يظهر مركز الضبط في جانبيين وهما المعرفة والسلوك ويعبر عن مدى اعتقاد الأفراد بقدرتهم على التحكم في طبيعة النتيجة سلبية كانت أم إيجابية، وكيفية إدراكهم للعلاقة السببية بين السلوك والنتيجة حول كونهم قادرين على التحكم في النتائج المترتبة بسلوكاتهم ويتحملون

مسئولياتها في ضل الموقف الذي تحدث خلاله أو أنها تخضع لقوى خارجية مسؤولة عن تلك النتائج بغض النظر عن كونها تابعة لسوكاتهم أو مستقلة عنها.

2- أبعاد مركز الضبط:

يعتبر ظهور مركز الضبط داخلي _ خارجي للتعزيز على انه متغير أحادي البعد، وأنه عامل واحد على متصل كما يقيسه روتر **Rotter**، حيث كان محل انتقاد من قبل الكثير من الباحثين الذين أجرو العديد من الدراسات على هذا المفهوم، وعززت هذا المفهوم دراسة فيرز (Phares, 1975)، وفرانكلن (Franklin, 1963) وعدة دراسات أخرى لتلاميذ روتر، وعلى النقيض من ذلك وجدت دراسات أخرى كدراسة مايرلز (Mirls, 1970)، ودراسة شوايتزر (Shweitzer, 1973) أن مركز التحكم متعدد الأبعاد، وأرجعت ليفنسون (Levenson, 1972) والتي استخدمت مقياس روتر للضبط داخلي _ خارجي للتعزيز إلى التعريف الواسع للضبط الخارجي الذي يشمل الأفراد الذين يعتقدون في الحظ والصدفة والقدر والآخرين الأقوياء.

كما جاءت دراسة أخرى للوفونسون (Levenson, 1983) لتبين التناقض في الدراسات التي استخدمت مقياس الضبط داخلي _ خارجي لروتر، لتوسع مفهوم الضبط الخارجي الذي يشمل الأفراد الذين يعتقدون في الحظ، الصدفة والقدر والأقوياء الآخرين، ولذلك وضعت مقياس لوجهة الضبط فرقت فيه بين الضبط الخارجي عن طريق الآخرين، الاعتقاد في الغيبيات كالصدفة، الحظ والقدر معتمدة في ذلك على إعتقاد الفرد في العالم قابل للتنبؤ ولكن قوى خارجية هي التي تتحكم في سير الأحداث. (بشير معمرية، 2009، ص 20-21)

وفق هذا المنظور يقسم الأفراد تبعاً لدرجة تقبلهم للمسؤولية الشخصية عن نواتج أو مترتبات الموقف خلال طرفين متباعدين هما الضبط الداخلي والضبط الخارجي، حيث يعتبر مفهوم الضبط الداخلي والخارجي للتعزيز أحد التوقعات المعقدة، فمدى اعتقاد الفرد أنه يستطيع السيطرة على ما يحدث

لهيكن أن يشار إليه بأنه اعتقاد بالسيطرة الداخلية على التعزيز، فيما يشار إلى الاعتقاد بسيطرة الحظ أو

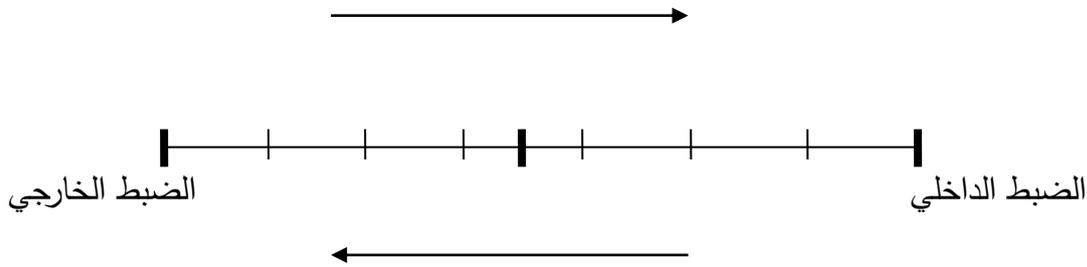
القدر أو الآخرين على أنه اعتقاد بالسيطرة الخارجية على التعزيز. (شفيق ساعد، 2019، ص195)

ويرى ماك كونيل (Mc Connel,1997) أن مركز الضبط ينقسم إلى فئتين فئة التحكم

الداخلي، فئة التحكم الخارجي ". (خنفر، 2014، ص27)

وتبعاً لذلك فالأفراد ينقسمون إلى فئتين بناء على مفهوم الضبط، وفيما يلي توضيحاً لفئتي مركز

الضبط.



الشكل (01): توزيع الأفراد في مصدر الضبط

1-2 فئة مركز الضبط الخارجي **Lieu de control externe**: وهم الأفراد الذين يعتقدون

بأن الأحداث التي يعيشونها ليست نتيجة سلوكياتهم وخصوصياتهم الذاتية، بل نتيجة الصدفة، القدر،

الحظ، وهي تتعدى تحكّمهم وأقوى منهم. (خطار، 2001، ص 72)

2-2 فئة مركز الضبط الداخلي **Lieu de control interne**: وهم أفراد يعتقدون بقدرته على

التحكم الذاتي في سلوكياتهم والنتائج المترتبة عنها وإمكانية التأثير في الأحداث والسيطرة عليها. (الزروق

فاطمة الزهراء، 2015، ص 16)

من خلال ما ذكر في أبعاد مركز الضبط نلاحظ أن الأفراد ينقسمون إلى فئتين يختلفون في عملية

إدراك سلوكياتهم و نتائج المترتب عنها، حيث يعزو أصحاب الضبط الداخلي أن كل ما يصيبهم من نجاح

أو فشل، يرجع إلى تقصير من أنفسهم وأنهم قادرون على التحكم في مصيرهم، عكس أصحاب الضبط

الخارجي الذين يعززون كل ما يصيبهم سواء كان سلبي أو إيجابي إلى قوى خارجية كالحظ والصدفة، وأنهم غير قادرين على التحكم في مصيرهم، وبما أن مرضى القصور الكلوي يندرجون ضمن إحدى هاتين الفئتين، كان حريا بنا أن نتطرق إلى هذا المتغير الذي يعتبر مهم لفهم طريقة إدراكهم لمرضهم.

3- سمات وخصائص الأفراد ذو الضبط الداخلي - الخارجي:

بعد التطرق إلى مفهوم مركز الضبط وأبعاده، وجد أن الأفراد يختلفون في طريقة إدراكهم لنتائج سلوكياتهم أو المواقف التي يتعرضون لها في مختلف مجالات الحياة، حيث نجد أن الأفراد ذو ضبط داخلي لديهم القدرة على تحمل مسؤولياتهم، عكس أصحاب الضبط الخارجي الذين يعززون كل ما يصيبهم من فشل أو نجاح إلى أسباب خارجة عن نطاقهم كالحظ والصدفة، فإن ذلك لا بد ان يعكس فروق هامة في سمات وخصائص كل فئة.

3-1 سمات وخصائص فئة ذوي الضبط الداخلي:

قام (رشاد عبد العزيز موسى، 1991) بتلخيص أهم السمات الشخصية لهؤلاء الأفراد فيما يأتي:

- سمات عقلية: مستوى ذكاء مرتفع، قدرة عالية على الإبداع والابتكار، كفاءة ذهنية عالية.
- سمات نفسية: تشمل ثقة عالية بالنفس ، مستوى مرتفع من الثبات الانفعالي ، أقل قلقا واكتئابا مع درجة عالية من الطموح والتوافق النفسي.
- سمات ارادية: قدرة عالية على الصبر والجد، قوة الإرادة والقدرة على تحقيق أهداف محددة.
- سمات اجتماعية: القدرة على التفاعل في المواقف الاجتماعية والتعاون مع الآخرين والتأثير عليهم واستخدام الأساليب القيادية والقدرة على تحقيق مستوى اجتماعي مرتفع وتكوين علاقات اجتماعية. (شفيق ساعد، 2019، ص 196)

كما لخص (صلاح محمد أبو ناهية، 1987) أهم الخصائص الذي يتميز بها أفراد فئة الضبط الداخلي والتمثلة في:

- البحث والاستكشاف للوصول إلى المعلومات، ثم استخدام هذه المعلومات بفعالية في الوصول إلى حل المشكلات التي تعترضهم في البيئة.
 - القدرة على تأجيل الإشباع ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم.
 - المودة والصدقة في علاقاتهم مع الآخرين.
 - العمل والأداء المهني حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذين يعملون فيه والبيئة المحيطة بهم كما أنهم أكثر اشباعا ورضا عن عملهم.
 - التحصيل والأداء الأكاديمي، حيث تبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي وأساليبهم في حل المشكلات، كما أنهم أكثر تفتحاً ومرونة في التفكير وأكثر إبداعاً ، وأكثر تحملاً للمسائل والمشكلات العامة.
 - الصحة النفسية والتوافق النفسي، فهم أكثر احتراماً للذات وأكثر قناعة ورضا عن الحياة وأكثر اطمئناناً وهدوءاً وأكثر ثقة بالنفس وأكثر ثباتاً انفعالياً، وأقل قلقاً، وأقل اكتئاباً، وأقل إصابة بالأمراض النفسية. (صلاح محمد أبو ناهية، 1987، ص 185)
- وبضيف (يعقوب، 2002) أن ذوي مركز الضبط الداخلي:
- كثرة حذرهم وانتباههم للنواحي المختلفة التي تزودهم بمعلومات مفيدة لسلوكهم المستقبلي.
 - أخذهم خطوات تتميز بالفاعلية والتمكن لتحسين حال بيئتهم.
 - يضعون قيمة كبيرة لتعزيزات مهاراتهم ويكونون أكثر اهتماماً بقدراتهم وبفشلهم أيضاً.
 - يقاومون المحاولات المغرية للتأثير عليهم. (يعقوب ناي ونافذ رشيد، 2002، ص 80)

2-3 سمات وخصائص فئة ذوي الضبط الخارجي:

يتصف أفراد الضبط الخارجي بكونهم أقل ثقة في أنفسهم وطموحا وإرادة وكونهم أكثر سلبية ومجاعة للأحداث وبأسا ومللا من الحياة ويتجلى ذلك في عدة مظاهر سلبية عامة وقلة المشاركة والاعتماد على الآخرين في إنجاز الأعمال. (أبو ناهية، 1989، ص 60)

ويمتاز هؤلاء الأفراد بالسلبية العامة، وقلة المشاركة، وضعف الإنتاج، وقلة المشاركة في التفاعلات الاجتماعية الشخصية، وانخفاض درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله الخاصة، كما أنهم يتصفون بالاستسلام والانهازامية، ويربطون التبعيمات التي يحصلون عليها بالعوامل الخارجية، حيث يعزرون النجاح أو الفشل إلى عوامل الصدفة، والحظ والقدر، ويتصفون بعدم القدرة على مقاومة الضغوط، وعدم القدرة على تأثير في الآخرين. (المحمدي، 2004، ص 31).

ومنه فإن هذه الفئة يعتقدون أن مصادر النجاح والفشل تكمن خارج ذواتهم وأنهم يخضعون في تسيير شؤونهم لقوى خارجية وبأنهم لا يملكون القوة لتغيير الأمور وقام (روتر، 1966) بتحديد ثلاثة قوى أساسية لتفسير هذا الاعتقاد تتمثل في:

- **الحظ أو الصدفة:** حيث يعتقد الفرد أنه لا يمكن التنبؤ بالأحداث كونها مرهونة بالحظ أو الصدفة.
- **قوة الآخرين:** الاعتقاد أن الآخرين يملكون السيطرة على الأحداث وأنه لا يمكن التأثير عليهم.
- **القدر:** حيث يعتقد الفرد أنه لا جدوى من محاولة تغيير الأحداث كونها مقدره سلفا. (شفيق ساعد،

2019، ص 197)

وأضاف (يعقوب، 2002) أن أصحاب مركز الضبط الخارجي يتسمون بـ:

- سلبية عامة وقلة في المشاركة والإنتاج.
- يرجعون الحوادث الإيجابية أو السلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي.

- يفتقرون إلى الإحساس بوجود قدرة داخلية.
 - تتخفف لديهم درجة الإحساس بالمسئولية الشخصية عن نتائج أفعالهم عن نتائج أفعالهم الخاصة.
- مما سبق ذكره فإن أفراد ذوي الضبط الداخلي يتميزون بمرونة في تعاملهم مع مواقف الحياة، ونجدهم أكثر توافقاً نفسياً، وأكثر التزاماً في شتى مجالات الحياة، وهذا يساعدهم على تخطي الأزمات بنجاح، وهذا نتيجة اعتقادهم بأن كل ما يصيبهم من فشل ونجاح يخضع إلى مسؤوليتهم وأنهم يتحكمون في كل مجريات حياتهم، عكس أصحاب الضبط الخارجي، حيث نجدهم أكثر اضطراباً، وأقل تفاعلاً في المجتمع، وأقل التزاماً، ويتصفون بالاستسلام وانهازمية، نظراً لضعف إمكانياتهم في التعامل مع مختلف المواقف التي تعترضهم في حياتهم، وهذا نتيجة لطريقة إدراك كل ما يصيبهم يخضع لقوى خارجية.

4- نظرية التعلم الاجتماعي:

ليس من قبيل الصدفة أن محاولة روتر **Rotter** لتفسير السلوك الإنساني توصف بأنها نظرية تعلم اجتماعي، فكلمتا تعلم واجتماعي تدلان على موقفه النظري فالتأكيد على التعلم يحمل في طياته الافتراض القائل بأن كثيراً من السلوك يحدث في بيئة مليئة بالمعاني، ويكتسب من خلال التفاعل الاجتماعي، فالفرد يطور القدرة على اقتفاء أثر المكافئة وتجنب العقاب في سياق اجتماعي واسع، وكل هذا جاء في الملاحظة التي قالها روتر **Rotter** "إنها نظرية تعلم اجتماعي لأنها تؤكد على أن أشكال السلوك الإنساني الأساسية يجري تعلمها في المواقف الاجتماعية وهي تلتحم بصورة لافكك فيها مع الحاجات التي يتطلب إرضاؤها توسط أشخاص آخرين". (حسين حجاج، 1986، ص 189)

حيث أن كل الأفراد لديهم حاجات يسعون إلى تحقيقها في خضم تفاعلهم مع بيئتهم الاجتماعية التي توفر لهم الإحساس بالأمن والانتماء ومجال لتحقيق الذات وبلوغ مستوى من التوافق والتوازن النفسي ، ومن خلال مختلف الممارسات السلوكية في مفهومها الواسع الذي يشمل الممارسات الصحية والتي

تكون سبب في الحصول إما على المكافآت كالتمتع بالصحة الجيدة والسلامة الجسدية أو على عقاب كنتيجة لها والوقوع في المرض، تلعب البيئة الاجتماعية دورا أساسيا في تدعيم هذه السلوكات السليمة وتغيير السلوكات الغير مرغوبة في طابع اجتماعي يسوده التفاعل بين الفرد والبيئة.

يرى **باندورا Bandura** أن السلوك الإنساني ومحدداته الشخصية والبيئية تشكل نظاما متشابكا من التأثيرات المتبادلة والمتفاعلة، وأن السلوك لا يتأثر بالمحددات البيئية فحسب ولكن البيئة هي جزئيا نتاج معالجة الفرد وإدراكه لها، وأن الأفراد ليسوا ممارسين لردود الأفعال فقط بل إنهم قادرون على التفكير والابتكار وتوظيف العمليات لمعالجة الأحداث والوقائع البيئية، كما أن الأفراد يمكنهم اكتساب أنماط سلوكية حتى في غياب التعزيز من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين والنتائج المترتبة عنها، وكذا أنماط تفاعلهم مع المتغيرات والمثيرات في البيئة، وهنا يركز **باندورا Bandura** على آلية التعلم بالملاحظة أو الإقتداء بالنموذج والتي تتأثر بعدة عوامل بعضها ترجع إلى الفرد الملاحظ كالعمر الزمني والاستعداد العقلي وإتجاهته نحو النموذج، وبعضها راجع إلى النموذج كأنماطه الاستجابية أو المحددات الموقفية ومدى توافق الاستجابة مع القيم السائدة ومحددات التفاعل القائم بين الفرد والنموذج. (**فتحي مصطفى**

الزيات، 2004، ص 362 365)

من خلال نظرة باندورا للتعلم الاجتماعي فإن السلوكات الصادرة من الفرد كإجابة لمختلف المثيرات الناجمة عن تفاعله مع الآخرين في بيئته، لاتخضع للبيئة وحدها بل أن كيفية إدراك الفرد وتعامله مع بيئته وفعاليته الذاتية يساهم في تحديد إستجابة لها، كما أن السلوك الإنساني يمكن أن يمارس ليس كنتيجة للتعزيز ولكن عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وهو ماسماه التعلم بالملاحظة أو الإقتداء بالنموذج وأن عملية التعلم هذه تخضع لتأثير مجموعة من العوامل بعضها راجع للفرد والبعض الآخر إلى النموذج.

إلا أن نظرية روتر **Rotter** تختلف عن نظريات التعلم الأخرى في تأكيدها على الجمع بين ثلاث اتجاهات رئيسية في علم النفس وهي السلوك **Behavior**، المعرفة **Cognition** والدافعية **motivatin** بالإضافة إلى السياق الاجتماعي **Social text** الذي يحدث فيه التعلم. (حسين حجاج، 1986، ص 186) كما عكست هذه النظرية تأثيرا واضحا بنظريات التعلم الإرتباطي القائم على التعزيز واستخدام التعزيزات الموجبة أو السالبة في التنبؤ بالسلوك، كما أضافت إلى معدلات التنبؤ مفهوم التوقع فضلا عن دور المعرفة والإدراك القائم على الموقف المركب الذي يحدث فيه التعلم. (فتحي مصطفى الزيات، 2004، ص 338)

وفي إطار نظريته في التعلم الاجتماعي اقترح روتر **Rotter** فكرته الأساسية عن وجهة الضبط **Lieu de control** على الافتراضات الأساسية التالية:

- أن الأفراد يحاولون جاهدين الوصول إلى أهدافهم وتحقيقها، ليس بسبب طبيعة هذه الأهداف ولا حتى بسبب رغبة داخلية قوية تدفعهم إلى تحقيق هذه الأهداف، ولكن بسبب التعميم التوقعي القائم على أن محاولاتهم سوف تكفل بالنجاح.

- أن الأفراد الذين يعتقدون أن بإمكانهم التحكم في التعزيزات التي يتلقونها نتيجة التحكم في سلوكهم، حيث تختلف أنماطهم السلوكية التي تصدر عنهم عن أولئك الذين يعتقدون أنهم محكومون في سلوكهم بالحظ أو الصدفة أو الآخرين. (فتحي مصطفى الزيات، 2004، ص 354)

من خلال ما جاء به روتر **Rotter** نرى أن التوقع المعمم للنجاح يعزز محاولات الفرد للوصول إلى تحقيق أهدافه، كما أن الأنماط السلوكية الصادرة من الأفراد تختلف باختلاف معتقداتهم حول المصدر المتحكم في التعزيزات والتي على أساسها قسم مركز التحكم إلى مركز تحكم داخلي وخارجي.

كما يرى باندورا **Bandura** أن الأفراد يملكون معتقدات تمكنهم من أن يمارسوا ضبطا قياسييا أو معياريا لأفكارهم ومشاعرهم وأفعالهم، وهذا الضبط القياسي يمثل إطار معياري للسلوكيات التي تصدر عنهم من حيث مستوى ومحتوى هذه السلوكيات، وهذه المعتقدات تشكل نظاما ذاتيا لترميز الأحداث، ويصبح السلوك نتاج التفاعل المتبادل بين النظام الذاتي للفرد والتأثيرات الخارجية للمحددات البيئية. (فتحي مصطفى الزيات، 2004، ص 354)

5- المفاهيم الأساسية في نظرية التعلم الاجتماعي:

يرى روتر **Rotter** بأن نظرية الاجتماعي حاولت الدمج بين نظريتين هما النظرية السلوكية والنظرية المعرفية، حيث تركز الأولى على الارتباط بين المثير والاستجابة والتعزيز، بينما تركز الثانية على العمليات المعرفية كالإدراك والفهم والتفكير. (محمد سليمان بني خالد، 2009، ص 422)

وقدمت النظرية متغيرات أساسية تساهم في فهم أفضل للسلوكيات التي يتم تعلمها وهي:

5-1 إمكانية السلوك **behavior potential** :

هذا المفهوم النسبي يشير إلى احتمال قيام الإنسان بالاستجابة بطريقة ما، مقارنة بأنماط السلوك البديلة المتاحة، ومفهوم السلوك وحده مفهوم واسع حيث يتضمن أنماط السلوك التي يمكن ملاحظتها مباشرة وكذلك السلوك الغير ظاهر.

ويعرف روتر **Rotter** إمكانية السلوك بأنها "القدرة الكامنة لأي سلوك يحدث في أي موقف من المواقف، أو في أكثر من موقف كما هو محسوب بالنسبة لأي شكل أو مجموعة أشكال من التعزيز". (علي حسين حجاج، 1986، ص 191)

إن اختيار الفرد لسلوك محدد لا يخضع فقط لتأثير الموقف المثير وخصائصه وإنما يتأثر كذلك بإختياره الواعي لسلوك ما عن بقية السلوكيات المحتملة والمتاحة له، وذلك نتيجة لإدراك الفرد الخاص

للوضعية وتصوره لها في ضل إمكانياته المدركة وخبراته السابقة في التعامل مع الوضعيات المشابهة أو ذات صلة.

5-2 التوقع Expectancy :

يعرفه روتر **Rotter** بأنه "الإحتمالية التي يضعها الفرد بأن التعزيز يحدث كوظيفة للسلوك المحدد، والذي يقوم به الفرد في موقف معين أو عدة مواقف، والتوقع أمر مستقل عن قيمة التعزيز السابق أو أهميته". (علي حسين حجاج، 1986، ص192)

كما تلعب التوقعات دورا أساسيا في إتباع سلوكيات محددة لأنها مقرونة بنتائج تؤدي إلى إشباع حاجات الفرد وتحقيق أهدافه من هذه السلوكيات.

والتوقع كمفهوم ضمن نظرية التعلم الاجتماعي هو احتمال ذاتي وخاص بالفرد وله محددان:

- الاحتمالية القائمة على تاريخ الشخص في مجال التعزيز بما في ذلك عوامل الحداثة والنمذجة، وإدراك ذلك بطبيعة صلة الوصل السببية بين السلوك والتعزيز.

- تعميم التوقعات من سلاسل السلوك والتعزيزات الأخرى ذات العلاقة المعممة. (سعيد

قارة، 2014، ص16)

ولهذا فالتوقع يتعلق بإمكانية التنبؤ بمكافئة عند القيام بسلوك معين في وضعية ما، ويكون في

صيغة احتمال لإمكانية ظهور التعزيز.

5-3 قيمة التعزيز reinforcement value :

قيمة التعزيز تعبير نسبي يشير إلى أن الإنسان يفضل شيئا ما على شئ آخر، وقيمة التعزيز

لاتحدد أبدا بصورة مطلقة وإنما تحدد بالنسبة لمجموعة من البدائل المحتملة، ويعرفها روتر **Rotter** بأنها

"درجة تفضيل الفرد ورغبته في الحصول على تعزيز ما إذا كانت فرص حصول التعزيز الأخرى

متساوية". (علي حسين حجاج، 1986، ص192)

تشير قيمة التعزيز إلى النتيجة المنظرة حيث يمكن تحديد قيمة التعزيز من خلال مدى ارتباطه بالتوقع، حيث أن التعزيز يقوي التوقع، كما أنه ليس الضرورة أن ما يكون معزز لفرد ما أن يكون معززا لفرد آخر، وما هو إيجابي في موقف معين قد لا يكون كذلك في ظروف أخرى.

4-5 الموقف النفسي Psychological Situation :

ويقصد به المحيط والبيئة النفسية التي يستجيب ضمنها الفرد والتي تحدد تصورات الفرد، فالموقف له عدة معان باختلاف الأفراد، وهذه المعاني تؤثر في الاستجابة، ويرى روتر **Rotter** بأن المؤشرات العقدة لكل موقف ترتفع وتبرز في توقعات الأفراد لنتائج التعزيز وتسلسلها.

ويعتقد روتر **Rotter** أن الأفراد في وضعية مستمرة من الاستجابة لمحيطنا الداخلي والخارجي، وهذا ما يقصد به الوضعية النفسية لأن الأفراد يستجيبون بناء على إدراكهم الذاتي للوضعية الخارجية. (بومعزوز نسيمه، 2009، ص 133)

كما أنه لا يمكن النظر إلى السلوك وتحليله بعيدا عن الإطار الذي يتم فيه، فالطريقة التي يرى بها الفرد الموقف وإعطائه معنى سيكولوجي تؤثر على كل من قيمة التعزيز والتوقع، كما تؤثر على القدرة الكامنة لحدوث سلوك ما، حيث يرى روتر **Rotter** أن التفاعل بين الفرد وبيئته وإمكانية التنبؤ بسلوكه لا تتم بدون وصف ملائم للبيئة أو المواقف التي يحدث فيها كما يدركها الفرد والمعنى الذي تكتسبه لديه. (علي حسين حجاج، 1986، ص 201).

6- العوامل المؤثرة في مركز الضبط:

باعتبار مركز الضبط أحد متغيرات الشخصية فإنه يخضع لتأثير مختلف العوامل المتداخلة والمتفاعلة بين الفرد وبيئته، والتي تساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في تكوين وتثبيت معتقدات الفرد وإدراكه للعلاقة السببية بين السلوك والنتيجة ومصدر التعزيز، ونذكر منها مايلي:

تعتبر الأسرة المجال الذي تنمو فيه شخصية، وتشكل الوجود الاجتماعي فهي تمارس ميكانيزمات التنشئة المتمثلة في الاستجابة لأفعال الأبناء بالثواب والعقاب والمشاركة في المواقف الاجتماعية، والتوجيه الصريح للأبناء يؤدي إلى تكوين وتقوية مفهوم الذات لديهم وقدرتهم على تحمل المسؤولية وميلهم إلى تحليل عناصر المواقف وإزالة الغموض عنها، حيث تلعب الأسرة دورا كبيرا خاصة أثناء مرحلة الطفولة من خلال تقديم النماذج والتعزيزات التي تساهم في نمو مصدر ضبط داخلي للأبناء.

(Schweitzer, 2002, p231)

كما أظهرت كل من دراسة كراندل وآخرون (Krandel & al 1956) وسيجال (Sigal, 1974) وتويكي (Twiki, 1976) أن الضبط الداخلي ينمو حيث يكون الحب والدعم والتشجيع الوالدي بالإضافة إلى التدريب على المهارات المختلفة في سن مبكرة والتشجيع على الإستقلالية، في حين ينمو الضبط الخارجي حيث يكون الإهمال وقلة التوجيه والنقد اللاذع والسخرية والرفض. (عليوة سمية، 2007، ص21)

يؤكد كل من ولسون ورامي (Wilson & Ramey, 1972) أن الأفراد الذين يعتقدون في التحكم الداخلي هم في الغالب من أسر تتسم بالحب والديمقراطية والنظام والمعايير المستقرة، في حين أن الأفراد الذين يعتقدون في التحكم الخارجي يصفون آباءهم ببالغون في عقابهم بدنيا وإنفعاليا ويحرمونهم من حقوق كثيرة. (بشير معمرة، 2009، ص114)

كذلك هناك دراسة صلاح الدين أبو ناهية (1989) حول العلاقة بين مركز التحكم والمعاملة الوالدية التي أجراها على طلاب الجامعة بقطاع غزة من خلال تبيين أن الطلاب والطالبات ذوي مركز الضبط الداخلي كانوا يعاملون من أوليائهم بأساليب التقبل، التمرکز حول الأبناء والاندماج الإيجابي، أما الطلبة من ذوي الاعتقاد في مركز التحكم الخارجي فقد كانوا يعاملون بأساليب الرفض والإكراه ولديهم

مشاعر الإحساس بالذنب بالإضافة إلى التحكم العدوانى والقلق الدائم، التباعد والسلبية والانسحاب.(بشير

معمرية،1995،ص 121-122)

لا يمكن إنكار دور الأسرة كونها المحرك الرئيسى للتفاعل القائم بين الأفراد الذين ينتمون لها، كما أنها أولى مؤسسات التنشئة الاجتماعية ويتخذها الفرد أساسا لتفاعله مع المجتمع والبيئة، كما تساهم أساليب التعامل التي ينتهجها الأولياء مع الأبناء في تكوين شخصيتهم بنائهم المعرفى، فنجد أن الأساليب التي تتسم بالحب والمشاركة والمساعد على تحقيق الذات دون فرض قيود تعطي مجال للفرد كي يكون أكثر فعالية وقدرة على التحكم وبالتالي ينمو لديه اعتقاد في الضبط الداخلى، وعلى نقيض ذلك نجد أن الأساليب التي تتسم بالرفض والعدوان وفرض قيود أمام النمو السليم لشخصية الطفل تعزز لديه المشاعر السلبية تجاه الذات والبيئة مما يساهم في تكوين الاعتقاد في الضبط الخارجى.

6-2 السن:

مع تقدم نمو الأطفال وزيادة نضجهم المعرفى تتطور قدراتهم المعرفية في إدراك العلاقة السببية بين ما يقومون به من جهود وما يحصلون عليه من نتائج.

حيث إشارة بعض الدراسات كدراسة بنجا (Pinja,1974) ودراسة لاو (Lao, 1974) أن مركز الضبط يتأثر ويتغير باختلاف مراحل العمر، فالضبط الداخلى يبدو منخفضا في مرحلة الطفولة ثم يزداد مع التقدم في العمر في وصولا إلى مرحلة المراهقة والشباب ثم مرحلة الرشد.(صلاح الدين أبوناهاية،1987،ص89)

وهو ما أثبتته دراسة ريكمان وماليوسكير (Rykman&malioski,1975) باستخدام مقياس لوفونسون متعدد الأبعاد على عينة من الأفراد في سن 21 إلى 79 حيث تبين استقرار الاعتقاد في الضبط في مرحلة وسط العمر في السن 30 إلى 40 سنة، حيث تبين أن مجموعة الشباب الجامعي كانت أقل إعتقاد في الضبط الداخلى من كل المجموعات التي شملتها الدراسة على الرغم من ان هذه

الفروق لم تصل لمستوى الدلالة في مجموعة المسنين من 70 إلى 79 سنة.(صلاح الدين أبو ناهية،1987، ص187- 188)

كما أوضحت دراسة رونهر وآخرون (Ronher& al, 1980) ان الضبط الداخلي يزداد بدلالة إحصائية بزيادة التقدم في السن، حيث أن الأطفال الذين يدركون أنهم متقبلون من خلال العلاقة بالوالدين ينمو لديهم الضبط الداخلي في سن 9 إلى 11 سنة، في حين أن الأطفال الذين يدركون أنفسهم على أنهم منبوذون لا يحدث لديهم أي تغيير بالنسبة لأقرانهم في نفس السن.(عليوة سمية،2007،ص21)

ويقول **بياجيه Piaget** أن الأبنية المعرفية للفرد وهي تلك الخصائص المنظمة للتفكير تتغير مع العمر ونتيجة تفاعل الفرد مع البيئة، ومن الواضح أنه كلما نمت الفرد كان تفاعله مع البيئة أكثر خصوصية وثراء وبالتالي تطورت خصائص تفكيره وذكائه ونمت خبراته بشكل أسرع.(إبراهيم الشيباني،2000، ص29)

تبدأ علاقات الفرد بالتوسع تدريجيا بدءا بالأسرة أثناء مرحلة الطفولة حيث يكتسب القواعد الأساسية الضابطة للسلوك والمعتقدات السائدة في مجتمعه ويكون في مرحلة تعلم، ومع تقدم الفرد في العمر تزداد خبراته ومعارفه بتوسع مجال تفاعله إلى خارج الأسرة بحيث يصبح الفرد أكثر وعي بالمواقف وأكثر قدرة على تحليلها والتعامل معها بناء على ما تم اكتسابه سابقا، حيث تبدأ معتقدات الفرد كونه من ذوي الضبط الداخلي بالاستقرار أثناء مرحلة الشباب إلى أن تستقر نهائيا في مرحلة الرشد وتستمر إلى مرحلة الشيخوخة.

6-3 الجنس:

كشفت نتائج البحوث التي تطرقت إلى متغير الجنس في دراسة الضبط الداخلي _ خارجي عن بعض التضارب بشأن تأثير الجنس في وجهة الضبط.

منها دراسة زيرقا وآخرون (Zerg& al, 1976) التي شملت 541 تلميذ من التعليم الثانوي مستخدمين مقياس روتر **Rotter**، وبينت النتائج أن الإناث أكثر ميل للضبط الخارجي من الذكور الذين كانوا أكثر ضبط داخلي من الإناث وكان الفرق بينهما دالا إحصائيا، حيث توأمت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة ستريكلان و هيلي (**Strikland&Haly, 1980**) باستخدام نفس المقياس على عينة من الطلبة الجامعيين وأظهرت الطالبات ضبطا خارجيا مرتفعا مقارنة بالطلاب الذكور وكان الفرق دالا إحصائيا، وفي نفس الاتجاه بينت دراسة راو ومورهي (**Rao &Morhy, 1984**) على عينة من 540 طالب أن الإناث كن أكثر اعتقاد في الضبط الخارجي من الذكور. (بشير معمريّة، 1995، ص45) في حين توصلت دراسات أخرى إلى نتائج مخالفة للدراسات السابق حيث خلصت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مركز الضبط.

منها دراسة شاو هل (**Shaw hil, 1981**) على عينة من 221 طفل من الجنسين متوسط أعمارهم ثماني سنوات من طبقات مختلفة بتطبيق مقياس بيلر وكوسيل للأطفال، ومن النتائج هذه الدراسة أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الضبط الداخلي _ خارجي، كما توصلت دراسة بياجيو (**1984** **Buaggio,**) إلى نفس النتائج على عينة من طلبة الجامعة وأوضحت عدم وجود فروق بين الجنسين في مركز الضبط. (زايد نبيل، 2003، ص149)

أما في البيئة العربية توصل صلاح الدين أبو ناهية 1984 في دراسة حول علاقة مصدر الضبط ببعض متغيرات الشخصية منها عامل الجنس لدى تلاميذ الثانوية وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مركز الضبط. (عيزوزي ربيع، 2001، ص50) ونرى أنه قد أستخدم متغير الجنس في الكثير من الدراسات للكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في عدد كبير من السمات، إلا أن الدراسات التي تطرقت إلى تأثير متغير الجنس في مركز التحكم لم تعطي نتائج تثبت ذلك، حيث نجد أن نتائج بعض الدراسات خلصت إلى وجود فروق دالة بين

الجنسين بعكس دراسات أخرى لم تصل نتائجها إلى إثبات وجود فروق بين الجنسين في مركز التحكم، حيث يمكن أن يرجع وجود الفروق أو عدمها غير مرتبط بمركز الضبط بحد ذاته في ظل متغيرات أخرى كالتنشئة الاجتماعية والثقافة الخاصة بالمجتمع المعني بالدراسة، كما أن هذه الدراسات لم تستخدم نفس المقياس في الكشف عن الفروق وعليه فإن تأثير متغير الجنس يبقى مقرونا بالكثير من المتغيرات المتفاعلة الفاعلة في مركز التحكم.

4-6 مفهوم الذات:

وجد كل من هوروكس وآخرون (Horrocks&all) أن مركز التحكم يرتبط ببعض العوامل والمتغيرات الاجتماعية والنفسية منها مفهوم الذات، كما وجد كينس وآخرون (Kenis& all) أن الأفراد ذوو تقدير ذات عالي يميلون إلى تكوين صورة إيجابية لذاتهم وينسبون مسؤولية النجاح إلى أنفسهم عكس الأفراد ذوو تقدير ذات منخفض. (خداوي أسماء، 2015، ص144)

كما قام بلاك (Bellak, 1972) بدراسة العلاقة بين تقدير الذات ومركز التحكم لدى عينة من طلاب علم النفس بالجامعة وتوصل إلى أن الطلبة والطالبات الذين يحصلون على درجات عالية في إختبار مفهوم الذات هم أكثر تحكماً داخلياً من الذين تحصلوا على درجات منخفضة في إختبار مفهوم الذات، وقد وجد بارون وجانز (Baron & Gans) أن هناك اختلاف بين فئتي التحكم الداخلي - خارجي في مفهوم الذات، حيث وجد أن فئة التحكم الداخلي لديهم مفهوم ذات ووعي بذواتهم أفضل من فئة التحكم الخارجي. (محمد أحمد الدسوقي، 1988، ص 215-216)

وأظهرت دراسة دوكلت وولك (Ducelt&Walk, 1983) أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يتصفون بارتفاع تقدير الذات والشعور بالمسؤولية والمثابرة والفعالية والقدرة العقلية في حل المشكلات والقدرة على استخدام الحقائق والمعلومات بعالية، في حين أن الأفراد ذوي الضبط الخارجي يتميزون

بانخفاض قوة الذات وعدم الشعور بالطمأنينة والأمان والكبت وضعف القدرة على استخلاص الحقائق والمعلومات واستخدامها بفعالية في مواجهة المشكلات. (شهرزاد محمد شهاب، 2010، ص11)

كما تشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين مركز الضبط ومفهوم الذات حيث ان ذوي مفهوم ذات منخفض يميلون إلى عزو مصادر الضبط إلى القوى الخارجية كما أنهم يشعرون بالفشل ويدركون المكافئة المعطاة لهم بأنها ناتجة عن الصدفة والحظ وليس نتيجة أعمالهم وجهدهم. (عبد العزيز مصطفى، 1996، ص419)

ومما سبق فإن مفهوم الذات يعتبر من السمات الأساسية المكونة لشخصية الفرد وهي مرتبطة بالفعالية الذاتية والقدرة على الأداء وكيفية إدراك الفرد لنفسه على أنه يملك القدرة على التحكم، حيث نجد أن الأفراد ذوي مركز تحكم داخلي يتميزون بمفهوم ذات مرتفع مما يجعلهم يعتقدون في قدرتهم على التحكم في نتائج سلوكياتهم ويتحملون مسؤوليتها، وعلى عكس ذلك نجد أن الأفراد ذوي مركز تحكم خارجي يتميزون بمفهوم ذات منخفض حيث يرتبط بنقص الفعالية والدافعية ويعتقدون في عدم قدرتهم على التحكم في نتائج سلوكياتهم وأنها تخضع لتحكم قوى خارجية.

6-5 العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

تعددت الدراسات التي أكدت العلاقة بين مركز التحكم والعوامل العرقية، والسوسيواقتصادية، فقد أشار روتر **Rotter** إلى دراسة فرانكلين (Franklin, 1963) حيث توصل إلى أن الأشخاص الأكثر تحكما داخليا ينتمون إلى فئات سوسيواقتصادية راقية، كما والك **Walk** إلى أن الوضعية والمحيط القاسي يجعل الفرد خارجي التحكم عكس المحيط الملائم والمريح لأن التحكم الداخلي يرتبط بالتوافق والرضى. (عزوز إسمهان، 2009، ص24)

كما يرى علي محمد ديب 1987 أنه كلما كان المستوى الاجتماعي الاقتصادي للفرد مرتفعا كلما كانت توجهاته داخلية الضبط، وكلما كان منخفضا كلما كانت توجهاته خارجية الضبط، ويتبين من خلال

نتائج دراسة روهنر واخرون (Rohner & al) أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المستوى الاقتصادي ومركز التحكم لدى الأطفال. (أحمدي علي، 2013، ص 83)

كما أثبتت دراسة (محمد المومني وأحمد الصمادي، 1994) والتي هدفت بدورها إلى تقصي أثر الجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي في مفهوم الذات ومركز التحكم لدى المعاقين حركيا بالأردن النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الذات ومركز التحكم تعزى إلى المستوى الاقتصادي لصالح الدخل المرتفع، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن ذوي الدخل المرتفع والمتوسط هم غالبا من الموظفين وذوي مستوى علمي عالي حيث يعتمدون على أنفسهم في توفير متطلبات الحياة، وكما هو معروف بأن ذوي التحكم الداخلي يمتازون بالاستقلالية، ويركزون على مهاراتهم وقدراتهم الخاصة، وكذلك القدرة على التأثير في الحياة الاجتماعية ومقاومة الضغوط والعمل على تحقيق المزيد من النجاح. (المومني والصمادي، 1994، ص 46-48).

من خلال ما سبق فإن للعوامل الاجتماعية والاقتصادية دورا في تبني مركز الضبط، وحسب ما أشارت إليه الدراسات ان الأفراد الذين يمتازون بمستوى اجتماعي واقتصادي مرتفع يتسمون بمركز ضبط داخليين والعكس كلما كان المستوى الاجتماعي والاقتصادي متدني كان توجهه خارجي.

6-6 الاختلافات الثقافية بين المجتمعات:

تبين من نتائج دراسات عديدة أن هناك فروقا بين الجماعات في مصدر الضبط تعود إلى الاختلافات الثقافية، سواء بين المجتمعات المتباينة أو بين الثقافات بين الثقافات المتنوعة داخل المجتمع الواحد.

ففي دراسة لماهler (Mahler, 1980) على عينات أمريكية وألمانية ويابانية من تلاميذ المرحلة الثانوية، تبين أن هناك فروقا دالة إحصائية بين العينات الثلاث في مركز الضبط، حيث كان الأمريكيين أعلى في الضبط الداخلي من الألمانين واليابانيين، كما وجد هسيا (Hsieh, 1969) أن أبناء الصينيين

الذين ولدوا في الولايات المتحدة الأمريكية ووصلوا إلى التعليم الثانوي كانوا أكثر اعتقاد في الضبط الداخلي مقارنة بنظرائهم من الصينيين المولودين في الصين والمقيمين بها.

وفي دراسة بارلينج وفانشف (Barling&Franchan, 1978) حول الفروق في مركز التحكم بين عينات من الذكور والإناث ينتمون لثقافات مختلفة من جنوب إفريقيا، ودلت النتائج على وجود فروق بين هذه العينات، حيث أن مركز الضبط الداخلي كان لصالح الثقافات التي تخدم القيم التي تركز على الأصالة الشخصية، مثلما يحدث في دول غرب أوروبا. (بشير معمرية، 2009، ص115)

7- تعريف مركز الضبط الصحي:

يعتبر مركز الضبط الصحي من المتغيرات ذات أهمية كبيرة في مجال علم النفس الصحي، وقد تم التطرق إليه من طرف العديد من الباحثين والمهتمين في هذا المجال. حيث عرف هذا المفهوم تطور كبير في مجال الصحة السلوكية، ولقد توصلت دراسات أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول صحته، أي بمفهومه حول مصدر صحته **Health Locus of Contro**. (عثمان يخلف، 2001، ص 90) ويتضمن مفهوم مركز الضبط الصحي مفهوم التربية الصحية وتنمية معتقدات الفرد حول أن صحته أكثر احتمالية أن تكون داخلية التحكم وبالتالي إدراك الفرد لمسئوليته تجاهها، بعكس ذوي التحكم الخارجي والذين يعتقدون بأن صحتهم يتحكم بها ذوو النفوذ من الأطباء والممرضات أو عوامل أخرى كالحظ والصدفة والقدر. (عليوة سمية، جبالي نور الدين، 2014، ص 134)

وقد عرفه والستون (wallston,1978)"على انه الدرجة التي يعزو من خلالها الشخص نتائجه الصحية الشخصية لأفعاله وتصرفاته أو أنها نتاج قوى الآخرين أو الحظ والصدفة". (Pau Grande,2000, P74)

ويعرف أيضا على أنه: "اعتقاد الفرد أن حالته الصحية تتحدد من خلال عوامل داخلية أو خارجية،

وهو أيضا مستوى الضبط المدرك على النتائج المرغوبة". (هدية فؤاد، 1994، ص232)

وحسب قلين (Gleem) فتعرفه بأنه: "درجة اعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية فعلى نحو نموذج تقدير مدى قبول أو معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من التعبيرات مثل: أنا المسؤول المباشر فيما يتعلق بصحتي، أشخاص آخرين يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي. (أسهان عزوز، 2015، ص 63)

يعرف ساندرز وسولز (Sanders & Suls, 1989) مصدر الضبط الصحي بأنه يمثل درجة اعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها سواء عن طريق عوامل داخلية أو خارجية. (شفيق ساعد، 2019، ص 209)

بناء على ما سبق فإن مركز الضبط الصحي يعبر عن معتقدات الفرد نحو الصحة والمرض، وكيف يدركونه، حيث يعتقدون أصحاب الضبط الصحي الداخلي أن صحتهم تقع على عاتقهم ولا تتدخل فيها أي قوى خارجية، بينما يعتقدون أفراد الضبط الخارجي أن صحتهم تخضع لعوامل خارجية كأصحاب النفوذ مثل الأطباء والأسرة أو إلى الحظ والصدفة والمكثوب.

8- أبعاد مركز الضبط الصحي:

يشير مفهوم مركز الضبط عامة الذي جاء به روتر (Rotter, 1966) إلى كيفية إدراك الأفراد لمدى قدرتهم على التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكياتهم. وهم بذلك ينقسمون إلى نوعين من الأفراد ذوو مركز تحكم داخلي (Lieu de Control Interne) يعتقدون بقدرتهم على التحكم الذاتي والتأثير على الأحداث والسيطرة عليها. وأفراد ذو مركز تحكم خارجي (Lieu de Control Externe) يعتقدون بأن عملية التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكياتهم تخضع لقوى وعوامل خارجية كالحظ وتأثير ذوي السلطة والنفوذ. (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص 16)

وطبقت لوفنسون (Lovenson, 1972) سلم روتر على عينات مختلفة لتسلط الضوء على بعض النقائق وقد اقترحت نموذج لقياس مركز التحكم الصحي يضم ثلاثة أبعاد كما يلي:

(L) **Linternnalité** : الداخلية وتحتوي عناصر تنطوي على الاعتقادات ذات المصدر الداخلي.

(E) **Externallité** : الخارجية والتي تجمع بين عناصرها ما يحدث بالصدفة، القدر والحظ،

والأشخاص الأقوياء. ويفترض نموذج لوفنسون (Lovenson, 1972) أن العوامل الداخلية والخارجية

هم اعتقادات مستقلة نسبياً، واعتماداً على النتائج التجريبية بداية الثمانينات لعدة باحثين منهم

ليفكورت (Lefcourt, 1981) يؤكدون أن مركز التحكم متعدد الأبعاد، حيث أن هذا النموذج ميز بين

شكليين من العوامل الخارجية هي:

(P) **Personnag puissants**: الأشخاص الأقوياء ويسود فيه الاعتقاد بأن الأشخاص ذوي القوة

والمكانة العالية يسيطرون ويتحكمون في الأحداث.

(C) **Chance** : الحظ ويسود فيه الاعتقاد بأن الأحداث الحياتية هي تحت تأثير الصدفة.

إلا أن بعد الأشخاص الأقوياء يتكون من اعتقادات وتوقعات واقعية منسقة فيما بينها عكس

الاعتقاد في الحظ والذي يقتضي معتقدات ومصادر عشوائية غير متناسقة وأحداث غير متوقعة.

(Schweiter, 2002, P 238-240)

وحسب مقياس الذي أعده والستون وزملائه (Wallston & al, 1978) والذي يقيس معتقدات

الأفراد حول صحتهم، فقد اتصف المقياس بثلاثة أبعاد كالتالي:

البعد الداخلي لمركز الضبط الصحة: ويعبر عن مدى اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن صحته أي

مصدر صحته داخلي ويرجع أساساً إلى عوامل داخلية، وبالتالي مسؤولية صحته تقع على عاتقه.

بعد ذوي النفوذ لمركز الضبط الصحة: ويشير إلى اعتقاد الفرد بأنه غير مسؤول عن صحته أي

أن مصدر صحته خارجي ويتحكم فيه ذوي النفوذ من أطباء وأفراد الأسرة والأصدقاء.

بعد الحظ لمركز الضبط الصحة: اعتقاد الفرد بأن صحته أو مرضه يحدث بمجرد الصدفة أو سوء

الحظ أو القدر. (عثمان يخلف، 2001، ص 93)

والملاحظ لما سبق فان الباحثين قدموا تقسيمين لهذا المفهوم (مركز ضبط صحة داخلي، ومركز ضبط صحة خارجي)، ويتسم ذوو الضبط الصحة الداخلي من خلال ما قدمه الباحثين أنهم مرنين وأقوياء في تصديهم للضغوط وخاصة في مجال الصحة والمرض حيث يعتقدون أن مسؤولية صحتهم تقع على عاتقهم ولا وجود للصدفة مما يساعدهم على تقبل كل ما يصيبهم في صحتهم، على عكس ذوي ضبط الصحة الخارجي والذين يعتقدون أن صحتهم تخضع لعوامل خارجية لا يستطيعون التحكم فيها، وتتمثل هذه العوامل في بعدين هما: بعد ذوي النفوذ والذين يعتقدون بأن صحتهم تقع على عاتق الآخرين كالعاملين في مجال الصحة وغيرهم، بينما أصحاب البعد الثاني والمتمثل في الصدفة أو الحظ أن كل ما يصيبهم في صحتهم من سلامة أو مرض يرجع إلى الحظ أو الصدفة.

9- خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي:

لمركز التحكم الصحي الداخلي تأثير إيجابي مباشر على الصحة البدنية والنفسية وتبني نمط أو أسلوب حياة صحي، حيث يتميز الأفراد في فئة التحكم الصحي الداخلي بتقدير ذات مرتفع وانخفاض درجة العصبية والقلق والعدوانية في مقابل زيادة الرغبة في الإنجاز والرضا الوظيفي، كما أنهم يتميزون بصحة بدنية جيدة ويستخدمون إستراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل، بينما يتمتع الأفراد ضمن فئة مركز التحكم الصحي الخارجي للأقوياء والحظ بعواطف سلبية قوية كالاكتئاب والعدوانية وارتفاع درجة القلق وعدم الرضى الوظيفي، كما أنهم يستخدمون إستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال، كما أن للتحكم الصحي الخارجي تأثير مباشر على الصحة الجسدية والانفعالية. (Schweitzer, 2002, P 241)

كما أشارت " فيروز phares" إلى أن لكل فئة داخلية أو خارجية مزايا ومساوئ حيث إن ذوي الضبط الداخلي لا يتصفون كلهم بالفعالية والتفوق، لأن البعض منهم يكونون متصلبين وقاسين أخلاقيا أو محاصرين بمشاعر الفشل والخوف من الإحباط وخيبة الأمل ويواجهون مشكلات الحياة بانفعال مبالغ فيه

إنهم لا يتعاملون مع الآخرين الذين يكونون في حاجة إلى المساعدة لأنهم يعتقدون أن الشخص الذي يواجه المتاعب لا بد وأنه السبب في تلك المتاعب وكذلك بالنسبة لذوي الضبط الخارجي فليدهم مهاراتهم النوعية التي لا تتوفر لدى داخلي الضبط , فهم يعتقدون أن الحصول على التعزيز يحدث بشرط أن يكون في الوقت المناسب والمكان المناسب, وأن تكون محظوظا. (بوالليف أمال،2010،ص27)

ومن خلال ما تم التطرق إليه فإن ذوي الضبط الصحي الداخلي يتسمون بخصائص مرنة ما تأهلهم للتعامل مع مختلف الأزمات الصحية بمرونة عالية، وهذا ما يساعدهم على التكيف مع مرضهم والالتزام بكل ما يتطلب منهم سواءا طبيا أو وقائيا، عكس ذوي الضبط الصحي الخارجي الذين يبدون خصائص أقل مرونة في التعامل مع الضغوط خاصة الصحية، ويرجع كل هذا إلى طبيعة اعتقاداتهم بأن كل ما يصيبهم يرجع إلى عوامل خارجية أو الحظ.

10- علاقة مركز الضبط الصحي بالأمراض المزمنة:

أثبتت العديد من الدراسات في هذا المجال ان هناك علاقة بين مركز الضبط الصحي ومواجهة الأمراض المزمنة وهذا نظرا لطبيعة نوع المركز الذي يتبناه المريض، حيث يرى أصحاب الضبط الصحي الداخلي أنهم مسؤولين على كل سلوكياتهم الصحية، حيث يرى (Kachooei & Afsahi,2019) أن المرضى الذين لديهم مركز ضبط داخلي عن المعلومات ويعتبرون أنفسهم مسؤولين عن الحفاظ على صحتهم الجسدية أو تحسينها، ويتخذون التدابير اللازمة لتحسين صحتهم ونجد الأبحاث المتعلقة بارتفاع ضغط الدم أن المرضى الذين لديهم مركز ضبط داخلي يكونون أكثر ثباتا في مراقبة النظام الطبي وأخذ الأدوية مقارنة بالمرضى الذين لديهم مركز ضبط خارجي، وبشكل عام اشارت الدراسات إلى أن مركز الضبط الصحي أحد المؤشرات الصحية لتخطيط برامج التنقيف الصحي ويعتبر بمثابة بناء للإدراك والتنبؤ بالسلوكيات المتعلقة بالصحة. (قينان ايمان،2022، ص 277)

كما أشارت دراسة كريست وآخرون سنة 1998 في نتائجها الى أن هناك علاقة طردية بين الضغوط وعدم تحملها، وسوء التوافق واليأس في المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي لدى المصابين بالايذ. (نورالدين جبالي، 2007، ص 23)

حيث تشير كذلك الكثير من الدراسات أن شعور الفرد بالقدرة على التحكم لا يعمل فقط على التخفيف من خبرة الضغط الذاتية، ولكنه يؤثر في النشاط البيوكيميائي الحادث في مواجهة الضغط، فاعتقاد الفرد بأنه قادرا على التحكم بالمثير المسبب للضغط، كشدّة الضجيج أو الاكتظاظ يرتبط بانخفاض في مستوى الكاتيكولامين، أكثر مما لو كان لدى الفرد اعتقاد بأنه لا يستطيع التحكم به، كما أيضا اتضح أيضا أن الشعور بالضغط يؤثر في أنظمة المورفينات الذاتية، فالدراسات أثبتت أن الأشخاص الذين يقعون تحت تأثير الضغط، ويدركون بأنهم يستطيعون ممارسة التحكم على الأحداث الضاغطة يظهر لديهم ارتفاع في مستوى المورفينات الذاتية (شيلي تايلور، ص ص 430-431)

كما أكدت دراسة لسبرولس (Sproles, 1977) أن مرضى غسيل الكلى ممن يتمتعون بضبط داخلي كانوا أكثر معرفة بحالتهم وأكثر طلبا للحصول على معلومات وكانوا أكثر استعدادا لحضور حصص تثقيفية من الذين لديهم ضبط خارجي. (أسمان عزوز، 2015، ص 81)

وفي دراسة أخرى هامة اجراها كل من سيمن وسيمن (Seeman & Seeman, 1983) حول العلاقة بين مركز الضبط الصحة و الميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية أظهرت نتائجها أن ذوي التحكم الخارجي هم أقل استعدادا وميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية :

- كمراجعة الطبيب.
- وإجراء الفحوص الطبية الدورية.
- وإتباع القواعد الصحية التي يوصي بها الطبيب أو المستشار الصحي.
- وأقل تفاؤلا فيما يخص نجاح علاج يستفيدون منه.

- ويعتقدون بأنهم أقل صحة من ذوي التحكم الداخلي.

بينما كان ذوي التحكم الداخلي أكثر ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية والعناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية وإجراءات صحية أخرى يتخذونها بثلاثة أضعاف من ذوي التحكم الخارجي. كما أكدت نتائج هذه الدراسة بأن سلوك التدخين يرتبط ببعد التحكم الخارجي للصحة. (عثمان يخلف، 2001، ص

(96)

ومنه فإن مصدر الضبط الصحي يلعب دورا هاما في مساعدة الفرد على التخطي أزماته وخاصة المرضية منها، فمن خلال ما تم التطرق إليه في الدراسات السابقة نجد أن الأفراد الذين لديه مركز ضبط صحي داخلي يتصفون بالمرونة في ممارستهم لحياتهم اليومية مما يساعدهم على التكيف بسرعة مع مرضهم، ويسارعون في شفائهم، عكس ذوي التحكم الخارجي إذ أنهم لا يعطون أهمية كبيرة لسلوكياتهم خاصة بعد اصابتهم بمرض، وهذا نتيجة لمعتقداتهم حول الإصابة بالمرض، حيث يعتقدون ان كل ما يحيط بهم وأن اصابتهم أو شفائهم تكون خاضعة لقوى خارجية كالحظ أو أصحاب النفوذ.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل نستخلص أن مركز الضبط الصحي انطلق من مفهوم مركز الضبط الذي جاء به روتر **Rotter** والذي يعبر أساساً عن معتقدات الفرد حول مصدر التحكم في نتائج سلوكياته المتعلقة بصحته، حيث يميز أصحاب مركز الضبط الصحي الداخلي بصحة جيدة وذلك نتيجة لإدراك مسؤوليتهم تجاه نتائج سلوكياتهم المتعلقة بالصحة والمرض مما يجعلهم أكثر دافعية على ممارسة سلوكيات صحية في حالة الخلو من المرض وأكثر التزاماً في حالة الإصابة بالمرض عكس الأفراد ضمن وجهة الضبط الصحي الخارجي والذين يتميزون بضعف الدافعية والرغبة بممارسة السلوكيات الوقائية والالتزام بتوجيهات الطبيب نتيجة لاعتقادهم بأن الصحة والمرض يخضعان لـتحكم عوامل خارجية كالأقوياء والحظ، بالإضافة إلى أن مركز التحكم الصحي يخضع لتأثير مجموعة من العوامل الداخلية الخاصة بالفرد والتي تساهم في تشكيل إحدى وجهتي الضبط الصحي لديهم.

الفصل الرابع: الالتزام العلاجي

تمهيد:

يعد الالتزام العلاجي **l'observances thérapeutique** من المواضيع التي وجه له الاهتمام في مجال الصحة بصفة عامة، خاصة في السنوات الأخيرة مع كثرة انتشار الأمراض النفسية والعضوية (خاصة الأمراض المزمنة منها) التي تتطلب نظام علاجي دائم. حيث نجد بعض المرضى يتبعون القواعد الأساسية التي ينصح بها الأطباء ويحترمون مواعيد إجراء الفحص وتناول الأدوية واحترام الحمية...الخ. في حين نجد البعض الآخر منهم لا يحترمون توصيات الأطباء بشكل تام أو لا يتبعون النظام الغذائي المطلوب لمرضهم وهذا ما يدعى بسوء الالتزام الصحي، والذي يعد من اعقد المشكلات التي يواجهها العاملون في مجال الصحة بشكل عام، مما يؤدي بالمرضى إلى سوء الحالة الصحية أو انتكاس المرض...الخ، وكل هذا تتدخل فيه مجموعة من العوامل والمحددات إضافة إلى إتباع نماذج نظرية معينة للوصول إلى الالتزام العلاجي، وهذا ما سنتطرق إليه بالتفصيل في هذا الفصل.

1-تعريف الالتزام العلاجي:

1-1 لغة: من الفعل امتثل يمتثل، أي طبق واتبع الشيء، أي عمل على فعله.

الالتزام أو الامتثال أو الانضباط **compliance** كلمة انجليزية، يعرف قاموس أكسفورد **new oxford dictionary of English**: "بأنها حالة أو حقيقة الاتفاق أو تلبية القواعد أو المعايير".

(the new...(NODE).1998,p120)

أما الامتثال في الفيزياء فله معنى خاص: "خاصية المادة للخضوع لتشوّه من عند التعرض لعمل قوة ما". وفي الطب لها معنى ثانوي: "يتمثل في قدرة العضو على التمدد استجابة للضغط الممارس" (رفيقة لكل، 2011، ص40).

أما قاموس **la rousse (1990)** فان الكلمة تشير " إلى مدى إتباع التعليم، عادة السلوك والتقييد بقواعد توجيهية". (**la rousse, 1990 ,P340**)

وتشير أيضا كلمة **la compliance** إلى " الالتزام بوصفة أو قانون أو الامتثال لقاعدة سلوكية أو دينية. (**Gormie et Karoubi, 2007, P 955**)

كلمة **compliance** لا وجود لها في الفرنسية وتترجم إلى: **servilité، acquiescement،** **compliance،** **conformité، alliance، concordance، fidélité، adhérence...** الخ وهذا يختلف نوعا ما عن المعنى الطبي للكلمة، لهذا اقترح الأطباء الفرنسيون ترجمة الكلمة بـ"**observance**".

والتي يعرفها **Le petit rabert** بـ"عملية الالتزام بعادة أو ممارسة قاعدة ما من الناحية الدينية، الطاعة (للحكم أو القاعدة) وهذا قريب من الاستعمال الطبي للكلمة (**Alain bottéro,2002, P 9**).

وللاقترب من المعنى الاصطلاحي يجب أن ننتقل إلى معجم المصطلحات الطبية حيث يرد في قاموس **lexion of psychiatry, neorology and neuroxiences** التعريف التالي للالتزام: "درجة

تزامن وتوافق سلوك الفرد مع التوصيات الطبية (Alain bottéro, 2000, p19).

أما في اللغة العربية فنجد عدة مصطلحات ومعاني مقابلة للكلمة منها: الانضباط، الامتثال، الانصياع، الملائمة...، وقد اخترنا مصطلح الالتزام لما يحمله من دور للمريض في العملية العلاجية، باعتباره مشاركا وحتى لا نقع في السلبية والخضوع أي أن المريض له دور في العملية العلاجية.

1-2 اصطلاحا:

لقد وضع العلماء للالتزام العلاجي عدة تعاريف، وذلك من خلال تركيزهم على إحدى جوانب الالتزام، فمنهم من ركز على تناول الأدوية، في حين رأى البعض الآخرين التركيز يكون في إدراك كل توجيهات الطبيب ووجوب إتباعها وليس فقط للأدوية مثل الجرعة اليومية ومدة العلاج المتفق عليها، و لكن أيضا جوانب أخرى منها إتباع الحمية الغذائية، إتباع تعليمات الطبيب، ممارسة النشاط البدني، الحفاظ على مواعيد الزيارات الطبية بانتظام (السيرورة العلاجية)، وهذا ما أدى إلى اختلاف التعاريف، ويمكن عرض مجموعة من التعاريف التالية لتوضيح الالتزام الصحي أكثر:

تعرفه "المنظمة العالمية للصحة" **organisation mondiale de la santé (OMS)** على انه: "درجة التوافق بين سلوك الفرد في اخذ الدواء وإتباع الحمية الغذائية، تبني نمط حياة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية وإتباع التعليمات والإرشادات الطبية" (oms, 2003, p3).

يعرف (haynes et al 1979) الالتزام: "بمدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية والطبية، من حيث تناول الأدوية وإتباع الحمية أو تغييرات أخرى تخص نمط الحياة" (Anthony James) .(cuits,2001, P 77).

يعرفه (baudier) (1994): "الالتزام الصحي في مجال الصحة هو حقيقة الامتثال للقواعد التي يضعها

المختصين في الصحة وإتباع إرشاداتهم الطبية". (رفيقة لكحل، 2011، ص 41)

يعرفه "ميكائيل كارتر" (michael carter 2009): "الالتزام بأخذ الأدوية المعالجة بصفة منتظمة وفق

الجرعات الموصوفة والأوقات المحددة. فتناولها في غير وقتها قد يكون مضرا أكثر من عدم تناولها مع

إتباع حمية غذائية متوازنة". (http/www.msf.org.pas/as2016)

وعرفه "باترسون" وآخرون (paterson et al, 2000) "الامتثال أو الارتباط العلاجي يعني بالنسبة

للمريض متابعته لتناول الدواء الموصوف له امتثال علاجي جيد معرف بالنسبة للبالغين (الراشدين)

ب95% من الارتباط بالدواء الموصوف له. (H/chappuy et al, 2005,p94)

ومن التعاريف السابقة نستخلص أن هناك اختلاف في تعريف الالتزام العلاجي، فهناك من يعتبره التلاؤم

والانصياع لتعاليم الطبيب، وهناك من يعتبره الالتزام بأخذ الأدوية وإتباع الحمية الغذائية، إلا انه يمكن

القول أن الالتزام العلاجي هو: " قدرة المريض على إتباع العلاج وفقا للتوصيات الطبية". إلا أن الباحثين

حاولوا الربط بين الالتزام العلاجي وبين الطبيب المعالج والمريض والاتجاه به إلى تحقيق هدف واحد، وهو

الوصول بالمريض إلى بلوغ درجة الالتزام وإتباع معايير الأطباء من اجل الارتقاء بصحته جيدا.

2- العوامل المحددة للالتزام العلاجي:

هناك العديد من العوامل التي تتدخل في تحديد الالتزام العلاجي واحترامه، والتي تؤثر على المريض

لإتباع التعليمات الطبية التي تتماشى ومرضه.

فقد حددت المنظمة العالمية للصحة (WHO, 2003) العوامل المؤثرة في الالتزام العلاجي فيما يلي:

1-2 العوامل المتعلقة بالمريض: Les facteurs liés au patient

إن التصورات التي يحملها المريض حول مرضه تدخله في جو من عدم الراحة والأمان والذي يترجمه في سلوكيات أو مزاج مثل: القلق، الشعور بالذنب...الخ، لأن تواجهه في الوضعية الجديدة يعرقل السير العادي لحياته، أين يصبح تابع لأدوية علاجية وتوصيات طبية، وهذا ما يؤثر في درجة الالتزام الصحي للمريض.

إذ يعتبر المريض حجر الأساس في العملية العلاجية من أجل سيرورة جيدة للعملية العلاجية وتجنب المضاعفات السلبية للمرض، خاصة الأمراض المزمنة ويبقى المريض يعيش تجربة المرض ويتصورها بأسلوبه الخاص، إذ يعيش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها، تخضع خلالها لتمثلات المريض ونشاطاته ورغباته للتوتر وتعاد ملائمتها من قبل المريض نفسه، تبعا لهذه الوضعية التي تفرض عليه أدوارا اجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة. (نبيلة بوعافية وصهيب سامعي، 2016، ص 47)

حيث وجدت العديد من الدراسات رابطا مباشرا بين تقدير الذات (درجة الاستقلالية الاجتماعية) والالتزام العلاجي، بالمقابل الالتزام العلاجي أو الامتثال يمكن أن يتأثر في حالة إنكار المرض (La demi de maladie)، وهذه النقطة لوحظت خاصة عند المصابين بأمراض الدم الخبيثة، والعلاقة بين الالتزام الصحي ومستوى الذكاء أو التأهيل التربوي، لم تدرس إلا قليلا جدا في إطار الأمراض المزمنة، بالمقابل وجود اضطرابات سيكولوجية سلوكية تترافق دائما مع مشاكل الالتزام الصحي عند المرضى، وبالمقابل نستطيع أن ننتظر من المريض أن يكون أكثر امتثالا والتزاما، عندما يدرك انه مسؤول عن الأحداث التي تدور من حوله (alvin,2000,p p226 227)

ذلك لأن المرض يقتضي سيرورة اتجاه هذا الواقع الجديد قبل بدء العلاج وتناول الأدوية لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب، وإنما معتقدات المريض وانفعالاته وكذلك سوابقه، ومن أهم المشاكل

المطروحة والمؤثرة في الالتزام الصحي لدى المرضى مشكلة إنكار المرض من قبل المريض، مما يعني رفض العلاج وتناول الأدوية إذ أن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعاً من الاختلال واضطراب النشاطات مثلًا المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن النهائي، يحتاجون إلى ضبط حميتهم ومراقبة نظام غذائهم والمرضى الذين لا يتمكنون من إدخال خبرة المرض المزمن كخبرة ضاغطة ومؤلمة في معاشهم النفسي، يظهرون صعوبات تكيفي واضطرابات سيكولوجية، وهذا ما يؤدي إلى فشل إتباع علاجهم وحميتهم، أي أنهم لا يمتثلون ولا يلتزمون بالتعليمات الطبية، ولعل هذا يعود إلى تبني ميكانيزم الإنكار، حيث ينكرون وجود المرض رغم أن أعراضه واضحة ونتيجة ذلك لا يتمكنون من إدراك أعراض مرضهم ويظهر هؤلاء المرضى سلوكيات مرضية تزيد من شدة المرض، حيث يهمل المرض ذواتهم ولا ينتظمون في أغذيتهم وأحياناً يتناسون حتى الحصص العلاجية (حالات مرضى تصفية الدم)، كما أنهم يفشلون في تطبيق السلوك الصحي، الذي يسمح إذا ما تم إتباعه بتخطي المرض أو على الأقل تجنب مضاعفاته، (رزقي الرشيد، 2012، ص ص 61 62)

إذ يفترض نموذج السلوك الصحي (health behavior model): "أن العملاء الذين ينشغلون أكثر بصحتهم و يهتمون بها هم الأكثر امتثالاً للعلاج"، فيما يرى نموذج مركز "الضبط الصحي" (health of control model): "أن العميل الملتزم بالعلاج، هو الذي يعتقد بأنه المسؤول والفاعل للأحداث التي تعنيه، من جهة أخرى يلجأ عادة العملاء إلى استخدام إستراتيجية المواجهة coping stratégies، للتعامل مع وضعية المرضى ويختلف استخدام هذه الاستراتيجيات من فرد لآخر، خاصة إستراتيجية المواجهة نحو الانفعال المسماة بالإنكار، إذ دلت دراسة (aboutetal 1966)، أن أكثر من ثلث العملاء لا يقدرّون خطورة مرضهم، ويعتقدون أنهم ليسوا بحاجة إلى مجمل أساليب العلاج المقترحة. (عبد العزيز حدار، 2008، ص 49).

على ضوء ما سبق ذكره يتضح لنا أن العوامل الشخصية، التي تتمثل في مستوى الذكاء ونمط التفكير ودرجة الوعي، تؤثر في حالة إتباع النصائح والسلوكيات الصحية السليمة والفرد المريض إذا كان يتمتع بشخصية قوية ويتمتع بمستوى لا بأس به من الوعي الصحي، قد يتبع كل النصائح ويلتزم بالعلاج.

2-2 العوامل المتعلقة بالمرض والدواء:

يتأثر الالتزام الصحي بمعاونة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة الأخرى، فتصبح مسألة الالتزام العلاجي تحديا صعبا للمريض، يعيق شفاؤه ويحول دون تحسن حالته الصحية، وهنا يطرح في هذا السياق 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 المرض المزمن ومضاعفاته، وتعقيدات العلاج وأثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه. (شيلي تايلور، 2008، ص 58)

وبعض الدراسات التي أجريت للبحث عن العلاقة مع البداية القديمة للمرض، توصلت إلى نتائج جد متناقضة مع بعضها البعض، أيضا بالنسبة لدرجة خطورة المرض، بالمقابل إذا كان عدد الأدوية، لا تؤثر في الامتثال العلاجي فان هذا الأخير على علاقة قوية بعد تناول في اليوم الواحد، وينحط كلما زاد عدد تناول عن (2) مرتان في اليوم بالإضافة إلى تداخل الأعراض الجانبية للأدوية مع الالتزام العلاجي ليس ثابتا. فالتأثير السلبي ومساوئ الأعراض الجانبية يمكن أن يلاحظ، مثلا المرضى الذين تعرضوا لزرع الأعضاء يتناولون دواء **corticoids**، لكن هذا غير موجود عند آخرين تعرضوا للزرع أو مصابين بالسرطان. (جازية بزاري، 2012، ص 50)

ومنه فإن الالتزام العلاجي يتأثر بنوع المرض ومدته وكمية الدواء المتناولة في اليوم، حيث كلما كان المرض ذو خطورة كبيرة ويتطلب مدة طويلة للعلاج وهذا ما يتطلب تناول كميات كبيرة من الدواء، فإن الفرد تضعف رغبته للعلاج ويبيدي نفور للامتثال، وعصيان لأوامر الطبيب مما يجعله في خانة سوء الالتزام، وعكس ما سبق فكلما كانت خطورة المرض ضئيلة ومدته قصيرة وكمية الدواء المتناولة قليلة، فغن الفرد يبدي رغبة فالعلاج وهذا ما يساعده على الالتزام بكل ما يطلب منه.

2-3 العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية(العلاج):

هناك عدة عوامل تتحكم في سير العملية العلاجية، ومدى تقبل المريض لها ومدى امتثاله ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي:

2-3-1 المعارف المرتبطة بالعلاج:

إن المعرفة الجيدة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه، أو وجود تفاعلات بين العلاج والكحول أو الأغذية أو الأدوية الأخرى، التي قد يتناولها المريض في وقت واحد مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد للالتزام الصحي وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية(C. Bauer,2001,p16).

2-3-2 تعقيد النظام العلاجي:

تؤكد معظم الدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلبا على الالتزام الصحي، سواء من حيث تعدد الجرعات أو تعقيد طرق الاستخدام أو تعدد علاقات في وقت واحد. فقد أظهرت الدراسات إن عدم الالتزام الصحي يعادل 15%، عندما يقتصر العلاج على دواء واحد و 25% عندما يتكون العلاج من 02 إلى 03 أدوية و 35% عندما يفوق 05 أدوية، ويؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي وتعدد الجرعات العلاجية وكثرة مواعيدها يعتبر من ابرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الانضباط الصحي

لدى المرضى. وتبقى الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الالتزام والامتثال للعلاج صعبا، لكون مدة العلاج طويلة جدا قد تدوم مدى الحياة بالنسبة للبعض. (رزقي الرشيد، 2012، ص 64).

2-3-3 الاستشفاء:

عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى قلقين حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات، ويكون لديهم خلط و قلق حول ما يمكن أن يحدث لهم لدى إدخالهم إلى المستشفى، وعندما يخضع المريض لفحوصات تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر المريض بأنه محجوز في غرفته وعليه التكيف مع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب، وقد تبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى، عادة أعراض لاسيما القلق والكآبة، كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها، يمكن أن تسبب الأرق والكوابيس وانعدام التركيز بصفة عامة (شيلي تايلور، 2008، ص 511).

ولكن رغم هذا نجد أن المرض بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض التزامهم الصحي ولا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية والحمية الغذائية، إذ يؤكد **heedelberg et coll** أن 39% فقط من المرضى 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 ماكن بالمستشفى، أن 51% منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشر 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 المرض على علاجاتهم تقدر بـ 30% بعد انتهاء نفس الفترة وترتفع نسبة الانضباط خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية الدائمة (رزقي الرشيد، 2012، ص: 64)

2-3-4 تحسن الأعراض:

يؤثر النظام العلاجي على الالتزام الصحي أو تحقق الأثر العلاجي، في هذا الصدد يرى (**bayad et coll**)، إن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من

العلاج يجد العامل الأول للانقطاع عنه، و يؤكد **colis et al (2008)** في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي ويخضعن للعلاج الهرموني، أن تدهور الحالة الصحية العامة و درجة خطورة المرض وعدم تحسين الأعراض بالرغم من تلقي العلاج، عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج ونقص انضباطه، ومن جهة أخرى فان تحسن الأعراض وزوالها يدفع المرض إلى توقيف العلاج وعدم الانصياع والالتزام والامتثال لتعليمات الطبيب، وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض عن العلاج (بوعافية نبيلة وصهيب سامعي، 2016، ص 48).

2-3-5 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 أو عدم تقبله، وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج اغلب الأمراض المزمنة، ففي دراسة قام بها **tourette turgis** سنة 2000 عن الآثار الجانبية لعلاج مرض السيدا، اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج تشكل عاملا هاما لانقطاع مرض السيدا عن علاجهم.

كما أثبتت دراسة **levuthal (1986)** لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية، خاصة الغثيان والتقيؤ (رزقي الرشيد، 2012، ص 65).

2-4 العوامل الأسرية والاجتماعية والاقتصادية:

دور العائلة مهم جدا في التوازن العاطفي والسلوكيات بصفة عامة عند المريض ومن الواضح أن بعض أنواع العلاقات، تشكل عاملا لتحسين الامتثال العلاجي من خلال الانتظار الايجابي للنتائج من طرف الوالدين (العائلة بصفة عامة)، وتذكير الوالدين لمواعيد الدواء، بالمقابل دراسات كثيرة أثبتت التأثير السلبي لاختلال الوظائف العائلية (تعاملات، تواصل، تماسك) على الالتزام العلاجي، كما أن قلق الوالدين يستطيع أن يؤثر في الاتجاهين العلاجي حسب البيئة (جازية بزاري، 2011، ص 49).

إذ لوحظت صعوبات في الالتزام بالعلاج حينما يوجد مناخ غير سوي داخل الأسرة أو سوء تفاهم بين الأفراد والوالدين (عبد العزيز حدار، 2008، ص 48).

ومن كل ما سبق يظهر دور العائلة في اتجاه ذو حدين، إذا كانت العائلة تتميز بنوع من النضج الاجتماعي والوعي الصحي، قد تؤثر على مريضها بالإيجابي وشجعتة على إتباع النظام العلاجي، وإذا كانت العائلة تتميز بالإهمال واللامبالاة، قد تؤثر سلبا على إتباع المريض لتعليمها العلاجي.

أما بالنسبة للوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل، كلها عوامل تؤثر على الالتزام الصحي، فالوضع الاجتماعي للفرد أما يكون مساهما بإيجابية في التزامه الصحي وتقبله للعلاج، خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة، وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة وبحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي. (gauchet, 2008, p 36).

2-5 العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض :

نوعية العلاقة (طبيب-مريض) تحدد نوعية الالتزام الصحي والامتثال العلاجي والعوامل المرتبطة بعلاقة العلاج هي أكثر أهمية، لأنها لا تسمح بتحديد استراتيجيات تستعمل مباشرة من طرف الطبيب لتحسين الامتثال العلاجي، كما أثبتت عدة دراسات أن امتثال المرضى للعلاج والمواعيد خصوصا المراهقين منهم، متأثر جدا بدرجة الرضا بالنسبة للاستقبال للمعالجة وللتواصل في العلاقة الطبية. ومؤخرا أثبتت دراسات كثيرة اتفقت على أن المعاينة الطبية الجيدة (مواعيد مقترية الوقت، الانتباه أثناء المعاينة...الخ) تحسن الالتزام عند المرضى المراهقين على الأقل لوقت قصير (جازية بزري، 2011، ص 49).

كما انه من أسباب عدم الالتزام الصحي لدى المرضى ورفضهم للعلاج، عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وجد انه في 23% من الاستشارات لا يستطيع المريض من الانتهاء من الطرح أعراضه وبث شكواه للطبيب، حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، وفي 69%

من الحالات بوجه عام بعد اثنا عشر ثانية (12 ثا) من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب (شيلي تايلور، 2008، ص 61).

وفي تقرير المنظمة العالمية للصحة (WHO 2003) أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض والطبيب المعالج، والتي من شأنها أن تعزز عملية الامتثال للعلاج عند المريض وأنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في العملية العلاجية وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمريض، حول اختيار الحماية الغذائية ونظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المريض، وحول اختيار الوسائل العلاجية البديلة، إذن فالعلاقة طبيب /مريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى الالتزام الصحي خاصة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء التفاوض، وإشراك المريض في الخطة العلاجية، وشرح المرض أعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه، ومضاعفاته مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول، وهو ما يرفع من درجة الالتزام الصحي لديه وهو ما يقود في نهاية المطاف إلى تجنب النتائج السلبية لعدم الالتزام على الصعيد الاقتصادي والطبي وهو ما سناقشه في العنصر التالي (نبيلة بوعافية، صهيب سامعي، 2016، ص 50).

إذن فإن العلاقة بين الطبيب والمريض تؤدي دورا أساسيا في الالتزام الصحي والامتثال العلاجي، فوجود علاقة متميزة بين أفراد الرابطة العلاجية يساعد العمل على الالتزام بما يقوم له من توصيات طبية، فعدم وجود الثقة التامة اتجاه الطبيب، والعلاج الطبي لدى بعض المرضى قد يؤدي إلى عدم الانخراط في العملية العلاجية، على الرغم من كونهم قد التجأوا إلى الطب الحديث، وتمت معاينتهم وتشخيص أمراضهم ووصف الدواء لهم.

كما انه لوحظ وجود عوامل أخرى غير العوامل التي ذكرتها المنظمة العالمية للصحة (WHO,2003, p 65) تتدخل في تحديد الالتزام العلاجي، واحترامه وتؤثر على المريض لإتباع التعليمات الطبية التي تتماشى ومرضه ومن بين هذه العوامل ما يلي:

2-6 العوامل السوسيوديموغرافية: Socio Démographique

يرى Kaplan (1990) إن أغلبية الدراسات لم توفق في الحصول على وجود ارتباط بين الالتزام العلاجي والعوامل السوسيوديموغرافية للمرضى المتضمنة (السن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاجتماعي والاقتصادي) (Robert.m.et al,1993,p92).

2-7 العوامل المرتبطة بتعدد فترات المرض:

تعد الفترات التي تتدهور خلالها صحة المريض وتتفاقم حالته، عامل مخاطر لعدم الامتثال للعلاج بسبب شعوره بالإحباط واليأس، في غياب تحسن ملموس لحالته الصحية بعد إذعانه للعلاج، وما يزيد من رفض العميل هو التصعيد العلاجي بتكثيف تناول جرعات الدواء وتوقيفه، وتشديد نظام التغذية والحماية (عبد العزيز حدار، 2008، ص 52).

يتبين لنا من أن فترات تعدد المرض وأزماته قد تؤثر على عدم الالتزام الصحي، خاصة إذا كان الأمر يتعلق بالأمراض المزمنة والأمراض التي يتطلب علاجها مدة زمنية طويلة وعدم ظهور التحسن من خلال الدواء، أي المريض قد يسأم من العلاج ويصاب باليأس والإحباط من عدم ظهور نتائج ملموسة، فهذا يؤدي إلى توقف الدواء والحماية كما يتضح أيضا دور العائلة في مدى تقبلها للمرض أم لا، كذلك يؤثر على الالتزام الصحي والامتثال العلاجي للمريض (جازية بزاري، 2011، ص 50).

2-8 العوامل المتعلقة باستيعاب المرض والدواء:

إن الإدراكات الشخصية ونظم الاعتقادات أحيانا تؤثر في السلوكات أكثر مما يفعله الواقع الملموس أو الالتزام العقلانية لوضع ما، مثلا في حالة القصور الكلوي المزمن النهائي لكن هنا الأشياء ليست بسيطة

مثلاً: الوعي بدرجة العطب الشخصي أو درجة خطورة المرض، يمكن أن يعبر عنه بطريقة مختلفة حسب شدته من الخوف أو الشعور الشديد بالتهديد، يمكن أن يؤدي إلى حالة ارتباط أكثر منه إلى التحريض للالتزام الصحي والالتزام العلاجي، أيضا الوعي بفاعلية الدواء تظهر مستقلة عن الالتزام في بعض الدراسات التي أجريت على الشباب المصابين بأمراض الدم الخبيثة أو مرض الصرع فالأبحاث التي استعملت طرق نظرية للتكهن بالسلوك قد تسمح بتحديد من بين العوامل الذاتية تلك الحقيقية لتتكهن بالالتزام (Alvine, p 2000, p227).

فالعوامل المتعلقة بفهم واستيعاب المريض لمرضه وأهمية تناول الدواء، قد تؤثر على الالتزام العلاجي بالطريقة الحسنة، إضافة إلى إدراك الشخص ونظم اعتقاداته قد تؤثر في الامتثال للعلاج أم لا، حيث يكون تفكير المريض في درجة خطورة مرضه قد تولد له الخوف والتهديد وتصورات مرضية غير واقعية أو توهم بعض الأمراض التي لا يعاني منها في حقيقة اللاعقلانية تسيطر عليه وتعرقله على إتباع العلاج الملائم، فالالتزام العلاجي هو معيار إتباع المريض لتعليمات الطبيب المعالج من الدواء والانصياع للعلاج والالتزام بكل ما يتعلق بالمرض، وسبل العلاج تتدخل في عملية الالتزام والامتثال العلاجي العديد من العوامل والمخدرات السابقة الذكر، ولتحقيق هذه العملية لا بد من الأخذ بعين الاعتبار النظرة لهذه العوامل، فالعوامل الشخصية تحسن وتساهم في الامتثال العلاجي (عوامل متعلقة بالمريض) (جازية بزاري، 2011، ص 50-51).

إضافة إلى ما سبق ذكره، فإن كان للفرد درجة عالية من استيعاب المرض الذي يعاني منه، كلما كان له التزام علاجي أحسن، وإذا كان العكس انخفض التزامه العلاجي. وهنا كذلك نلمس دور الأسرة في تقديم السند لمريضها من خلال التخفيف عنه وحثه على ضرورة العلاج. وهذا إذا كانت العائلة تتميز بلغة الحوار في المنزل والتواصل، حيث إذا تحقق هذا التواصل فإنه سيعزز العلاقة الطبية الحسنة، التي تشجع على احترام مواعيد الفحص والاستعداد لإجراء التحاليل وتناول الدواء والالتزام بالحماية.

3- أسباب عدم الالتزام العلاجي:

يعد عدم الالتزام العلاجي من المشكلات السلوكية التي يعاني منها المرضى بكثرة، حيث يسبب لهم مخاطر صحية ونفسية، وهذا المشكل في بعض الأحيان يكون بأسباب داخلية للمريض نظرا للعديد من الأسباب، وفي الحين الآخر يكون لأسباب خارجية، كالأسباب الأسرية والاجتماعية وتصل في بعض الأحيان إلى القائمين على الرعاية الصحية، وهذا ما يؤدي إلى انصياع المريض وعدم الالتزام.

وقد لخص (كاميرون، 1996) أسباب عدم الالتزام العلاجي كالاتي:

- فهم المريض لنظام العلاج ومعرفة السلوكيات الصحية.
- نوعية التفاعل بين الطبيب والمريض ورضا المريض على العلاقة.
- الدعم الاجتماعي للمريض والعزلة الاجتماعية.
- المواقف الصحية للمريض، والمعتقدات الصحية.
- ميزات نظام الرعاية، مثل تعقيد النظام أو احتمال وسدة الآثار الجانبية للنظام.

وأضاف (أوميسون ووالكر، 2011) سلسلة من العوائق التي تؤدي إلى انخفاض الالتزام الصحي لدى

المرضى، وتشمل العوامل التالية:

- أخطاء وصف الأدوية غير الفعالة والأدوية.
- التكلفة.
- نسيان المرضى.
- الجرعة والجداول العلاجية المعقدة.
- الآثار الجانبية.
- سوء العلاقة بين المريض والطبيب.
- عدم إدراك الاستفادة من الأدوية.

- عدم وجود الكفاءة الذاتية والدافع (عبد الصمد صورية، 2020، ص ص 56-57).

ومن خلال هذه الأسباب المختلفة والمتعددة لسوء الالتزام العلاجي يمكن أن نقدر خطورته على صحة المرضى وخاصة مرضى القصور الكلوي نظرا لخطورة مرضهم، والذي يكون له تأثيرات مباشرة كتوهم الحالة الصحية وزيادة ظهور الأمراض وتطورها، بالإضافة للألم النفسي الذي يمكن أن يعانيه مع إمكانية الإصابة بالاضطرابات النفسية كالاكتئاب وغيره.

4- أنواع عدم الالتزام العلاجي:

هناك أنواع مختلفة من عدم الالتزام الصحي، ففيما يتعلق بالعملية المعرفية بالالتزام يمكن أن يقسم إلى:

4-1 عدم الالتزام غير المنتظم **non-observance erratique**: ويتعلق بنمط الحياة وظروف الحياة اليومية وتدخلاتها.

4-2 عدم الالتزام اللاواعي **non-observance inconsciente**: ويتعلق بإتباع الصفات والتعليمات الطبية، كالاستعمال الخاطئ للأدوية والأجهزة.

4-3 عدم الالتزام المتعمد **non-observance délibérée**: ويتعلق بإنكار المرض والخوف من الآثار الجانبية للأدوية ورفض الشروط المتعلقة بالأدوية (لكحل رقيقة، 2011، ص، 43).

من ناحية أخرى يمكن تصنيف عدم الالتزام حسب تردد اخذ الدواء من طرف المريض حيث يعتبر النسيان حالة عرضية بالنسبة للمريض المنتظم، اخذ الأدوية مجتمعة شائعة أيضا والتي تزيد لدى المريض الذي يقرر تعديل الوصفة الأولية مع حياته، فهو يحترم عدد من الأدوية التي تؤخذ يوميا دون اعتبار للوعي وتردد جرعات أخذها، مثل هذا السلوك قد يكون له أثار وخيمة على صحة المريض وفعالية الدواء

(جازية بزاري، 2011، ص ص 51-52).

التوقف الوتقي يتعلق أساسا بصعوبات متابعة اخذ الدواء، الذي يرتبط باقتناع المريض به وقبوله منذ البداية، هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في فهم الغرض من الدواء أو لا يرغبون أساسا في العلاج، قد يرجع هذا على سبيل المثال إلى الاكتئاب.

وأخيرا بعض المرضى يأخذون عدد اكبر من الأدوية المحددة من قبل الطبيب، هم نفس أنواع المرضى الذين يقررون وقت الدواء أو زيادة جرعات دواء آخر، ويستند هذا القرار على الآثار الجانبية والتحصينات المثبتة، والجدول التالي يبين خصائص كل نوع.

نوع عدم الالتزام	الخصائص
التوقف الكلي Arrêts définitifs	-أشد أنواع الالتزام حدة -الأكثر ملاحظة
التوقف الوتقي momentanés	-سلوك متعمد من المريض (مثلا خلال عدة أسابيع) -أكثر صعوبة للقياس من طرف الطبيب
النسيان oublis	-اللون الأكثر شيوعا وصعب الملاحظة من طرف الطبيب -معظم المرضى ينسون أدويتهم دائما أو أحيانا
الجرعات المجمعة Prix groupées	-سلوك اقل شيوعا -اخذ كل الأدوية على دفعة أو دفعتين يوميا بدل ثلاث مرات

جدول رقم(01):يبين أنواع عدم الالتزام الصحي حسب الدراسة الإكلينيكية

(لكحل رفيقة، 2011، ص44).

ومنه فإن عدم الالتزام العلاجي يمكن أن يكون بطريقة إرادية من طرف المريض كالتوقف الجزئي أو التوقف الكلي عن اخذ العلاج كتناول الدواء أو إتباع الحمية وهذا نظرا لصعوبة العلاج أو الحالة النفسية التي يكون عليها، ويمكن أيضا أن يكون خارج إرادته كالنسيان، فبالتالي المرضى يختلفون في سبب عدم التزامهم بالعلاج المناسب، ولكن لا يجب ان لا نغفل عن دور الأسرة في تأثيرها على تحديد نوع الالتزام الذي يجب أن يتصف به المريض حيث كلما كان هناك سند ومتابعة كلما كان هناك الالتزام منتظم.

5- النماذج النظرية المفسرة للالتزام العلاجي:

5-1 نموذج القناعة الصحية:

يعد النموذج الذي اقترحه " روزستوك " أول نموذج في مجال تفسير السلوك المرتبط بالصحة، ويقوم هذا النموذج على فكرة أن الالتزام بممارسة السلوك الوقائي يرتبط بمقدار ما يمكن أن يجنيه الفرد من فوائد يتوقع أن تعود بالإيجاب على صحته، ولهذا فإن عملية الدخول في نشاطات سلوكية صحية معينة تمر أولا بتحديد سلبيات وإيجابيات هذه النشاطات لتقدر من خلالها احتمالات الوقوع في مشكلات صحية، فيختار الفرد بعدها إما تنفيذ ذلك النشاط وإما التخلي عنها.

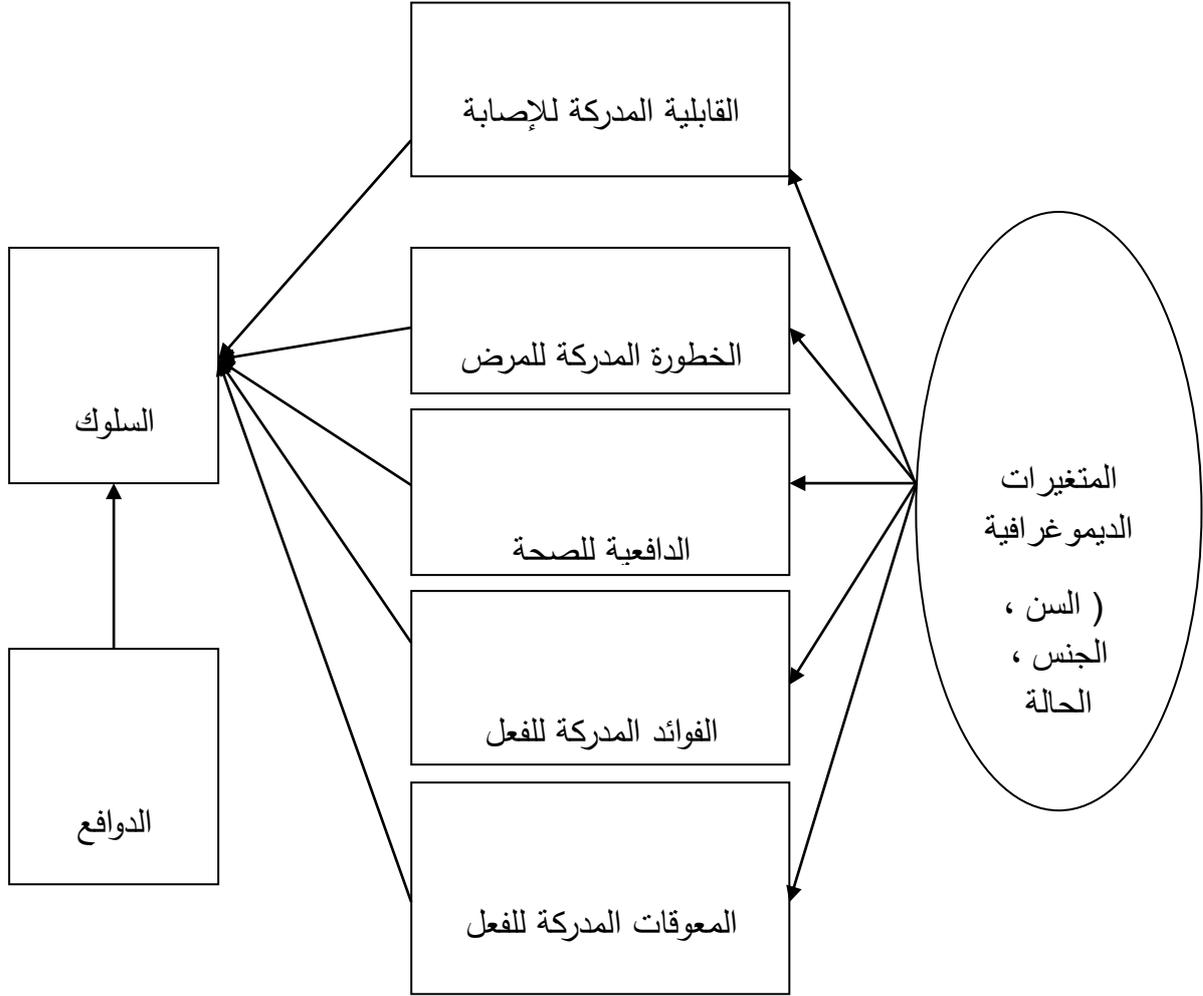
وحسب هذا النموذج المعتقدات الصحية أو القناعة الصحية فإن السلوك الوقائي ينفذ عندما تكون شدة المرض و خطورته مرتفعين، ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) للإصابة بذلك المرض عال و تكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص 18).

ويشير هذا النموذج إلى أن احتمال انخراط الفرد في السلوك الصحي محدد، ويتحدد من خلال إدراكهم لتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن و تقييمهم للسلوك الموصى به، فالعناصر الأساسية للنموذج هي :

- القابلية المدركة للإصابة بالمرض.
- الخطورة المدركة للمرض.
- الفوائد المدركة للفعل.
- المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل.
- الدافعية الصحية.
- الدوافع للتصرف وهي الحدث الذي يؤدي إلى السلوك وقد تكون داخلية أو خارجية.

(نايت عبد السلام، 2014، ص 256)

أن الأبحاث التي تنطلق من نموذج المعتقد الصحي في تصميم الاتصالات بهدف تغيير السلوكيات الصحية دعمت التصور 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 الوقت ذاته من مدركاته بأن سلوكيات صحية محددة سوف تقلل من التهديد الذي يمكن أن يتعرض له، نجحت إلى حد ما في تغيير السلوك، سواء كان ذلك في حالة سلوك التدخين أو سلوك وقاية الأسنان، أو السلوكيات المتعلقة من تخلخل العظام، وفي كل الأحوال، فإن نموذج المعتقد الصحي يؤدي على الأقل إلى حدوث تغيير مهم في إحدى المكونات الرئيسية المتعلقة بالصحة، ألا وهو الإدراك بأن على الفرد أن يخرط في ممارسة السلوكيات الصحية (شيلي تايلور، 2007، ص 127).



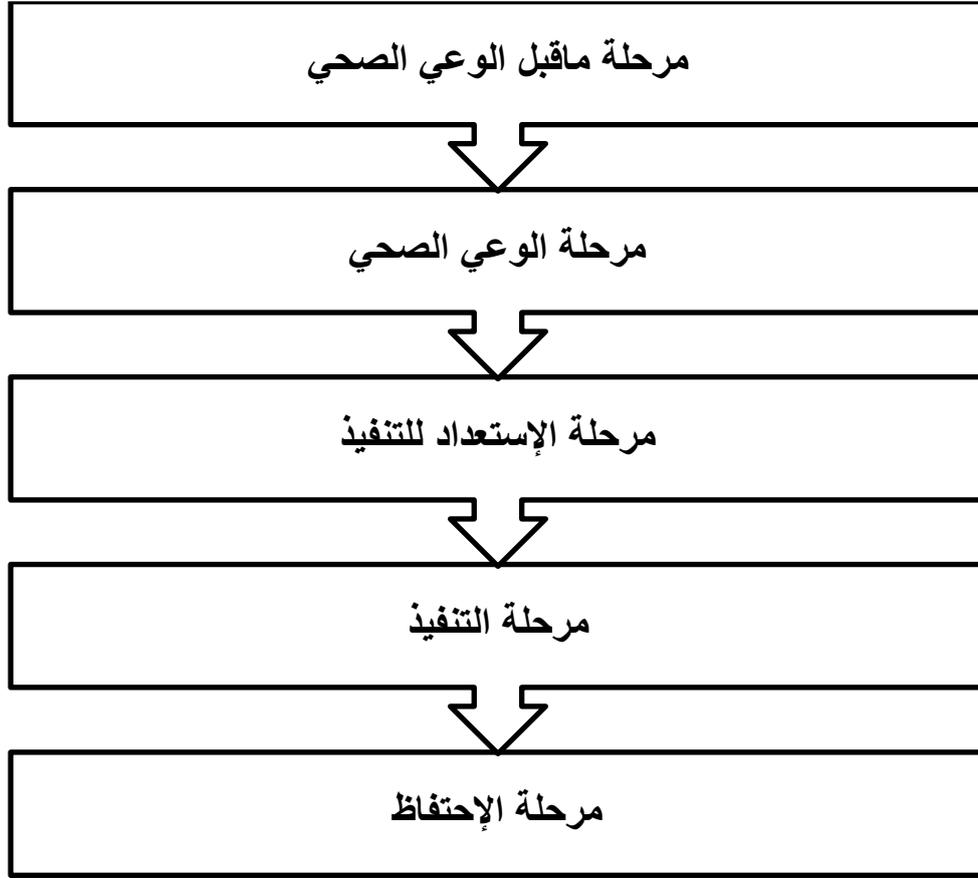
الشكل رقم (02): نموذج المعتقدات الصحية

(هناء شويخ، دون سنة، ص 61)

يمكن القول أن نظرية المعتقدات الصحية أعطت تفسيراً للسلوك الذي يمارسه الفرد وهذا لكيفية تقييم الفرد لممارسة ذلك السلوك و ذلك بتوقع الخطورة أو الفوائد التي يجنيها من خلال ممارسته، وبذلك ركزت هذه النظرية على الجانب المعرفي وأهملت العديد من الجوانب التي تلعب دوراً هاماً في ترسيخ السلوك العلاجي أو غيره من السلوكيات التي يمارسها الفرد.

2-5 نموذج تغيير السلوك عبر مراحل:

قدم بروشاسكا وزملاؤه (prochaska & al 1992) نموذج تغيير السلوك عبر مراحل والذي يوضح كيف أن الفرد يمر من خلال خمس مراحل للانتقال والدخول في ممارسة السلوك الصحي، حيث تتأثر هذه المراحل بسلوكيات الفرد السابقة وأهدافه الراهنة، وهي كالآتي:



شكل رقم (03) يوضح نموذج تغيير السلوك عبر مراحل

1-2-5 مرحلة ما قبل الوعي الصحي:

في هذه المرحلة لا توجد رغبة أو إرادة قوية في تغيير السلوك اللاسوي في المستقبل، حيث يكون الفرد غير واعي أو غير مهتم بنتائج سلوكياته المشكلة خطرا على صحته، ورغم الحث من جانب المجتمع

المتمثل في العائلة والأصدقاء إلا أنه لا يفكر في التغيير كما هو الحال لدى مدمني المخدرات (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص22).

وأحيانا يبحث البعض في هذه المرحلة عن علاج المشكل، ولكنهم في الأغلب يقومون بذلك فقط لأنهم تعرضوا لضغوط من الآخرين، وهم بذلك يشعرون بأنهم مكرهون على تغيير سلوكهم، ونتيجة لذلك فإن إجراءات التدخل لتعديل سلوكهم لا تجدي ويعودون إلى عاداتهم السابقة (شيلي تايلور، 2008، ص151).

5-2-2 مرحلة الوعي الصحي:

في هذه المرحلة يكون الفرد مدركا لمخاطر سلوكياته ويصرح برغبته في تعديلها، ويفكر في ذلك جديا ولكنه لا يقدم فعليا على التغيير (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص23).

أي أن الأفراد في هذه المرحلة يكونون غير مقبلين على إتخاذ إجراءات عملية من شأنها القضاء على مشكلة السلوك اللأسوي تجاه الصحة، وحسب بعض الدراسات في مجال الصحة العامة وعلم النفس الصحة فإن أغلبية المدمنين يستقرون في هذه المرحلة لمدة زمنية تتراوح بين سنتين إلى أربع سنوات دون أي تغيير يذكر للانتقال إلى المرحلة الموالية (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص42).

5-2-3 مرحلة الاستعداد للتنفيذ:

تسبق هذه المرحلة مباشرة مرحلة التنفيذ، حيث تزداد بشكل ملح رغبة الفرد وقناعته في التخلي عن سلوكياته التي يعتقد ويدرك بقوة مدى خطورتها على صحته، فيساعده ذلك في إتخاذ القرار على التغيير (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص23).

كما تشمل هذه المرحلة بعض الإجراءات العملية التي تساعد على تبني السلوك الصحي المرغوب تدريجياً.

5-2-4 مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل:

وهي مرحلة التغيير الفعلي والدخول في السلوك الصحي، حيث تتطلب هذه المرحلة إرادة قوية وجهداً مستمراً لإحداث تغيير ملموس في تعديل السلوك (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص42).

حيث تعتبر الإرادة القوية السمة العامة للأداء وعلى الرغم من احتمال الانتكاس يكون مرتفعاً، فإنه عادة ما ينتقى الأفراد الكثير من الدعم من قبل المحيط الاجتماعي لالتزامهم بتغيير سلوكياتهم (هناء أحمد محمد شويخ، 2012، ص71).

5-2-5 مرحلة الاحتفاظ والإبقاء:

يحاول الفرد في هذه المرحلة الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الانتكاس، أي أنه عندما يلمس الفرد الفوائد التي انبثقت عن تعديله لسلوكه على صحته، يحاول الاحتفاظ والإبقاء عليها، ويساعده على ذلك الدعم الإيجابي الذي يقدمه له الآخرون من خلال تثمين الجهود التي بذلها من أجل التغيير (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص23).

ومما سبق نلاحظ أن بروشاسكا Prochaska استطاع بناء نموذج يعنى بتحديد المراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين، وتعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا النموذج، ولهذا يعتقد بروشاسكا Prochaska أن تغيير سلوك يحدث من خلال مراحل الدافعية الخمسة وفي سياقات معرفية خاصة بكل مرحلة، بالإضافة إلى البعد الزمني الذي بدوره يسمح بالتعرف على تطور وتقديم التغييرات التي تظهر على مستوى توقع الفعالية والرغبة وصولاً إلى الممارسة الحقيقية للسلوك الصحي، كذلك وقت ظهورها

حسب تلك المراحل، ويتم ذلك وفق سياقات معرفية كالوعي والإدراك مع إبراز دور الدعم الاجتماعي في الالتزام والمحافظة على ممارسة السلوك الصحي، ولو قمنا بإسقاط هذا النموذج على مرضى القصور

الكلوي

3-5 نظرية الدافع إلى الحماية:

قدم روجرز **Rogers1983** هذه النظرية بعد دراسة قام بها بهدف معرفة آثار استعمال عنصر الخوف في مواضيع الإشارة على تغيير الاتجاه، وتركز هذه النظرية على أن فكرة ممارسة السلوكات الصحية الوقائية تعتمد على الاعتقاد بتوقع فوائد لتنفيذ هذه الممارسات، كما أنها تضيف إلى الاعتقاد مفهوماً آخر وهو الدافع إلى الحماية **Protection Motivation** وهو ناتج عن نوعين من العمليات المعرفية هما تقدير الخطر **Threat Appraisal** وتقدير المواجهة **Coping Appraisal**، يمكن القول أن نظرية الدافع إلى الحماية تشرح العلاقة بين الاعتقادات والسلوك الوقائي بوجود الدافع إلى الحماية والرغبة في ممارسة السلوك الذي تغذيه الفعالية الذاتية المدركة. (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص 20-21)

ويوضحها الشكل التالي:

تقدير الخطر **threat appraisal**

- الشدة المدركة لخطورة المرض
- تقدير مدى الاستعداد واحتمال الإصابة

الدافع إلى الحماية ← السلوك الصحي

تقدير المواجهة **coping appraisal**

- القدرة المدركة على المواجهة
- توقع مستوى الفعالية الذاتية على أداء السلوك الصحي

شكل رقم (04) يوضح نموذج الدافع إلى الحماية

إن الدافع إلى الحماية ينتج عن عملية مقارنة بين الشدة المدركة لخطورة المرض وتقدير مدى الاستعداد للإصابة به، وبين القدرة على مواجهة ذلك الخطر أو التهديد اعتماداً على مستوى الفعالية الذاتية المتوقعة على أداء السلوك الصحي، بمعنى أن عملية الدخول في ممارسة السلوك أو مواصلته أو التخلي عنه متوقعة على مدى التوافق بين تقدير الخطر والقدرة على المواجهة، كما استخدمت هذه النظرية بشكل واسع في مجال الوقاية من الأمراض الخطيرة، وبالتالي فإن مرضى القصور الكلوي كلما أدركوا خطورة المرض وتقدير مضاعفاته على صحتهم، كلما زادت الرغبة في مواجهته وتحسن مستوى التزامهم العلاجي.

5-4 نموذج الانضباط الصحي:

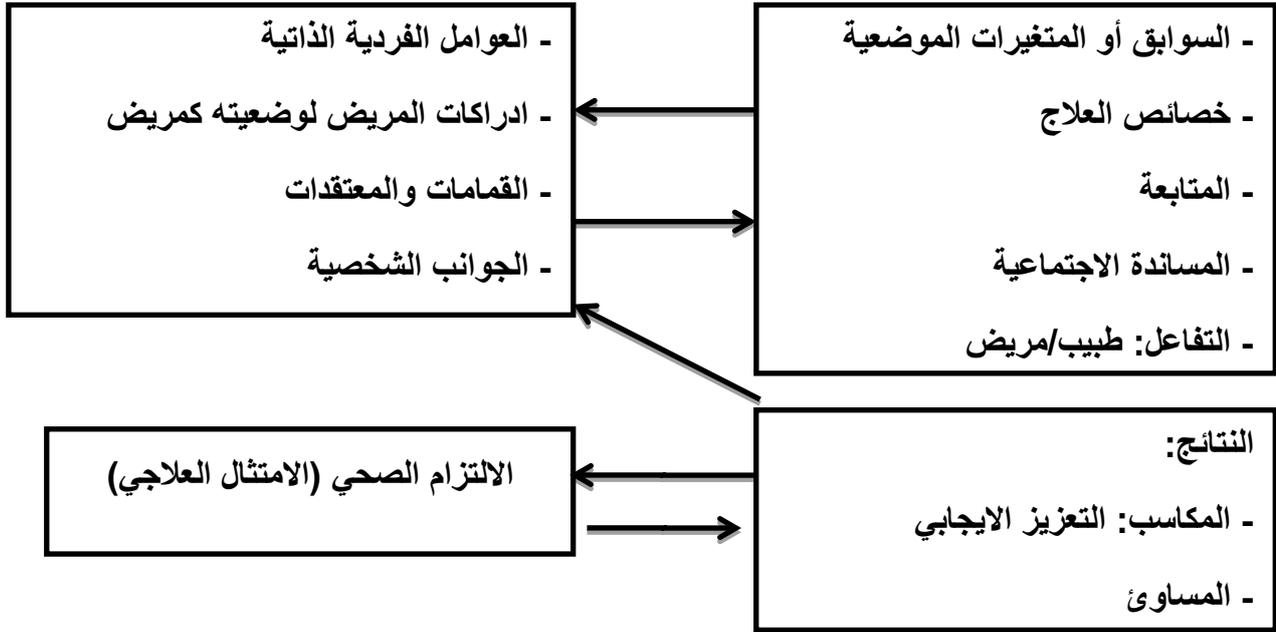
طور هذا النموذج من قبل (Heiby et carlson, 1986) وهو نسخة شاملة للنموذج الاجتماعي السلوكي مفسراً لمختلف أنماط الالتزام الصحي (قواعد الصحة، ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية... الخ) وقد شمل ثلاث أنواع من التغييرات:

- السوابق أو المتغيرات الوضعية.

- العوامل الفردية الذاتية.

- النتائج.

وتعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية راجعية تؤثر على السلوكات الداخلية المرتبطة بالعلاج في حد ذاته، أو غيرها من السلوكات الأخرى وتسمح هذه المقارنة بدديناميكية النموذج والأخذ بالحسبان عامل الوقت وتأثيره، وهو ما لم يطرح في باقي النماذج النظرية الأخرى، والشكل الموالي يوضح تفاعل هذه المتغيرات:



شكل (05): يوضح الالتزام الصحي لـ (Heiby et carlson, 1986)

(رزقي الرشيد، 2012، ص ص 72-75)

6- الالتزام الصحي والأمراض المزمنة:

في دراسة ريم عرفات ووليد صويلح (2006) والتي هدفت على تقييم وجهة نظر الفلسطينيين في الدواء بشكل عام، لأن التأثير العلاجي الدوائي يؤثر على الالتزام العلاجي للمريض والذي يتأثر بدوره بمفهوم ورأي المريض في الدواء، كانت الدراسة مسحية مبنية على استبيان وزع على عينة مكونة من 573 فرد. بينت النتائج أن 79.9% من أفراد العينة اعتبروا أن الدواء شيء إيجابي يساعد على الشفاء، و15.4% اعتبروا أن الدواء شر لا بد منه في حيت 4.7% اعتبروا أن الدواء شيء سلبي. (سارة بخوش،

2020، ص 247)

كما أكدت دراسة ماكدونالد وميزكاكل واخرون (Mc-Donald, Miszcał et al, 2000)

حيث تمت هذه الدراسة على عينة قدرت ب 96 فردا مسنا معدل أعمارهم 40 سنة لديهم معاناة من إعتلالات صحية مختلفة وتم تطبيق عدة مقاييس عليهم منها: مقياس مركز ضبط الصحة ومقياس الصحة العامة ومقياس خاص بمدى التزام المريض بالإرشادات الطبية، وكانت نتائج الدراسة أن هناك

علاقة ايجابية بين مركز الضبط الداخلي وانضباط المريض والتزامه بالقواعد الصحية السليمة، بالإضافة إلى وجود علاقة بين مستوى صحة الأفراد ومركز ضبط الصحة . (مفتاح، 2010، ص 154)

وفي دراسة **SD Taylor, Patel RP** حول العوامل التي تؤثر في التزام مرضى ارتفاع ضغط الدم، حيث تم إجراء مسح لعينة من 102 مريض أمريكي مصاب بارتفاع ضغط الدم في جامعة ميتشغان ومراكز وعيادات ارتفاع ضغط الدم، وذلك باستعمال أسئلة عبر الهاتف لتقييم تصورات المرضى والضبط المدرك والتزام المرضى. وأسفرت النتائج أن معظم المرضى ملتزمين بالعلاج (67.7 %)، وتم إيجاد علاقة عكسية بين الضبط المدرك والالتزام بالعلاج، إذ أنه كلما كان تصور المريض حول السيطرة على ارتفاع ضغط الدم أكبر كلما كان الالتزام بالدواء أقل. (لكحل رفيقة، 2011، ص 10)

حيث ضمن هذه الخلفية من المتطلبات المتعلقة بالمرض المزمن، فإن الالتزام الصحي هو نشاط طوعي يشترك فيه المريض لإدارة مرضه من خلال إتباع البرنامج العلاجي، وتقاسم المسؤولية بينه وبين الفريق الطبي. (WHO, 2003, p 72)

ومن خلال ما سبق فإن القصور الكلوي مرض مزمن مثل بقية الأمراض المزمنة التي تطرقنا إليها يعاني منه الكثير، ويسبب صعوبات صحية ونفسية للمريض مما يصعب عليه الانضباط والالتزام العلاجي، نظرا لكثرة حصص تصفية الدم وكمية الدواء المتناولة وإتباع الحمية الغذائية المناسبة، مما يجعل المريض في إرهاق دائم، وهذا ما يجعله في إرهاق دائم ويصعب عليه الالتزام بكل التوصيات، وبالتالي سيصبح عائق كبير على القائمين بالرعاية الصحية، نظرا للتكلفة المالية التي تتطلبها الأمراض المزمنة بصفة عامة.

خلاصة الفصل:

يقوم البحث في مجال الالتزام العلاجي، على فكرة حصر العلاقة بين المريض والعوامل الطبية التي تم تفصيلها في هذا الفصل، وتبين فيه كل من العوامل المحددة للالتزام الصحي، وتناول كل النماذج المفسرة له، فقد حاول كل من نموذج تفسير الالتزام العلاجي من منظوره الخاص مع بعض النماذج المشتركة، من تفسير كيفية التزام المريض للعلاج والمراحل التي يمر بها، غير أن هذا التناول قد يبقى أمر نسبي وصعب تحقيقه في الواقع حيث يتطلب الكثير من الدراسات التجريبية، وتوفير مقاييس أكثر دقة لتحقيقها والعمل على بعد الوقاية الصحية بدلا من الالتزام العلاجي، من اجل الارتقاء بالصحة إلى أحسن المراتب، و محاولة إعداد برنامج خاص بكل مرض يشجع على الالتزام العلاجي الحسن.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

منهجية البحث واجراءاته

تمهيد:

ترتكز دقة النتائج التي يتوصل لها الباحث على صحة الإجراءات التي يتبعها والأدوات والأساليب التي يستخدمها أثناء إجراءه لبحثه.

فمن خلال الفصول السابقة للبحث الحالي استعرضنا مفهوم كل المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي بغية الوصول إلى تحديد إجرائي لتلك المفاهيم، بهدف الكشف عن العلاقة التي تربط هاته المتغيرات لدى مرضى القصور الكلوي.

لذا وبعد تطرقنا لمشكلة البحث وإطاره النظري، سنحاول في هذا الفصل التطرق لأهم الإجراءات المتبعة في هذا البحث، حيث يعمل الجانب التطبيقي من البحث على تكملة وتأكيد ما جاء في الجانب النظري فهو وسيلة نقل مشكلة البحث إلى الميدان وتوضيحها وتحديدها لذا تم في هذا الفصل من الجانب الميداني استعراض أهم الإجراءات المنهجية للبحث وذلك بالتطرق أولاً إلى الدراسة الاستطلاعية، ثم إلى الدراسة الأساسية المتمثلة في المنهج المستخدم، مكان إجراء البحث عينة ومجتمع البحث، أدوات البحث وإجراءات التطبيق الميداني، وفي الأخير نصل إلى التقنيات الإحصائية.

1- الدراسة الاستطلاعية:

يهدف أي بحث علمي إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث.

تعد الدراسة الاستطلاعية الأولية التي تساعد الباحث في إلقاء نظرة من أجل الإلمام بجوانب الدراسة الميدانية لابد من إجراء دراسة استطلاعية كانت بدايتها:

- التعرف على المكان ومدى إمكانية إجراء هذه البحث.
- التعرف على كل ما يمكنه عرقلة بحثه ومختلف الصعوبات المحتمل مواجهتها.
- تحديد العينة ومعرفة الأجواء المحيطة بها ومختلف ظروفها.
- التقرب من أفراد العينة.
- تقسيم المستوى المعرفي للأفراد العينة ومدى مطابقتها لموضوع البحث وفي الأخير خلصنا إلى ضبط إشكالية وفرضيات البحث وكذلك تحديد الصيغة الختامية للأدوات الخاصة بالبحث.
- بعد جمع المعلومات اللازمة، وباستخدام التراث النظري المتعلق بمتغيرات البحث، تم التوصل إلى اقتراح أن تكون أدوات جمع البيانات كالتالي:

- مقياس المرونة النفسية من إعداد كونورو دافيدسون (2003) وترجمة رياض العاسمي.
 - مقياس مصدر الضبط الصحي بريبر وكينيث والستون (1978).
 - مقياس الالتزام العلاجي للباحثة سارة بخوش (2020).
- تم التطبيق الأولي لأدوات البحث على عينة استطلاعية قدرت بـ 35 مريض في الفترة الممتدة بين 5جانفي 2022 إلى غاية 30 جانفي 2022، وقد كان الهدف من التطبيق هو الوقوف على وضوح

عبارات المقاييس بالنسبة للمرضى من جهة وكذا التحقق من صلاحيتها للبحث (الصدق والثبات) وهذا ما سيتم التطرق له في عنصر أدوات البحث بالتفصيل.

2- الدراسة الأساسية:

2-1 منهج البحث:

إن الشروع في إنجاز أي بحث علمي لا يتم إلا بوضع منهج يرشد الباحث إلى كيفية حل المشكل المطروح مهما كان نوعه، إذ يعرف المنهج على أنه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة.

وبذلك فإن المنهج يتمثل في عدة خطوات، تبدأ بملاحظة الظواهر وإجراء التجارب ثم وضع الفروض التي تحدد نوع الحقائق التي ينبغي أن يبحث عنها، وتنتهي بمحاولة التحقق من صدق الفروض أو بطلانها، وصولاً إلى وضع القوانين العامة التي تربط بين الظواهر، وهناك أنواع مختلفة منها.

وعليه فإن المنهج الذي يتناسب والبحث الحالي هو المنهج الوصفي في طابعه الارتباطي ذلك لأن الغرض من بحثنا هاته هو إيجاد العلاقة التي تربط بين المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي والتعبير عن الارتباط بدرجة كمية تحدد قيمة العلاقة بين المتغيرات محل البحث.

2-2 حدود البحث:

تم تحديد هذا البحث بالحدود التالية:

- الحدود الزمانية: حيث أجريت البحث الميداني بتاريخ 15 مارس 2023 إلى غاية 15 أبريل 2023.

- الحدود المكانية: حيث أجريت على مستوى مستشفى محمد بوضياف بالمدينة ومستشفى كيروان عيسى بعين بوسيف.

3-2 مجتمع وعينة البحث:

3-2-1 مجتمع البحث:

يتمثل مجتمع البحث الحالي في مرضى القصور الكلوي المتواجدين بكل من مستشفى محمد بوضياف بالمدينة ومستشفى كيروان عيسى بعين بوسيف.

3-2-2 العينة:

وبالنظر إلى طبيعة الموضوع من جهة ومجال البحث من جهة أخرى، فقد تم اختيار عينة للاحتمالية بالطريقة الغرضية، والتي تعرف (العينة الغرضية هي الحصول على جميع الحالات الممكنة التي تتناسب معيار معين باستخدام أساليب معينة).

وقد بلغ حجم عينة البحث بـ 100 مريض بالقصور الكلوي، وقد توزعت عينة حسب الخصائص

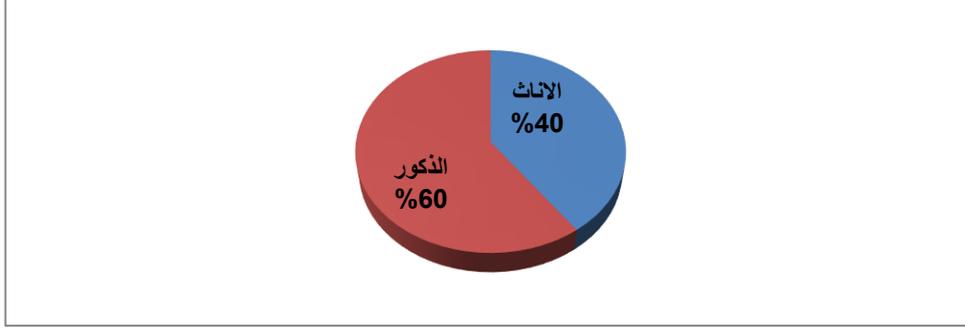
التالية:

الجدول رقم (02) يوضح توزيع أفراد عينة البحث الأساسية حسب الجنس

النسبة	عدد الأفراد	الجنس
60%	60	ذكور
40%	40	إناث
100%	100	الإجمالي

من خلال الجدول يتضح لنا أن إجمالي عينة البحث والبالغ عددها (100) فردا قد توزعوا إلى

(60) مريض بنسبة بلغت 43%، و(40) مريضة بنسبة قدرت بـ 57%، كما هو موضح بالشكل التالي:



الشكل رقم (06) دائرة نسبية توضح توزيع عينة البحث حسب الجنس

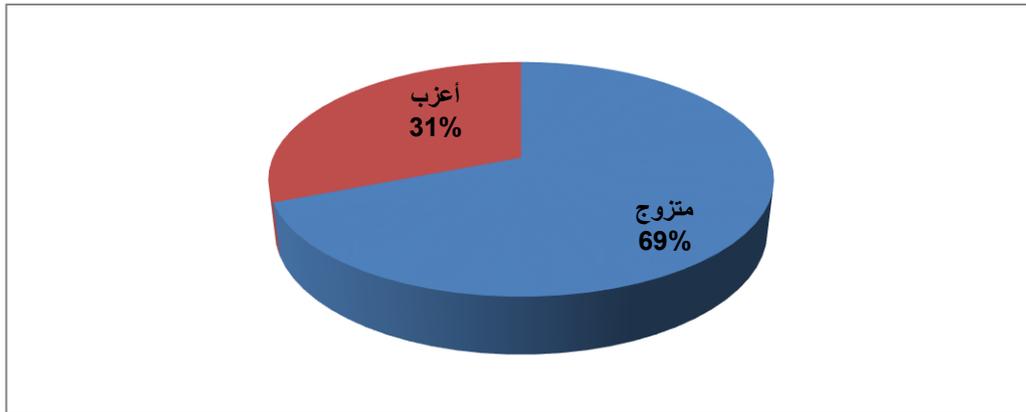
الجدول رقم (03) يوضح توزيع أفراد عينة البحث الأساسية حسب الحالة الاجتماعية

النسبة	عدد الأفراد	الحالة الاجتماعية
69%	69	متزوج
31%	31	أعزب
100%	100	الإجمالي

من خلال الجدول يتضح لنا أن إجمالي عينة البحث والبالغ عددها (100) مريض بالقصور الكلوي

قد توزعوا إلى (69) مريض بالقصور الكلوي متزوج بنسبة بلغت 69%، و (31) مريض أعزب بنسبة

قدرت بـ 31%، كما هو موضح بالشكل التالي:

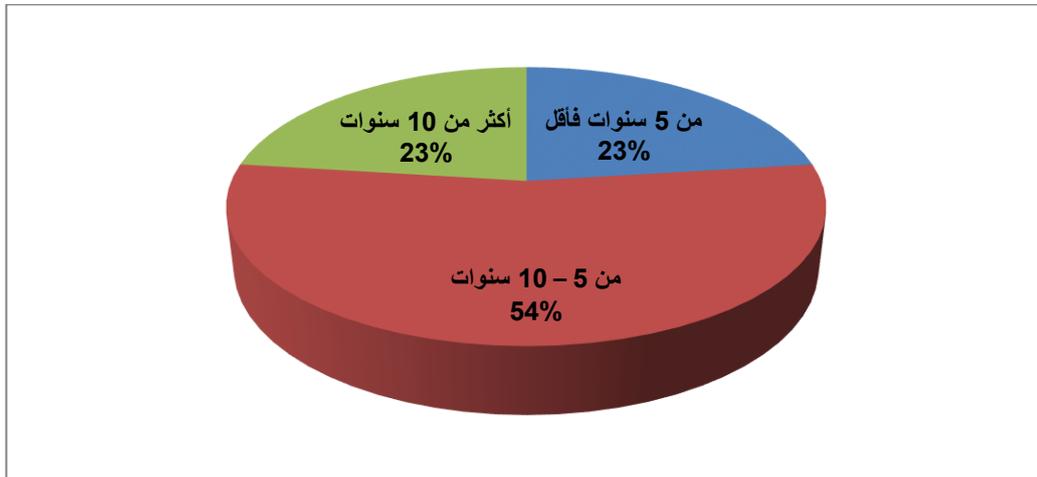


الشكل رقم (07) دائرة نسبية توضح توزيع عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية

الجدول رقم (04) يوضح توزيع أفراد عينة البحث الأساسية حسب مدة المرض

النسبة	عدد الأفراد	مدة المرض
23%	23	من 5 سنوات فأقل
54%	54	من 5-10 سنوات
23%	23	أكثر من 10 سنوات
100%	100	الإجمالي

من خلال الجدول يتضح لنا أن إجمالي عينة البحث والبالغ عددها (100) مريض بالقصور الكلوي قد توزعوا إلى (23) مريض تقل مدة مرضهم عن 5 سنوات بنسبة بلغت 23%، و (54) مريض تراوحت مدة مرضهم بين 5-10 سنوات بنسبة قدرت بـ 54%، في حين أن الذين تجاوزت مدة مرضهم عن 10 سنوات فقد بلغ عددهم (23) مريض بنسبة قدرت بـ 23%، كما هو موضح بالشكل التالي:



الشكل رقم (08) دائرة نسبية توضح توزيع عينة البحث حسب مدة المرض

4- أدوات البحث:

4-1 مقياس المرونة النفسية:

تم الاعتماد على مقياس كونورو دافيدسون (2003) وترجمة رياض العاسمي. يتألف المقياس من (25) عبارة موزعة على أربعة أبعاد أساسية، وكل بعد يتكون من عدة عبارات بعضها إيجابي وبعضها الآخر سلبي، حيث يجيب المفحوص على هذه العبارات من خلال متدرج من خمس تدرجات يبدأ بـ غير موافق أبداً ... إلى موافق دائماً، حيث تتراوح الدرجة على كل عبارة بين (0-4) درجات، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (0-100) أما أبعاد المقياس فهي:

- الجراءة أو الشجاعة: عبارته (4، 7، 11، 16، 17، 18، 19).
- التفاؤل: عبارته (6، 8، 10، 12، 14، 15، 20).
- سعة الحيلة أو الدهاء: عبارته (1، 2، 3، 5، 9، 13).
- الغرض أو الهدف: (21، 22، 23، 24، 25). (رياض العاسمي وعلي بدرية، 2018، ص 73).

4-1-1 ثبات وصدق مقياس المرونة النفسية:

تم التحقق الأولي من نتائج الثبات والصدق بالنسبة لهذا المقياس والذي أفرز النتائج التالية:

أ/ الثبات: التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس

تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها ككل كما هو موضح بالجدول التالي:

الجدول رقم (05) يوضح ثبات مقياس المرونة النفسية عن طريق ألفا كرونباخ		
أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
البعد الأول (الجرأة أو الشجاعة)	0.587	7
البعد الثاني (التفاؤل)	0.523	7
البعد الثالث (سعة الحيلة أو الدهاء)	0.699	6
البعد الرابع (الغرض أو الهدف)	0.723	5
المرونة النفسية ككل	0.622	25

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيمة معامل ألفا كرونباخ والذي قدر بالنسبة للبعد الأول (0.58)، وبالنسبة للبعد الثاني (0.52)، وبالنسبة للبعد الثالث (0.69)، وبالنسبة للبعد الرابع (0.72)، وبالنسبة للمقياس ككل (0.62)، يمكن القول بأنها قيم تدل على أن هذا المقياس يتمتع بالثبات جيد، حيث نلاحظ أن كل القيم جاءت موجبة وأن هناك إنسجام وترابط بين عبارات هذا المقياس يتعدى (0.50).

ب/ الصدق: الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه ثم بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل، كما يلي:

- تقدير الارتباطات بين العبارات والمحاور التي تنتمي إليها:

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور الجرأة أو الشجاعة:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الجرأة أو الشجاعة) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الجرأة أو الشجاعة مع درجته الكلية			
العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 4	0.632**	العبارة 17	0.451**
العبارة 7	0.535**	العبارة 18	0.553**

0.589**	العبارة 19	0.626**	العبارة 11
** الارتباط دال عند (0.01)		0.427*	العبارة 16
* الارتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,63) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (4) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,45) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (17) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارة رقم (16) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (الجرأة أو الشجاعة) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور التفاؤل:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (التفاؤل) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (07) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور التفاؤل مع درجته الكلية			
العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 6	0.421*	العبارة 14	0.500**
العبارة 8	0.426*	العبارة 15	0.482**
العبارة 10	0.568**	العبارة 20	0.468**
العبارة 12	0.398*	** الارتباط دال عند (0.01)	
* الارتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (4) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين

(0,56) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (10) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,46) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (15) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن هناك (3) عبارات وهي أرقام (6، 8، 12) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,42) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (8) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,39) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (12) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (التقاؤل) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور سعة الحيلة أو الدهاء:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (سعة الحيلة أو الدهاء) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (08) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور سعة الحيلة أو الدهاء مع درجته الكلية			
العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 1	0.560**	العبارة 5	0.612**
العبارة 2	0.693**	العبارة 9	0.632**
العبارة 3	0.824**	العبارة 13	0.551**
** الإرتباط دال عند (0.01)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,82) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (3) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,55) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (13) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (سعة الحيلة أو الدهاء) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور الغرض أو الهدف:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الغرض أو الهدف) بمعامل

الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (09) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الغرض أو الهدف مع درجته الكلية			
الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.732**	العبارة 24	0.666**	العبارة 21
0.759**	العبارة 25	0.639**	العبارة 22
** الارتباط دال عند (0.01)		0.681**	العبارة 23

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (5) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,75) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (25) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,63) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (22) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الرابع (الغرض أو الهدف) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- تقدير الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للمقياس ككل:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل بمعامل الارتباط

بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يوضح مصفوفة ارتباطات محاور مقياس المرونة النفسية مع درجته الكلية			
المقياس ككل	المحاور	المقياس ككل	المحاور
0.517**	سعة الحيلة أو الدهاء	0.645**	الجرأة أو الشجاعة
0.427*	الغرض أو الهدف	0.688**	التفاؤل
* الارتباط دال عند ألفا (0.05)		** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمحور الأول (الجرأة أو الشجاعة) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.64)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني (التفاؤل) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.68)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث (سعة الحيلة أو الدهاء) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.51)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الرابع (الغرض أو الهدف) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.42)، وعموماً يمكن القول بأن هذا المقياس صادق لأن كل محاوره تتسق فيما بينها وبين المقياس ككل

4-2 مقياس مركز الضبط الصحي:

تم إعداد المقياس في إطار نظرية التعلم الاجتماعي لروتر سنة 1966، وقد لاحظ معدو الاختبار لدى الذين تم تشخيصهم حديثاً بالإصابة بالسكري أن الأطباء يصرون على كون المريض مسؤول عن حالته الصحية، وينصحون مرضاهم بتبني اتجاه داخلي للضبط، وهو ما شجعهم على إعداد مقياس يقيس مصدر الضبط الصحي، وقد نقل معدو المقياس اهتمامهم إلى المؤتمر السنوي للجمعية النفسية الأمريكية في سان فرانسيسكو حيث قدم والستون ومعاونوه ورقة حول التربية الصحية وبرنامجاً للتدريب حول الضبط الداخلي. (عبد الحليم خلفي، 2013، ص 274)

لقد تم الاعتماد في هذه البحث على مقياس مركز الضبط الصحي الذي أعده والتسون وزملاؤه (1978)، وترجمه جبالي نورالدين. ويتكون الاستبيان من 18 عبارة تقيس ثلاثة أبعاد كالاتي:

البعد الداخلي: عباراته (1،6،8،12،13،17).

بعد ذوي النفوذ: عباراته (3،5،7،10،14،18).

بعد الحظ: عباراته (2،4،9،11،15،16).

وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق خمس اختيارات:

موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما، ويتم تصحيح الإجابات كما يلي:

- غير موافق تماما ← 1 نقطة
- غير موافق ← 2 نقطة
- غير متأكد ← 3 نقطة
- موافق ← 4 نقطة
- موافق تماما ← 5 نقطة

4-2-1 ثبات وصدق مقياس الضبط الصحي:

تم التحقق الأولي من نتائج الثبات والصدق بالنسبة لهذا المقياس والذي أفرز النتائج التالية:

أ/ الثبات: التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس

تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها ككل كما هو موضح بالجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح ثبات مقياس الضبط الصحيين طريق ألفا كرونباخ		
عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	أبعاد المقياس
6	0.661	البعد الاول (البعد الداخلي)
6	0.573	البعد الثاني (بعد ذوي النفوذ)
6	0.799	البعد الثالث (بعد الحظ)
18	0.770	التحكم الصحي ككل

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيمة معامل ألفا كرونباخ والذي قدر بالنسبة للبعد الاول

(0.66)، وبالنسبة للبعد الثاني (0.57)، وبالنسبة للبعد الثالث (0.79)، وبالنسبة للمقياس ككل

(0.77)، يمكن القول بأنها قيم تدل على أن هذا المقياس يتمتع بالثبات جيد، حيث نلاحظ أن كل القيم جاءت موجبة وأن هناك انسجام وترابط بين عبارات هذا المقياس يتعدى (0.50).

ب/ الصدق: الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه ثم بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل، كما يلي:

• تقدير الارتباطات بين العبارات والمحاور التي تنتمي إليها:

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور البعد الداخلي:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (البعد الداخلي) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (12) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات البعد الداخلي مع درجته الكلية			
العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 1	0.424*	العبارة 12	0.816**
العبارة 6	0.353*	العبارة 13	0.507**
العبارة 8	0.622**	العبارة 17	0.338*
** الارتباط دال عند (0.01)		* الارتباط دال عند (0.05)	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت نصفها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (3) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,81) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (12) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,50) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (13) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارات رقم (1، 6، 17) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (البعد الداخلي) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور بعد ذوي النفوذ:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (بعد ذوي النفوذ) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (13) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد ذوي النفوذ مع درجته الكلية			
الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.396*	العبارة 10	0.593**	العبارة 3
0.672**	العبارة 14	0.481**	العبارة 5
0.752**	العبارة 18	0.466**	العبارة 7
* الارتباط دال عند (0.05)		** الارتباط دال عند (0.01)	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (4) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,75) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (18) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,46) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (7) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارة (10) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (بعد ذوي النفوذ) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور بعد الحظ:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (بعد الحظ) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (14) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد الحظ مع درجته الكلية			
الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.479**	العبارة 11	0.494**	العبارة 2
0.633**	العبارة 15	0.720**	العبارة 4
0.540**	العبارة 16	0.449**	العبارة 9
** الارتباط دال عند (0.01)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (6) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,72) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (4) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,44) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (9) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (سعة الحيلة أو الدهاء) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- تقدير الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للمقياس ككل:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (15) يوضح مصفوفة ارتباطات محاور مقياس الضبط الصحيح درجته الكلية			
المحاور	المقياس ككل	المحاور	المقياس ككل
البعد الداخلي	0.821**	بعد الحظ	0.855**
بعد ذوي النفوذ	0.838**	** الارتباط دال عند ألفا (0.01)	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمحور الأول (البعد الداخلي) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.82)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني (بعد ذوي النفوذ) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.83)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث (بعد الحظ) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.85)، وعموماً يمكن القول بأن هذا المقياس صادق لأن كل محاوره تتسق فيما بينها وبين المقياس ككل.

4-3 استبيان الالتزام العلاجي:

لقد تم الاعتماد على استبيان الباحثة سارة بخوش سنة (2020)، ويهدف لقياس التزام مريض القصور الكلوي بالعلاج المتفق عليه مع الطبيب المعالج، يتكون من 20 بند موزع بطريقة عشوائية على أربع أبعاد كل منها يقيس مجالا محددًا من مجالات الالتزام بالعلاج وهي:

- البعد الأول: الالتزام بحصص التصفية ويتضمن البنود التالية (2، 5، 7، 10، 17، 18، 20).

- البعد الثاني: الالتزام بعلاج الأدوية ويتضمن البنود التالية (1، 6، 12، 16، 19).

- البعد الثالث: الالتزام بنصائح الطبيب ويتضمن البنود التالية (9، 14، 15).

- البعد الرابع: الالتزام الغذائي ويتضمن البنود التالية (3، 4، 11، 13).

ويذكر أن بعض بنود هذا الاستبيان إيجابية الطرح وبنود سلبية وهي كالتالي:

- البنود الايجابية وتمثلت في العبارات التالية (3، 4، 5، 6، 9، 11، 13، 14، 15، 18، 19).

- البنود السلبية وتمثلت في العبارات التالية (1، 2، 7، 8، 10، 12، 16، 17، 20).

وتكون طريق تصحيح استبيان الالتزام بالعلاج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (16): طريقة تصحيح استبيان الالتزام بالعلاج

البنود الايجابية	دائما ← 2	أحيانا ← 1	نادرا ← 0
البنود السلبية	دائما ← 0	أحيانا ← 1	نادرا ← 2

حيث أنه كلما ارتفع مجموع الدرجات المتحصل عليها ارتفع مستوى الالتزام بالعلاج عند

المريض. (سارة بخوش، 2020، ص ص 250-251)

4-3-1 ثبات وصدق مقياس الالتزام العلاجي:

تم التحقق الأولي من نتائج الثبات والصدق بالنسبة لهذا المقياس والذي أفرز النتائج التالية:

أ/ الثبات: التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ):

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس

تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها ككل كما هو موضح بالجدول التالي:

الجدول رقم (17) يوضح ثبات مقياس الالتزام العلاجي عن طريق ألفا كرونباخ		
عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	أبعاد المقياس
7	0.516	البعد الاول (الالتزام بحصص تصفية الدم)
6	0.673	البعد الثاني (الالتزام بالعلاج بالأدوية)
3	0.571	البعد الثالث (الالتزام بنصائح الطبيب)
4	0.702	البعد الرابع (الالتزام الغذائي)
20	0.620	الالتزام العلاجي ككل

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيمة معامل ألفا كرونباخ والذي قدر بالنسبة للبعد الاول (0.51)، وبالنسبة للبعد الثاني (0.67)، وبالنسبة للبعد الثالث (0.57)، وبالنسبة للبعد الرابع (0.70)، وبالنسبة للمقياس ككل (0.62)، يمكن القول بأنها قيم تدل على أن هذا المقياس يتمتع بالثبات جيد، حيث نلاحظ أن كل القيم جاءت موجبة وأن هناك انسجام وترابط بين عبارات هذا المقياس يتعدى (0.50).

ب/ الصدق: الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة

الكلية للمحور الذي تنتمي إليه ثم بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل، كما يلي:

• تقدير الارتباطات بين العبارات والمحاور التي تنتمي إليها:

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور الالتزام بحصص تصفية الدم:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الالتزام بحصص تصفية

الدم) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (18) يوضح مصفوفة ارتباط عبارات محور الالتزام بحصص تصفية الدم مع درجته الكلية			
الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.461**	العبارة 17	0.349*	العبارة 2
0.438**	العبارة 18	0.471**	العبارة 5
0.613**	العبارة 20	0.408*	العبارة 7
** الارتباط دال عند (0.01)		0.397*	العبارة 10
* الارتباط دال عند (0.05)			

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (4) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,61) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (20) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,43) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (18) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارات رقم (2، 7، 10) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (الالتزام بحصص تصفية الدم) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور الالتزام بالعلاج بالأدوية:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الالتزام بالعلاج بالأدوية)

بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (19) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الالتزام بالعلاج بالأدوية مع درجته الكلية			
الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات
0.619**	العبارة 12	0.610**	العبارة 1
0.666**	العبارة 16	0.624**	العبارة 6
0.426*	العبارة 19	0.746**	العبارة 8

* الارتباط دال عند (0.05)	** الارتباط دال عند (0.01)
---------------------------	----------------------------

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (5) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,74) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (8) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,61) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (1) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارة رقم (19) جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (الالتزام بالعلاج بالأدوية) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور الالتزام بنصائح الطبيب:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الالتزام بنصائح الطبيب) بمعامل الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (20) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الالتزام بنصائح الطبيب مع درجته الكلية			
العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 9	0.595**	العبارة 15	0.728**
العبارة 14	0.680**	** الارتباط دال عند (0.01)	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (3) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,72) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (15) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,59) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (9) والدرجة الكلية لمحور ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (الالتزام بنصائح الطبيب) صادق لأن كل عباراته تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمحور الالتزام الغذائي:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية لمحور (الالتزام الغذائي) بمعامل

الارتباط بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات محور الالتزام الغذائي مع درجته الكلية			
العبارات	الدرجة الكلية للمحور	العبارات	الدرجة الكلية للمحور
العبارة 3	0.700**	العبارة 11	0.340*
العبارة 4	0.779**	العبارة 13	0.553**
** الارتباط دال عند (0.01)		* الارتباط دال عند (0.05)	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت أغلبها دالة

إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (3) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين

(0,77) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (4) والدرجة الكلية للمحور ككل و(0,55) كأدنى ارتباط كان بين

العبارة (13) والدرجة الكلية لمحور ككل، في حين نجد أن العبارة رقم (11) جاءت دالة عند مستوى

الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الرابع (الالتزام الغذائي) صادق لأن كل عباراته

تتسق فيما بينها وبين المحور التي هي فيه.

- تقدير الارتباط بين المحاور والدرجة الكلية للمقياس ككل:

تم تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل بمعامل الارتباط

بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (22) يوضح مصفوفة ارتباطات محاور مقياس الالتزام العلاجي مع درجته الكلية			
المحاور	المقياس ككل	المحاور	المقياس ككل
الالتزام بخصص تصفية الدم	0.781**	الالتزام بنصائح الطبيب	0.508**
الالتزام بالعلاج بالأدوية	0.650**	الالتزام الغذائي	0.491**

**** الارتباط دال عند ألفا (0.01)**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيم معامل الارتباط بيرسون نلاحظ أنها جاءت كلها دالة إحصائياً، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للمحور الأول (الالتزام بحصص تصفية الدم) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.78)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثاني (الالتزام بالعلاج بالأدوية) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.65)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث (الالتزام بنصائح الطبيب) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.50)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الرابع (الالتزام الغذائي) مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (0.49)، وعموماً يمكن القول بأن هذا المقياس صادق لأن كل محاوره تتسق فيما بينها وبين المقياس ككل.

5- أساليب المعالجة الإحصائية:

تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSSv28)، وبرنامج الإكسل (Excel) في تحليل البيانات التي تم جمعها في هذه البحث، وقد تم استخدام الأساليب المناسبة في التحليل والتي تعتمد أساساً على نوع البيانات المراد تحليلها وعلى أهداف وفرضيات البحث، وفيما يلي الأساليب التي تم استخدامها كما يلي:

أ- فيما يخص الثبات والصدق:

- تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Alpha de Cronbach) لتقدير ثبات مقاييس البحث بطريقة التناسق الداخلي.

- تم استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson) لتقدير صدق المقاييس بطريقة الاتساق الداخلي.

ب- فيما يخص نتائج البحث:

- تم استخدام اختبار كولموغوروف سميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) وكذا اختبار تشابيرو ويلك (Shapiro-Wilk) بهدف التحقق من توزيع درجات مقياسي المرونة النفسية والالتزام العلاجي اذا كان طبيعياً أم لا مع رسم بياني لذلك.
- تم استخدام اختبار الدلالة الإحصائية كاف تربيع (Chi-Square) وذلك للتحقق من صحة الفرضية الأولى والثالثة.
- تم استخدام اختبار الدلالة الإحصائية معامل الارتباط سبيرمان (Spearman) وذلك للتحقق من العلاقة بين المتغيرات.
- تم استخدام اختبار الدلالة الإحصائية فريدمان (Friedman) واختبار ويلكوكسون (WilCoxon)، وذلك من أجل التحقق الفرضية الثانية.
- تم استخدام اختبار الدلالة الإحصائية مان ويتني (Mann-Whitney) لدلالة الفروق في متغيرات البحث (المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي) تبعا لمتغيري الجنس والحالة الاجتماعية.
- تم استخدام اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليز (Kruskal-Wallis H) لدلالة الفروق في متغيرات البحث (المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي) تبعا لمتغير المدة المرض.

خلاصة الفصل:

لا يمكن لنتائج أي دراسة أن تستقيم ما لم يكن هناك تكامل وتناغم بين جميع أجزائها، وعليه جاء هذا الفصل والذي تناولنا فيه وبالضبط منهجية البحث، والإجراءات الميدانية، بداية من الدراسة الاستطلاعية وإجراءاتها مروراً بالتأكيد على صلاحية أداة البحث المستعملة، وذلك لكي تصبح أكثر موضوعية وعلمية ويمكن الوثوق مما ستجمعه من معلومات، ثم تحديد المنهج المتبع ونوع البحث، هذا وعرجنا على مجتمع وعينة البحث من خلال مخططات توضيحية للعينة المختارة دون أن نغفل عن وصف أدوات البحث بدقة وكذا الأساليب الإحصائية التي تتناسب مع هذه البحث، وهذا لكي نترجم النتائج الرقمية إلى دلالات لفظية ذات معنى.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة نتائج البحث

1- التحقق من شرط إعتدالية التوزيع:

قبل البدء في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة والملائمة يجب أولاً التحقق من شرط إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغير محل البحث الحالي، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (23) يوضح التحقق من شرط إعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغير محل البحث

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغير
	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	الاحصاءات	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	الاحصاءات	
دال	0.000	100	0.933	0.001	100	0.120	المرونة النفسية
غير دال	0.397	100	0.986	0.078	100	0.084	التحكم الصحي
دال	0.000	100	0.945	0.003	100	0.114	الالتزام العلاجي

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم إختبار كولموغوروف سميرونوف وكذا إختبار شبيرو ويلك في درجات أفراد عينة البحث في كل من مقياس المرونة النفسية ومقياس الالتزام العلاجي كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01) في حين أن درجاتهم في مقياس التحكم الصحي كانت غير دالة إحصائياً، وعليه فإن توزيع بيانات متغيرات البحث غير معتدل وهذا يعني أن كل الأساليب الإحصائية التي ستستخدم في المعالجة هي أساليب لابارامترية أنظر إلى الملحق رقم (2).

2- عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

2-1 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى لهذا البحث على: " مستوى المرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع "، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (Chi-Square) بالنسبة لحسن المطابقة، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (24) يوضح إختبار كا² للكشف عن مستوى المرونة النفسية لدى أفراد عينة البحث

المستويات	التكرار المشاهد	النسبة	التكرار المتوقع	الفرق بين التكرارات	Chi-Square	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	القرار
منخفض جدا	2	%02	20.0	-18.0	87.700	4	0.000	دال عند 0.01
منخفض	1	%01	20.0	-19.0				
متوسط	15	%15	20.0	-5.0				
مرتفع	50	%50	20.0	30.0				
مرتفع جدا	32	%32	20.0	12.0				
الاجمالي	100	%100	//	//				

من خلال الجدول أعلاه رقم (24) نلاحظ أن أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالا (100) فردا تباينت مستوياتهم فيما بينها حيث نجد أن (50) فردا كان مستواهم على المقياس (مرتفعا) بنسبة مئوية قدرت بـ 50%، ويليهما (32) فردا كان مستواهم على المقياس (مرتفعا جدا) بنسبة مئوية قدرت بـ 32%، ويليهما (15) فردا كان مستواهم على المقياس (متوسطا) بنسبة مئوية قدرت بـ 15%، ويليهما (2) فردا كان مستواهم على المقياس (منخفضا جدا) بنسبة مئوية قدرت بـ 02%، في حين نجد أن هناك فرد واحد فقط (1) كان

مستواه على المقياس (منخفضا) بنسبة مئوية قدرت بـ 01%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (4) قدرت بـ 87.70 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائيا بين المستويات الخمسة لصالح المستوى الرابع (مرتفع)، ومنه يمكن القول بأن مستوى المرونة النفسية مرتفع لدى أفراد عينة البحث، وعليه فإن هذه النتيجة تؤيد فرضية البحث الأولى والقائلة بـ مستوى المرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

ومنه فإن النتيجة المتوصل إليها تبين أن مرضى القصور الكلوي يبدون درجة كبيرة من الوعي في التكيف مع المواقف الضاغطة ومرونة عالية في طريقة التفاعل والتعامل مع الظروف المحيطة بهم سواء الايجابية أو السلبية خاصة فيما يتعلق بمرضهم، كما أنهم يدركون المسؤولية التي تقع على عاتقهم في إدارة حياتهم وصحتهم. وفي هذا الصدد تشير دراسة " فلاتش، سنة (1988)، وروتر، سنة (1973) " إلى أن المرونة النفسية ليس بالأمر السهل الذي يمكن اكتسابه، مهما كانت طبيعة الضغوط، فطرق التعامل معها تختلف من فرد لآخر. فميزة المرونة النفسية هي ميزة يتصف بها غالبا الفرد المثقف أو الفرد الذي يعطي تفسيرات علمية للأحداث الدائرة حوله وهذا ما يؤكد (Masten, 2009, p26) أن المرونة النفسية هي القدرة الايجابية للفرد على التكيف مع الضغوط النفسية، وتمكنه من أداء وظائفه بشكل جيد، على غرار أفراد عينة البحث الذين اتصفوا بالايجابية والشخصية الانبساطية المرححة وهذا ما لمسناه من خلال التعايش معهم لحظة بلحظة بداية من تطبيق البحث، ويرى هانز ايزيك في نظرية السمات أن الشخصية الانبساطية هي شخصية اجتماعية ومرنة.

كما يمكن إرجاع نتيجة هذه الفرضية إلى توفر بعض العوامل التي ترفع من مستوى المرونة النفسية كالعدم الاجتماعي من خلال الاتصال الفعال والترابط مع الآخرين مثل العائلة أو الأصدقاء، وامتلاك أفراد عينة البحث مهارات حل المشكلات واعتقادهم بوجود شيء يمكن القيام به للسيطرة على المشاعر الحادة والتكيف مع الظروف الطارئة، إضافة إلى عوامل أخرى كالمعتقدات الدينية والقدرة على التكيف مع الضغوط النفسية بفعالية وبطريقة صحيحة، وهذا ما أكدته الجمعية الأمريكية لعلم النفس (A P A) في منشوراتها وجود العديد من العوامل ذات علاقة بالمرونة النفسية والتي تعمل على تعديل آثار السلبية الناتجة عن مواقف الحياة الضاغطة ، وقد بينت العديد من الدراسات أن العامل الأساسي في تكوين المرونة النفسية هو وجود الرعاية والدعم والثقة والتشجيع سواء داخل الأسرة أو خارجها، بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل قدرة الفرد على وضع خطط واقعية لنفسه، الثقة بالنفس، النظرة الإيجابية للذات، تطوير مهارات الاتصال والتواصل والقدرة على كبح المشاعر الحادة.

كما اتفقت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة سامية بورنان (2022) والتي توصلت إلى أن مرضى السكري من النوع الأول يتسمون بمرونة نفسية عالية، وفسرت الباحثة هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة من مرضى السكري يمتلكون قدرات عالية للتكيف مع الظروف المحيطة بهم المتعلقة بالصعوبات والتحديات المتعلقة بالعمل والأسرة وتربية الأطفال وغيرها من متطلبات الحياة، وهذا ما تشترك فيه دراستنا الحالية في أن مرضى القصور الكلوي لديهما قدرات واستراتيجيات مكنتهم من التعايش مع مرضهم على جميع الجوانب الانفعالية والعقلية والاجتماعية والتكيف إيجابيا مع مختلف الضغوطات الحياتية.

وتعارضت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة (Moreira, J& al (2015) والتي خلصت الى وجود مستوى منخفض من المرونة النفسية لدى الأطفال والمراهقين المصابين بأمراض الكلى المزمنة قبل غسل الكلى والذين يعانون من أعراض اكتئابية كبيرة.

2-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية لهذا البحث على: " يتسم مرضى القصور الكلوي المزمن بمركز الضبط الخارجي (ذوو النفوذ) "، ومن أجل التحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى معامل فريدمان الترتيبي بهدف ترتيب الأبعاد التي يقيسها مقياس مركز الضبط، فكانت النتائج كما في الجدول التالي:

جدول رقم (25) يوضح إختبار فريدمان لترتيب أبعاد مركز الضبط

الرقم	أبعاد مركز الضبط	متوسط الرتب	Khi-deux	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	القرار
01	الضبط الداخلي	2.02	42.383	2	0.000	دال عند 0.01
02	الضبط الخارجي (النفوذ)	2.43				
03	الضبط الخارجي (الحظ)	1.55				

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ بناء على متوسطات الرتب التي أفرزها معامل

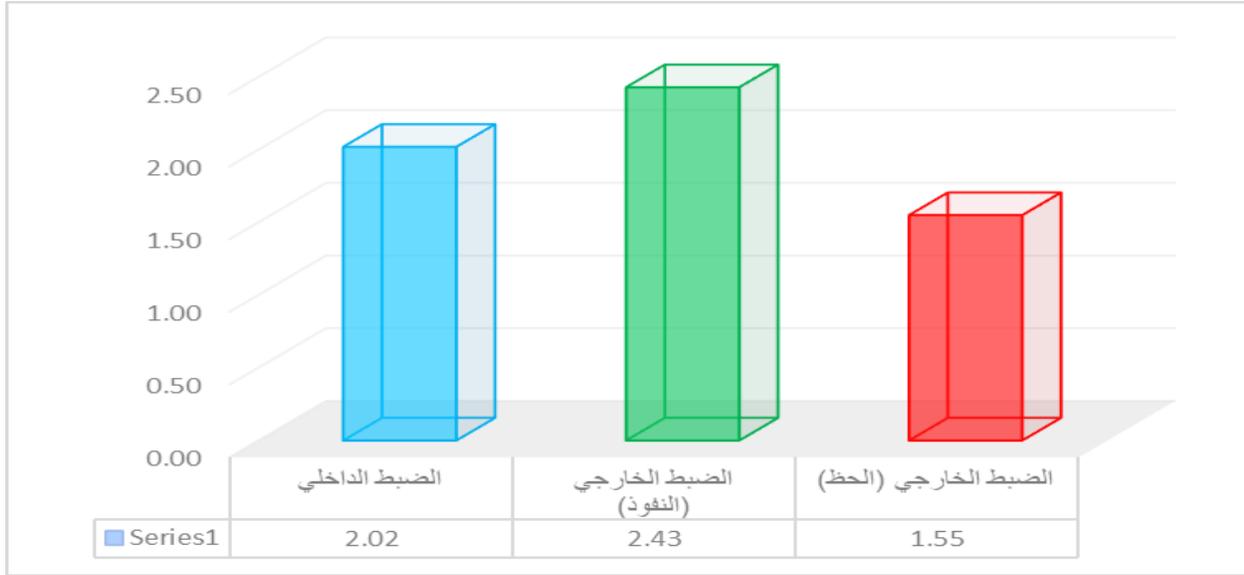
فريدمان الرتبي بالنسبة لأبعاد مقياس (مركز الضبط) والتي جاءت وفق الترتيب التنازلي التالي:

1- بعد مركز الضبط الخارجي (النفوذ) إحتل المرتبة الاولى بمتوسط رتب بلغ 2,43

2- بعد مركز الضبط الداخلي إحتل المرتبة الثانية بمتوسط رتب بلغ 2,03

3- بعد مركز الضبط الخارجي (الحظ) إحتل المرتبة الثالثة بمتوسط رتب بلغ 1,55

والشكل التالي يوضح ذلك:



الشكل رقم (09) أعمدة توضح ترتيب أبعاد مقياس مركز الضبط لدى عينة البحث

وبناء على قيمة χ^2 والتي بلغت 42.38 نلاحظ أنها قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا $(\alpha=0.01)$ ، وبالتالي يمكن القول بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في ترتيب أبعاد مقياس مركز الضبط لدى عينة البحث ويهدف التحقق من الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان تم اللجوء إلى إختبار ويلكوسون وهذا ما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (26) يوضح إختبار ويلكوسون للمقارنات الزوجية بهدف التحقق من ترتيب الأبعاد

الدلالة الإحصائية	قيمة Z	الثنائيات
0.000	-3.755 ^{-b}	الضبط الداخلي - الضبط الخارجي (النفوذ)
0.001	-3.260 ^{-b}	الضبط الخارجي (الحظ) - الضبط الداخلي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى ما أفرزه إختبار ويلكوسون نلاحظ أن الترتيب الذي أفرزه معامل فريدمان هو نفسه الذي أكد عليه معامل ويلكوسون بحيث نلاحظ أن (الضبط الخارجي (النفوذ)) حل في المرتبة الأولى ويليه في المرتبة الثانية (الضبط الداخلي) في حين نجد أن (الضبط الخارجي (الحظ)) حل في المرتبة الثالثة والأخيرة، وهذا ما يجرنا إلى القول بأن هاته النتيجة تؤيد فرضية البحث الثانية والقائلة

" يتسم مرضى القصور الكلوي المزمن بمركز الضبط الخارجي (ذوو النفوذ) " وهذا لأن الاختلاف كان لصالح لبعده مركز الضبط الخارجي (ذوو النفوذ)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

أسفرت النتائج المتوصل إليها سيطرة مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ متبوعا بالضبط الداخلي ثم الضبط الخارجي للحظ، مما يشير إلى أن أفراد عينة البحث أكثر اعتقادا بأن مسؤولية صحتهم تقع على عاتق القائمين بالرعاية الصحية، وهذا نظرا لصعوبة المرض والعلاج بحيث يعتقدون أنهم غير قادرين على التحكم في صحتهم إلا بوجود طبيب أو أشخاص آخرين، وما يؤكدده هو قول غالبية المرضى " كل شيء بيد ربي، رانا بين يديهم"، ويمكن ارجاع نتيجة هذه الفرضية الى العديد من العوامل التي تؤثر على نمط مركز الضبط كالمعلومات الكافية عن المرض والسن والجنس، والثقافة المجتمعية.

وفي ذات السياق أشارت دراسة قام بها **عثمان يخلف وزملائه (1997)** إلى أن مركز الضبط الصحي الخارجي يتأثر بالمعطيات الثقافية التي تجعل من مركز الضبط الصحي الخارجي مصدر قوة بدلا من أن يكون مصدرا للإحساس بالعجز والنشأوم، فيرفع من مستوى الرغبة والاستعداد لممارسة السلوك الصحي، حيث بينت نتائج هذه البحث أن ذوي مركز الضبط الخارجي في عينة البحث كانوا اكثر ميلا من ذوي مركز الضبط الداخلي لممارسة السلوكات الصحية الوقائية. (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص ص 16-17).

وقد تناسقت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة **أسمهان عزوز (2015)** والتي خلصت الى ارتفاع مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وفي السياق ذاته نجد دراسة **مرازقة وليدة سنة (2010)** والتي خلصت إلى ارتفاع درجات أفراد عينة البحث في بعد ذوي النفوذ لمركز الضبط الألم، وقد فسرت الباحثة النتيجة المتوصل إليها إلى عوامل مهمة كطبيعة التنشئة والثقافة السائدة في

المجتمع، والتي تقوم على الخضوع، والطاعة، والاعتقاد بسيطرة الأشخاص الأقوياء بدل الإقدام والسيطرة على الأحداث، وكذلك من خلال تأثير الغموض الذي يتسم به مسار المرض و الألم والعلاج الخاص به.

كما أكدت دراسة (Baydogan & Dag,2008) عن سيادة الضبط الخارجي لدى عينة من مرضى الغسيل الدموي، ونفس النتيجة توصلت إليها دراسة جيلبيراند وفلين (Gillibrand & Flynn, 2010) لدى عينة من مرضى السكري وقد أسفرت النتائج أنهم يتمتعون بمصدر ضبط خارجي لذوي النفوذ لاعتمادهم على الأطباء.(جبالي نورالدين، 2007، ص 21).

وقد تعارضت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة شفيق ساعد (2019) والتي خلصت إلى سيطرة مصدر الضبط الداخلي لدى عينة البحث.

2-3 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة لهذا البحث على: " مستوى الالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع "، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (Chi-Square) لحسن المطابقة، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (27) يوضح إختبار كا² للكشف عن مستوى الالتزام العلاجي لدى أفراد عينة البحث

المستويات	التكرار المشاهد	النسبة	التكرار المتوقع	الفرق بين التكرارات	Chi-Square	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	القرار
منخفض	3	03%	33.3	-30.3	64.220	2	0.000	دال عند 0.01
متوسط	29	29%	33.3	-4.3				
مرتفع	68	68%	33.3	34.7				
الاجمالي	100	100%	//	//				

من خلال الجدول أعلاه رقم (27) نلاحظ أن أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً تباينت مستوياتهم فيما بينها حيث نجد أن (68) فرداً كان مستواهم على المقياس (مرتفعاً) بنسبة مئوية قدرت بـ 68%، ويليها (29) فرداً كان مستواهم على المقياس (متوسطاً) بنسبة مئوية قدرت بـ 29%، ويليها (3) أفراد كان مستواهم على المقياس (منخفضاً) بنسبة مئوية قدرت بـ 3%، وللتأكد من دلالة هذه الفروق في التكرارات والنسب تم اللجوء إلى اختبار الدلالة الإحصائية (كا²) حيث نلاحظ من الجدول أعلاه أن قيمتها عند درجة الحرية (2) قدرت بـ 64.22 وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$)، وبالتالي فإن هناك فرق دال إحصائياً بين المستويات الثلاث لصالح المستوى الثالث (مرتفع)، ومنه يمكن القول بأن مستوى الالتزام العلاجي مرتفع لدى أفراد عينة البحث، وعليه فإن هذه النتيجة تؤيد فرضية البحث الثالثة والقاتلة بـ مستوى الالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

أوضحت النتائج المتوصل إليها في هذه الفرضية أن مرضى القصور الكلوي يتسمون بمستوى التزام علاجي مرتفع، وهو نفس توقع الباحث، وهذا استناداً لدراسات أجريت على نفس عينة البحث، على غرار احتكاكنا بعينة البحث وما لمسناه في رغبتهم القوية بالالتزام بالعلاج كالمداومة على حصص تصفية الدم والالتزام بتناول الدواء والتزام بالحمية الغذائية ونصائح الطبيب، وهذا راجع إلى إدراكهم لخطورة المرض ورغبتهم القوية في البقاء على قيد الحياة، وما يؤكد ذلك هو قول غالبية المرضى " ما عدناش حل، الله غالب، يلزم علينا"، كما أن هناك عوامل أخرى تساعد على رفع الالتزام وتحسينه كالأُسرة ومعرفة المرض وعلاقة الطبيب بالمرضى، وقد أكد روجرز سنة (1983) في نظريته الدافع إلى الحماية أن كلما شعر الفرد بالخوف كلما كان أكثر حرصاً على ممارسة السلوكيات الصحية الوقائية و باعتبار أن أفراد بحثنا هم مرضى القصور الكلوي فالشعور بالخوف يعتبر سمة ملازمة لهم فبالنتيجة هم أكثر التزاماً بكل ما هو مطلوب منهم، وأضاف

روجرز أن ممارسة السلوكيات الصحية الوقائية تعتمد على الاعتقاد الفرد بتوقع فوائد لتنفيذ هذه الممارسات الصحية الوقائية.

كما يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى حوصلة ما توصلنا إليه في الفرضية الأولى، حيث تعد المرونة النفسية عامل مهما ومساهما في رفع الالتزام العلاجي باعتباره سمة إيجابية تساعدهم على التكيف مع ضغوط المرض وتساعدهم على تقبل اكل ما يترتب عنه من أضرار صحية ونفسية.

وقد اتفقت نتائج هذه الفرضية مع دراسة سارة بخوش سنة (2020) والتي خلصت إلى أن مرضى القصور الكلوي لديهم مستوى مرتفع من الالتزام بالعلاج، وفي ذات السابق نجد دراسة فاطمة حلاج وآخرون (2015) والتي خلصت إلى أن 2,17% من المرضى كانوا ملتزمين بالنظام العلاجي الموصوف، وأرجعت الباحثة في تفسيرها لهذه النتيجة إلى أنه قد يتأثر الالتزام ببعض العوامل كالمشفى الذي يخضع فيه المريض لجلسات التصفية والدخل الشهري وتاريخ بدء العلاج، ويمكن تفسير النتيجة بالنظر إلى أن النظرة الايجابية للدواء قد تساعد على الالتزام بالعلاج كما أثبتت دراسة ريم عرفات حيث عبر 79.9% من أفراد العينة على أن الدواء شيء ايجابي ويساعد على الشفاء. (سارة بخوش، 2020، ص 256)

وتتعارض هذه النتيجة مع كل من دراسة عبد الصمد صورية (2020) ودراسة حميد زغير الرشيد وآخرون (2019) ودراسة Kopruluet & al (2014) والتي أسفرت إلى وجود انخفاض في مستوى الالتزام العلاجي لدى أفراد عينة البحث.

4-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة لهذا البحث على: " توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "، وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم اللجوء إلى استخدام معامل سبيرمان، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية :

الجدول رقم (28) يوضح العلاقة بين المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي			
القرار	قيمة الارتباط	Spearman's rho	
الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0,05$)	0.240	الضبط الداخلي	المرونة النفسية
	0.228*	الضبط الخارجي (ذوو النفوذ)	
	0.016	الضبط الخارجي (الحظ)	

من خلال الجدول رقم (28) أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط سبيرمان بين درجات أفراد عينة البحث في مقياس (المرونة النفسية) ودرجاتهم في مقياس (مركز الضبط الصحي) بلغ (0.24) بالنسبة لبعده الضبط الداخلي، وبالنسبة لبعده الضبط الخارجي (ذوو النفوذ) بلغ (0.22)، وبالنسبة لبعده الضبط الخارجي (الحظ) بلغ (0.01)، وهي قيم ضعيفة وموجبة، كما نلاحظ أن نتيجة الارتباط بالنسبة لبعده الضبط الداخلي والضبط الخارجي (ذوو النفوذ) جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0,05$) في حين جاءت غير دالة إحصائياً بالنسبة لبعده الضبط الخارجي (الحظ)، ومنه نستطيع القول بأنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي يمكن القول بأن هذه النتيجة جاءت مؤيدة جزئياً لفرضية البحث الرابعة القائلة بـ "توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وهاته العلاقة تحققت بالنسبة لبعده مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي (ذوو النفوذ)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

أوضحت النتيجة المتوصل إليها في هذه الفرضية أن هناك علاقة ارتباطية ايجابية بين المرونة النفسية والبعء الداخلي، وحسب نظرية التحكم الصحي أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يتميزون بمرونة عالية في مواجهة ضغوط والتكيف معها، خاصة وان أفراد عينة البحث هم أكثر عرضة لهذه الضغوط نظرا لصعوبة المرض وما يترتب عنه من آثار نفسية وجسمية.

لم يجد الباحث في حدود اطلاعه دراسات سابقة تناولت العلاقة بين متغيري المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي أو أمراض مزمنة أخرى، وبالرجوع إلى التراث النظري فإن المرونة النفسية حسب (Azlina & Shahrir, 2010) تعرف على أنها "قدرة الفرد على التعافي من الأمراض، الاكتئاب والمصائب، وقيام الفرد بوظائفه بالرغم من التحديات والظروف الصعبة المحيطة به، وهذا يتطلب من الفرد القدرة على التكيف الفعال الذي يتضمن كل من الأفكار والأفعال"، كما تعني المرونة النفسية "القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو النكبات أو الأحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها أو تجاوزها بشكل ايجابي ومواصلة الحياة بفعالية واقتدار (Masten, 2009 p 20) ، وهو ما يشير إلى مفهوم مركز الضبط الداخلي الذي يعكس مدى اعتقاد الفرد بقدرته على التعافي والارتقاء بصحته من خلال ممارسة سلوكيات علاجية ووقائية تساعده على حماية صحته والارتقاء بها.

كما أشارت الفرضية الرابعة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المرونة النفسية ومركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ، وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن مركز الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ أساسا يشير إلى اعتقادات الفرد بأن ما ينتج عن وضعه الصحي يتحكم فيه أشخاص آخرون كالأطباء والممرضين والأسرة، ومن هذا المنطلق يمكن القول بأن جملة ما يتلقاه المرضى من دعم وتعزيز للقدرات يساهم بشكل إيجابي في ارتفاع مستويات المرونة النفسية لديهم، كما يمكن إرجاع وتفسير هذه العلاقة إلى طبيعة المرض حيث يكون الاعتقاد لدى المصاب بهذا المرض أنه رهن للآخرين ومغلوب عن أمره بحكم

وجود قوى خارجية تؤثر عليه وترسم مصيره وهي موجودة خارج إطار قدرته ومجال سيطرته، الأمر الذي يحتم على المحيطين به خلق نوع من التوازن النفسي لديه من خلال تنمية ثقته بنفسه، ما أدى إلى ارتفاع عامل المرونة النفسية، وهذا ما أقر به بعض المرضى بتعبيرهم " مناش حاسين، والحمد لله رايم متهلين فينا".

أما فيما يخص الشرط الأخير من الفرضية الرابعة والذي مفاده عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين المرونة النفسية ومركز الضبط الخارجي الحظ، ومرد ذلك إلى أن بعض المرضى من أفراد عينة البحث عند احتكاكنا بهم لاحظنا أنهم دائما يميلون إلى العزلة وعدم التفاعل الإيجابي مع البيئة المحيطة بهم، الأمر الذي يمكن أن يؤدي بهم إلى انعدام ثقتهم بأنفسهم وكذا بالآخرين وفقدانهم لمعنى الحياة على وجه عام، وكلها عوامل من شأنها أن تؤثر سلبا في مستويات المرونة النفسية لديهم.

2-5 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة لهذا البحث على: " توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم اللجوء إلى استخدام معامل سبيرمان، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (29) يوضح العلاقة بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي			
القرار	الالتزام العلاجي	Spearman's rho	
** الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0,01) $(\alpha=0,01)$	0.549**	معامل الارتباط	المرونة النفسية
	0.000	مستوى الدلالة	
	100	حجم العينة	

من خلال الجدول رقم (29) أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط سبيرمان بين درجات أفراد عينة البحث في مقياس (المرونة النفسية) ودرجاتهم في مقياس (الالتزام العلاجي) بلغ (0.54) وهي قيمة متوسطة وموجبة، أي أن الارتباط بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي هو ارتباط طردي، كما نلاحظ أن نتيجة هذا

الارتباط جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0,01$)، ومنه نستطيع القول بأنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي يمكن القول بأن هذه النتيجة جاءت مؤيدة لفرضية البحث الخامسة القائلة بـ **توجد علاقة ارتباطيه بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.**

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال مفهوم المرونة النفسية والتي تمثل الاستجابة الانفعالية والعقلية، التي تمكن المريض من التكيف الإيجابي مع المواقف الحياتية المختلفة من جهة ومرضهم من جهة أخرى كما أنها تحدد قدرته على التوافق والمواجه والصلابة عند الصدمات أو الضغوط النفسية خاصة المشكلات الصحية.

ومن هذا المنطلق فإن التوافق يعد صلة الوصل بين المرونة النفسية والالتزام حيث أن هذا الأخير يعرف على أنه درجة الانسجام أو التوافق بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية وإتباع حمية غذائية أو تعديل سلوك الحياة وإتباع الوصفات وتوصيات الطبيب.

وعليه فإن الالتزام العلاجي يعتبر مفتاح النجاح في السيطرة على أي مرض مزمن وبوجه خاص لدى مرضى القصور الكلوي، حيث يمكن من إحداث اثر وهذا من خلال تغيير أسلوب حياة المرضى مما يؤدي إلى تحسين مسار المرض وتفاذي مضاعفاته المدمرة ، فالمعالجات المثالية في وقتنا الحاضر هي تلك المتمركزة على المريض لا على الطبيب ، فمحاولة السيطرة على هذا المرض وضبطه يقتضي من المريض الالتزام بمراقبة مستويات عمل الكلى في جسمه في فترات منتظمة بالإضافة إلى ذلك فإن الالتزام بالحمية الغذائية المناسبة لضبط الوزن واستخدام الأدوية بصورة سليمة، كلها عناصر أساسية تساهم في ارتفاع مستويات الالتزام لدى المريض، وهذا ما أقر به غالبية المرضى من عينة البحث بقولهم " رانا ماشيين في العلاج مليح بفضل توجيهات ونصائح تع الأطباء".

وقد تشابهت النتيجة المتوصل إليها إلى حد ما مع دراسة حميد زغير الرشيد وآخرون سنة (2019) والتي أسفرت عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الامتثال العلاجي والصلابة النفسية.

2-6 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة لهذا البحث على: " توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن "، وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم اللجوء إلى استخدام معامل سبيرمان، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية :

الجدول رقم (30) يوضح العلاقة بين أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي			
القرار	الالتزام العلاجي	Spearman's rho	
*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,01)	0.393**	الضبط الداخلي	مركز الضبط
	0.334**	الضبط الخارجي (ذوو النفوذ)	الضبط
	0.165	الضبط الخارجي (الحظ)	الصحي

من خلال الجدول رقم (30) أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط سبيرمان بين درجات أفراد عينة البحث في مقياس (مركز الضبط الصحي) ودرجاتهم في مقياس (الالتزام العلاجي) بلغ بالنسبة لبعده الضبط الداخلي (0.39)، وبالنسبة لبعده الضبط الخارجي (ذوو النفوذ) بلغ (0.33)، وبالنسبة لبعده الضبط الخارجي (الحظ) بلغ (0.16)، وهي قيم متوسطة وموجبة، كما نلاحظ أن نتيجة الارتباط بالنسبة لبعده الضبط الداخلي والخارجي (ذوو النفوذ) جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,01) في حين جاءت غير دالة إحصائياً بالنسبة لبعده الضبط الداخلي والضبط الخارجي (الحظ)، ومنه نستطيع القول بأنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود العلاقة، وبالتالي يمكن القول بأن هذه النتيجة جاءت مؤيدة جزئياً لفرضية البحث السادسة القائلة بـ "توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وهاته العلاقة تحققت فقط بالنسبة لبعده مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي (ذوو النفوذ)، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

أوضح الشطر الأول من الفرضية أنه توجد علاقة بين بعد الضبط الصحي الداخلي والالتزام العلاجي، ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن بعض المرضى ذوي الضبط الداخلي يعتقدون بأنهم قادرين على تسيير مرضهم دون اللجوء إلى القائمين على الرعاية الصحية، وبالرجوع إلى التراث النظري سنجد أن هذه النتيجة تبدو منطقية لأن خصائص ذوي الضبط الصحي الداخلي توحى وبدرجة عقلانية أن لها علاقة بالالتزام العلاجي، خاصة وأنهم أكثر قدرة على تحمل مسؤولياتهم اتجاه أنفسهم واتجاه الأحداث التي تواجههم، ونجدهم أكثر التزاما في كل ما يخص حياتهم الصحية.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Seeman & Seeman , 1983) والتي خلصت أن ذوي التحكم الداخلي أكثر ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية والعناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية وإجراءات صحية أخرى. (عثمان يخلف، 2001، ص 96). وتشابهت إلى حد ما مع دراسة أسمهان عزوز (2015) والتي أسفرت عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الداخلي والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي.

كما أشار الشطر الثاني من الفرضية السادسة إلى وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين الضبط الصحي الخارجي ذوي النفوذ والالتزام العلاجي، وبالرجوع إلى التراث النظري نجد أن ذوي الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ لديهم اعتقاد سائد أن ما ينتج عن وضعهم الصحي يتحكم فيه أشخاص آخريين كالأطباء والممرضين والأسرة، كما أن حالتهم المرضية واضطراب سلوكهم عادة ما يرتبط بضعف الأنا والتبعية اللاواعية في معالجتهم للأحداث الضاغطة، فهم لا يمتلكون الميكانيزمات اللازمة للتعامل مع وضعهم الصحي نظرا كونهم يفتقدون الذات المستقلة والثقة بالنفس، غير انه يمكن تلافي هذه المعطيات إذا ما قدمت لهم الرعاية والدعم الذي من شأنه أن يعزز الجانب الإيجابي لديهم، لذلك فإن هذا ما جعل أصحاب هذا النمط يميلون إلى الالتزام العلاجي كونهم يرون أن حالتهم الصحية هي رهن لآخريين (الأطباء، الممرضين،

الأُسرة)، وهذا ما أوضحه زينك وستورم (Zink & storm, 2019) أن الصحة تحددها عوامل محيطية بالمريض.

ومن جملة ما لاحظناه في أرض الواقع أن الدعم الذي تقدمه أسر المرضى من جهة وتشجيع الأطباء وتوجيهاتهم ونصائحهم من جهة أخرى جعلهم يمثلون للعلاج بدرجات جيدة، وبالتالي فإن هذه المتغيرات الوسيطة بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ والالتزام العلاجي ساهمت إيجاباً في تبني أفراد عينة البحث بالسلوك الوقائي والإذعان للمتابعة الطبية.

وجاءت هذه النتيجة متشابهة إلى حد ما مع دراسة أسمهان عزوز (2015) ودراسة عليوة سمية وجبالي نورالدين (2007) والتي خلصت إلى أن هناك علاقة بين مركز الضبط الخارجي نفوذ والكفاءة الذاتية لدي عينة البحث.

أما فيما يخص الشكر الأخير من الفرضية السادسة والذي مفاده عدم وجود علاقة بين مركز الصحي الخارجي للحظ و الالتزام العلاجي، فيمكن رده إلى كون أن ذوي الضبط الصحي الخارجي للحظ من عينة البحث يسود لديهم جملة من الاعتقادات مفاده ان تحسن أو تدهور الصحي أساس يرتبط أساساً بعامل الصدفة و الحظ والقضاء والقدر، الأمر الذي عزز لديهم سمة اللامبالاة وعدم الاهتمام بالنصائح والإرشادات والدعم الذي يتلقونه من طرف الأطباء والممرضين والأسرة مما ساهم في عدم التزامهم بالعلاج، وهذا عكس ما توصلت إليه هذه النتيجة دراسة سبأ سلوم وسلاف حمود(2021) والتي خلصت إلى وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين مركز الضبط الصحي الخارجي المتعلق بالحظ والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري

7-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية السابعة:

نصت الفرضية السابعة لهذا البحث على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية والتحكم الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل الجنس (ذكور/إناث)", وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (U) مان ويتني البديل عن اختبارات لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (31) إختبار مان ويتني لدلالة الفروق في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط

الصحي والالتزام العلاجي تبعاً لمتغير الجنس

القرار	الدلالة الإحصائية	Z	Mann-Whitney U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	المتغيرات	
غير دال	0.849	-0.190	1173.000	3003.00	50.05	60	المرونة	ذكور
				2047.00	51.18	40		إناث
						100		الاجمالي
غير دال	0.783	-0.276	1161.000	2991.00	49.85	60	الداخلي	ذكور
				2059.00	51.48	40		إناث
						100		الاجمالي
غير دال	0.282	-1.075	1048.000	2878.00	47.97	60	الخارجي نفوذ	ذكور
				2172.00	54.30	40		إناث
						100		الاجمالي
غير دال	0.347	-0.941	1067.000	2897.00	48.28	60	الخارجي حظ	ذكور
				2153.00	53.83	40		إناث
						100		الاجمالي
دال	0.042	-2.030	912.000	3318.00	55.30	60	الالتزام	ذكور
				1732.00	43.30	40		إناث
						100		الاجمالي

من خلال الجدول (31) نلاحظ ما يلي:

- نلاحظ أن أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً قد توزعوا بناءً على مقياس المرونة النفسية حسب متغير الجنس إلى (60) ذكراً بواقع (50.05) كمتوسط رتب، و(40) أنثى بواقع (51.18) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة إختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-0.19) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً، وعليه فإنه لا توجد فروق في المرونة النفسية تبعاً لعامل الجنس.

- نلاحظ أن أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً قد توزعوا بناءً على أبعاد مقياس مركز الضبط الصحي حسب متغير الجنس إلى (60) ذكراً بواقع (49.95) كمتوسط رتب في البعد الداخلي و(47.97) في البعد الخارجي (ذوو النفوذ) و(48.28) في البعد الخارجي (الحظ)، و(40) أنثى بواقع (51.48) كمتوسط رتب في البعد الداخلي و(54.30) في البعد الخارجي (ذوو النفوذ) و(53.83) في البعد الخارجي (الحظ)، وبالنظر إلى قيمة إختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-0.27) في البعد الداخلي و(-1.07) في البعد الخارجي (ذوو النفوذ) و(-0.94) في البعد الخارجي (الحظ)، نلاحظ أنها قيم غير دالة إحصائياً، وعليه فإنه لا توجد فروق في أبعاد مركز الضبط الصحي تبعاً لعامل الجنس.

- نلاحظ أن أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً قد توزعوا بناءً على مقياس الالتزام العلاجي حسب متغير الجنس إلى (60) ذكراً بواقع (55.30) كمتوسط رتب، و(40) أنثى بواقع (43.30) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة إختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-2.03) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وعليه فإنه توجد فروق في الالتزام العلاجي تبعاً لعامل الجنس لصالح الذكور.

وبناءً على ما سبق يمكن القول بأنه تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود الفروق، وبالتالي يمكن القول بأن هذه النتيجة أتت مؤيدة جزئياً لفرضية البحث السابعة والقائلة بـ **توجد فروق ذات دلالة**

إحصائية في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل الجنس (ذكور/ إناث) وأن هاته الفروق كانت في مقياس الالتزام العلاجي لصالح الذكور، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

يمكن تفسير عدم وجود فروق في كل من المرونة النفسية ومصدر الضبط الصحي بأبعاده الى كون أن المرضى من عينة البحث ينتمون لنفس البيئة ولديهم نفس مستويات التفكير تقريبا على غرار ذلك فإنهم يعيشون ويتعايشون في ذات السياق الاجتماعي والثقافي وهذا ما جعلهم يواجهون ذات التحديات والمشكلات المرتبطة بمرضهم بمستويات متقاربة من المرونة النفسية على اختلاف مصادر الضبط الصحي التي يعتمدون عليها، كما أن المحيط الذين ينتمون إليه ويتعايشون معه له نفس التأثيرات على كلا الجنسين تقريبا. ومن جملة الدراسات التي اتفقت مع دراستنا في عدم وجود فروق في المرونة النفسية تبعاً لمتغير الجنس نذكر دراسة سامية بورنان (2022) ودراسة يوسف صابور وآخرون سنة (2020) والتي خلصت الى عدم وجود فروق في المرونة النفسية تبعاً لمتغير الجنس لدة أفراد عينة البحث، كما اختلف مع دراسة (Li-Ching Ma & al (2013) والتي أسفرت على وجود فروق في مستوى المرونة النفسية تعزى لمتغير الجنس لدى عينة البحث.

أما فيما يتعلق بالدراسات التي تتفق مع دراستنا في عدم وجود فروق في مصدر الضبط الصحي بأبعاده تبعاً لمتغير الجنس، نجد دراسة مرازقة وليد سنة (2010) ودراسة شفيق ساعد سنة (2019) ودراسة جبالي نور الدين سنة (2007) والتي أسفرت عن عدم وجود فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير الجنس.

ويمكن إرجاع وجود فروق دالة إحصائياً في الالتزام الصحي لصالح الذكور لكون أن غالبية المرضى من البحث هم من الذكور هذا من جهة ومن جهة أخرى لمسنا من خلال احتكاكنا بعينة البحث ان المرضى

الذكور أظهروا درجات عالية واهتمام كبير بإتباع العلاج ومختلف الإرشادات والنصائح الطبية بخصوص وضعهم الصحي، كما لمسنا أن الرجال يلجؤون إلى الخدمات الطبية أكثر مما يلجأون إليه النساء.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة أيضا في ظل المعتقدات والمجتمع الذي ينحدر منه أفراد العينة ففي معظم الأحوال ينظر المجتمع للرجال على أنهم أقوى من النساء في كل مجالات الحياة مما أدى بهم إلى تبني فكرة ان الإصابة بالمرض الجسدي أو النفسي يعتبر نقصا بالنسبة لهم، وعليه فالالتزام الصحي لدى الرجال يتأثر بنوعية تفسيراتهم ومعتقداتهم حول مرضهم، الأمر الذي من شأنه أن يؤثر بطريقة إيجابية وآلية على سعيهم للحصول على الرعاية الصحية والمشورة والمتابعة الطبية.

وقد اتفقت هذه النتيجة إلى حد ما مع دراسة **عبد الصمد صورية (2020)** والتي أسفرت عن وجود فروق دالة إحصائية في الالتزام الصحي لدى المصابين بالأمراض الغدد اللاحقوية تبعا لمتغير الجنس غير أنها اختلفت مع نتيجة دراستنا في كون الفروق كانت لصالح الإناث وليس للذكور، وقد يعود ذلك إلى طبيعة المرض في حد ذاته، كما اختلفت مع دراسة **سارة بخوش (2020)** والتي أسفرت على عدم وجود في الالتزام العلاجي يعزى لمتغير الجنس لدى مرضى القصور الكلوي.

8-2 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثامنة:

نصت الفرضية الثامنة لهذا البحث على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية والتحكم الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعا لعامل الحالة الاجتماعية (أعزب/ متزوج)"، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (U) مان ويتني البديل عن اختبار ت لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (32) إختبار مان ويتني لدلالة الفروق في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط

الصحي والالتزام العلاجي تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية

القرار	الدلالة الإحصائية	Z	Mann-Whitney U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	حجم العينة	المتغيرات		
غير دال	0.067	-1.835	823.500	1319.50	42.56	31	أعزب	المرونة	
				3730.50	54.07	69			متزوج
						100			الاجمالي
غير دال	0.970	-0.037	1064.500	1570.50	50.66	31	أعزب	الداخلي	
				3479.50	50.43	69			متزوج
						100			الاجمالي
غير دال	0.075	-1.780	832.000	1328.00	42.84	31	أعزب	الخارجي	
				3722.00	53.94	69			متزوج
						100			الاجمالي
دال	0.050	-1.963	807.500	1303.50	42.05	31	أعزب	الخارجي	
				3746.50	54.30	69			متزوج
						100			الاجمالي
غير دال	0.751	-0.317	1027.000	1608.00	51.87	31	أعزب	الالتزام	
				3442.00	49.88	69			متزوج
						100			الاجمالي

من خلال الجدول (32) نلاحظ ما يلي:

- نلاحظ أن أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً قد توزعوا بناء على مقياس المرونة النفسية حسب متغير الحالة الاجتماعية إلى (31) أعزبا بواقع (42.56) كمتوسط رتب، و(69) متزوجاً بواقع (54.04) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة إختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-1.83) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً، وعليه فإنه لا توجد فروق في المرونة النفسية تبعا

لعامل الحالة الاجتماعية.

- نلاحظ أن أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً قد توزعوا بناءً على أبعاد مقياس مركز الضبط الصحي حسب متغير الحالة الاجتماعية إلى (31) أعزباً بواقع (50.66) كمتوسط رتب في البعد الداخلي و(42.84) في البعد الخارجي (ذوو النفوذ) و(42.05) في البعد الخارجي (الحظ)، و(69) متزوجاً بواقع (50.43) كمتوسط رتب في البعد الداخلي و(53.94) في البعد الخارجي (ذوو النفوذ) و(54.30) في البعد الخارجي (الحظ)، وبالنظر إلى قيمة إختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-0.03) في البعد الداخلي و(-1.78) في البعد الخارجي (ذوو النفوذ) و(-1.96) في البعد الخارجي (الحظ)، نلاحظ أنها قيم غير دالة إحصائياً ماعداً في البعد الخارجي (الحظ)، وعليه توجد فروق فقط في بعد مركز الضبط الصحي الخارجي (الحظ) تبعاً لعامل الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين.

- نلاحظ أن أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً قد توزعوا بناءً على مقياس الالتزام العلاجي حسب متغير الحالة الاجتماعية إلى (31) أعزباً بواقع (51.87) كمتوسط رتب، و(69) أنثى بواقع (49.88) كمتوسط رتب، وبالنظر إلى قيمة إختبار (Z) مان ويتني والتي بلغت (-0.31) نلاحظ أنها قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وعليه فإنه لا توجد فروق في الالتزام العلاجي تبعاً لعامل الحالة الاجتماعية.

وبناءً على ما سبق يمكن القول بأنه تم قبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود الفروق، وبالتالي يمكن القول بأن هذه النتيجة أتت معارضةً لفرضية البحث الثامنة والقائلة بـ **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل الحالة الاجتماعية (أعزب/ متزوج) أي لا توجد فروق في المتغيرات الثلاث ماعداً في**

مقياس مركز الضبط الصحي وبالضبط في بعد الضبط الخارجي (الحظ) لصالح المتزوجين، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

يمكن تفسير عدم وجود الفروق في كل من المرونة النفسية والمصدر الضبط الصحي (الداخلي وذوي النفوذ) والالتزام العلاجي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب-متزوج)، انطلاقاً من امتلاكهم لمستويات متقاربة من القدرة على التكيف مع وضعهم الصحي والتعامل معه بمستويات من المرونة النفسية المناسبة من جهة ومن جهة أخرى وإتباع النصائح والإرشادات التي تسهم في ارتفاع مستويات امتثالهم للعلاج على اختلاف مصادر الضبط الصحي، ذلك لكونهم يتعايشون مع نفس المرض ويواجهون نفس التحديات والمشاكل التي يفرضها هذا المرض، مما أدى إلى وجود تشابه كبير في مستويات هاته المتغيرات على اختلاف الحالة الاجتماعية لديهم.

وقد اتفقت دراستنا الحالية في متغير الضبط الصحي مع دراسة أسمهان عزوز سنة (2015) ودراسة مرازقة وليدة (2009) والتي كشفت عن عدم وجود فروق في أبعاد مركز الضبط الصحي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

كما يمكن تفسير وجود فروق دالة إحصائية في بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ لصالح المتزوجين، انطلاقاً من الظروف المعيشية وثقل المسؤولية التي تقع على عاتقهم، فعلى غرار المشكلات الأسرية وتراجع قدراتهم الجنسية بحكم أن الإصابة بهذا المرض تنعكس سلباً على علاقتهم الزوجية وتدهور الجانب المادي من جهة والإصابة بهذا المرض وتكاليفه المرهقة من جهة أخرى، كلها عوامل ساهمت في ترسيخ اعتقادهم بأن تحسن أو تدهور وضعه الصحي يرتبط بالصدفة والحظ والقضاء والقدر، وهذا ما ذهب إليه عبد المنعم حنفي (1992) المشار إليه في دراسة أسمهان عزوز (2015) أن المريض نتيجة خضوعه للغسل الكلوي تنقص قدراته الجسمية والجنسية تدريجياً وهذا ما يؤثر على حياته الزوجية مما يعزز

لديه الشعور بالنقص وعدم القدرة في التحكم في مجريات حياته وبالتالي لجوءه إلى الضبط الخارجي بالإلقاء اللوم على أفراد أسرته مثلاً أو أنه خطأ طبي أو بالإيمان بالقدرية وأن المرض مكتوب و قدر من الله.

2-9 عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية التاسعة:

نصت الفرضية التاسعة لهذا البحث على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية والتحكم الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعا لعامل مدة المرض"، وللتحقق من صحة هاته الفرضية تم اللجوء إلى إختبار الدلالة الاحصائية (H) كروسكال واليس البديل عن إختبار تحليل التباين الأحادي، وبعد المعالجة الاحصائية تم التوصل إلى النتيجة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (33) إختبار كروسكال واليز لدلالة الفروق في كل من المرونة النفسية والتحكم الصحي

والالتزام العلاجي تبعا لمتغير مدة المرض

القرار	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	Kruskal-Wallis H	متوسط الرتب	حجم العينة	مدة المرض	
						مركز الضبط الصحي	مركز الضبط الخارجي
غير دال	0.090	2	4.813	47.15	23	المرونة النفسية	أقل من 5 س
				55.47	54		من 5-10 س
				40.24	23		أكثر من 10 س
					100		الاجمالي
غير دال	0.312	2	2.331	42.35	23	الضبط الداخلي	أقل من 5 س
				53.25	54		من 5-10 س
				50.17	23		أكثر من 10 س
					100		الاجمالي
دال	0.034	2	6.748	43.96	23	الضبط الخارجي	أقل من 5 س
				56.85	54		من 5-10 س
				40.26	23		أكثر من 10 س

				100	الاجمالي	
غير دال	0.486	2	1.441	48.72	23	أقل من 5 س
				52.92	54	من 5-10 س
				44.54	23	أكثر من 10 س
					100	الاجمالي
غير دال	0.362	2	2.030	50.09	23	أقل من 5 س
				46.89	54	من 5-10 س
				57.09	23	أكثر من 10 س
					100	الاجمالي

من خلال الجدول أعلاه رقم (33) نلاحظ ما يلي:

- نلاحظ أن إجابات أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً قد انقسمت حسب استجاباتهم على مقياس المرونة النفسية إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى الذين تقل مدة مرضهم عن 5 سنوات وقد بلغ عددهم (23) فرداً بمتوسط رتب بلغ 47.20، أما المجموعة الثانية فتمثل الذين تراوحت مدة مرضهم بين 5 إلى 10 سنوات وقد بلغ عددهم (54) فرداً بمتوسط رتب بلغ 55.43، أما المجموعة الثالثة فتمثل الذين تجاوزت مدة مرضهم عن 10 سنوات وقد بلغ عددهم (23) فرداً بمتوسط رتب بلغ 40.28، وقد أفرز اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليس (H) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية (2) بـ 4.75 وهي قيمة غير دالة إحصائياً، وعليه فإنه لا توجد فروق في المرونة النفسية تبعاً لعامل مدة المرض.

- نلاحظ أن إجابات أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالاً (100) فرداً قد انقسمت حسب استجاباتهم على أبعاد مقياس مركز الضبط الصحي إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى الذين تقل مدة مرضهم عن 5 سنوات وقد بلغ عددهم (23) فرداً بمتوسط رتب بلغ 42.35 بالنسبة للضبط الداخلي و43.96 بالنسبة للضبط الخارجي (النفوذ) و48.72 بالنسبة للضبط الخارجي (الحظ)، أما

المجموعة الثانية فتمثل الذين تراوحت مدة مرضهم بين 5 إلى 10 سنوات وقد بلغ عددهم (54) فردا بمتوسط رتب بلغ 53.25 بالنسبة للضبط الداخلي و56.85 بالنسبة للضبط الخارجي (النفوذ) و52.92 بالنسبة للضبط الخارجي (الحظ)، أما المجموعة الثالثة فتمثل الذين تجاوزت مدة مرضهم عن 10 سنوات وقد بلغ عددهم (23) فردا بمتوسط رتب بلغ 50.17 بالنسبة للضبط الداخلي و40.26 بالنسبة للضبط الخارجي (النفوذ) و44.54 بالنسبة للضبط الخارجي (الحظ)، وقد أفرز اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليس (H) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية (2) ب 2.33 في الضبط الداخلي و6.74 في الضبط الخارجي (النفوذ) و1.44 بالنسبة للضبط الخارجي (الحظ) وهي قيم غير دالة إحصائيا ماعدا في بعد الضبط الخارجي (النفوذ)، وعليه فإنه توجد فروق فقط في بعد مركز الضبط الصحي الخارجي (النفوذ) تبعا لعامل مدة المرض لصالح الذين تراوحت مدة مرضهم بين 5 إلى 10 سنوات.

- نلاحظ أن إجابات أفراد عينة البحث والبالغ عددهم إجمالا (100) فردا قد انقسمت حسب استجاباتهم على مقياس الالتزام العلاجي إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأولى الذين تقل مدة مرضهم عن 5 سنوات وقد بلغ عددهم (23) فردا بمتوسط رتب بلغ 50.09، أما المجموعة الثانية فتمثل الذين تراوحت مدة مرضهم بين 5 إلى 10 سنوات وقد بلغ عددهم (54) فردا بمتوسط رتب بلغ 46.89، أما المجموعة الثالثة فتمثل الذين تجاوزت مدة مرضهم عن 10 سنوات وقد بلغ عددهم (23) فردا بمتوسط رتب بلغ 57.09، وقد أفرز اختبار الدلالة الإحصائية كروسكال واليس (H) والذي بلغت قيمته عند درجة الحرية (2) ب 2.03 وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وعليه فإنه لا توجد فروق في الالتزام العلاجي تبعا لعامل مدة المرض.

ومما سبق يمكنك القول بأنه تم قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفروق، وبالتالي فإن هاته النتيجة المتوصل إليها تعارض فرضية البحث التاسعة القائلة بـ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية والتحكم الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل مدة المرض أي لا توجد فروق في المتغيرات الثلاث ما عدا في مقياس مركز الضبط الصحي وبالضبط في بعد الضبط الصحي الخارجي (ذوو النفوذ) لصالح الذين تراوحت مدة مرضهم بين 5 إلى 10 سنوات، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%.

يمكن تفسير عدم وجود الفروق في كل من المرونة النفسية والمصدر الضبط الصحي (الداخلي والخارجي للحظ) والالتزام العلاجي تبعاً لمتغير مدة المرض، نظراً للتشابه بين أفراد عينة البحث في طبيعة المرض وكذا التحديات المشتركة في مواجهة هذا المرض، الأمر الذي أدى إلى التقارب الكبير بينهم في التعامل بمرونة مع وضعهم الصحي من جهة، والعمل بمختلف النصائح والإرشادات الطبية من جهة أخرى، التي من شأنها أن ترفع من نسبة امتثالهم وإذعانهم للعلاج على اختلاف مصادر الضبط الصحي التي يعتمدونها وبغض النظر عن مدة المرض، وهذا ما لمسناه من عينة البحث، حيث لاحظنا أن درجات المرونة النفسية وكذا الالتزام العلاجي ومصادر الضبط الصحي متقاربة ومتشابهة سواء في الذين قلت مدة مرضهم عن 5 سنوات أو الذين تراوحت بين 5-10 سنوات أو حتى الذين فاقت مدة مرضهم عن 10 سنوات، فلم نلاحظ ذلك البون الشاسع في هذه المتغيرات الثلاث.

أما فيما يخص الفروق التي وجدت في بعد مصدر الضبط الخارجي للنفوذ لصالح الذين تراوحت مدة مرضهم بين 5 إلى 10 سنوات، فقد يعود هذا الأمر إلى عامل الخبرة، فقد لاحظنا من خلال تعايشنا معهم أن الذين تراوحت مدة مرضهم من 5 إلى 10 سنوات قد اكتسبوا بعض الخبرات في التعامل مع معطيات مرضهم، وهذا من خلال تكوين علاقات آمنة مع الأطباء والمرضى وتتسم بالاستقرار وتقوم على أساس الثقة

المتبادلة، إضافة إلى ذلك فإن جملة التوجيهات والنصائح التي يتلقونها باستمرار من طرف الأطباء ساهم في تكوين خبرات لديهم عن كيفية مواجهة مختلف تداعيات مرضهم.

وقد اتفقت دراستنا الحالية مع نتائج دراسة شفيق ساعد سنة (2019) والتي أسفرت عن وجود فروق في الضبط الخارجي للنفوذ تعزى إلى مدة المرض، ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى أن اعتقاد المرضى مع مرور الوقت بأن صحتهم تعتمد في الغالب على الآخرين لا سيما العاملين في المجال الطبي يزداد مع مدة المرض إذا أمكنهم بناء علاقات ثقة مع هؤلاء.

خاتمة البحث ومقترحاته

خاتمة البحث ومقترحاته:

يعد مرض القصور الكلوي من الأمراض المزمنة الأكثر انتشاراً في العالم، وهو مشكلة صحية تعاني منها قطاعات الصحية، نظراً للتكلفة المالية الباهظة التي تستنزفها بسبب عدم الالتزام مرضى بالعلاج، ويأتي هذا الأخير نتيجة تدني الرعاية الصحية أو عوامل متعلقة بالمرض والمريض، كما بينت الدراسة الحالية أن بعض المتغيرات التي لديها أهمية في التزام مرضى القصور الكلوي بالعلاج، حيث تلعب هذه المتغيرات النفسية دوراً في الرفع من مستوى الالتزام العلاجي لدى المرضى، ومن بين هذه المتغيرات نجد المرونة النفسية والتي تعد من العوامل المساهمة في الحفاظ على الصحة، على غرار مصدر الضبط الصحي والذي يعبر عن مدى تحكم المريض في مرضه، ويفسر كذلك كيفية استجابة المريض اتجاه مرضه، ويتضمن جانبين ويتمثل الجانب الأول فيما يمتلكه الفرد من قدرات داخلية تساعده على التكيف الفعال مع مرضه، أما الجانب الثاني فيمثل حقيقة الفرد فيما يصبو إليه من المحيط الخارجي كالقائمين على الرعاية الصحية أو الحظ، والتي من شأنها أن تساعده على التكيف مع مرضه أو تخفيف عنه عبئ المرض.

وانطلاقاً مما سبق وتأسيساً على العامل النظري والإحصائي توصل البحث إلى جملة النتائج التالية:

- مستوى المرونة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع.
- يتسم مرضى القصور الكلوي المزمن بمركز الضبط الخارجي (ذوو النفوذ).
- مستوى الالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن مرتفع.
- توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وهاته العلاقة تحققت بالنسبة لمركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي (ذوو النفوذ).
- توجد علاقة ارتباطية بين المرونة النفسية والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وهاته العلاقة تحققت فقط بالنسبة لبعدها مركز الضبط الصحي الداخلي والخارجي (ذوو النفوذ).
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل الجنس (ذكور/ إناث) وأن هاته الفروق كانت في مقياس الالتزام العلاجي لصالح الذكور.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية وأبعاد مركز الضبط الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل الحالة الاجتماعية (أعزب/ متزوج) ما عدا في مقياس مركز الضبط الصحي وبالضبط في بعد الضبط الخارجي (الحظ) لصالح المتزوجين.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المرونة النفسية والتحكم الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن تبعاً لعامل مدة المرض أي لا توجد فروق في المتغيرات الثلاث ما عدا في مقياس مركز الضبط الصحي وبالضبط في بعد الضبط الصحي الخارجي (ذوو النفوذ) لصالح الذين تراوحت مدة مرضهم بين 5 إلى 10 سنوات.
- في ضوء ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة فإن الباحث يصوغ جملة المقترحات التالية:
- إعداد برامج تدريبية لتعزيز المرونة النفسية والمعتقدات الإيجابية لتبني مصدر ضبط صحي يساعدهم على الالتزام بشكل فعال.
 - إعداد برامج إرشادية وتحسيسية لتوعية أسر مرضى القصور الكلوي، وذلك من خلال تدريبهم على التواصل الفعال وكيفية تقديم الدعم النفسي، حتى تعزز لديهم الرغبة في العلاج.

- القيام بالعديد من الدراسات والبحوث النفسية لدى مرضى القصور الكلوي، وذلك لتبيان دور العوامل النفسية في هذا المرض.
- ضرورة تحسيس الأطباء بعدم حصر عملهم في تشخيص المرض والعلاج الطبي الكيميائي بل الاهتمام بخصوصية المرض المزمن والتكفل بالمريض خصوصا فيما يتعلق بالكشف عن عدم الالتزام والإشراف على رفع مستوى التربية الصحية للمرضى.
- هذا النوع من الدراسات يستلزم العمل على إعداد مقاييس تكون أكثر ضبطا ودقة، بحيث تكون نابعة من عمق الثقافة الجزائرية خاصة في مركز الضبط الصحي والمرونة النفسية.
- ضرورة الاهتمام بهذه الفئة، وذلك من خلال التكفل النفسي داخل وخارج المستشفى باعتباره مكملا للعلاجات الطبية.
- القيام بدراسات مشابهة، من خلال تناول نفس المتغيرات عند مرضى مزمنين آخرين، كالسكري والسرطان وضغط الدم.
- محاولة الاستفادة العملية من نتائج الدراسة والدراسات المشابهة لها والتي تناولت نفس العينة لتحسين وضعية المرضى سواءا طبيا أو نفسيا.

المراجع

قائمة المراجع:

باللغة العربية:

1. أبو علام رجاى محمود (2006): "مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية"، ط5، القاهرة، دار النشر للجامعات.
2. احمد صابر ملا (2020): "دور المرونة النفسية في توسط العلاقة بين الضغوط النفسية المدركة والصحة النفسية للمقيمين في الحجر الصحي بسبب فاجعة Covid-19 في أربيل"، كلية علوم التربية، قسم الارشاد التربوي و النفسي، جامعة صلاح الدين أربيل، الأردن.
3. أسمهان عزوز (2015): "مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة .
4. أمحمد يعلي (2013): "الأسلوب المعرفي الإعتماد - الإستقلال عن المجال الإدراكي وعلاقته بمركز الضبط على ضوء متغير الجنس والتخصص والبيئة"، مذكرة ماجستير في علم النفس التربوي، جامعة وهران.
5. أنس سليم الأحمدى (2007): "حدود المرونة بين الثوابت والمتغيرات"، ط1، مؤسسة الأمة للنشر والتوزيع، الرياض، السعودية.
6. بخوش سارة وأحمان لبنى (2020): "الالتزام بالعلاج والرضى عن الخدمات الصحية لدى مرضى القصور الكلوي"، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 21، العدد 2، ص ص 239-260.
7. بن الزاهي منصور وبن الزين نبيلة (2012) : مركز الضبط (الداخلي/الخارجي) في المجال الدراسي المفهوم وطرق القياس، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ،العدد 7، الجزائر.

8. بوالليف امال (2010): "مركز الضبط وعلاقته بالتفوق الدراسي الجامعي"، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باجي مختار، عنابة.
9. توما جورج خوري (1996): " الشخصية"، دون طبعة، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
10. جازية بزاري (2011): " إستراتيجية مواجهة الضغوط الدينية ومركز التحكم الصحي المدرك وعلاقتها بالامتثال العلاجي للمصابين الراشدين بالداء السكري"، لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الجزائر2، الجزائر.
11. خطار زاهية (2002): "التداخل بين استراتيجيات التعامل ومركز التحكم لمواجهة ضغط البكالوريا"، رسالة لنيل شهادة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.
12. خنفر فتيحة (2014): "الصلابة النفسية وعلاقتها بمركز الضبط لدى الطالب الجامعي"، دراسة ميدانية بجامعة قاصدي مرباح، جامعة ورقلة.
13. رالفشارتسر (1994): "التفاوضية الدفاعية والوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي" ترجمة سامر جميل رضوان، مجلة الثقافة النفسية، الطبعة38، دار النهضة العربية، المجلد 10، بيروت، لبنان.
14. رانيا محمد حسين أبو القمصان (2017): "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى المطلقات في محافظة غزة"، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
15. رزقي الرشيد (2012): "الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"، مذكرة لنيل شهادة الماجستير علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر باتنة.
16. رشيد حميد زغير وآخرون (2019): "الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي"، مجلة الافاق العلمية، العدد 04، المجلد 11، ص 727-756.

17. رشيد زرواتي (2002): " تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية "، الطبعة الأولى، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزائر .
18. رياض العاسمي وعلى بدرية (2018): " التنظيم الانفعالي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية في محافظة السويداء"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 40، العدد 3، ص ص 61-85
19. الزروق فاطمة الزهراء (2015): "سلسلة محاضرات مقياس التربية الصحية"، قسم علم النفس، جامعة لونيبي علي، البلدية 2، الجزائر .
20. الزروق فاطمة الزهراء (2015): "علم النفس الصحي"، بدون طبعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر .
21. سبأ سلوم، سلاف حمود (2021): "العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري"، مجلة جامعة حماة، المجلد 4، العدد 10، 15-29.
22. سمية كريم شامخ (2011): "المرونة الأسرية والسلوك الاجتماعي"، دون طبعة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
23. سميحة كرم توفيق (1995): "علاقة مصدر الضبط بالقدرة على اتخاذ القرار"، مجلة البحوث التربوية، العدد الثامن، قطر .
24. شفيق ساعد (2019): "مصدر الضبط الصحي واستراتيجية مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية"، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيثر بسكرة، الجزائر .
25. شيلي تايلور (2008): " علم النفس الصحي "، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر داود، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

26. صالح بن سفير بن محمد الخثعمي (2008): "وجهة الضبط والانذافية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للهروين"، ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية،السعودية.
27. صلاح الدين محمد أبو ناهية (1987): "الفروق في الضبط الخارجي لدى الاطفال والمراهقين والشباب والمسنين بقطاع غزة"، دراسات تربوية، تصدر عن رابطة التربية الحديثة،المجلد 02،الجزء 09،القاهرة.
28. عافية نبيلة وصهيب سامعي (2016):"الالتزام الصحي والأمراض المزمنة"، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، المجلد 9، العدد 1، ص ص 43-57.
29. عبد الجواد أبو حلاوة (2013): " المرونة النفسية "، دون طبعة، إصدارات شبكة العلوم النفسية والعربية، مصر.
30. عبد الحليم خلفي (2013): "أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتمنغست"، مجلة العلوم الإنسانية بتمنغست، العدد 13، ص ص 269-284.
31. عبد الصمد صورية (2020):"الإلتزام الصحي لدى المصابين بأمراض الغدد الصماء"، مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد 02، العدد 01، ص ص 204-256
32. عبد العزيز حدار (2008):"التحالف العلاجي قبل الامتثال العلاجي. دراسة تحليلية في علم النفس الصحي"، مجلة دراسات نفسية وتربوية، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة البليدة، العدد 3.
33. عبد العزيز قوصي (1954): "علم النفس: أسسه وتطبيقاته التربوية"، مكتبة النهضة المصرية للنشر، دون طبعة، القاهرة، مصر.
34. عثمان يخلف (2001):"علم نفس الصحة :الأسس النفسية والسلوكية للصحة"،ط 1 .دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، قطر.

35. عليوة سمية وجبالي نور الدين (2014): مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد السابع، العدد 2، ص ص 33-47.
36. عيادي نادية (2009): " علاقة مصدر الضبط بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة "، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة باتنة، الجزائر.
37. فاطمة حلاج وآخرون (2015): "تقييم التزام مرضى الداء الكلوي النهائي بالنظام العلاجي الموصوف"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الصحية المجلد (37)، العدد (6)، 111-123.
38. قينان ايمان وطاهر بن بشير (2022): " ماهية مركز الضبط الصحي: دراسة تحليلية نقدية"، مجلة الروافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 6، ص ص 261-282.
39. لمياء قيس سعدون ومحمود الزهيري (2012): "المرونة النفسية وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة" رسالة ماجستير .كلية التربية والعلوم الإنسانية، جامعة ديالي.
40. لورانس أبروفين (2010): " علم الشخصية "، ترجمة أيمن محمد عامر وآخرون، الطبعة الأولى، المركز القومي للترجمة، القاهرة، مصر.
41. المحمدي مروان (2004): "الأفكار العقلانية وغير عقلانية وعلاقتها بوجهتي الضبط الداخلي-الخارجي لدى عينة من طلاب كلية المعلمين، رسالة ماجستير، جامعة ام القرى، مكة المكرمة.
42. مروان عبد المجيد إبراهيم (2000): "أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية"، ب.ط، مؤسسة الوراق، عمان، الأردن.
43. مزراق وليدة (2010): "مصدر الضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان"، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، قسم علم النفس، باتنة.

44. معمريه بشير، (2009): "مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الإتجاه السلوكي المعرفي"، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر.
45. مفتاح محمد عبد العزيز (2010): "مقدمة في علم النفس الصحة"، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، الأردن.
46. نايت الحربي (2015): "علم النفس الشخصية"، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
47. نايت عبد السلام كريمة (2014): "علاقة بعض المتغيرات النفسية والشخصية وطرق التعامل مع الضغط النفسي والاتجاه نحو السلوك الصحي بارتفاع ضغط الدم الشرياني التاجي . دراسة مقارنة للمرضى والغير مرضى"، أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الجزائر 2.
48. نبيل بحري وشويعل يزيد، (2014): "التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بمركز الضبط وأساليب التعامل مع الضغط النفسي"، مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 2، ص ص 145-161.
49. نبيل سفيان (2004): "المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي"، الطبعة الأولى، دار أترك للنشر والتوزيع، مصر.
50. نورالدين جبالي (2007): "علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي"، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
51. هدية محمد علي فؤاد (1994): "دراسة مصدر الضبط الداخلي/الخارجي لدى المراهقين من الجنسين"، مجلة علم النفس، العدد الثاني والثلاثين، الهيئة المصرية.
52. هناء أحمد محمد شويخ (2012): "علم النفس الصحي"، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو، مصر.
53. ولاء إسحاق حسان (2009): "فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة"، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

54. يحي عمر شعبان شقورة (2012): " المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة

الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة"، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

55. يعقوب ناي، نافذ رشيد(2002): "علاقة فلسفة التربية الإسلامية ومركز الضبط وتقدير الذات

بالعدوان"، دار الكندي لمنشر والتوزيع، القاهرة.

56. يوسف عبد الصبور وآخرون (2020): "المرونة النفسية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة

معاقين بصريا"،مجلة الشباب الباحثين في العلوم التربوية، العدد الخامس، ص ص 988-1040.

باللغة الأجنبية:

57. (A.P.A) American psychological association, 2002: « **the road to résilience** », 750 first Streets, NE, Washington DC .

58. Alain Bottéro (2002): “**la compliance au long cours dans lesSchizophrénies, d’une nécessité à la réalité**” , Neuropsychiatre, tendanceset Débats. N 17, Paris.

59. Alvin (2001) :"**l’ordolescent et l’observation au traitement**" ,service de3- médecine pour adolesent fédèrattion de pèdiatre,Hopital de Biantre France 2000

60. Anathony James Curtis(2001): “**Health Psychology**”, 2ndEdition, Canada, Routleged.

61. Bandura. A(1986): “**social fondation of thought and action : asocial cognitive théorie**” , new jersey.

62. BLOCK, J.H. et J. BLOCK (1980): **“The role of ego-control and ego-resiliency in the organisation of behavior”**, dans W.A. COLLINS (dir.), Development of Cognition, Affect, and Social Relations, Minnesota Symposia on Child Psychology, vol. 13, Hillsdale, NJ, Erlbaum, pp 39-101.
63. Chen, E & al, (2011): **“Resilience in low socioeconomic-status children with asthma: adaptations to stress”**, Journal of Allergy and Clinical Immunology, 128(5), pp 970-976.
64. Gormé et Karoubi (2007): **“dictionnaire la rousse”**, maxipche11-Editions la rousse, paris.
65. H. Chappeny et M, Trèyer et al (2005): **“Observance médicamenteuse chez l’enfant”**, France.
66. Koprulu & al (2014): **“ Evaluation of Adherence to Diabetic Treatment in Northern Region of United Arab Emirates”**, Tropical Journal of Pharmaceutical Research, Vol. 13, No 6, P 989-995.
67. La rousse (1990): **“petit La rousse”** illustré Paris Editions.
68. Li-Ching Ma & al (2013): **“The Relationship between Health-Promoting Behaviors and Resilience in Patients with Chronic Kidney Disease”**, The Scientific World Journal, Volume 2013, Article ID 124973, 7 pages.

69. Luther Cecchetti & Becker bronny (2000): "**the construct of resilience**", Gi tical évaluation and children for futur Works.
70. Marilou Bruchon-Schweitzer (2002): **Psychologie de la Santé**, Dunod, Paris
71. Masten A.S (2009): "**ordinary Magic: Lessons from research on résilience in humane**", vol 49, devleppment, éducation, canada.
72. Maureen A. anderssone (2006): "**The relation ship among résilience, and Anger expression in adolescence**", the graduat school university of maine.
73. Miller, D. & MacIntosh, R. (1999): "**Promoting Resilience In Urban Africa American Adolescents**", Racial Socialization And Identity As Protective Factors, Journalartical by Miller & MacIntosh, social work Research, 23.
74. Moreira, J & al (2015): "**Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease**", Pediatric Nephrology, volume 30, p p2153-2162.
75. Ozen Kutanis & all (2011): "**The effects of locus of control on learning performance**", A case of an academic organization. Journal of economics and social studies, Vol. 1, N°. 2, p p 113-33.

76. Paul Bennett , Paul Norman and al (1998): "**Beliefs about alcohol, health locus of control, value for health and reported consumption in representative population sample**", Health education research .Vol 13.N1.
77. Petermans. J& all, (2010): "**observance therapeutique engeriatrie**", CHU dame de Bruyeres, Belgique.
78. rd paul (2000): "**a behavioral approach to pharmacy practice**", 1^{ER} Published, blakwell science, U.S.A.
79. Robert M & all (1993): "**Health– and Human Behavoir**", Psychology series, McGraw–Hill International Editions.
80. RUTTER, M (1993): "**Resilience : Some conceptual considerations**", Journal of Adolescent Health, vol. 14, no 8, pp 626–631.
81. S. S. Hedayati& all: "**The predictive value of self–report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients**" ,Kidney International, vol. 69, no. 9, pp. 1662–1668.
82. The New Oxford Dictionary of English(NODE)1998.J.Persall20 Ed clarendon Press.Oxford/
83. Werner, E., & Smith, R. (1982):"**Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth**". New York: Adams, Bannister and Cox.
84. Wolin s.j.f Wolin(1993): "**the résilience self**", Villard books, new York.

85. World Health Organization(2003):“**Adherence to long-term therapies, evidence for action**”, World Health Organization ,Switzerland, 2003.

قائمة المواقع الالكترونية:

86. [http /www .msf.org.pas/as/](http://www.msf.org.pas/as/)(Michal Carter), 2016.

87. <https://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20191106/183769.html>–

الملاحق

الملحق رقم (01)

ملحق ثبات وصدق أدوات الدراسة

أولاً/ ثبات وصدق مقياس المرونة النفسية:

أ/ الثبات:

Fiabilité

Statistiques de fiabilité		
الأبعاد	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
الجرأة أو الشجاعة	0.587	7
التفاؤل	0.523	7
سعة الحيلة أو الدهاء	0.699	6
الغرض أو الهدف	0.723	5
المرونة النفسية ككل	0.622	25

ب/ الصدق:

Corrélations

Corrélations					
		دك1	الجرأة أو الشجاعة		
ب4	Corrélation de Pearson	0.632**	ب17	Corrélation de Pearson	0.451**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.007
	N	35		N	35
ب7	Corrélation de Pearson	0.535**	ب18	Corrélation de Pearson	0.553**
	Sig. (bilatérale)	0.001		Sig. (bilatérale)	0.001
	N	35		N	35
ب11	Corrélation de Pearson	0.626**	ب19	Corrélation de Pearson	0.589**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب16	Corrélation de Pearson	0.427*	*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0.011	**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	N	35			

Corrélations

Corrélations					
		دك2	التفاؤل		
ب6	Corrélation de Pearson	0.421*	ب14	Corrélation de Pearson	0.500**
	Sig. (bilatérale)	0.012		Sig. (bilatérale)	0.002
	N	35		N	35
ب8	Corrélation de Pearson	0.426*	ب15	Corrélation de Pearson	0.482**
	Sig. (bilatérale)	0.011		Sig. (bilatérale)	0.003
	N	35		N	35
ب10	Corrélation de Pearson	0.568**	ب20	Corrélation de Pearson	0.468**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.005
	N	35		N	35
ب12	Corrélation de Pearson	0.398*	*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0.018	**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	N	35			

Corrélations

Corrélations					
سعة الحيلة أو الدهاء			سعة الحيلة أو الدهاء		
		دك3			دك3
ب1	Corrélation de Pearson	0.560**	ب5	Corrélation de Pearson	0.612**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب2	Corrélation de Pearson	0.693**	ب9	Corrélation de Pearson	0.632**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب3	Corrélation de Pearson	0.824**	ب13	Corrélation de Pearson	0.551**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.001
	N	35		N	35

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

Corrélations					
الغرض أو الهدف			الغرض أو الهدف		
		دك4			دك4
ب21	Corrélation de Pearson	0.666**	ب24	Corrélation de Pearson	0.732**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب22	Corrélation de Pearson	0.639**	ب25	Corrélation de Pearson	0.759**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب23	Corrélation de Pearson	0.681**	** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0.000			
	N	35			

Corrélations

Corrélations					
الكلي1			الكلي1		
		الكلي1			الكلي1
الجرأة أو الشجاعة	Corrélation de Pearson	0.645**	سعة الحيلة أو الدهاء	Corrélation de Pearson	0.517**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.001
	N	35		N	35
التفاؤل	Corrélation de Pearson	0.688**	الغرض أو الهدف	Corrélation de Pearson	0.427*
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.011
	N	35		N	35

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bil). * . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bil).

ثانيا/ ثبات وصدق مقياس التحكم الصحي:

أ/ الثبات:

Fiabilité

Statistiques de fiabilité		
الأبعاد	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
البعد الداخلي	0.661	6
بعد ذوي النفوذ	0.573	6
بعد الحظ	0.799	6
التحكم الصحي ككل	0.770	18

ب/ الصدق:

Corrélations

Corrélations							
البعد الداخلي			دك 1	البعد الداخلي			دك 1
ب1	Corrélation de Pearson		0.424*	ب12	Corrélation de Pearson		0.816**
	Sig. (bilatérale)		0.011		Sig. (bilatérale)		0.000
	N		35		N		35
ب6	Corrélation de Pearson		0.353*	ب13	Corrélation de Pearson		0.507**
	Sig. (bilatérale)		0.037		Sig. (bilatérale)		0.002
	N		35		N		35
ب8	Corrélation de Pearson		0.622**	ب17	Corrélation de Pearson		0.338*
	Sig. (bilatérale)		0.000		Sig. (bilatérale)		0.047
	N		35		N		35
**. La corrélation est significative au 0.01 (bilatéral).				*. La corrélation est significative au 0.05 (bilatéral).			

Corrélations

Corrélations							
بعد ذوي النفوذ			دك 2	بعد ذوي النفوذ			دك 2
ب3	Corrélation de Pearson		0.593**	ب10	Corrélation de Pearson		0.396*
	Sig. (bilatérale)		0.000		Sig. (bilatérale)		0.019
	N		35		N		35
ب5	Corrélation de Pearson		0.481**	ب14	Corrélation de Pearson		0.672**
	Sig. (bilatérale)		0.003		Sig. (bilatérale)		0.000
	N		35		N		35
ب7	Corrélation de Pearson		0.466**	ب18	Corrélation de Pearson		0.752**
	Sig. (bilatérale)		0.005		Sig. (bilatérale)		0.000
	N		35		N		35
**. La corrélation est significative au 0.01 (bilatéral).				*. La corrélation est significative au 0.05 (bilatéral).			

Corrélations

Corrélations							
بعد الحظ			دك 3	بعد الحظ			دك 3
ب2	Corrélation de Pearson		0.494**	ب11	Corrélation de Pearson		0.479**
	Sig. (bilatérale)		0.003		Sig. (bilatérale)		0.004
	N		35		N		35
ب4	Corrélation de Pearson		0.720**	ب15	Corrélation de Pearson		0.633**
	Sig. (bilatérale)		0.000		Sig. (bilatérale)		0.000
	N		35		N		35
ب9	Corrélation de Pearson		0.449**	ب16	Corrélation de Pearson		0.540**
	Sig. (bilatérale)		0.007		Sig. (bilatérale)		0.001
	N		35		N		35
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).							

Corrélations

Corrélations							
البعد الداخلي			الكلي 2	بعد الحظ			الكلي 2
البعد الداخلي	Corrélation de Pearson		0.821**	بعد الحظ	Corrélation de Pearson		0.855**
	Sig. (bilatérale)		0.000		Sig. (bilatérale)		0.000
	N		35		N		35
بعد ذوي النفوذ	Corrélation de Pearson		0.838**	**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).			
	Sig. (bilatérale)		0.000				
	N		35				

ثالثا/ ثبات وصدق مقياس الالتزام العلاجي:

أ/ الثبات:

Fiabilité

Statistiques de fiabilité		
الأبعاد	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
الالتزام بحصص تصفية الدم	0.516	7
الالتزام بالعلاج بالأدوية	0.673	6
الالتزام بنصائح الطبيب	0.571	3
الالتزام الغذائي	0.702	4
الالتزام العلاجي ككل	0.620	20

ب/ الصدق:

Corrélations

Corrélations					
الالتزام بحصص تصفية الدم		دك1	الالتزام بحصص تصفية الدم		دك1
ب2	Corrélation de Pearson	0.349*	ب17	Corrélation de Pearson	0.461**
	Sig. (bilatérale)	0.040		Sig. (bilatérale)	0.005
	N	35		N	35
ب5	Corrélation de Pearson	0.471**	ب18	Corrélation de Pearson	0.438**
	Sig. (bilatérale)	0.004		Sig. (bilatérale)	0.009
	N	35		N	35
ب7	Corrélation de Pearson	0.408*	ب20	Corrélation de Pearson	0.613**
	Sig. (bilatérale)	0.015		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب10	Corrélation de Pearson	0.397*	**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0.018	*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).		
	N	35			

Corrélations

Corrélations					
الالتزام بالعلاج بالأدوية		دك2	الالتزام بالعلاج بالأدوية		دك2
ب1	Corrélation de Pearson	0.610**	ب12	Corrélation de Pearson	0.619**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب6	Corrélation de Pearson	0.624**	ب16	Corrélation de Pearson	0.666**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب8	Corrélation de Pearson	0.746**	ب19	Corrélation de Pearson	0.426*
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.011
	N	35		N	35
**. La corrélation est significative au 0.01 (bilatéral).			*. La corrélation est significative au 0.05 (bilatéral).		

Corrélations

Corrélations					
الالتزام بنصائح الطبيب		دك3	الالتزام بنصائح الطبيب		دك3
ب9	Corrélation de Pearson	0.595**	ب15	Corrélation de Pearson	0.728**
	Sig. (bilatérale)	0.000		Sig. (bilatérale)	0.000
	N	35		N	35
ب14	Corrélation de Pearson	0.680**	**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).		
	Sig. (bilatérale)	0.000			
	N	35			

Corrélations

Corrélations							
الالتزام الغذائي			دك4	الالتزام الغذائي			دك4
ب3	Corrélation de Pearson		0.700**	ب11	Corrélation de Pearson		0.340*
	Sig. (bilatérale)		0.000		Sig. (bilatérale)		0.046
	N		35		N		35
ب4	Corrélation de Pearson		0.779**	ب13	Corrélation de Pearson		0.553**
	Sig. (bilatérale)		0.000		Sig. (bilatérale)		0.001
	N		35		N		35
**. La corrélation est significative au 0.01 (bilatéral).				*. La corrélation est significative au 0.05 (bilatéral).			

Corrélations

Corrélations							
			الكلبي3				الكلبي3
الالتزام بحصص تصفية الدم	Corrélation de Pearson		0.781**	الالتزام بنصائح الطبيب	Corrélation de Pearson		0.508**
	Sig. (bilatérale)		0.000		Sig. (bilatérale)		0.002
	N		35		N		35
الالتزام بالعلاج بالادوية	Corrélation de Pearson		0.650**	الالتزام الغذائي	Corrélation de Pearson		0.491**
	Sig. (bilatérale)		0.000		Sig. (bilatérale)		0.003
	N		35		N		35
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).							

الملحق رقم (02)

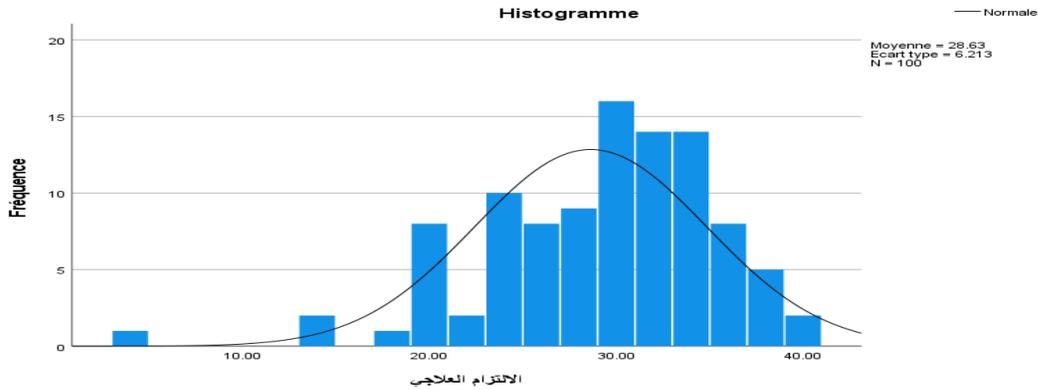
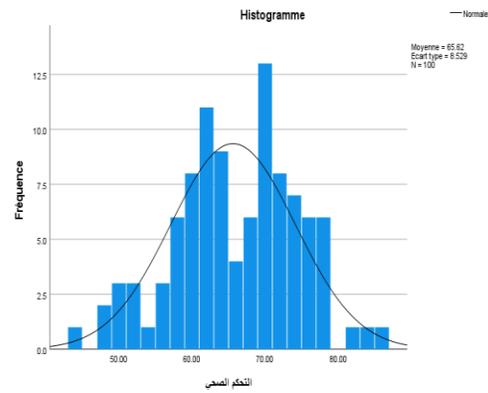
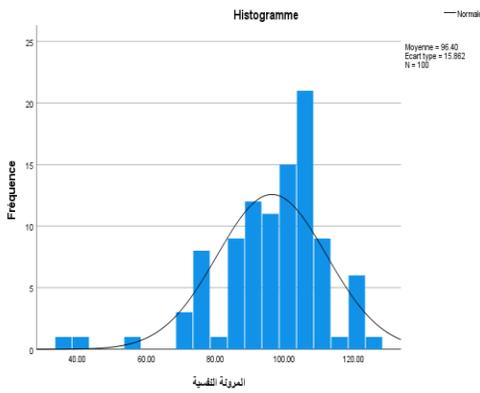
ملحق نتائج الدراسة

أولاً/ التحقق من طبيعة التوزيع

Explorer

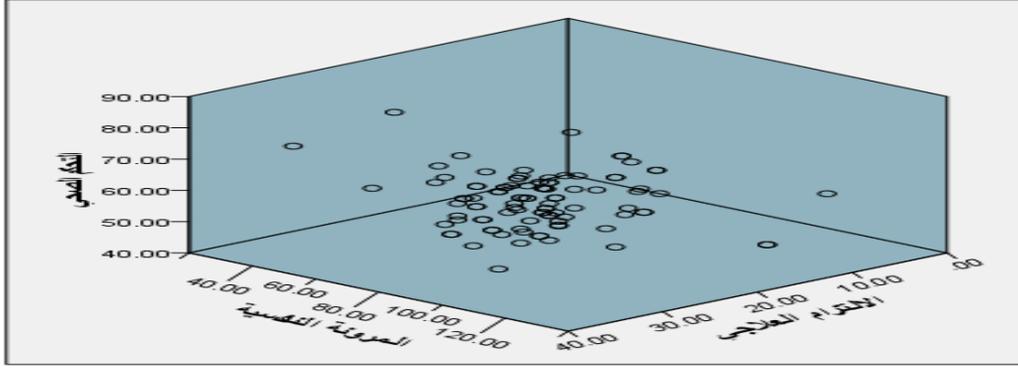
Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
المرونة النفسية	0.120	100	0.001	0.933	100	0.000
التحكم الصحي	0.084	100	0.078	0.986	100	0.397
الالتزام العلاجي	0.114	100	0.003	0.945	100	0.000

a. Correction de signification de Lilliefors



ثانياً/ التحقق من خطية العلاقة

GGraph



ثالثا/ التحقق من فرضيات الدراسة
الفرضية الاولى:

Test du khi-carré

Fréquences							
	مستوى المرونة				Tests statistiques		
	Catégorie	Effectifobservé	N théorique	Résidus	Khi-carré	df	Sig. asymptotique
1	منخفض جدا	2	20.0	-18.0	87.700	4	0.000
2	منخفض	1	20.0	-19.0			
3	متوسط	15	20.0	-5.0			
4	مرتفع	50	20.0	30.0			
5	مرتفع جدا	32	20.0	12.0			
Total		100					

الفرضية الثانية:

Friedman Test

Ranks		Test Statistics ^a			
	Mean Rank	N	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
الضبط الداخلي	2.02	100	42.383	2	0.000
الضبط الخارجي (النفوذ)	2.43				
الضبط الخارجي (الحظ)	1.55				

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics ^a		
	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
الضبط الداخلي - الضبط الخارجي (النفوذ)	-3.755 ^b	0.000
الضبط الخارجي (الحظ) - الضبط الداخلي	-3.260 ^b	0.001

الفرضية الثالثة:

Test du khi-carré

Fréquences							
	مستوى الالتزام				Tests statistiques		
	Catégorie	Effectifobservé	N théorique	Résidus	Khi-carré	df	Sig. asymptotique
1	منخفض	3	33.3	-30.3	64.220 ^a	2	0.000
2	متوسط	29	33.3	-4.3			
3	مرتفع	68	33.3	34.7			
Total		100					

الفرضية الرابعة:

Nonparametric Correlations

Correlations				
Spearman's rho		الضبط الداخلي	الضبط الخارجي (النفوذ)	الضبط الخارجي (الحظ)
المرونة النفسية	Correlation Coefficient	0.240*	0.228*	0.016
	Sig. (2-tailed)	0.016	0.022	0.878
	N	100	100	100

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

الفرضية الخامسة:

Nonparametric Correlations

Correlations		
Spearman's rho		الالتزام العلاجي
المرونة النفسية	Correlation Coefficient	0.549**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الفرضية السادسة:

Nonparametric Correlations

Correlations			
Spearman's rho			الالتزام العلاجي
مصدر الضبط الصحي	الضبط الداخلي	Correlation Coefficient	0.393**
		Sig. (2-tailed)	0.321
		N	100
	الضبط الخارجي (النفوذ)	Correlation Coefficient	0.334**
		Sig. (2-tailed)	0.001
		N	100
	الضبط الخارجي (الحظ)	Correlation Coefficient	0.165
		Sig. (2-tailed)	0.100
		N	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الفرضية السابعة:

Test de Mann-Whitney

Ranks				Test Statistics ^{a,b}				
الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	
المرونة النفسية	ذكور	60	50.05	3003.00	1173.000	3003.000	-0.190	0.849
	إناث	40	51.18	2047.00				
	Total	100						
الضبط الداخلي	ذكور	60	49.85	2991.00	1161.000	2991.000	-0.276	0.783
	إناث	40	51.48	2059.00				
	Total	100						
الضبط الخارجي (النفوذ)	ذكور	60	47.97	2878.00	1048.000	2878.000	-1.075	0.282
	إناث	40	54.30	2172.00				
	Total	100						
الضبط	ذكور	60	48.28	2897.00	1067.000	2897.000	-0.941	0.347

الخارجي (الحظ)	إناث	40	53.83	2153.00				
	Total	100						
الالتزام العلاجي	ذكور	60	55.30	3318.00	912.000	1732.000	-2.030	0.042
	إناث	40	43.30	1732.00				
	Total	100						

الفرضية الثامنة:

Test de Mann-Whitney

Ranks				Test Statistics ^{a,b}				
الحالة الاجتماعية		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
المرونة النفسية	أعزب	31	42.56	1319.50	823.500	1319.500	-1.835	0.067
	متزوج	69	54.07	3730.50				
	Total	100						
الضبط الداخلي	أعزب	31	50.66	1570.50	1064.500	3479.500	-0.037	0.970
	متزوج	69	50.43	3479.50				
	Total	100						
الضبط الخارجي (النفوذ)	أعزب	31	42.84	1328.00	832.000	1328.000	-1.780	0.075
	متزوج	69	53.94	3722.00				
	Total	100						
الضبط الخارجي (الحظ)	أعزب	31	42.05	1303.50	807.500	1303.500	-1.963	0.050
	متزوج	69	54.30	3746.50				
	Total	100						
الالتزام العلاجي	أعزب	31	51.87	1608.00	1027.000	3442.000	-0.317	0.751
	متزوج	69	49.88	3442.00				
	Total	100						

الفرضية التاسعة:

Kruskal-Wallis Test

Ranks			Test Statistics ^{a,b}			
مدة المرض	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.	
المرونة النفسية	أقل من 5 س	23	47.15	4.813	2	0.090
	من 5-10 س	54	55.47			
	أكثر من 10 س	23	40.24			
	Total	100				
الضبط الداخلي	أقل من 5 س	23	42.35	2.331	2	0.312
	من 5-10 س	54	53.25			
	أكثر من 10 س	23	50.17			
	Total	100				
الضبط الخارجي (النفوذ)	أقل من 5 س	23	43.96	6.748	2	0.034
	من 5-10 س	54	56.85			
	أكثر من 10 س	23	40.26			
	Total	100				
الضبط الخارجي (الحظ)	أقل من 5 س	23	48.72	1.441	2	0.486
	من 5-10 س	54	52.92			
	أكثر من 10 س	23	44.54			
	Total	100				
الالتزام العلاجي	أقل من 5 س	23	50.09	2.030	2	0.362
	من 5-10 س	54	46.89			

	أكثر من 10 س	23	57.09			
	Total	100				

التعليمية:

في إطار القيام بدراسة ميدانية والمتمثلة في المرونة النفسية ومركز التحكم الصحي والالتزام العلاجي لدى مرضى القصور الكلوي، لكم جزيل الشكر مسبقاً لمساهمتم في إثراء هذه الدراسة من خلال المشاركة في الإجابة على هاته الاستبيانات، وتكون الإجابة على كل العبارات بوضع علامة (x) في المكان المناسب.

نؤكد أن إجاباتك ستحظى بقدر عال من السرية وستوظف لغرض البحث العلمي فقط.

الجنس: ذكر () أنثى ()

الحالة الاجتماعية:

مدة المرض:

مقياس المرونة النفسية

ب	العبارات	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	اطلاقا
01	لدي القدرة على التكيف مع المواقف المتقلبة (المتغيرة)					
02	لدي علاقات وثيقة و آمنة					
03	أعتقد في أحيان كثيرة أن الله سوف يساعدني					
04	أستطيع التعامل مع المشكلات أو المواقف الجديدة					
05	تعطيني نجاحات الماضي الثقة في تحديات جديدة					
06	أنظر إلى الجانب الايجابي من الأشياء					
07	يجعلني التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة أكثر قوة					
08	أميل بسرعة لإعادة توازني بعد المرض أو بعض التعرض لكرب أو معاناة					
09	أعتقد ان الأشياء تحدث نتيجة لسبب ما					
10	أفضل أن أبذل الجهد بغض النظر عن النتيجة المتوقعة					
11	يمكن للفرد أن يحقق أهدافه الخاصة					
12	عندما تبدو الأمور ميؤوس منها لا أستسلم بسرعة					
13	خلال أوقات الشدة أعرف من أين احصل على المساعدة					
14	يكون تفكيري مركزا بشكل واضح عندما أكون تحت الضغط أو الإجهاد					
15	أفضل أخذ زمام المبادرة في حل المشكلات					
16	عزيمتي لا تقل أمام الفشل					
17	أفكر في ذاتي كشخص قوي					
18	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات التي تحضى بشعبية					
19	يمكنني التعامل مع المشاعر غير السارة					
20	علي العمل بحدس دون معرفة الأسباب					
21	لدي إحساس قوي بهدي في الحياة					
22	لدي القدرة على ضبط حياتي					
23	أنا أحب التحدي					
24	يعمل الفرد لتحقيق أهدافه					
25	أنا فخور بإنجازاتي					

استبيان مركز الضبط الصحي

العبارات	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة
01 سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض					
02 اذا قدر لي ان امرض فإنني لا استطيع فعل شيء لتفاديه					
03 المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض					
04 اغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة					
05 عند شعوري بوعكة صحية أزور الطبيب فوراً طبيباً مختصاً					
06 أعتقد أنني متحكم في صحتي					
07 لأسرتي دور كبير في إصابتي أو بقائي سليماً					
08 لا الوم الا نفسي عند إصابتي بالمرض					
09 يلعب الحظ دوراً كبيراً في سرعة شفائي من المرض					
10 يلعب المختصون في مجال الصحي دوراً كبيراً في التحكم في صحتي					
11 حظي السعيد هو الذي يجعلني اتمتع بصحة جيدة					
12 تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي					
13 اذا اعتنيت بصحتي جيداً يمكنني تجنب المرض					
14 يرجع شفائي من المرض الى العناية الى العناية التي القاها من (الأطباء ، الأقارب ، الأصدقاء)					
15 أعتقد انني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت بتفاديه					
16 القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة					
17 يمكنني المحافظة على صحتي اذا اعتنيت بنفسني					
18 اتباع إرشادات الطبيب حرفياً هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي					

استبيان الالتزام العلاجي

ب	العبرة	دائماً	احيانا	نادرا
01	أنسى تناول الدواء الموصوف			
02	أقرر أن لا أحضر حصص التصفية			
03	في المناسبات أكل ما يناسب حالتي			
04	التزم بالكمية المحددة من السوائل			
05	احضر حصص التصفية رغم انها تعبني			
06	اخطط لشراء الدواء قبل نفاذه			
07	أوقف حصة التصفية قبل انتهائها			
08	اعدل جرعة الدواء لتلائم احتياجاتي			
09	أقوم بالمتابعة الطبية دوريا			
10	أفوت حصص التصفية إذا شعرت بمرض آخر			
11	أتجنب الأغذية الممنوعة لأنها تسيء لحالتي			
12	لا ألتزم بأوقات الدواء إذا شعرت بتحسن			
13	التزم بحمية غذائية خاصة			
14	ألتزم بنصائح الطبيب			
15	ألتزم بإجراء التحاليل الطبية كلما طلب مني			
16	أقرر أن لا أتناول الدواء الموصوف			
17	أفوت حصص التصفية اذا شعرت بتحسن			
18	أصل إلى المستشفى/ العيادة قبل موعد التصفية			
19	ألتزم بتناول الدواء حتى في المناسبات			
20	أنسى أن أحضر حصص التصفية			