

سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية والمعرفية والسلوكية لدى مرضى الغسيل الكلوي

✍ الدكتورة: دليلة زناد

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا
جامعة الجزائر

المخلص:

هدفت الدراسة الحالية إلى تشخيص اضطراب سلوكي لدى مرضى القصور الكلوي والخاضعين إلى الغسيل الكلوي. يتمثل هذا السلوك في عدم الملاءمة العلاجية ويشير إلى عدم امتثال المرضى للتعليمات الطبية المتعلقة بشروط علاج الغسيل الكلوي كالحمية والدواء والمواظبة على الحضور إلى حصص الغسيل الكلوي وإعداد برنامج علاجي نفسي للتكفل بهؤلاء المرضى (الكفالة النفسية)

اعتمدنا في هذه الدراسة المنهج العيادي حيث طبقنا المقابلة العيادية المدعمة بالمقاييس النفسية مما ساعدنا على تشخيص اضطراب سلوك عدم الملائمة العلاجية من خلال معرفة أسبابه وانعكاساته. تكونت عينة البحث من 30 ثلاثين حالة ذكور وإناث كلهم يعانون من القصور الكلوي. وقد خلص البحث الحالي إلى أن هؤلاء المرضى لا يمثلون للتعليمات الطبية ولا يستجيبون لشروط علاجهم وقد ظهر ذلك من خلال تقرير الأطباء ومن خلال مقياس تقدير الملائمة. يعود هذا السلوك إلى تشوه إدراك المرض والعلاج لدى هؤلاء المرضى وإلى انخفاض مستوى نوعية الحياة كما يعود إلى بعض خصائص الشخصية كالعصابية واستخدام إستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال.

Résumé :

Notre étude a pour but de diagnostiquer un trouble comportemental chez les hémodialisés. Il s'agit de la non compliance thérapeutique, c'est-à-dire que les malades ne respectent pas les prescription médicales concernant le traitement, le régime et l'hygiène de vie. Notre échantillon se compose de 30 hémodialisés, nous avons

appliqués une batterie de tests psychologiques pour déterminer les facteurs qui expliquent la non compliance thérapeutique. Les résultats ont montrés que les hémodialysés sont non compliant selon le CRS test d'évaluation de la compliance et selon le rapport du médecin traitant. La non compliance est due aux : altération de la perception de la santé et la maladie, diminution de la qualité de vie, la personnalité et les stratégies du coping centre sur l'émotion.

مقدمة:

شهدت السنوات الأخيرة إهتماما كبيرا ومتزايدا من طرف العلماء والباحثين في مختلف مجالات البحث الطبي، النفسي والإجتماعي بالصحة والمرض، ولهذا نلاحظ كيف أن المجتمعات تبذل مجهودات كبيرة من أجل تحسين الحالة الصحية لسكانها. لا أحد ينكر أن الدولة تصرف أموالا ضخمة من أجل تحسين المنظومة الصحية وتوفير الإمكانيات التقنية والبشرية ومع ذلك فإن مؤشرات الوضعية الصحية تظل أحيانا دون المستوى المنشود نتيجة عوامل وأسباب كثيرة مثل: تشوه إدراك الصحة والمرض، تدهور نوعية الحياة عوامل مادية اقتصادية، العادات والتقاليد، خصائص الشخصية. ومن هنا فإن دراسة العوامل والأسباب المساهمة في تدهور الوضعية الصحية وعدم نجاعة البرامج الصحية المقترحة لبعض الأمراض العضوية المزمنة أصبح أمرا ضروريا ومستعجلا. وقد قدم علم النفس إسهامات عديدة في هذا المجال حيث تناول علماء النفس هذا الموضوع من جوانبه المختلفة فدرسوا العديد من الأمراض العضوية المزمنة مثل أمراض القلب، السرطان، الغدد وأمراض الجهاز البولي، وقد بحثوا في أسبابها وإنعاساتها السيكلولوجية المعرفية والسلوكية كما قاموا بتطوير برامج سيكلولوجية للتكفل بهؤلاء المرضى المزمنين. وانطلاقا من هنا جاءت أهمية دراسة هذا الموضوع المتعلق بسلوك الملائمة العلاجية *compliance thérapeutique* لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعون لتصفية الدم.

إن الهدف من هذه الدراسة هو تشخيص العوامل النفسية، المعرفية والسلوكية المساهمة في ظهور سلوك عدم الملائمة العلاجية لدى مرضى تصفية الدم وكذلك إقتراح برنامج علاجي نفسي للتكفل بهؤلاء المرضى المزمنين.

الإشكالية:

يعمل كل من الجسم والنفس كوحدة متكاملة في مواجهة الضغط الذي يتعرض له الفرد في حياته اليومية سواء كان هذا الضغط خفيفا كالإزعاج أو شديدا كالمرض والإعاقة.

ظلت النماذج المفسرة للصحة والمرض أحادية المنحى لسنوات طويلة حيث ركز بعضها على العوامل البيولوجية (النموذج البيوطبي) إذ يعتبر أصحاب هذا النموذج أن المرض هو نتيجة عوامل أمراضية خارجية (كانون 1929 Cannon، سيللي Selye، 1956 دانتزر Dantzer) في حين ركز الآخرون على العوامل النفسية (النموذج السيكوسوماتي) ويرى أصحاب هذا النموذج أن المرض يعود إلى صراعات انفعالية معاشة من طرف المريض والتي تتفجر في شكل أمراض سيكوسوماتية (الكسندر Alexander، مارتي 1976 Marty، بيدنيلي Pedenielli) وقد تعرض هذان النموذجان إلى انتقادات عديدة، غير أن ظهور النموذج البيولوجي النفسي والاجتماعي أحدث وثبة كبيرة في مسار هذه الدراسات ووسع مجالات البحث استنادا إلى فكرة الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض. يتعامل هذا النموذج مع المريض على مستوى النسق سواء في عملية التشخيص أو العلاج ذلك أنه يدرس جميع المتغيرات التي يمكنها أن تساهم في نشوء وظهور الأمراض العضوية والنفسية كما يدرس المتغيرات والعوامل التي تعزز وتوطد تلك الأمراض. وقد اقتضت الوحدة البيوسيكواجتماعية للمريض أن يتقبل الطبيب مسؤولية جميع المشكلات التي يقدمها المريض وأن تمتد معرفته المهنية ومهاراته إلى المجالات النفسية والاجتماعية وليس فقط الطبية والتقنية. وقد انعكس هذا التناول الحديث في المستشفيات وذلك من خلال ظهور تخصصات جديدة أهمها الطب السلوكي والطب المحيطي والطب السيكوسوماتي ولا سيما علم النفس الصحي هذا التناول الحديث في علم النفس الذي يشير إلى مجموع المعارف الأساسية لعلم النفس والمطبقة لتفهم الصحة والمرض حيث يجمع في تفسيرهما ما بين العوامل الثلاثة البيولوجية والنفسية والاجتماعية. كما يؤكد هذا التناول على دراسة العوامل السيكلولوجية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض والتي تستطيع أن تعجل أو تؤجل تطورها (SCHWEITZER, M. 1994).

واعتمادا على هذا النموذج البيونفسي اجتماعي في الصحة والمرض نحاول تسليط الضوء على مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم، حيث نريد التعرف على العوامل النفسية، الإجتماعي والشخصية المساعدة في تفاقم المرض والتأثير في مسار العلاج وذلك نتيجة سلوك عدم الملاءمة العلاجية.

يشير العجز الكلوي المزمن إلى التدهور التدريجي للجزيئات المصفية Filtration glomérulaire كما يشير إلى التلاشي المستمر والمزمن لمكونات الكلية وتقدير درجة إصابة الكلية يعتمد على مجموع مكوناتها المدمرة وذلك من خلال قياس Clearance de créatinine مؤشر تصفية الكلية، أما علاج تصفية الدم عن طريق الآلة Hémodialyse فهو علاج بديل يقدم للمصابين بالعجز الكلوي ويتم من خلال هذه الآلة تصفية الدم وكذلك تنظيم وتحسين العناصر المصلية. Electrolytes plasmatiques.

يشكل العجز الكلوي المزمن وعلاجه وضعية ضاغطة على أنها خبرة حياتية مؤلمة أكد ذلك (Peterson. 1989) وينجر عن هذا المعاش المؤلم والضابط انعكاسات عديدة تظهر في أشكال مختلفة سيكولوجية كالقلق والإكتئاب، معرفية كتشوه الإدراك المتعلق بالصحة والمرض، سلوكية كالعُدوانية وسلوك عدم الملاءمة.

يشكل سلوك عدم الملاءمة العلاجية مشكلا في الوسط الطبي، في مصلحة تصفية الدم حيث ينتج عنه مضاعفات عديدة كتفاقم أعراض المرض وعدم فعالية علاج الدياليز وتعرف الملاءمة العلاجية Thérapeutic compliance على أنها سلوك كما أنها درجة من التوافق بين سلوك المريض من حيث (تناول الدواء وإتباع الحماية وتغيير سلوك الحياة) من جهة والتعليمات والإرشادات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى، في حين يشير سلوك عدم الملاءمة العلاجية Non compliance to taretment أي عدم الامتثال للتعليمات الطبية إلى عدم التوافق بين سلوك المريض من حيث تناول الدواء والتعليمات الطبية (Haynes. 1979). وانطلاقا من هنا جاءت الضرورة بإجراء دراسة محلية للتعرف على مختلف المتغيرات والخصائص المتعلقة بمرضى العجز الكلوي والخاضعين لتصفية الدم وذلك للإجابة على الإشكالية العامة الآتية:

ما الذي يدفع ببعض المصابين بالعجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم إلى تبني سلوك عدم الملاءمة العلاجية، في حين يلجأ الآخرون إلى سلوك الملاءمة العلاجية وتمحورت إشكالية البحث في 04 أسئلة هي:

1. هل يرتبط سلوك عدم الملاءمة بالنشاط المعرفي (إدراك المرض) لدى مرضى العجز الكلوي والخاضعين لتصفية الدم؟
 2. هل سلوك عدم الملاءمة يتأثر بنوعية الحياة المعاشة والمدركة من طرف مرضى العجز الكلوي والخاضعين لتصفية الدم؟
 3. هل يرتبط سلوك عدم الملاءمة بخصائص الشخصية لدى مرضى العجز الكلوي والخاضعين لتصفية الدم؟
 4. هل يرتبط سلوك عدم الملاءمة بأنواع استراتيجيات المقاومة لدى مرضى العجز الكلوي والخاضعين لتصفية الدم؟
- وللإجابة على هذه الأسئلة وضعنا أربعة 04 فروض:

1. يعود سلوك عدم الملاءمة إلى تشوه إدراك المرض لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم.
2. يعود سلوك عدم الملاءمة إلى انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم.
3. يعود سلوك عدم الملاءمة إلى خصائص الشخصية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم.
4. يعود سلوك عدم الملاءمة إلى استخدام استراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال والتجنب.

الدراسات السابقة:

هناك الكثير من الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية، على المستوى العالمي، كما تضمنت أيضا عددا من المتغيرات المرتبطة بموضوع الدراسة الراهنة، ويمكن التعرف على أبعاد هذه الدراسات، وما خرجت به من تضمينات من خلال العرض التالي لبعض الدراسات في هذا الصدد:

وجد الباحثان ولش وواستان Welch & Austin في دراسة حول مرضى العجز الكلوي المزمن أنهم يعانون من الاكتئاب كحالة نفسية ثانوية، ويرتبط هذا

الاكتئاب بالضواغط النفسية والاجتماعية المصاحبة لهذا المرض والعلاج المزمّن وكذلك بعدم التوفيق في تبني استراتيجيات المقاومة الفعالة لمواجهة خبرة العلاج المزمّن. وقد أكدت دراسات كاتلن وهيكي Kattlen M & Hichey، كريستسن وآلان Christensen & Allan، بيكرافت Beacroft بأمریکا أن غياب الدعم الاجتماعي لدى مرضى العجز الكلوي المزمّن يؤدي لديهم إلى ظهور بعض الاضطرابات الانفعالية كالقلق والاكتئاب وكذلك السلوكية مثل سلوك عدم الملاءمة العلاجية.

كما درس جيركلس ومانك Gurklis J A & Menke E M 1990 طريقة إدراك المرض واستراتيجيات المقاومة لدى مرضى العجز الكلوي المزمّن وقد وجد الباحثان أن هؤلاء المرضى يستعملون طرقاً عديدة لمواجهة المرض منها التقبل والتفاوض والبحث عن الدعم الاجتماعي.

وقد خلصت دراسة ويب وكريستسن وآلان Weib, Christensen إلى أن المعتقدات التي يكونها مرضى العجز الكلوي حول مرضهم هي التي تحدد لديهم سلوك الملاءمة أو عدم الملاءمة العلاجية. كما وجد هؤلاء الباحثون أن سلوك عدم الملاءمة يرتبط بالفشل في اختيار استراتيجيات المقاومة.

كما وجد الباحثون مونزاتو ودوبيكولي وجيوچينو Monzato A, De picolli & Giocchino. F في دراسة حول العوامل التواصلية والتنظيمية داخل مصلحة العجز الكلوي ظهور اضطرابات علائقية بين المرضى والمشرفين على علاجهم وبينت نتائج الدراسة أن هذه الاضطرابات تعود إلى سلوك عدم الملاءمة وتشوه إدراك المرض لدى هؤلاء المرضى.

وقد توصل هاينس وجماعته Haynes & coll 1979 من خلال مراجعة لـ 537 مقالة حول علاقة سلوك الملاءمة بخصائص الشخصية إلى أنه لا توجد هناك علاقة مباشرة بينهما. في حين بينت دراسة كابلن وسيمون Kaplan & Simon أن الشخصية المتزنة والتي تتمتع بدرجة عالية من الدافعية تعتبر كمؤشر لظهور سلوك الملاءمة لدى مرضى العجز الكلوي المزمّن. أما فانتورا وقونزالز Gonzalez & Ventura S 1989 في إسبانيا فقد وجدوا أن مرضى العجز الكلوي المزمّن يتميزون بأبعاد الشخصية تتمثل في: العصائية والانبساطية والكذب.

يظهر من خلال هذا الطرح لموضوع بحثنا أن العجز الكلوي المزمن والغسيل الكلوي يشكلان خبرة ضاغطة متواصلة وينجر عنها انعكاسات عديدة تظهر في أشكال مختلفة سيكولوجية كالقلق والاكتئاب، معرفية كتشوه إدراك الصحة والمرض، سلوكية كالعدوانية وسلوك عدم الملاءمة العلاجية، ويشير هذا الأخير إلى "سلوك مشكل" في الوسط الطبي (مصلحة العجز الكلوي) حيث ينتج عنه مضاعفات عديدة لدى المرضى كتفاقم أعراض المرض وتدهور نوعية الحياة.

منهج الدراسة:

1) العينة: تكونت عينة الدراسة من 30 ثلاثين مريضا يعانون كلهم من العجز الكلوي المزمن ويخضعون لتصفية الدم في مستشفى بني مسوس بالجزائر العاصمة، من كلا الجنسين (ذكور وإناث) يتراوح سنهم ما بين 20 و 65 سنة، مستواهم التعليمي متباين (ابتدائي وثانوي وجامعي)، الحالة الاجتماعية أيضا متباينة (أعزب ومتزوج ومطلق).

2) أدوات جمع البيانات: اعتمدنا في جمع البيانات المرتبطة بمتغيرات الدراسة على الملاحظة والمقابلة العيادية وتخللت المقابلة مجموعة من المقاييس وعددها خمسة.

أ. استمارة بيانات المقابلة: هي من تصميم الباحثة وقد تضمنت هذه الاستمارة مايلي: عمر المريض، سنه، جنسه، مدة المرض، انعكاسات المرض والعلاج.

ب. مقياس تقدير الملاءمة: من إعداد François M Mai وجماعته Compliance Rating Scale وقامت الباحثة بترجمته إلى اللغة العربية مع دراسة صدقة وثباته وهو عبارة عن سلم تقييمي لسلوك الملاءمة خاص بمرضى الغسيل الكلوي يضم المقياس 06 مقاييس فرعية وسلم التقييط من 1 إلى 6 وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين 06 كأدنى حد و18 كأقصى حد لسلوك الملاءمة.

ج. قائمة استراتيجيات المقاومة للوضعية الضاغطة من إعداد Endler & Parker عبارة عن مقياس لتقدير خصائص وأنواع استراتيجيات المقاومة لدى مرضى الغسيل الكلوي، قامت الباحثة بترجمته من الإنجليزية إلى العربية وكذلك دراسة صدقه وثباته. يحتوي المقياس على 48 بنداً موزعة على 03 أشكال لاستراتيجيات المقاومة المركزة على المهام والمركزة على الانفعال والموجهة نحو التجنب.

د. استبيان أيزنك للشخصية: قام بوضعه أيزنك Eysenck قام بترجمته من الانجليزية إلى العربية أبو ناهية. يتكون الاختبار من 90 بنداً موزعة على 03 أبعاد هي العصائية والانبساط والكذب أو الجاذبية الاجتماعية يجيب المفحوص بنعم أو لا.

هـ. مقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة - الصورة المصغرة Kindney and Disease Quality of Life 36 Short Form قام بإعداده Were John 1993. يقيس أبعاد نوعية الحياة لدى مرضى الغسيل الكلوي. يضم المقياس 36 بنداً تتوزع من خلال 08 مقاييس فرعية وهي تتجمع في محورين هما محور خاص بالجانب العضوي ومحور بالجانب العقلي. قامت الباحثة بترجمته من الانجليزية إلى العربية ودرست صدقه وثباته.

و. استبيان إدراك المرض - المعدل - Illness Perception Questionnaire - Revised قام بإعداد الصورة الأولى Weiman J & Petrie K 1996 ثم قامت Morris R M 2002 بمراجعته وتعديله. هو استبيان لقياس إدراك المرض المعتمد على نموذج التسيير الذاتي لـ Leventhal. يضم هذا المقياس 08 مقاييس فرعية. قامت الباحثة بترجمته إلى اللغة العربية كما أجرت عليه الصدق والثبات.

إجراءات الدراسة:

انطلاقاً من المنهج العيادي ومن خلال استخدام أساليب التقدير العيادي تم جمع البيانات النوعية والكمية المتعلقة بمتغيرات الدراسة والخاصة بأفراد العينة (مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعون للغسيل الكلوي).

• قمنا بإعداد ملفات فردية خاصة بكل مريض والتي تضم استمارة البيانات العامة أي دليل المقابلة ومؤشرات الملاحظة وبطارية المقاييس النفسية التي ذكرناها في أدوات القياس.

• هنا نقوم بالملاحظة المباشرة خلال حضور المرضى إلى حصص الغسيل الكلوي ونطرح عليهم أسئلة حول وزنهم ودوائهم. كما كنا نجري مقابلات مع الأطباء المشرفين على علاجهم.

• ثم قمنا بالتحليل الإحصائي لنتائج المقاييس النفسية حيث استخرجنا معاملات الارتباط بين مختلف المتغيرات وكذلك معامل الانحدار.

عرض نتائج الدراسة

1. معاملات الارتباط بين خصائص الفردية وسلوك الملائمة:

سلوك الملائمة	سلوك الملائمة	
	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الجنس	-0.11	0.55
السن	0.34	0.05
الوضعية الاجتماعية	0.04	0.82
المستوى التعليمي	0.21	0.25
مدة المرض	0.17	0.35
المهنة	0.33	0.06

جدول (01) يوضح معاملات الارتباط بين الخصائص الفردية وسلوك الملائمة

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنه لا توجد هناك علاقة ارتباطية بين سلوك الملائمة والخصائص الفردية كالجنس، السن، الوضعية الاجتماعية، المستوى التعليمي، مدة المرض، في حين ظهرت هناك علاقة بسيطة بين سلوك الملائمة والمهنة إذ جاء معامل الارتباط بـ 0.33 عند مستوى الدلالة 0.06.

2. معاملات الارتباط بين الخصائص الفردية وإدراك المرض:

جدول (02) يوضح معاملات الارتباط بين الخصائص الفردية وإدراك المرض

الخصائص الفردية	الجنس		السن		الوضع الاجتماعية		المستوى التعليمي		مدة المرض		المهنة	
	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الهوية	-0.21	0.25	0.10	0.57	-0.03	0.85	-0.15	0.40	-0.24	0.18	-	0.29
المدة حاد/مزمن	0.36*	0.04	0.15	0.40	0.10	0.58	-0.21	0.25	0.58	0.76	0.06	0.75
الانتماءات	0.20	0.27	0.17	0.34	0.52**	0.03	-0.24	0.19	-0.28	0.13	-	0.15
الضبط الشخصي	-0.12	0.51	0.14	0.45	0.18	0.33	0.17	0.36	0.02	0.88	-	0.49
ضبط العلاج	0.00	1.00	0.42*	0.02	0.37*	0.04	-	0.96	-0.90	0.63	0.26	0.89
تفهم المرض	-0.01	0.95	0.09	0.63	-0.008	0.96	0.32	0.07	0.16	0.39	0.03	0.56
المدة دوري	0.24	0.20	0.05	0.77	-0.10	0.58	-0.24	0.19	-	0.007	0.11	0.56

												0.48**					
تصور الانفعالات	-0.07	0.69	-0.74	0.69	0.29	0.11	-0.09	0.62	-0.33	0.07	-	0.80					
داخلية	-0.35	0.05	-0.40	0.83	0.09	0.60	-0.12	0.50	-0.07	0.69	-	0.33					
خارجية	-0.22	0.24	-0.11	0.54	0.26	0.15	-0.11	0.55	0.53*	0.003	0.17	0.35					

لاحظ من خلال هذا الجدول أن هناك علاقة ارتباطية بقيمة (0.36) عند مستوى الدلالة 0.04 بين متغير المدة حاد/مزمن ومتغير الجنس، كما نلاحظ ارتباط دال وقوي بقيمة (0.52) عند مستوى الدلالة *0.03 بين متغير الانعكاسات والوضعية الاجتماعية. كما يظهر أيضا أن هناك ارتباط بين ضبط العلاج والسن بقيمة (0.42) عند مستوى الدلالة 0.02، وجاء الارتباط أيضا بين ضبط العلاج والوضعية الاجتماعية بقيمة (0.37) عند مستوى الدلالة 0.04، كما نلاحظ أن هناك ارتباط عكسي بقيمة (-0.48) عند مستوى الدلالة α 0.007 بين المدة: دوري ومدة المرض. ويظهر أيضا أن هناك ارتباط دال بين الأسباب الخارجية ومدة المرض بقيمة (0.53) عند مستوى الدلالة *0.003.

يتضح من خلال هذه النتائج أن الارتباط القوي بين إدراك المرض والخصائص الفردية ظهر خاصة عند مستوى العلاقة بين متغير الانعكاسات والوضعية الاجتماعية وعند مستوى العلاقة بين الأسباب الخارجية ومدة المرض.

3. معاملات الارتباط بين الخصائص الفردية ونوعية الحياة:

نوعية الحياة الخصائص الفردية	محور الجانب العضوي		محور الجانب العقلي	
	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الجنس	-0.04	0.82	0.13	0.47
السن	0.08	0.64	0.23	0.20
الوضعية الاجتماعية	-0.03	0.86	-0.12	0.50
المستوى التعليمي	0.17	0.34	0.25	0.17
مدة المرض	-0.06	0.74	-0.19	0.31
المهنة	0.02	0.89	0.21	0.24

جدول (03) يوضح معاملات الارتباط بين الخصائص الفردية ونوعية الحياة

يظهر لنا من خلال هذا الجدول أنه ليس هناك علاقة ارتباط دالة بين الخصائص الفردية ونوعية الحياة (العضوي والعقلي)

4. معاملات الارتباط وبين الخصائص الفردية وأبعاد الشخصية:

أبعاد الشخصية	الخصائص	الذهانية		العصابية		الانبساط		الكذب	
		معامل	مستوى	معامل	مستوى	معامل	مستوى	معامل	مستوى
الجنس		-	0.62	0.30	0.09	0.11	0.54	0.20	0.28
		0.09							
السن		-	0.11	-	0.19	-	0.37	0.06	0.73
		0.29		0.24		0.16			
الوضعية الاجتماعية		-	0.69	0.03	0.84	0.16	0.39	0.04	0.80
		0.07							
المستوى التعليمي		-	0.89	-	0.44	0.31	0.09	0.36	0.04
		0.02		0.14				*	
مدة المرض		-	0.18	-	0.48	-	0.70	0.39	0.03
		0.24		0.13		0.07		*	
المهنة		0.03	0.84	0.10	0.57	-	0.88	-	0.42
						0.02		0.15	

جدول (04) يوضح معاملات الارتباط بين الخصائص الفردية وأبعاد الشخصية

يظهر لنا من خلال هذا الجدول أن هناك علاقة ارتباط عكسي بين بعد الكذب والمستوى التعليمي بقيمة (-0.36) عند مستوى الدلالة *0.04، كما نلاحظ أيضا علاقة ارتباط بقيمة (0.39) عند مستوى الدلالة 0.03 α بين بعد الكذب ومدة المرض.

5. معاملات الارتباط بين الخصائص الفردية واستراتيجيات المقاومة:

الاهم، الاجمالي	معامل	مستوى الدلالة	التقليدية	معامل	مستوى الدلالة	التعقب	معامل	مستوى الدلالة	الانفعال	معامل	مستوى الدلالة	مهام	معامل	مستوى الدلالة	الارتباط	الخصائص
0.86	-0.03	0.11	0.29	0.71	0.07	0.58	0.10	0.76	0.05	الجنس		0.25	0.17	-0.11	0.56	السن
0.55	-0.11	0.46	0.13	0.46	0.13	0.56	-0.11	0.17	0.25	الوضع الاجتماعية	0.14	0.44	0.47	0.13	0.56	السن
0.37	-0.16	0.39	-0.16	0.52	-0.12	0.04	0.36*	0.44	0.14	الوضع الاجتماعية	0.14	0.44	0.47	0.13	0.56	السن
0.29	0.19	0.80	0.04	0.86	-0.03	0.50	-0.12	0.47	0.13	الوضع الاجتماعية	0.14	0.44	0.47	0.13	0.56	السن
0.03	-0.38*	0.01	-0.43*	0.01	-0.45*	0.55	0.11	0.56	-0.11	الوضع الاجتماعية	0.14	0.44	0.47	0.13	0.56	السن
0.30	0.19	0.34	0.18	0.27	-0.20	0.05	-0.35	0.01	0.45*	الوضع الاجتماعية	0.14	0.44	0.47	0.13	0.56	السن

جدول (05) يوضح معاملات الارتباط بين الخصائص الفردية واستراتيجيات المقاومة

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن هناك علاقة ارتباط بقيمة (0,36) عند مستوى الدلالة 0.04 بين الانفعال كإستراتيجية مقاومة والوضعية الاجتماعية، كما نلاحظ أيضا ارتباطا عكسيا بين التجنب كإستراتيجية مقاومة ومدة المرض بقيمة (-0.45) عند مستوى الدلالة 0.01، وكذلك نلاحظ ارتباطا عكسيا بقيمة (0.43) عند مستوى الدلالة 0.01 بين التسلية ومدة المرض، كما جاء الارتباط عكسي أيضا بقيمة (-0.38) عند مستوى الدلالة 0.03 α بين الإلهاء الاجتماعي ومدة المرض.

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين استراتيجيات المقاومة والمهنة، جاء الارتباط بقيمة * (0.45) عند مستوى الدلالة 0.01 بين المهام والمهنة، في حين جاء الارتباط عكسي بقيمة (-0.35) عند مستوى الدلالة 0.05 بين الانفعال والمهنة. أما فيما يخص العلاقة بين استراتيجيات المقاومة والجنس، السن والمستوى التعليمي فلا يوجد هناك ارتباط دالا إحصائيا.

6. معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة ومتغيرات (إدراك المرض، نوعية الحياة، أبعاد الشخصية واستراتيجيات المقاومة

سلوك الملائمة		سلوك الملائمة المتغيرات	
مستوى الدلالة	معامل الارتباط		
0.275	-0.206	الهوية	
0.719	-0.062	المدة: حاد/مزمن	
0.952	0.012	الانعكاسات	
0.396	0.161	الضبط الشخصي	
0.454	0.142	ضبط العلاج	
0.017	0.432*	تقهم المرض	
0.131	-0.282	المرض: دوري	
0.354	-0.175	تصور الانفعالات	
0.543	-0.115	الأسباب	داخلية

0.702	0.073	خارجية		
0.302	0.195	محور الجانب العضوي	نوعية الحياة	
0.005	0.495**	محور الجانب العقلي		
0.003	-0.522**	الذهانية	أبعاد الشخصية	
0.477	-0.135	العصائية		
0.563	0.110	الانبساط		
0.973	0.006	الكذب		
0.003	0.528**	المهام	استراتيجيات المقاومة	
0.129	-0.284	الانفعال		
0.167	-0.259	التجنب		
0.568	-0.108	التسلية		
0.836	0.039	الإلهاء الاجتماعي		

جدول (06) يوضح معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة ومتغيرات (إدراك المرض، نوعية الحياة، أبعاد الشخصية واستراتيجيات المقاومة)

06-1 - معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة وإدراك المرض:

سلوك الملائمة		سلوك الملائمة	إدراك الهوية
مستوى الدلالة	معامل الارتباط		
0.27	-0.20		الهوية
0.71	-0.06		المدة: حاد/مزمن
0.95	0.01		الانعكاسات
0.39	0.16		الضبط الشخصي
0.45	0.14		ضبط العلاج
0.01	0.43*		تفهم المرض

0.13	-0.28	تصور الانفعالات
0.35	-0.17	المدة: دوري
0.54	-0.11	داخلية
0.70	0.07	خارجية

جدول (07) يوضح معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة وإدراك المرض

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن هناك علاقة ارتباط دالة بقيمة (0.43) عند مستوى الدلالة $\alpha 0.01$ بين سلوك الملائمة وتفهم المرض أي أنه كلما زاد إدراك تفهم المرض زاد وتطور سلوك الملائمة.

06-2- معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة ونوعية الحياة:

سلوك الملائمة		سلوك الملائمة نوعية
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
0.30	0.19	محور الجانب العضوي
0.005	0.49**	محور الجانب العقلي

جدول (08) يوضح معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة ونوعية الحياة

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنه قد ظهر ارتباط دال وموجب بقيمة (0.49) عند مستوى الدلالة 0.005 بين سلوك الملائمة ومحور الجانب العقلي (نوعية الحياة)، أي أنه كلما زاد إدراك نوعية الحياة للصحة العقلية زاد سلوك الملائمة تطوراً، أي أن سلوك الملائمة يرتبط بإدراك الصحة العقلية العامة.

06-3- معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة وأبعاد الشخصية:

سلوك الملائمة		سلوك الملائمة أبعاد الشخصية
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
0.003	-0.52❖❖	الذهانية
0.74	-0.13	العصابية

0.56	0.11	الانبساط
0.97	0.006	الكذب

جدول 09 يوضح معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة وأبعاد الشخصية

نلاحظ من خلال هذا الجدول انه هناك علاقة إرتباطية عكسية سالبة بقيمة (-0.52) عند مستوى الدلالة 0.003 بين سلوك الملائمة وبعد الذهابية، أي انه كلما انخفضت خصائص الذهابية لدى المفحوصين كلما زاد سلوك الملائمة. في حين لم يظهر هناك ارتباط إحصائي بين سلوك الملائمة وباقي أبعاد الشخصية الأخرى.

06-4- معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة واستراتيجيات المقاومة:

سلوك الملائمة		سلوك الملائمة استراتيجيات المقاومة
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
0.003	0.52❖❖	المهام
0.12	0.28	الانفعال
0.16	-0.25	التجنب
0.56	0.10	التسلية
0.83	0.03	الإلهاء الاجتماعي

جدول (10) يوضح معاملات الارتباط بين سلوك الملائمة واستراتيجيات المقاومة

يظهر من خلال هذا الجدول انه يوجد ارتباط موجب دال إحصائيا بقيمة (0.52) عند مستوى الدلالة 0.003 بين سلوك الملائمة والمهام كإستراتيجية المقاومة، أي أنه كلما اعتمد المفحوصون على استراتيجيات المركزة على المهام كلما تبلور سلوك الملائمة. في حين لم تظهر هناك علاقة إرتباطية دالة بين سلوك الملائمة وباقي استراتيجيات المقاومة الأخرى.

- تحليل الانحدار:

بعدما قمنا بتحليل البيانات المتعلقة بمعاملات الارتباط التي حصلنا عليها من خلال هذا التحليل الإحصائي، نقوم بتحليل بيانات الانحدار التدريجي، حتى نتعرف على أهم المتغيرات التي تعبر كمحددات لسلوك الملائمة.

يعرف الانحدار على أنه مجموعة من الأساليب تستخدم لمعرفة العلاقة بين متغير تابع مستمر وعدد من المتغيرات المستقلة، يقوم على الارتباط ولكنه يسمح بدراسة العلاقات الداخلية بين مجموعة من المتغيرات بشكل أكثر عمقا.

يخبرنا الانحدار المتعدد بمقدار التباين في المتغير التابع الذي يمكن تفسيره من خلال المتغيرات المستقلة كما يشير إلى الإسهام النسبي لكل متغير مستقل.

وجاءت نتائج الانحدار كالآتي:

	النموذج	R	R ²	Adjusted R Square	Beta	الدالة الإحصائية
1	المهام Tache	0.528	0.279	0.253	0.528	0.003
2	Tache المهام I.coh تفهم المرض	0.652	0.425	0.383	0.385	0.014
					0.490	0.002

جدول (11) يوضح تحليل الانحدار التدريجي لتأثير متغيري المهتم وتفهم

المرض.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنه في المرحلة الأولى من تحليل الانحدار التدريجي ظهر متغير المهام وهو يشير إلى استراتيجيات المقاومة المركزة على المهام وهو يفسر 28% تقريبا من نسبة التباين في سلوك الملائمة حيث بلغ معامل التحديد R^2 0.279 وهو ذو تأثير طردي أي كلما زاد الأول زاد الثاني، وجاء معامل الانحدار 0.528 عند مستوى الدلالة 0.003.

وفي المرحلة الثانية من التحليل تحسن النموذج حيث ظهر I.coh تفهم المرض وهو يشير إلى أحد أبعاد إدراك المرض، مع المتغير السابق (t) المهام فصار النموذج يفسر 42٪ من المتغير التابع وهو سلوك الملائمة حيث بلغ معامل التحديد $R^2 = 0.425$ بعدما كان يفسر 28٪ فقط من النموذج وجاء معامل الانحدار بشكل موجب وطردي ودال إحصائياً مع المتغير المهام $B = 0.490$ عند مستوى الدلالة 0.002 وجاء المتغير I.coh تفهم المرض كما يلي $B = 0.385$ عند مستوى الدلالة 0.014.

وهكذا نصل إلى نتيجة من خلال تحليل الانحدار التدريجي مفادها أن سلوك الملائمة أو الامتثال للتعليمات الطبية يرتبط أساساً حسب هذا النموذج بمتغيرين أساسيين وهما: المهام (t) كإستراتيجية المقاومة و I.coh تفهم المرض وهو كمكون إدراكي جيد لإدراك المرض المزمن، إذ كلما زاد هذان المتغيران كلما زاد سلوك الملائمة، إذ يمكن أن نعتبر هذين المتغيرين t و I.coh كمنبئين predicteurs لسلوك الملائمة عند مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم. ولعل المتغير الذي له إسهام أكثر وأنه متميز وذو دلالة في التنبؤ بالمتغير التابع هو: متغير t المهام حيث جاءت قيمة بـ 0.528، وهذا يؤكد أن لاستراتيجيات المقاومة المركزة على المهام دور في ظهور سلوك الملائمة لدى مرضى تصفية الدم.

وقد بين لنا أيضاً تحليل الانحدار من خلال عمود partial corrélation أن المتغيرات المستقلة الأخرى لها دور في التنبؤ بسلوك الملائمة لكن دور إسهامي داخلي أي أن التأثير يكون من خلال تداخل المتغيرات فيما بينها فهي تساهم بالمجموع، نجد مثلاً: متغير الانفعال حيث جاءت درجته بـ -0.356 والعلاقة عكسية سالبة أي كلما نقص استخدام إستراتيجية الانفعال وهي أحد استراتيجيات المقاومة كلما زاد سلوك الملائمة.

مناقشة نتائج البحث:

توصلنا من خلال عرض النتائج ومناقشتها إلى أن مرضى تصفية الدم لا يمتثلون للتعليمات الطبية ولا يستجيبون لشروط هذا العلاج إذ وجدنا أن 53.3٪ من هؤلاء المرضى قد حصلوا على درجات ضعيفة تتراوح ما بين 6 و 9 على مقياس تقدير الملائمة. كما وجدنا أن هؤلاء المرضى يعانون من تشوه الإدراك المرتبط بالمرض حيث ظهر أن هناك 83.3٪ من هؤلاء المرضى حصلوا على درجات منخفضة على مقياس

تفهم المرض تتراوح ما بين 12 و 19، في حين حصل هؤلاء المرضى أيضا على درجات منخفضة على مقياس ضبط العلاج تتراوح ما بين 11 و 17، وبالتالي تكون فرضية البحث الأولى قد تحققت والتي مفادها أن سلوك عدم الملائمة يعود إلى تشوه إدراك المرض.

كما تبين من خلال نتائج البحث أن مرضى العجز الكلوي يعانون من تدهور نوعية الحياة العضوية والعقلية جراء المرض الكلوي وعلاجه حيث جاءت النتائج ضعيفة على استبيان المرض الكلوي ونوعية الحياة وهكذا تكون الفرضية الثانية قد تحققت.

كما أظهرت نتائج الدراسة أن مرضى العجز الكلوي والخاضعين لتصفية الدم يتميزون بخصائص شخصية حيث وجدنا أن هؤلاء المرضى يتميزون بخصائص العصائية إذ أن 53.2٪ حصلوا على درجات ما بين 16 و 23 على إستبيان أيزنك الشخصية. وهكذا تكون الفرضية الثالثة قد تحققت والتي مفادها أن سلوك الملائمة يعود إلى بعض الخصائص الشخصية.

كما وجدنا أن الفرضية الرابعة قد تحققت والتي مفادها أن سلوك عدم الملائمة يعود إلى استخدام استراتيجيات المقارنة المركزة على الانفعال والتجنب، وأن سلوك الملائمة يرتبط باستراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال والتجنب، وهذا يعني أن سلوك الملائمة يرتبط باستراتيجيات المقاومة المركزة على المهام.

تتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسات عديدة والتي تؤكد أن المرضى الذين يعانون من أمراض عضوية أو عقلية مزمنة لا يمثلون للتعليمات الطبية بصفة جيدة Kaplan و Petterson 1993. وقد تصل نسبتهم من 20٪ إلى 80٪ Turk وآخرون 1991، J. Jacob و Schlenk 2000. كما بينت دراسات حديثة أن حوالي 30٪ إلى 60٪ من مرضى تصفية الدم يتبنون سلوك عدم الملائمة خاصة فيما يتعلق بأحد شروط الدياليز وهو الإنقاص من السوائل Barne و Petterson 1993، Schneider و Whithaker 1991، Stallman، Maron و Christensen 1997، Hatchett 1997 حيث يطلب الأطباء من مرضاهم أن لا يشربوا أكثر من لتر في اليوم Wolkott وجماعته 1986، Kimmel وجماعته 2000 و Tijirina 2006S.

ينجر عن سلوك عدم الملائمة لدى مرضى تصفية الدم انعكاسات عضوية عديدة حيث تتفاقم الأعراض المرضية، ويعبر المرضى عن شكاوي عديدة وقد وجدنا أن 83.3% من هؤلاء المرضى يدركون أن لمرضهم أعراضا كثيرة (كالآلم، الغثيان، الدوخة، اضطرابات التنفس).

كما وجدنا أن كل المرضى الخاضعين للدياليز يدركون أن مرضهم مزمن ولا يمكن الشفاء منه تماما إذ هناك 96.7% حصلوا على درجات عالية ما بين 18 و 30 على مقياس المدة حاد/مزمن وهذا ما جعلهم يدركون أن لمرضهم انعكاسات عديدة (عضوية، نفسية واجتماعية) إذ حصل 93.4% من هؤلاء المرضى على أعلى درجات على مقياس الانعكاسات. وقد بينت لنا نتائج البحث أن مرضى الدياليز لا يدركون أن لهم قدرة وكفاءة على الضبط الشخصي مما يدل على أنهم عاجزون على تسيير حياتهم اليومية بعد وقوعهم في المرض الكلوي المزمن وخضوعهم للدياليز حيث حصل 49.9% من المرضى على درجات متوسطة على مقياس الضبط الشخصي مما يدل أن هؤلاء المرضى لا يطورون استراتيجيات معرفية للتعامل مع خبرة المرض والعلاج المزمّن، أما فيما يتعلق بضبط العلاج فإن مرضى الدياليز لم يكونوا إدراكا إيجابيا حول قدرتهم على ضبط علاجهم المزمّن إذ حصل 46.7% من هؤلاء المرضى على درجات منخفضة تتراوح ما بين 11 و 15 على مقياس "ضبط العلاج" مما يدل أنهم غير قادرين على إدراك فعالية علاج الدياليز وكذلك التحكم في شروطه وإتباعها بطريقة جيدة، كما وجدنا أن مرضى الدياليز لا يدركون معنى مرضهم ولا يفهمون جيدا أسبابه، آثاره على المدى القريب والبعيد إذ هناك 83.3% من هؤلاء المرضى حصلوا على درجات منخفضة على مقياس تفهم المرض، تتراوح ما بين 12 و 19 وهذا ما يدل على أن هؤلاء المرضى لم تقدم لهم معلومات حول مرضهم أو أنهم لم يفهموها ولذا يعيشون مرضهم كخبرة خارجية مرفوضة. وفي حالات كثيرة يعتقد هؤلاء المرضى أن مرضهم دوري ولعل هذا يشير إلى مدى رفضهم لهذا المرض وقد حصل 16.7% من هؤلاء المرضى على درجات ما بين 16 و 18 على مقياس المرض: دوري.

كما ظهر من خلال نتائج البحث أن مرضى الدياليز يعيشون حالات انفعالية كالقلق، الاكتئاب، الضغط والغضب أي أنهم يدركون أن للمرض المزمن انعكاسات انفعالية مصاحبة حيث يمثل 66.6% من هؤلاء المرضى الذين حصلوا على درجات عالية على مقياس الانفعالات وهي تتراوح ما بين 20 و 29. تتفق نتائج هؤلاء المرضى على هذا المقياس مع نتائج دراسات سابقة Austin و Welch،

Lindq Vist و Carleson ، Beacroft ، 1992 Christensen و J. Allan 2000. كما وجدنا من خلال نتائج البحث أن مرضى الدياليز يعتقدون أن أسباب مرضهم خارجية إذ تمثل نسبة هؤلاء 91.3% من الذين حصلوا على أعلى درجات على مقياس الأسباب الخارجية مقارنة بالذين حصلوا على أعلى درجات على مقياس الأسباب الداخلية وهم يمثلون 69.9% وهذا يعني أن هؤلاء المرضى يتميزون بمركز تحكم خارجي فهم يرجعون أسباب مرضهم إلى عوامل الأويئة والميكروبات أو سوء التكفل الطبي، نقص المناعة، عدم اهتمام العائلة ولعل هذا يعود إلى عدم تفهمهم للمرض ونقص المعلومات الطبية التي يحصلون عليها من طرف الأطباء وهذا ما يجعلهم لا يتمتعون بضبط شخصي مما يشوه إدراكهم نحو قدرتهم على ضبط ومراقبة مؤشرات العلاج الفعالة (الامتثال للتعليمات الطبية).

يعود سلوك عدم الملائمة إلى الإدراك المشوه للمرض والعلاج حيث وجدنا من خلال عرضنا للحالات أن أغلبية المرضى ينقلون تشوه إدراكهم تجاه ضبط ومراقبة وتفهم مرضهم وعلاجهم، كما وجدنا ذلك أيضا من خلال عرض نتائج مقياس استبيان إدراك المرض. وهكذا تتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج الدراسات السابقة فيما يخص علاقة إدراك المرض بسلوك عدم الملائمة Lidqvist ، 1997 Parkerson و آخرون 2000 و PL. Kimmel 1995.

وهكذا تكون فرضية البحث الأولى قد تحققت والتي مفادها يعود سلوك عدم الملائمة إلى تشوه إدراك المرض، وهذا يعني أن سلوك عدم الملائمة أو الامتثال للتعليمات الطبية لدى مرضى تصفية الدم يرتبط بنوع إدراكهم للمرض والعلاج.

أظهرت نتائج البحث الحالي أن مرضى الدياليز لا يدركون أنهم يتمتعون بنوعية حياة جيدة، حيث أشاروا خلال إجراء المقابلات العيادية أن للمرض الكلوي انعكاسات عديدة على الجانب العضوي وأنهم لا يستطيعون القيام حتى بأدنى النشاطات اليومية وأنهم تركوا وظائفهم لأن الخضوع لآلة الدياليز والمواظبة على الحصى تمنعهم من القيام بأي عمل بالإضافة إلى التعب المصاحب عند الانتهاء من كل حصة. كما ظهر تدهور نوعية الحياة العضوية من خلال نقلهم لعدد كبير من أعراض المرض وهذا يشير إلى حدود تمنعهم من ممارسة مختلف نشاطات الحياة، كما أظهروا أن نوعية الحياة العقلية لديهم متدهورة حيث لا يتمتعون بعلاقات اجتماعية ثرية وأنهم يعانون من اضطرابات النوم والتغذية، اضطرابات جنسية (نقص الليبدو والعجز الجنسي)، مشاعر النقص والإحباط، وقد تأكدت نتائج المقابلات من

خلال تطبيق مقياس المرض الكلوي ونوعية الحياة حيث وجدنا أن 43.3% من هؤلاء المرضى حصلوا على درجات ضعيفة على مقياس نوعية الحياة (محور الجانب العضوي)، تتراوح ما بين 25 و 45، في حين أن 56.6% حصلوا على درجات متوسطة تتراوح ما بين 50 و 60.

تتفق نتائج البحث الحالي مع الدراسات السابقة فيما يخص علاقة سلوك الملائمة ونوعية الحياة Cristovao 1989، Hathaway و J.E Milstead، 1992، J.E، A. Covic، 2003 Mark Unruh، 2000 J.R Parkerson، 1993 Ware و A.Seika آخرون 2004. وهكذا تكون الفرضية الثانية قد تحققت والتي مفادها يعود سلوك عدم الملائمة إلى انخفاض مستوى نوعية الحياة (العضوية والعقلية).

أظهرت لنا نتائج البحث أن مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم لا يتميزون بخصائص شخصية خاصة حيث وجدنا مختلف أبعاد الشخصية (Eysenck) وبالرغم أننا وجدنا أن أعلى الدرجات سجلت على مقياس العصائية مقارنة بالأبعاد الأخرى، إلا أننا نجد هناك علاقة دالة إحصائية بين سلوك الملائمة وخصائص العصائية مما يدل أن مرضى الدياليز الذين لا يمثلون للتعليمات الطبية ولا يطبقون شروط علاج الدياليز، لا يتميزون بسمات أو أبعاد شخصية مميزة إذ وجدنا أن كل المرضى يتبنون سلوك عدم الملائمة ولكن بدرجات متفاوتة، فقط على مستوى بعد الذهانية حيث وجدنا أنه حتى يتبلور سلوك الملائمة يجب انخفاض معدل خصائص الذهانية.

تتفق نتائج البحث الحالي فيما يخص علاقة سلوك الملائمة بأبعاد الشخصية مع نتائج الدراسات السابقة Haynes 1979، Sackett، Snow و Taylor 1979، Simon و Kaplan 1990 وهكذا تكون الفرضية الثالثة قد تحققت والتي مفادها يعود سلوك الملائمة إلى خصائص شخصية مرضى الدياليز.

يواجه مرضى العجز الكلوي المزمن وعلاجه الدياليز خبرة المرض والعلاج واللذين يمثلان خبرة ضغط مستمرة من خلال الاعتماد على مجموعة من استراتيجيات المقاومة، وقد وجدنا أن هؤلاء المرضى يعتمدون أكثر على الاستراتيجيات المركزة على الانفعال والتجنب حيث ظهر أن 80% من هؤلاء المرضى على درجات تتراوح ما بين 51 و 79 على مقياس (CISS) استراتيجيات المقاومة للوضعيات الضاغطة (مقياس الانفعال) وهي درجات عالية، أما على مقياس التجنب فقد حصل 56.5% من هؤلاء المرضى على درجات عالية تتراوح ما بين 50 و 80، وعلى مقياس التسلية وجدنا أن

77% من هؤلاء المرضى حصلوا على درجات تتراوح ما بين 50 و 80 أما على مقياس الإلهاء الاجتماعي حصل 57% من المرضى على درجات ما بين 51 و 67.

يتضح من خلال هذه النتائج أن مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم يستخدمون استراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال والتجنب (التسلية والإلهاء الاجتماعي) أي أنهم يحاولون التخفيف من آثار الانفعالات المصاحبة للمرض والعلاج المزمنين، ولعل هذا ما ساعد في ظهور سلوك عدم الملائمة لدى هؤلاء المرضى، وجاءت نتائج هذه الدراسة فيما يخص علاقة استراتيجيات المقاومة، الإنفعال والتجنب مع سلوك عدم الملائمة متفقة مع نتائج الدراسات السابقة Beacroft 1993، PL Kimmel 1995، Hena Hatchett 1997، Christensen 1997، Weibe 1997 بالإضافة وجدنا أيضا أن مرضى الدياليز يستخدمون استراتيجيات المقاومة المركزة على المهام (الفعل) حيث حصل 53.5% من هؤلاء المرضى على مقياس المهام على درجات تتراوح ما بين 50 متوسطة و 66 عالية وهذا يعني أن مرضى الدياليز يعتمدون على الاستراتيجيات المركزة على المهام كالبحث عن الدعم الاجتماعي المادي، المعنوي ولا سيما الإعلامي كالبحث عن المعلومات الطبية المتعلقة بالمرض والعلاج، ولعل هذا ما ساعد هؤلاء المرضى على تفهم المرض ومراقبة العلاج مما جعلهم يتبنون سلوك الملائمة.

نلاحظ من خلال هذا أن سلوك الملائمة يرتبط باستراتيجيات المقاومة المركزة على المهام فالمرضى الذين يبحثون على الدعم الإعلامي والمعنوي والذين يضعون خطة عمل من أجل تقبل المرض ومراقبة مؤشرات نجاح العلاج هم الذين يمتثلون للتعليمات الطبية ويستجيبون لشروط علاج الدياليز، وقد وجدنا علاقة ارتباط طردية وموجبة بين سلوك الملائمة واستراتيجيات المقاومة (المهام) بقيمة 0.528 عند مستوى الدلالة 0.003 (جدول 8).

تتفق نتائج البحث الحالي فيما يخص استراتيجيات المقاومة المركزة على المهام وسلوك الملائمة مع نتائج دراسات سابقة PL Kimmel 1995، L. Ovel 1999، Christensen 1999، Weibe 2000، Christensen و Allan، Christensen و Weibe 2000. وهكذا تتحقق الفرضية الرابعة والتي مفادها يعود سلوك عدم الملائمة إلى استخدام استراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال والتجنب، وهذا يعني أن سلوك الملائمة يرتبط باستراتيجيات المقاومة المركزة على المهام.

وبناء على هذه النتائج قمنا بإعداد برنامج علاجي للتكفل بهؤلاء المرضى والذي يعتمد على نموذج التسيير الذاتي (Leventhal) ونموذج مراحل التغيير لـ Prochaska. يسعى هذا البرنامج العلاجي إلى تعزيز تطوير استراتيجيات المقاومة المركزة على المهام وتصحيح إدراك المرض وذلك من أجل بلورة سلوك الملائمة العلاجية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم.

الخاتمة:

انتهى البحث الحالي إلى تشخيص اضطراب سلوك عدم الملائمة العلاجية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم حيث تعرفنا على شدته وأعراضه وأسبابه وهكذا عملنا على اقتراح برنامج علاجي وذلك من أجل تطوير سلوك الملائمة وتعزيز الدافعية لدى هؤلاء المرضى. ولعل ما يضيف أهمية على نتائج البحث هو أنها تدعم الدور الفعال للمختص النفسي العيادي في المؤسسات الصحية الجزائرية وتعزيز استقلالية المهنة إذ يمكن لهذا المختص أن يقوم بالتشخيص والعلاج النفسي وذلك انطلاقاً من نموذج علم النفس الصحي.

المراجع العربية:

1. الصبوة محمد نجيب وجماعته 1999: "مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
2. صبور محمد الصادق 1949: "أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية وعلاجها"، الطبعة الأولى، دار الشروق، مصر.

المراجع بالأجنبية:

1. Aboud. F.E; (1998): «Health psychology in global perspectives », international éducation and professional publisher. Inc, USA.
2. American psychiatrie association - DSM - IV - TR. « manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4eme édition, texte révisé », (Waschington D.C, 2000), traduction française par Guelfi. J.D et al. masson, Paris, 2003, 1120 pages.
3. Aubert, F. et Guittard, ph : (1991): «l'essentiel médical» éditions Berti ellipses, Alger.
4. Bakal. M; (1979): «psychology and medicine», Springerpublishincompany, New York.
5. Bellack. H; (1988): «Behavioral assessment», Pregmon Press, New York.

6. Bertrand de Balanda. A ; « Une approche psychosomatique du diabète », édition l'harmattan.
7. Balint M. (1960) : « Le médecin, son malade et la maladie » ; Payot, Paris.
8. Boubchir. M; (2004) : « monographie sur l'insuffisance rénale chronique », OPU, Alger.
9. Bourgeois M. (1994) : « Psychologie de la santé, psychologie médicale, psychosomatique et psychiatrie de liaison»; in Ann., méd-psychol, 1994, 152, n° 10.
10. Bourguignon. O et Bylowski ; (1995): «la recherche clinique en psychopathologie », édition PUF, Paris.
11. Brammer. L.M ; (1991) «How to cope with life transitions, HPC, Hémisphère publishing corporation.
12. Broca. A ; (2002) : « Douleurs, soins palliatifs » : Deuils, Masson, Paris.
13. Brownlee-Duffeck. M, Peterson. L et Simonds. J.F; (1987): « the rôle of health beliefs in the regimen adhérence and metabolic control of adolescents and adults with diabètes » ; Journal of consulting and clinical psychology, Vol, 55, N° 2, 139-144.
14. Burloux. G ; (2004) : « le corps et sa douleur », Dunod, Paris.
15. Chabrol, H et Callahan, S; (2004) : «mécanismes de défense et coping », Dunod, paris.
16. Chiland. C ; (1983) : « l'entretien clinique » PUF, Paris.
17. Christensen. A.J; (1996): «Patient adhérence to médical treatment regimens », in journal of personality, vol 64, N° 4, PP 815-835.
18. Christensen A. et al ; « Body consciousness, illness - related impairment, adhérence in Hemodialysis », in journal of consulting and clinical psychology, 1996, Vol 64, n° 1, 147-152.
19. Christensen A.J. (1996): «Patient adhérence to médical treatment regimens » ; in journal of personality, Volume (64) (4), P.P 815-835.
20. Christensen. A.J, Weibe. J.S et Edwards. D.L; (1996): «Body consciousness, illness-related impairment, and adhérence in hemodialysis », journal of consulting and clinical psychology, Vol, 64, N° 1, 147-152.
21. Cupa. D ; (1997) : « peut on vivre libre et heureux en Hémodialyse », in dialog, actualités internationales en néphrologie, Paris.
22. Cupa. D ; (2002) : « psychologie en néphrologie », édition EDK, Paris.
23. Di Mateo R. (1991) : The psychology of health, illness and médical care, an individual perspective. IVol, Books et col (wadworth Belmont California).
24. Eisenberg L. (1977): «Disease and illness», culture medicine and psychiatry, 1, 9-23.

25. Endler. N. S et James. D.A ; (1998): «Inventaire de coping pour situations stressantes », adaptation française par Rolland. J.P, les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris.
26. Engel G.L. (1962): « psychological développement in health and disease », Sanders Company, Philadelphie.
27. Fontaine. O, Kulbertis. H et Etienne. A.M ; (1995): «stress et cardiologie », PUF, Paris.
28. Goldberg. R.W ; (1996) : « quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications », edited by Rebecca Renwick, California : Sage publications, P 437.
29. Griffiths. D; (1981): «psychology and medicine», the British psychology society, London.
30. Haynes R.B. (1979) : «Introduction to compliance in health care»; Baltimore : John Hop-Kins University Press.
31. Hays. R. D et Kallich. J.D et Mapes. DL ; (1994) : « Kidney Disease Quality of life short form (K d qol-SF), Version 1.2: manual for use and scoring ». Santa Monica, CA: Rand, P- 7928 PMid.
32. Hays. R.D, Kalich. J. D et Mapes. DL; (1994): « S. F - 36 health survey manual and interprétation guide », Boston : the health institute PMid.
33. Kaplan. J, Sallis. jr et patterson ; (1993): «health and human behavior », MC Graw , New York.
34. Kimmel. P.L, Petterson. R.A et Shach. V.S; (2002): « psychosocials variables, quality of life and religious beliefs in ESRD patients and treated with H.D », A.M. journal kidney disease, 40 (5).
35. Kimmel. PI, Peterson. Ra et Weih. KI; (1996): «psycological functioning, quality of life and behavioural compliance in patients beginning hemodialysis», J Am Soc Nephrol, 7: 2152-9 PMiD.
36. Kleiman A. (1980) : « Patients and healers in the context of culture ». Berkely : University of California Press.
37. Lasarus. R.S et Folkman. S ; (1984) : « stress, appraisal and coping» ,springer publishing compagny, New York.
38. Long. J.M et Graham. M.V; (1998): «médication compliance and the older hemodialysis patients », Anna J, 25(1), 4390, USA.
39. MAES S. leventhal H. de ridder D. - coping with chronic diseases. In zeidner M. and N. S. indler. (Eds) handbook of coping; theory, research and application (PP. 221-251), New York, Wiley, 1996.
40. Mai. M.M, Busby. K et Bell. R.C; (1999): «clinical rating of compliance in chronic hemodialysis patients», in can j psychiatry, 44 pp 478-482.
41. Marcos T. Cirera E. et Insensé B. (1993) : « événement Vitaux et anxiété chez les Hémodialysés », Vol 25 N° 13 P 1349 - 1352, Société de Presse médicale, Paris.

42. Sapir M. (1972) : « La formation psychologique du médecin ». Payot. Paris.
43. Sarafino E.P. (1990) : Health psychology Biopsychosocial interaction, 1 Vol, John Willey (New York).
44. Schilder. P ; (1962) : «l'image du corps », Gallimard, Paris.
45. Schweitzer. M. Bruchon et quintard. B. (2001): «personnalités et maladies », édition dunod, Paris.
46. Schweitzer. M. Bruchon et R. Dantzer ; (1994): Introduction à la psychologie de la santé », édition PUF, Paris.
47. Spriet A. et Simon R. () : « Adhérence au traitement ou observance », Rev. Med. XIX, 15,885- 888.
48. Taylor. S.E ; (1995) : Health psychology, édition MC Graw : Hill INC. New York.
49. Unruch M. (2003) : « assessment of health - related quality of life in the hemo study », Hemo Cin 2003
50. Ware .J.E; (1993): « SF - 36 health survey. Manual and interprétation guide», Boston : the heath institute, PMID.

Wiley. S, (1995) «hand book of coping theory, research and application » New-York