نحو نموذج نسقي–نفسي اجتماعي للتكفل بالأمراض المزمنة

Toward a Psychosocial-Systems Model for the Management of Chronic Diseases

مرازقة باتول

[1] **مخبر علم النفس الاكلينيكي، جامعة محمد لمين دباغين سطيف_2، (الجزائر)، ba.merazga@univ-setif2.dz**

تاريخ الاستلام : 2026/02/18 ؛ تاريخ القبول : 2026/05/22

ملخص : يتناول هذا المقال التكفل بالأمراض المزمنة من منظور نفسي–اجتماعي متكامل، يجمع بين الأبعاد النفسية، الاجتماعية، والنسقية. دارسا بذلك كيفية تفاعل العمليات المعرفية والانفعالية للفرد، الديناميات الأسرية، والهياكل الاجتماعية في تشكيل السلوكيات غير الصحية وطرق إدارة المرض. ومن خلال التحليل النظري وأمثلة الحالة التوضيحية، يُبرز حدود المقاربات ذات التخصص الواحد ويؤكد على ضرورة اعتماد أطر متعددة المستويات. تشير النتائج إلى أن التدخلات الفعّالة يجب أن تركز على العمليات النفسية للفرد، تعزيز استراتيجيات التكيف، تقوية الدعم الأسري والاجتماعي، وأخذ العوامل الثقافية والسياقية بعين الاعتبار. كما يقترح المقال نموذجًا تصوريًا شاملًا يوجّه ممارسات التدخل النفسي–الاجتماعي ويخدم تصميم البرامج بشكل متكامل، خاصة في السياقات الجزائرية. لتساهم بذلك هذه المقاربة المتكاملة في تعميق التكفل بالمرضى، وتربط بين النظرية والممارسة، وتؤكد على أهمية الاستراتيجيات المتعددة الأوجه والتخصصات في دعم الأفراد وتعزيز الصحة.

الكلمات المفتاحية : الأمراض المزمنة ؛ النموذج البيونفس اجتماعي؛ علم النفس الصحة؛ الدعم الأسري السياق الثقافي.

Abstract : This article addresses the management of chronic diseases from an integrated psychosocial perspective, encompassing psychological, social, and systemic dimensions. It examines how individual cognitive and emotional processes, family dynamics, and social structures interact to shape unhealthy behaviors and disease management strategies. Through theoretical analysis and illustrative case examples, the article highlights the limitations of single-discipline approaches and emphasizes the need for multi-level frameworks.

Findings suggest that effective interventions should focus on enhancing individual psychological processes, coping strategies, and family and social support, while considering cultural and contextual factors. The article also proposes a comprehensive conceptual model guiding psychosocial interventions and informing the design of integrated programs, particularly within the Algerian context.

This integrated approach contributes to improving patient care, bridging theory and practice, and underscores the importance of multi-faceted strategies in supporting individuals and promoting health.

Keywords : chronic diseases; biopsychosocial model; health psychology; family support; cultural context.

* مرازقة باتول.

1- مقدمة

شهدت العقود الأخيرة تحوّلًا وبائيًا عالميًا تمثل في الانتقال من هيمنة الأمراض الحادة إلى تفاقم الأمراض المزمنة، التي أصبحت تمثل العبء الصحي الأكبر عالميًا (WHO, 2023)ولم يعد المرض المزمن يُفهم باعتباره خللًا بيولوجيًا معزولًا، بل تجربة ممتدة تمس البنية النفسية والاجتماعية للفرد، وتعيد تشكيل علاقته بذاته وأسرته ومحيطه المؤسسي.

لقد بينت الأدبيات في علم النفس الصحي أن التكيف مع المرض المزمن يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالتمثلات المعرفية والانفعالية للمرض " (Howard Leventhal, 1984) نموذج التنظيم الذاتي للمرض" حيث يؤثر إدراك المريض لطبيعة مرضه، ومدته، وإمكانية التحكم فيه، على مستوى الالتزام العلاجي وجودة الحياة. كما أكدت المقاربة البيولوجية–النفسية–الاجتماعية التي صاغها George L. Engel (1977) أن أي فهم اختزالي للمرض يفشل في تفسير التباين في مسارات التكيف والاستجابة العلاجية.

غير أن المقاربات السائدة – رغم أهميتها – غالبًا ما تظل متمركزة حول الفرد، دون تحليل كافٍ للبنية النسقية التي يتحرك داخلها. ففي ضوء نظرية النظم العامة (Ludwig von Bertalanffy, 1968) لا يمكن فهم المرض المزمن إلا باعتباره حدثًا يخل بتوازن النظام الأسري والاجتماعي، ويُعيد تنظيم الأدوار والعلاقات والموارد داخل النسق. فالمرض لا يصيب الجسد فقط، بل يعيد تشكيل شبكة التفاعلات.

وفي السياق الجزائري، حيث تلعب الأسرة الممتدة دورًا مركزيًا في الرعاية، ويتقاطع البعد الديني والثقافي مع التصورات الصحية، تبرز الحاجة إلى مقاربة تتجاوز النقل الحرفي للنماذج الغربية، نحو قراءة تأخذ بعين الاعتبار الخصوصية السوسيولوجية والرمزية للمرض. تشير أبحاث التمثلات الاجتماعية (Moscovici, 1984) إلى أن فهم المرض يتشكل اجتماعيًا، وأن المعنى الذي يُمنح له يحدد أنماط التفاعل معه.

من هنا تتبلور الإشكالية المركزية التالية:

كيف يمكن بناء نموذج نسقي–نفسي اجتماعي يدمج بين الأبعاد البيولوجية والنفسية والأسرية والثقافية لفهم ديناميات التكفل بالأمراض المزمنة في الجزائر، بما يسمح بتجاوز الرؤية الاختزالية الطبية نحو تصور تكاملي أكثر ملاءمة للسياق المحلي؟

2- الأسس النظرية متعددة المستويات لفهم التكفل بالأمراض المزمنة:

1.2- التحول الوبائي وإعادة تعريف مفهوم المرض المزمن :

شهد العالم خلال العقود الأخيرة انتقالًا وبائيًا واضحًا من الأمراض الحادة إلى الأمراض المزمنة غير السارية، التي تمثل اليوم السبب الرئيسي للوفيات عالميًا، إذ تُعزى إليها أكثر من 70٪ من الوفيات السنوية (World Health Organization, 2023).هذا التحول لم يغيّر فقط بنية الأنظمة الصحية، بل أعاد تعريف المرض ذاته باعتباره حالة طويلة الأمد تتطلب إدارة مستمرة وتكيّفًا نفسيًا واجتماعيًا دائمًا.

يرى Mechanic (2007) أن المرض المزمن يعيد تشكيل الأدوار الاجتماعية للفرد، ويؤثر في علاقاته المهنية والأسرية، مما يجعله ظاهرة اجتماعية بقدر ما هو حالة طبية. كما أشار Conrad (2005) إلى أن

التحولات في فهم المرض ترتبط بالسياق الثقافي والمؤسسي، حيث تتداخل الاعتبارات الطبية مع القيم الاجتماعية في تحديد معنى المرض ومكانته.

وبذلك، فإن أي تصور للتكفل بالأمراض المزمنة ينبغي أن يتجاوز المقاربة الاختزالية التي تركز على المؤشرات البيولوجية فقط، ويتبنى رؤية متعددة المستويات.

2.2- من الامتثال العلاجي إلى نموذج الإدارة الذاتية:

في المنشورات العلمية المتعلقة بالصحة، تم الانتقال من مفهوم "الامتثال (compliance) "إلى مفهوم "الإدارة الذاتية (self-management) "، حيث أصبح المريض يُنظر إليه كفاعل نشط في تنظيم مرضه (Lorig & Holman, 2003). ويؤكد هذا الاتجاه أن التحكم في المرض المزمن يعتمد على قدرة الفرد على:

- مراقبة الأعراض
- تعديل نمط الحياة
- اتخاذ قرارات صحية يومية

وترتبط فعالية الإدارة الذاتية بمفهوم الكفاءة الذاتية الذي طوره Bandura (1997) ، والذي يفترض أن اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم في سلوكه يؤثر مباشرة في نتائجه الصحية. كما أظهرت مراجعات حديثة (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002) أن برامج الإدارة الذاتية تقلل من معدلات الاستشفاء وتحسن جودة الحياة.

غير أن هذه النماذج غالبًا ما بُنيت في سياقات فردانية، مما يطرح تساؤلات حول مدى ملاءمتها للمجتمعات التي تلعب فيها الأسرة الممتدة دورًا مركزيًا في اتخاذ القرار الصحي.

3.2- المرض المزمن كتحول في الهوية والسرد الشخصي:

يُعتبر المرض المزمن حدثًا يعيد تشكيل الهوية الفردية. فقد وصف Bury (1982) المرض المزمن بأنه "انقطاع بيوغرافي"، إذ يُجبر الفرد على إعادة تفسير مسار حياته وتوقعاته المستقبلية. وتذهب Charmaz (1995) إلى أن المرض قد يؤدي إلى "تآكل الهوية"، خاصة عندما يحدّ من الاستقلالية أو القدرة المهنية. كما تؤكد Corbin and Strauss (1988) أن التعايش مع المرض المزمن يتضمن ثلاثة أنواع من العمل المستمر:

1. العمل المرضي (إدارة الأعراض)
2. العمل اليومي (تنظيم الحياة)
3. العمل الهوياتي (الحفاظ على معنى الذات)

هذه الأبعاد تكشف أن التكفل لا يقتصر على التدخل الطبي، بل يشمل دعمًا نفسيًا واجتماعيًا يضمن استمرارية الهوية والوظيفة الاجتماعية.

4.2- الضغط الأسري ونظرية التكيف:

قدّم Hill (1949) نموذج ABCX لتفسير استجابة الأسرة للأحداث الضاغطة، حيث يتفاعل الحدث الضاغط (A) مع موارد الأسرة (B) ومعنى الحدث (C) لإنتاج نتيجة التكيف (X). وقد طوّر McCubbin

and Patterson (1983) هذا النموذج إلى صيغةDouble ABCX ، مؤكدين أن الأمراض المزمنة تمثل ضغوطًا ممتدة تتطلب إعادة تنظيم طويلة الأمد.

وفي سياق المرض المزمن، أظهرت دراسات Rolland (1994) أن طبيعة المرض (تدريجي، ثابت، مهدد للحياة) تؤثر في أنماط التكيف الأسري. كما بيّنت Gallant (2003) أن الدعم الاجتماعي، خاصة الأسري، يرتبط إيجابيًا بالالتزام العلاجي وتحسن المؤشرات النفسية.

5.2- البعد الثقافي والتمثلات الاجتماعية:

لا يمكن فهم تجربة المرض دون تحليل التمثلات الاجتماعية المرتبطة به. وفق نظرية(1984) Moscovici ، فإن المعنى الاجتماعي للمرض يُبنى عبر التفاعل الثقافي، ويؤثر في السلوك الصحي.

كما تشير Kleinman (1988) إلى وجود "نماذج تفسيرية (explanatory models) "يستخدمها الأفراد لفهم المرض، قد تختلف عن النموذج الطبي الحيوي. وتؤثر هذه النماذج في:

- توقيت طلب العلاج
- الالتزام بالخطة العلاجية
- تفسير التحسن أو الانتكاس

وفي مجتمعات ذات طابع ديني وأسري قوي، كما هو الحال في الجزائر، قد يُفهم المرض ضمن إطار الابتلاء أو القدر، مما يؤثر في أنماط المواجهة والتكيف.

3- بناء النموذج النسقي–النفسي الاجتماعي المقترح للتكفل بالأمراض المزمنة:

1.3- من التجاور النظري إلى التكامل البنيوي:

رغم غنى الأدبيات السابقة، إلا أن معظمها يشتغل ضمن منطق "التجاور" بين العوامل + biological) (psychological + socialدون تقديم آلية واضحة لشرح كيف تتفاعل هذه المستويات ديناميكيًا عبر الزمن.

وقد أشار Stokols (1996) في النموذج البيئي الاجتماعي إلى أن السلوك الصحي نتاج تفاعل بين مستويات فردية، بين–شخصية، مؤسسية ومجتمعية، وليس مجرد جمع بينها.

كما يؤكد Bronfenbrenner (1979) في نظريته الإيكولوجية أن الفرد يوجد داخل أنظمة متداخلة (الميكرو، الميزو، الإكسو، الماكرو)، وكل مستوى يؤثر في الآخر عبر عمليات تبادلية مستمرة.

انطلاقًا من هذا المنظور، لا يمكن فهم التكفل بالأمراض المزمنة دون تصور بنيوي يوضح شبكة التأثير المتبادل بين هذه الأنظمة.

3-2-البنية العامة للنموذج المقترح

يقترح هذا البحث نموذجًا يتكون من أربع دوائر مترابطة:

(أ) المستوى الفردي التنظيمي

يشمل:

- التنظيم الانفعالي(Gross, 1998)
- استراتيجيات المواجهة(Lazarus & Folkman, 1984)

• الكفاءة الذاتية الصحية(Bandura, 1997)

هنا يُفهم المرض كعملية تكيف مستمرة تتطلب إعادة ضبط معرفي وانفعالي.

(ب) المستوى العلائقي–الأسري

يتضمن:

• أنماط التواصل الأسري(Epstein, Bishop & Levin, 1978)

• التماسك والمرونة الأسرية(Olson, 2000 – Circumplex Model)

• توزيع الأدوار في الرعاية

تظهر الدراسات أن الأسر ذات المرونة المتوسطة والتماسك المتوازن تحقق نتائج أفضل في التكيف مع الأمراض المزمنة.(Olson, 2011)

(ج) المستوى المؤسسي–الصحي

يركز على:

• جودة العلاقة العلاجية(Bordin, 1979 – therapeutic alliance)

• نموذج الرعاية المزمنة(Wagner et al., 2001 – Chronic Care Model)

• سهولة الوصول إلى الخدمات

وقد أثبت Wagner (1998) أن النماذج التي تدمج المتابعة المنظمة والدعم التعليمي تحقق تحسنًا ملحوظًا في مؤشرات الأمراض المزمنة.

(د) المستوى الثقافي–الرمزي

يشمل:

• المعتقدات الصحية(Rosenstock, 1974 – Health Belief Model)

• النماذج التفسيرية الثقافية(Kleinman, 1988)

• المعنى الديني والاجتماعي للمرض

في السياقات الجماعية، تلعب القيم التضامنية والدينية دورًا تنظيميًا في إعادة تفسير المرض، مما يؤثر في السلوك الصحي طويل المدى.

3–3 –ديناميكية التفاعل بين المستويات

لا يقترح النموذج علاقة خطية، بل شبكة تأثير دائري:

• ضعف التنظيم الانفعالي قد يزيد العبء الأسري.

• الضغط الأسري قد يقلل من فعالية الإدارة الذاتية.

• ضعف الثقة بالمؤسسة الصحية قد يعزز التفسيرات غير الطبية للمرض.

• المعنى الثقافي قد يخفف أو يفاقم الضغط النفسي.

يتقاطع هذا الطرح مع مفهوم "التعقيد الصحي" الذي أشار إليه Sturmberg (2018) ، حيث تُفهم الأمراض المزمنة ضمن أنظمة معقدة ذات تغذية راجعة مستمرة.(feedback loops)

2.3- إضافة نوعية للنموذج "البعد الزمني":

أحد أوجه القصور في العديد من النماذج هو غياب البعد الزمني.

تشير دراسات Livneh & Antonak (2005) إلى أن التكيف مع الحالات المزمنة يمر بمراحل نفسية متغيرة، من الصدمة إلى إعادة التنظيم.

وعليه، يقترح النموذج الحالي إدماج البعد المرحلي، بحيث يُفهم التكفل كعملية ديناميكية تتغير عبر:

1. مرحلة التشخيص
2. مرحلة الاستقرار
3. مرحلة المضاعفات أو الانتكاس
4. مرحلة إعادة المعنى

3-5 -القيمة المضافة للنموذج المقترح

يتميز النموذج الحالي بأنه:

- يدمج بين المقاربة الإيكولوجية(Bronfenbrenner, 1979)
- ونظرية التعقيد الصحي(Sturmberg, 2018)
- ونموذج الرعاية المزمنة(Wagner et al., 2001)
- ونماذج المواجهة النفسية(Lazarus & Folkman, 1984)

دون أن يختزل المرض في مستوى واحد.

كما أنه يسمح بتكييفه سياقيًا ليتلاءم مع البنية الأسرية والثقافية الجزائرية، بدل استيراد نموذج جاهز.

إن التكفل بالأمراض المزمنة لا يمكن أن يُختزل في تدخل طبي أو دعم نفسي منفصل، بل هو عملية تنظيم نسقي متعددة المستويات، ديناميكية، ومتغيرة عبر الزمن.

ويقترح النموذج الحالي إطارًا تحليليًا يسمح بفهم العلاقات التبادلية بين الفرد والأسرة والمؤسسة والثقافة، بما يفتح المجال لبناء تدخلات أكثر ملاءمة للسياق المحلي.

4- تصميم التدخلات وبرامج الدعم: تطبيق النموذج النسقي-النفسي-الاجتماعي في التكفل بالأمراض المزمنة:

1.4- مبادئ تصميم التدخلات:

- ينطلق تصميم البرامج من فهم المرض المزمن كتجربة متعددة المستويات، وليس كحالة طبية فردية. يشير Lorig & Holman (2003)إلى أن التدخلات الفعالة ترتكز على:
- إشراك المريض كفاعل نشط(self-management)
- دمج الأسرة في التخطيط والمتابعة
- تنسيق الجهود مع المؤسسة الصحية والمجتمع المحلي
- مراعاة الخصوصية الثقافية والقيم الدينية والاجتماعية(Kleinman, 1988)

2.4- المستوى الفردي – تطوير المهارات الذاتية:

يتضمن:

- تدريب المريض على إدارة الأعراض واتخاذ قرارات يومية مرتبطة بالصحة
- تعزيز الكفاءة الذاتية والثقة بالنفس(Bandura, 1997)
- استخدام برامج تعديل السلوك المعرفي لدعم التكيف النفسي(Beck, 2011)

3.4- المستوى الأسري – الدعم والتكيف:

- إشراك الأسرة الممتدة في الرعاية لتقوية التماسك وتقليل الضغط النفسي (Olson, 2000; Rolland, 1994)
- تنظيم ورش عمل للأسرة حول التواصل الفعّال وإعادة توزيع الأدوار
- تقييم مرونة الأسرة وقدرتها على مواجهة الضغوط طويلة الأمد(McCubbin & Patterson, 1983)

4.4- المستوى المؤسسي – تحسين الرعاية الصحية:

- اعتماد نموذج الرعاية المزمنة (Chronic Care Model) لتنسيق الخدمات(Wagner et al., 2001)
- تعزيز التحالف العلاجي بين الطبيب والمريض(Bordin, 1979)
- ضمان سهولة الوصول للخدمات، وتقديم التثقيف الصحي المتواصل

5.4- المستوى الثقافي والاجتماعي:

- مراعاة التمثلات الاجتماعية للمرض وأثرها على السلوك العلاجي(Moscovici, 1984)
- إدماج القيم الدينية والثقافية في برامج الدعم لتعزيز الالتزام
- استخدام مجموعات الدعم الاجتماعي والمجتمعي لتحفيز المشاركة الفعّالة

6.4- استراتيجيات دمج المستويات المختلفة:

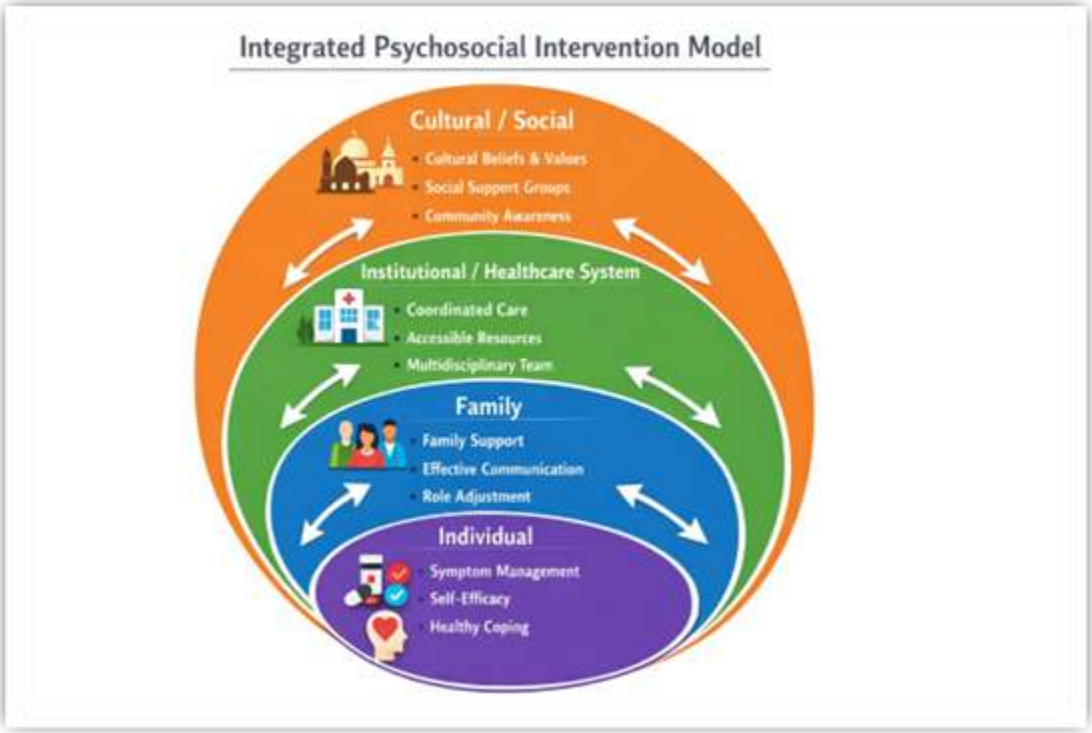
- تصميم برامج متعددة المكونات: جلسات فردية، دعم أسري، متابعة مؤسسية، وورش ثقافية
- استخدام تقييم مرحلي لمراحل التكيف النفسي والاجتماعي(Livneh & Antonak, 2005)
- تطوير مؤشرات قياس لنجاح التدخل على المستويات الأربعة: الفرد، الأسرة، المؤسسة، والثقافة

يمكن استنتاج أن التدخلات الفعّالة لا تقتصر على رعاية طبية أو دعم نفسي منفصل، بل يجب أن تتسم بالتكامل والمرونة والقدرة على التكيف مع الخصوصية المحلية. هذا النهج يسمح بتحقيق:

- تحسين التكيف النفسي والاجتماعي للمريض
- تعزيز الالتزام بالعلاج والمتابعة الصحية
- دعم الأسرة والمؤسسة في مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض المزمن

الشكل (01) يعرض نموذجًا متكاملًا للتدخل النفسي–اجتماعي يركّز على التفاعل بين المستويات الفردية، العائلية، المؤسسية، والثقافية–الاجتماعية. يبدأ التكفل بالفرد عبر إدارة الأعراض، تعزيز الثقة بالذات، وتبني استراتيجيات مواجهة صحية، ويتأثر بدعم الأسرة والتواصل الفعّال داخلها. كما يبرز دور النظام الصحي والمؤسسات في توفير رعاية منسقة وموارد متاحة من خلال فرق متعددة التخصصات، بينما يشكل الإطار الثقافي والاجتماعي السياق الأوسع الذي يؤثر في قبول العلاج والسلوكيات الصحية. الأسهم المتبادلة بين هذه

المستويات توضح الطبيعة الديناميكية للتفاعل، حيث يؤثر كل مستوى في الآخر ويغذيه، مؤكدًا على أن التكفل الفعّال بالمرض أو الضغوط النفسية يحتاج إلى نهج متعدد المستويات يدمج بين الفرد والمحيط الاجتماعي والمؤسساتي والثقافي.



الشكل (01): نموذج متعدد الأبعاد للتدخلات البيونفس اجتماعية مع مرضى الأمراض المزمنة

5 –قراءة نسقية–نفسية–اجتماعية:

1.5– الأبعاد النفسية والمعرفية للفرد:

• الإدراك المعرفي للمرض: كيف يرى المريض مرضه؟ هل تعتبره تهديدًا أم تحديًا قابلًا للإدارة؟ (Leventhal, 1984)

• الكفاءة الذاتية: قدرته على تنظيم حياته اليومية مثل مراقبة السكر أو الضغط، واتخاذ قرارات صحية (Bandura, 1997).

• الضغط النفسي والتكيف الانفعالي: مستويات القلق والاكتئاب، استراتيجيات المواجهة (Gross, 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

2.5– ديناميات الأسرة وتأثيرها على التكيف:

• توزيع الأدوار: من يتابع العلاج، من يطبخ، من يراقب النظام الغذائي؟

• التماسك والمرونة الأسرية: قدرة الأسرة على التكيف مع الضغوط الصحية.(Olson, 2000)

• الدعم النفسي والاجتماعي: العلاقة بين الأسرة والمريض وتأثيره على التزامه بالعلاج.(Rolland, 1994)

3.5– دور المؤسسة الصحية في دعم الفرد:

• جودة العلاقة العلاجية: التحالف العلاجي بين المريض والطبيب.(Bordin, 1979)
• سهولة الوصول للخدمات: الانتظام في المواعيد، توفر الأدوية، الدعم التثقيفي.(Wagner et al., 2001)
• القيود التنظيمية: هل هناك نقص في المتابعة أو التثقيف الصحي؟.(Sturmberg, 2018)

4.5- تمثلات المرض ضمن الثقافة المحلية:

• تفسير المرض كابتلاء أو قدر ديني وتأثيره على الالتزام بالعلاج.(Kleinman, 1988)
• الأدوار الاجتماعية المرتبطة بالجنس والعمر (دور الأم/رب الأسرة في الرعاية).
• تأثير المجتمع المحلي على السلوك الصحي.(Serge Moscovici, 1984)

5.5- تفاعل المستويات الأربعة:

• ضعف التنظيم النفسي للفرد، زيادة الضغط على الأسرة، صعوبة الالتزام العلاجي، تفسيرات ثقافية قد تقلل أو تزيد العبء النفسي.
• الأسرة تدعم الإدارة الذاتية لكنها قد تضيف أحيانًا ضغوطًا اجتماعية.
• المؤسسة الصحية توفر التعليم والدعم، لكن القيود التنظيمية تحد من تأثيرها.
• السياق الثقافي والديني يشكل إطارًا عاملاً يؤثر على جميع المستويات السابقة.

6- الخلاصة:

يؤكد هذا البحث أن التكفل بالأمراض المزمنة لا يمكن اختزاله في منظور واحد، بل يتطلب مقاربة متعددة المستويات تشمل الفرد، الأسرة، المؤسسة، والسياق الثقافي. وقد أظهرت التحليلات النظرية أن العمليات المعرفية والانفعالية للفرد تتفاعل ديناميكيًا مع الدعم الأسري والهياكل الاجتماعية، وأن أي تدخل فعال ينبغي أن يكون شاملًا ويأخذ بعين الاعتبار الخصوصية الثقافية والسياقية.

كما يوضح النموذج التصوري المقترح أهمية الدمج بين النظريات النفسية، النسقية، والاجتماعية في تصميم برامج التدخل، مما يساهم في تعزيز التكيف النفسي والاجتماعي وتحسين جودة الحياة للأفراد المتأثرين. إن هذه المقاربة تفتح آفاقًا جديدة للبحث المستقبلي، حيث يمكن اختبار فعاليتها ميدانيًا وتطوير استراتيجيات تدخل متكاملة تستجيب للتحديات المحلية.

في الختام، يبرز المقال قيمة المنهجية البينية التخصصات والاهتمام بالسياق المحلي في صياغة تدخلات علمية فعالة، مؤكدًا أن الحلول الفردية أو المحدودة لا تكفي لمعالجة تعقيدات الاضطراب الاجتماعي أو المرض المزمن.

- **الإحالات والمراجع:**

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, *288*(19), 2469–2475. https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, *4*(2), 167–182. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939
- Charmaz, K. (1995). *The body, identity, and self: Adapting to impairment*. The Sociological Quarterly, 36(4), 657–680. https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1995.tb00457.x
- Conrad, P. (2005). *The sociology of health and illness: Critical perspectives* (7th ed.). Worth Publishers.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. Jossey-Bass.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, *4*(4), 19–31. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00370.x
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, *30*(2), 170–195. https://doi.org/10.1177/1090198102251030
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271
- Hill, R. (1949). Families under stress: Adjustment to the crisis of war separation and reunion. Harper.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, pp. 7–30). Pergamon Press.

- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors*. Corwin Press.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The Double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, A. I. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.), *Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research* (pp. 7–37). Haworth Press.
- Mechanic, D. (2007). The impact of chronic illness on social roles. *Social Science & Medicine, 65*(5), 913–921. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.004
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144–167. https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(1), 64–80. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. Basic Books.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354–386. https://doi.org/10.1177/109019817400200405
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion, 10*(4), 282–298. https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.282
- Sturmberg, J. P. (2018). *Complexity theory in health care: An introduction*. Springer.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly, 74*(4), 511–544. https://doi.org/10.2307/3350391
- WHO. (2023). *Global status report on noncommunicable diseases 2023*. World Health Organization.